

Pôle périnatal de prévention En santé mentale

DOTATION DE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX

Région Languedoc-Roussillon

Le projet qui est présenté ici a été modifié par rapport au projet initial à la lumière de 18 mois de fonctionnement. Les modifications portent essentiellement sur l'organisation interne du pôle. A la notion de secrétaire coordinatrice qui centraliserait les demandes à été substitué la création de sage femme coordinatrice fonctionnant en binôme avec les psy cliniciens(cf. ; fiche de poste en annexe 1).

1) Identité du réseau

1-1) Nom du réseau :

Pôle périnatal de prévention en Santé Mentale : P3SM

Adresse du réseau :

Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE)

BP 64164

34092 MONTPELLIER CEDEX 5

Tél. : 04 67 33 99 12 - Fax : 04 67 33 99 12

e-mail : afree@afree.asso.fr

Partenaires du réseau :

Clinique CLÉMENTVILLE à Montpellier
Polyclinique SAINT-ROCH à Montpellier
Professionnels de santé libéraux : Gynécologue-obstétriciens – pédiatres– pédopsychiatres- psychologues- psychiatres d'adulte- médecins généralistes- sage-femme
Conseil général : PMI- ASE- Service social
Institutions médico-sociales : CMP- CMPP- CAMPS- MPEA- Hôpital Psychiatrique- Cliniques psychiatriques privées

Partenaires institutionnels du réseau :

CHU de Montpellier ;
ARH ;
URCAM ;
Réseau Périnatal Régional « Naître en Languedoc ».

1-2) Nom des promoteurs :

AFREE à Montpellier
Clinique CLÉMENTVILLE à Montpellier
Polyclinique SAINT-ROCH à Montpellier

1-3) Nom et coordonnées de la structure qui recevra les fonds :

Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement
(AFREE)
BP 64164
34092 MONTPELLIER CEDEX 5
Tél. : 04 67 33 99 12 - Fax : 04 67 33 99 12
e-mail : afree@afree.asso.fr
Site Web: www.afree.asso.fr

1-4) Nom des interlocuteurs permanents du dossier :

interlocuteurs permanents	Téléphone	Fax	e-mail
Madame Françoise MOLÉNAT <i>Présidente de l'AFREE</i>	04 67 33 99 12	04 67 33 99 12	afree@afree.assoc.fr
Monsieur Jean-Louis BONNETON <i>Directeur de la clinique CLEMENTVILLE</i>	04 67 06 70 00	04 67 06 70 01	clementville@wanadoo.fr
Monsieur Pierre MAURETTE <i>Directeur de la Polyclinique SAINT-ROCH</i>	04 67 61 88 88	04 67 61 88 99	p.maurette@cl-st-roch.fr
Docteur Rafi KOJAYAN Pédopsychiatre (formateur - coordonnateur dans le réseau)	04.67.06.93.36	-----	rafi.kojayan@wanadoo.fr

--	--	--	--

2) Description synthétique du réseau

2-1) Zone géographique d'intervention du réseau :

Bassin du Montpellierais

2-2) Population / pathologies concernées :

- Enfants
- Futurs adolescents
- Futurs parents
- Population à très haute vulnérabilité médico-psycho-sociale périnatale

2-3) Objet du réseau :

2-3-1) objectifs généraux :

- ✓ Mettre en œuvre, à l'échelle locale une politique de prévention en santé mentale, à partir de la grossesse et de la naissance, visant un meilleur développement psychoaffectif :
 - Des enfants
 - Des futurs adolescents
 - Des futurs parents
- ✓ Assurer une meilleure coordination des soins psychologiques autour de la naissance.
- ✓ Améliorer le repérage et les suivis des difficultés psychologiques de la mère, des parents, et des relations parents- enfant autour de la naissance.
- ✓ Favoriser l'accompagnement médico-psycho-social des familles avant, pendant et après la grossesse, de diminuer le nombre de grossesses peu ou pas suivies, ainsi que prévenir les troubles de la relation parents-enfants et leurs conséquences à long terme (soutien à la parentalité).
- ✓ Favoriser l'articulation entre le privé et le public ainsi que l'articulation entre le champ « psy » et somatique et entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adultes.

2-3-2) objectifs opérationnels ou spécifiques :

En mobilisant les ressources des professionnels :

- ✓ Créer des liens de confiance avec les futurs parents vulnérables, dès la grossesse, afin que ceux-ci puissent confier leurs attentes et leurs fragilités.
- ✓ Apprendre à travailler ensemble (intra/extra hôpital, public/privé, médical/social /psychiat.) afin d'organiser autour des familles "à risque" des réseaux de soins précoces cohérents.

Il s'agit d'organiser, à Montpellier, à partir des maternités de la Polyclinique Saint-Roch et de la clinique Clémentville, un «pôle périnatal de prévention en santé mentale», qui s'engage à intervenir dans les 24 heures sur les cliniques Clémentville et Saint-Roch.

Son rôle sera :

- ✓ De centraliser les demandes de consultations et de déclencher les interventions afin d'éviter les pertes d'informations et les retards aux interventions.
- ✓ De répondre rapidement à une demande de consultation afin d'intervenir au moment des besoins des familles et des professionnels pour rester synchrone au temps obstétrical.
- ✓ D'évaluer, avec les soignants, le risque psychopathologique concernant les parents et le futur enfant.
- ✓ De constituer un réseau personnalisé d'aide et de soutien autour de chaque situation, en coordonnant les actions intra et extra hospitalières. (public /privé/ Pmi /généralistes...), afin de garantir la cohérence et la continuité des soins (cf. paragraphe 12, « PRS périnatalité »).
- ✓ D'orienter, si besoin, vers des soins psychiatriques sur un réseau de praticiens psychiatres ou psychologues de la ville.
- ✓ De soutenir les professionnels par une « intervention indirecte » pour leur permettre d'exprimer leurs compétences relationnelles.
- ✓ De reprendre les cas traités, sous forme de formation avec les soignants, pour évaluer l'efficacité de ces pratiques et l'évolution des comportements des soignants (cf. paragraphe 22, « PRS périnatalité »).

Contenu

Ce pôle ressource ne vient pas se substituer aux interventions déjà existantes en santé mentale mais vient répondre à un besoin croissant de demandes de consultations psychiatriques à la clinique St Roch, pour lesquelles rien n'est véritablement organisé, sinon un appel au service public pédopsychiatrique de la clinique Peyre plantade. Il en est de même pour la clinique Clémentville, très demandeuse de collaboration médico-psychologique et de partenariat privé-public.

⇒ Activités cliniques :

- ✓ Des binômes PSY cliniciens/ sages femmes coordinatrices qui reçoivent les demandes et les renvoie sur les praticiens du pôle.
- ✓ Des interventions cliniques de pédopsychiatres, psychologues.

Ces interventions comprennent :

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

Nous évaluons la charge moyenne de travail pour chaque situation à un temps forfaitaire équivalent à deux demi-journées. Après un mois de vie de l'enfant, la prise en charge de ces parents si elle est nécessaire se fera dans le cadre des prestations de l'assurance maladie(circuit de soins général).

LE TEMPS D'INTERVENTION DIRECTE EST ESTIMEE A 2 /3 DU TEMPS DE PRISE EN CHARGE.

LE TEMPS D'INTERVENTION INDIRECTE EST ESTIMEE A 1/3 DU TEMPS DE PRISE EN CHARGE.

⇒ Activités de formation :

Le travail du pôle périnatal de prévention en santé mentale ne peut se concevoir que s'il est accompagné d'une formation des participants à ces prises en charge comme le préconise le plan périnatalité 2005-2007(axe 2 et

3). Ces formations se feront sur le modèle « reprise des cas mortalité - morbidité » et en utilisant la méthodologie préconisée depuis 1992 par l'Afrée sous la forme des formations dites en réseau. (fiche 3 du rapport mission DHOS de F. Molenat janvier 2004).

L'objectif principal en est :

- de diminuer la iatrogénie des pratiques
- de permettre à la majorité des parents en difficulté de bénéficier des dispositifs existants

Les processus mis en jeu : la mise en évidence et l'augmentation de la sécurité des professionnels particulièrement dans les cas difficiles :

- Risque de maltraitance : toxicomanie, psychopathologie parentale, précarité sociale et affective, mésententes familiales...
- Accidents obstétricaux : accouchement terrifiant, mort périnatale, prématurité ... plus fréquents dans les familles vulnérables et qui font le lit des troubles du développement.
- Découverte d'une anomalie foétale : I.M.G, accompagnement anté et postnatal...

Contenu et méthodologie des formations en réseau

Il s'agit d'organiser, une fois par mois dans chacune des deux cliniques un groupe de travail (10 à 15 professionnels de terrain), qui reprennent les cas difficiles avec l'aide d'une animation pédagogique AFREE. Ces groupes apprennent à "penser ensemble" les situations de vulnérabilité particulièrement psychosociale.

Le public

Ces formations s'adressent aux équipes obstétricales et néonatalogiques des deux cliniques, aux sages femmes et médecins libéraux (particulièrement les généralistes dont la place est unique auprès des familles les plus fragiles), aux équipes PMI et travailleurs sociaux, équipes de pédopsychiatrie, psychiatre d'adulte et psychologue...

Le contenu.

Il peut actuellement se décliner selon quatre axes :

- 1) aider à la prise de conscience des divers acteurs sur leurs représentations mutuelles sur leur place et celles des autres partenaires auprès de la famille
- 2) repérer ces différences et les éprouver ensemble
- 3) repérer les ruptures dans la continuité des soins
- 4) développer à partir de ces constatations des stratégies de travail collaboratif sur le terrain, de la grossesse à la petite enfance.

Méthodologie.

Pour chaque session, un cas clinique est présenté par les acteurs engagés dans la situation, après une préparation minutieuse.

La méthode dite prospective longitudinale, permet à l'ensemble du groupe de s'arrêter à certains moments clés pour réfléchir ensemble sur les enjeux, échanger leur point de vue et proposer une anticipation.

A l'occasion de ses échanges sur le cas clinique sont évoquées des questions plus générales autour des pratiques de partenariat (aspect formation des pratiques de réseau) ou des points d'information concernant tel ou tel type de problèmes (aspects informatifs de ces formations).

En fin de session, une reprise de l'ensemble de la situation est souvent réalisée pour en tirer des points de repères plus généraux et applicables à d'autres situations.

Il s'agit, dans ce domaine de la périnatalité, d'une véritable "révolution culturelle" fondée sur l'analyse de la vulnérabilité d'une famille, l'évaluation de la qualité du réseau professionnel, l'anticipation du risque, les modalités de transmission, le retour d'information etc.

2-4) Création d'un pôle périnatal de prévention en santé mentale :

Problématique et justification du projet :

Le Haut Comité de la Santé Publique estime, dans son rapport de 1994, à environ 10% le nombre de nouveau-nés «malades » (prématurés, hypotrophes ou présentant une malformation). Tenant compte de la mortalité foeto-infantile de l'ordre de 1%, et les handicaps neuro-sensoriels sévères estimés à 2%, les aléas obstétricaux ou néonataux majeurs sont fréquents et une source de souffrance psychique parfois durable et invalidante.

Le pourcentage de femmes connaissant un environnement social ou affectif gravement stressant (violences conjugales, grande précarité, agressions diverses ou deuils) capables de retentir sur leur grossesse et ultérieurement sur le développement de l'enfant n'est pas clairement établi.

Environ 10% des femmes connaîtront un syndrome dépressif, dont les _ pourront être dépistés en anténatal, pour environ _ d'entre elles il pourra être montré qu'il retentit sur les relations établies avec le nourrisson.

Ainsi, la recherche des meilleures conditions d'établissement des relations précoces est un objectif essentiel concernant la santé mentale et le développement de l'enfant.

Les établissements privés ont l'accès moins aisé à des collaborations type « psychiatrie de liaison ». D'où la nécessité d'un projet de mise en réseau des acteurs concernés public/privé.

Ce projet s'inscrit dans un contexte de demande croissante d'intervention directe auprès des futurs parents et parents émanant des pédiatres, des obstétriciens et de l'équipe soignante de la polyclinique Saint-Roch et de la clinique Clémentville.

Depuis avril 2002, une formation in situ, menée par l'Afrée, est en cours à la polyclinique Saint-Roch, auprès du personnel de la maternité. Elle a permis de sensibiliser les intervenants de première ligne à la prise en charge globale des parturientes. Elle s'accompagne, maintenant, d'une demande de soutien des équipes. La même action a été menée à la clinique Clémentville.

Bilan de l'activité pédopsychiatrique à la clinique Saint-Roch sur une année

Mai 2003 à Mai 2004

Depuis quinze ans, les médecins de l'Unité Petite Enfance (UPE) engagés dans le champ périnatal du Service de MPEA au CHU de Montpellier, ont répondu à minima, sans moyens réels, aux demandes des deux cliniques obstétricales privées (clinique St Roch et Clémentville) pour leur donner un minimum de sécurité. Dès lors, des liens de collaboration se sont tissés au fil des années avec les équipes soignantes et les obstétriciens dont la plupart avaient acquis l'expérience d'articulation étroite avec l'équipe de pédopsychiatrie au cours de leur clinicat au CHU de Montpellier. Depuis deux ans, les médecins de l'UPE ont dû signifier à la direction des deux cliniques qu'ils n'avaient plus les moyens techniques d'intervenir, même occasionnellement, et qu'il fallait trouver des solutions pour obtenir des référents « psy ».

Dans le même temps, la clinique St Roch, avec laquelle se nouera une nouvelle collaboration, a amorcé une réorganisation institutionnelle dans le cadre de l'obtention du niveau II :

- . mise en place d'un service de néonatalogie avec un pédiatre de garde sur 24 heures ;
- . gardes de 24 heures d'obstétriciens ;
- . augmentation du niveau de compétence de l'équipe soignante en matière d'accompagnement et de la prise en compte de la dimension psychoaffective. L'AFREE a été sollicité pour sa formation in situ dès Septembre 2002.

En Avril 2003, l'installation en cabinet privé du docteur KOJAYAN a permis, en passant une convention avec la clinique St Roch de rémunérer les consultations.

L'activité a pris un nouvel essor, passant d'une demande de prise en charge par mois à trois appels par semaine. Il a fallu libérer du temps pour du travail indirect :

- . temps d'évaluation de la demande de consultation ;
- . soutien des équipes ;
- . reprise de certaines situations difficiles ;
- . retour d'informations concernant des situations passées ;
- . liaison avec les professionnels extérieurs à la clinique.

Ce temps-là ne peut être compensé par le prix d'une consultation psychiatrique.

Du fait du caractère expérimental de cette intervention et de la disponibilité indispensable à tout projet dans sa phase de démarrage, nous avons décidé de dégager du temps d'activité clinique financée par l'AFREE d'une part et du temps personnel du docteur Kojayan ; de ce fait, la question du financement de ce temps-là d'intervention est restée en suspens.

Ce médecin a assuré la suite de la formation, ce qui a permis d'être présent à la clinique deux fois par mois le mardi après-midi, avec un groupe prédéfini de professionnels de la maternité. Il s'agissait des seuls temps de présence définis à l'avance, sinon les interventions se faisaient à la demande.

Pour se faire, des règles d'intervention lisibles pour les professionnels de la maternité ont été fixées :

- . rappeler dans la journée le professionnel qui fait la demande de consultation, afin de ne pas perdre la dynamique de la demande ;
- . évaluer et discuter avec le professionnel de première ligne qui interpelle les motifs de l'appel, l'urgence de l'intervention, et le cas échéant de juger l'importance de la mise en place d'un travail indirect de soutien ;
- . intervenir rapidement dans les 24 à 48 heures pour rester synchrone au temps obstétrical et au moment d'ouverture psychique ;
- . prendre le temps de rencontrer l'équipe soignante si la situation l'exige avant et/ou après la consultation et faire le cas échéant un retour d'information concernant d'autres familles ;
- . susciter l'intérêt d'une intervention « indirecte », sans rencontrer des parents car bien souvent l'équipe n'interpellait que pour être soutenue dans des situations à forte charge émotionnelle et qui les mettaient en insécurité ;
- . établir une liaison avec tout autre professionnel extérieur à la clinique (médecin généraliste, PMI...) engagé auprès des familles si besoin ;
- . intervenir au titre de l'enfant.

Le bilan quantitatif d'une année d'intervention structurée pédopsychiatrique à la clinique St Roch, du mois de mai 2003 au mois de mai 2004 est le suivant :

On retient, d'une part, une montée en charge progressive de la demande d'intervention pédopsychiatrique. On peut distinguer 2 étapes dans cette montée en charge :

- . de mai 2003 au mois de décembre 2003 : une demande de consultation pédopsychiatrique par mois ;
- . du mois de décembre 2003 au mois de mai 2004 = 3 demandes de consultation pédopsychiatrique par semaine. Ce qui fait sur 5 mois d'intervention, environ 60 parents ou futurs parents pris en charge.

La répartition de la population concernée est la suivante :

VULNERABILITE SOMATIQUE _____	32
. vomissements gravidiques incoercibles _____	5
. MAP _____	7
. mort fœtale in utero _____	5
. interruption médicale de grossesse pour malformation fœtale _____	5
. découverte à la naissance d'une trisomie 21 _____	1
. accouchement dystocique _____	4
. pathologie chez le nouveau-né à la naissance _____	5
- infection néonatale, hypotrophie, prématurité, troubles alimentaires	
- hospitalisation en Unité de Néonatalogie à St Roch	
 VULNERABILITE PSYCHIQUE _____	 21
. psychopathologie parentale et grossesse _____	4
. grossesse et deuil (perte d'un parent proche au 1 ^{er} degré) _____	4
. grossesse et séparation du couple _____	3
. grossesse et angoisse anténatale _____	5
. accouchement et angoisses _____	5
 VULNERABILITE SOCIALE _____	 00

INTERVENTION INDIRECTE SEULE _____	07
---	-----------

Au cours de ces interventions directes comme indirectes, nous avons pu élaborer les critères d'inclusion repris dans ce projet ainsi qu'expérimenter le circuit de prise en charge des patients par le pôle.

3) Bénéficiaires du projet

Type de public

⇒ Les femmes enceintes, futurs parents et jeunes parents, présentant une vulnérabilité psychologique, sociale et somatique depuis la déclaration de grossesse jusqu'à la fin de la période périnatale (un mois après l'accouchement).

⇒ Les nouveaux-nés présentant une vulnérabilité somatique et psychologique.

⇒ Les professionnels : Equipes obstétricales et néonatalogiques, médecins libéraux, sages femmes libérales, équipes PMI, ASE, pédopsychiatrie, psychiatre d'adulte....

Aire géographique couverte

⇒ Montpellier, Hérault.

Evaluation des besoins actuels

En regard des demandes actuelles, il est possible d'évaluer les besoins à quinze situations par mois nécessitant l'intervention du pôle ressource soit par année.

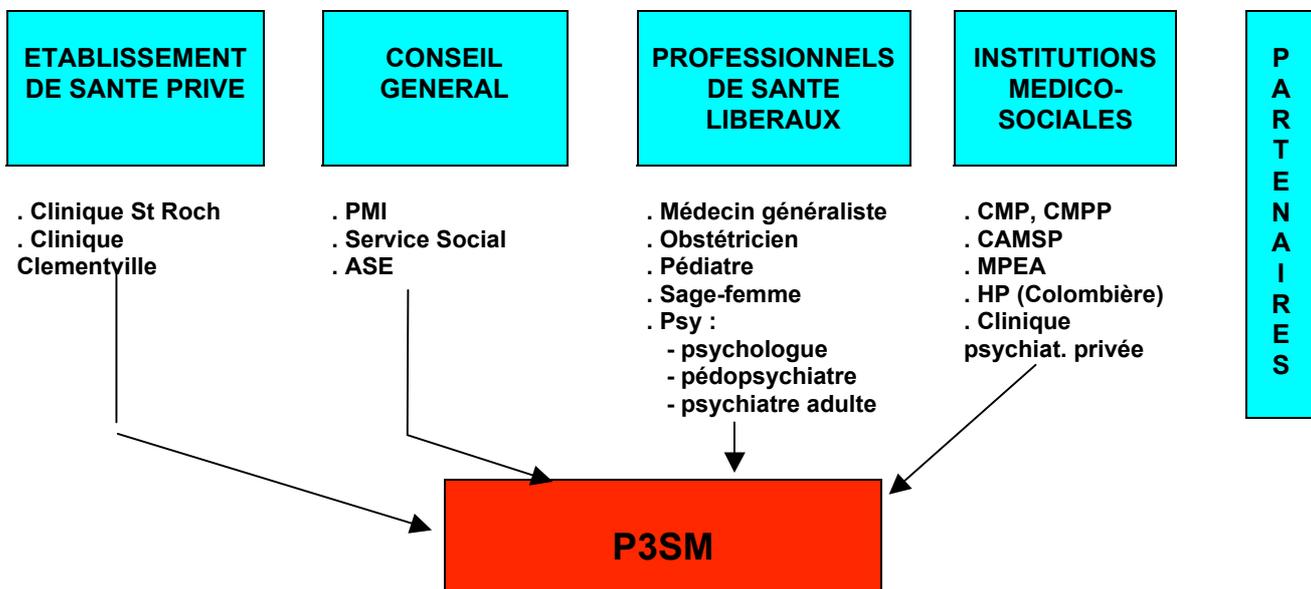
- ⇒ Activité clinique : Prise en charge des situations (170 par année à réévaluer).
- ⇒ Activité formation : deux séquences par mois pendant 10 mois de l'année.
- ⇒ Le recueil des données se fera au fur et à mesure de l'activité et l'évaluation quantitative, qualitative et économique se réalisera en fin de chaque année de fonctionnement.
- ⇒ Bilan intermédiaire en fin de première année.
- ⇒ Bilan général de l'action à la fin de la deuxième année.

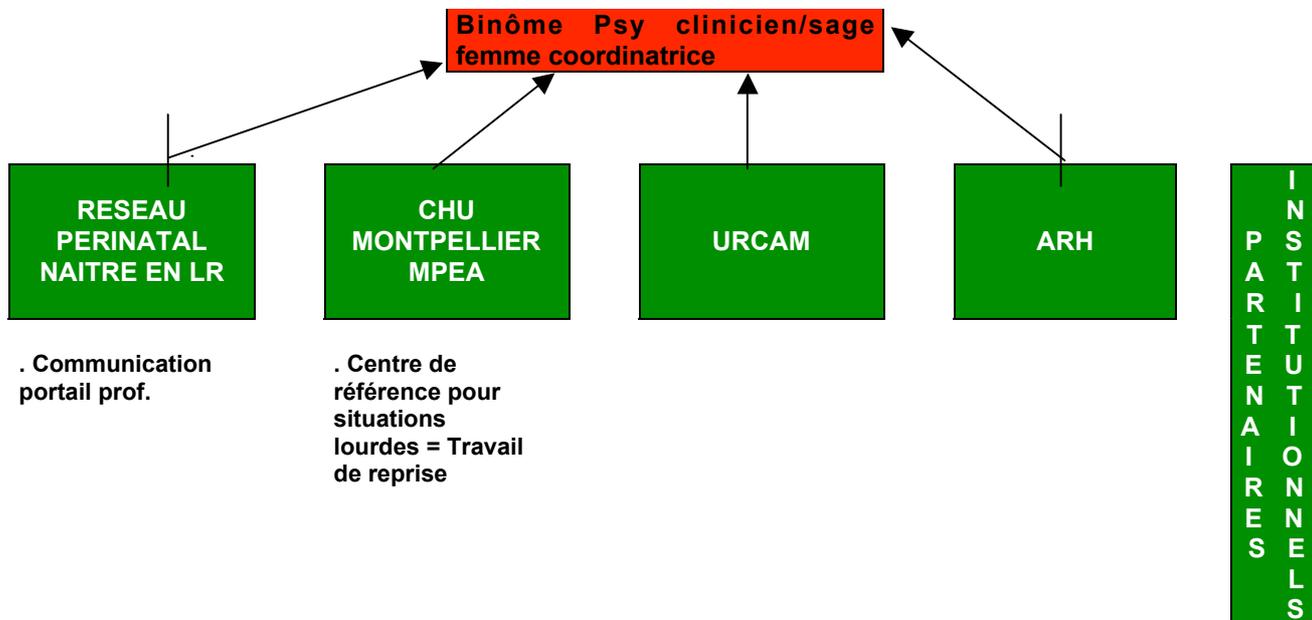
4) Typologie des acteurs et partenaires concernés par le pôle prévention(cf . tableau 1)

Il s'agit :

- d'une part des intervenants de première ligne qui sont susceptibles d'adresser les patients et avec lesquels le pôle de prévention travaillera en indirecte.

- Personnels de la clinique Clémentville et de la Polyclinique Saint-Roch
- CHU de Montpellier : obstétrique, pédiatrie, pédopsychiatrie
- Conseil général
- Médecins et sages femmes libéraux
- Professionnels médicaux libéraux engagés en périnatalité
- Institutions médico-sociales(cf tableau)
- Médecins généralistes
- d'autre part des partenaires institutionnels
- Polyclinique Saint-Roch : mise à disposition de locaux et de matériel
- Clinique Clémentville : mise à disposition de locaux et de matériel
- ARH : financement de la partie soins
- URCAM : financement de la partie coordination
- Réseau périnatal « Naître en L.R » : partenaire institutionnel en périnatalité.
- CHU Montpellier : mise à disposition de la logistique de formation et de reprise des cas.





Tab. 1 : VUE D'ENSEMBLE DU CIRCUIT FONCTIONNEL DU P3SM

P3SM = Pôle Périnatal de Prévention en Santé Mentale

5) Organisation du projet

⇒ Pilotage du projet

L'articulation des actions menées dans les deux maternités en relation avec l'Afrée se fera au travers d'un comité de pilotage composé de pilotes médicaux et administratifs originaires de chacune des structures.

⇒ Intervenants internes

Acteurs impliqués :

Docteur KOJAYAN, pédopsychiatre : Travail direct auprès des parents, travail indirect, formation

Psychologue clinicienne : Travail direct auprès des parents, travail indirect.

Secrétaire médicale remplacées par des sages femmes coordinatrices

Equipe de l'Afrée : F. MOLÉNAT, R.M TOUBIN, J. ROY : Reprise mensuelle des situations, formation, suivi du projet.

Equipe de l'unité petite enfance (CHU Montpellier)

- ⇒ Moyens matériels
- Mise à disposition de locaux et de matériel pour le secrétariat par la Clinique Clémentville et la Polyclinique Saint-Roch ainsi que pour la formation, et mise à disposition de ligne téléphonique pour le travail de coordination avec l'extérieur
- Utilisation du matériel informatique et de secrétariat de l'Afrée pour le suivi et l'évaluation du projet
- ⇒ Financements : (cf budget prévisionnel paragraphe 11)
- ⇒ Pour chaque situation, nous évaluons le temps passé en prise en charge directe et indirecte à deux vacations, soit par année 340 vacations de pédopsychiatre, soit un mi-temps de vacataire
- ⇒ Le temps de secrétariat médical a été remplacé par du temps de sage femme coordinatrice (0.20 ETP pour chaque clinique)
- ⇒ Le temps de reprise par les formateurs de l'Afrée correspond à 12 heures par mois soit annuellement 144 heures
- ⇒ Les formations, à la Clinique Clémentville et la Polyclinique Saint-Roch, représentent quatre demi-journées par mois
- ⇒ L'évaluation sera réalisé en externe par l'ORS Languedoc Roussillon

- **7) Protocole de circuit de prise en charge.**

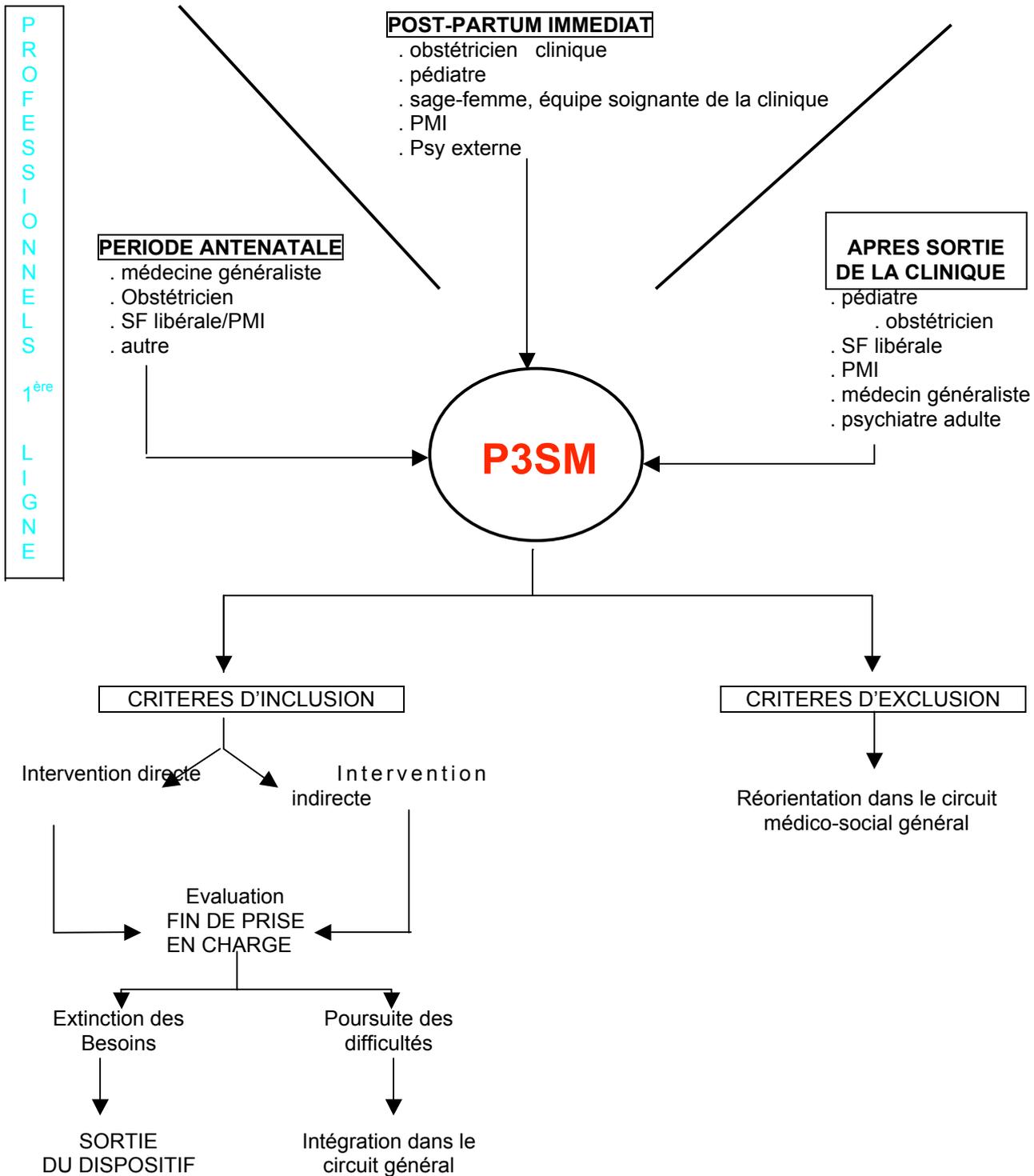
7.1 Circuit général de prise en charge en fonction de la période anté, per et postnatale (cf tableau 2)

Le pôle est activé par les professionnels de première ligne en fonction de la période concernée (cf haut du tableau 2)

Le pôle évalue l'opportunité d'une inclusion dans le circuit de prise en charge. En fonction des critères d'inclusion, il définira la modalité d'intervention (directe ou indirecte).

Si la situation répond aux critères d'exclusion d'une intervention psychologique une réorientation se préconisée dans le circuit médico-social général.

Toutes ces données sont développées dans les pages qui suivent en fonction de la période d'adresse(anté, per ou post natal.



Tab. 2 : CIRCUIT GENERAL DE PRISE EN CHARGE EN FONCTION DE LA PERIODE ANTE, PER ET POSTNATALE

7.2 : INCLUSIONS ET PARCOURS DU PATIENT DANS LE RESEAU

- LES CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS -

Le réseau intégrera trois groupes de patients en période anténatale, en post-partum immédiat, et en postnatal après la sortie de la maternité, jusqu'à un mois de vie du nouveau-né.

1 – EN ANTENATAL (cf : Tableau 3)

La population concernée est subdivisée en trois groupes en fonction du type de vulnérabilité.

↳ Groupe 1 : vulnérabilité somatique :

Dans ce groupe, on peut retenir plusieurs indicateurs qui sont les suivants :

- . vomissements gravidiques, incoercibles, du 1^{er} trimestre ;
- . grossesses à risque médical ;
- . menaces d'accouchement prématuré (MAP) ;
- . antécédents obstétricaux ;
- . découverte d'une anomalie chez le fœtus.

C'est une population à risques majeurs de troubles de l'investissement psychoaffectif de l'enfant avec des risques de troubles précoces des interactions parents-bébé et où le risque de développement de psychopathologie du bébé avec retard de son développement psychique est important.

Dans ce groupe, le risque concerne également la survenue d'accouchements prématurés et d'hypotrophie chez l'enfant avec hospitalisation de l'enfant en Pédiatrie et séparation mère-enfant.

↳ Groupe 2 : vulnérabilité sociale :

Dans ce groupe, on peut retenir plusieurs indications qui sont les suivantes :

- . précarité et bas niveau économique et social ;
- . famille monoparentale avec revenu minimal ;
- . grossesse et adolescence ;
- . grossesse et addiction.

Il s'agit d'une population à risques majeurs de défaillance parentale avec parfois un risque vital pour l'enfant où les interactions précoces parents-bébé sont fréquemment très perturbées.

Dans ce groupe, la notion de danger pour l'enfant doit être une préoccupation constante des soignants.

↳ Groupe 3 : vulnérabilité psychique :

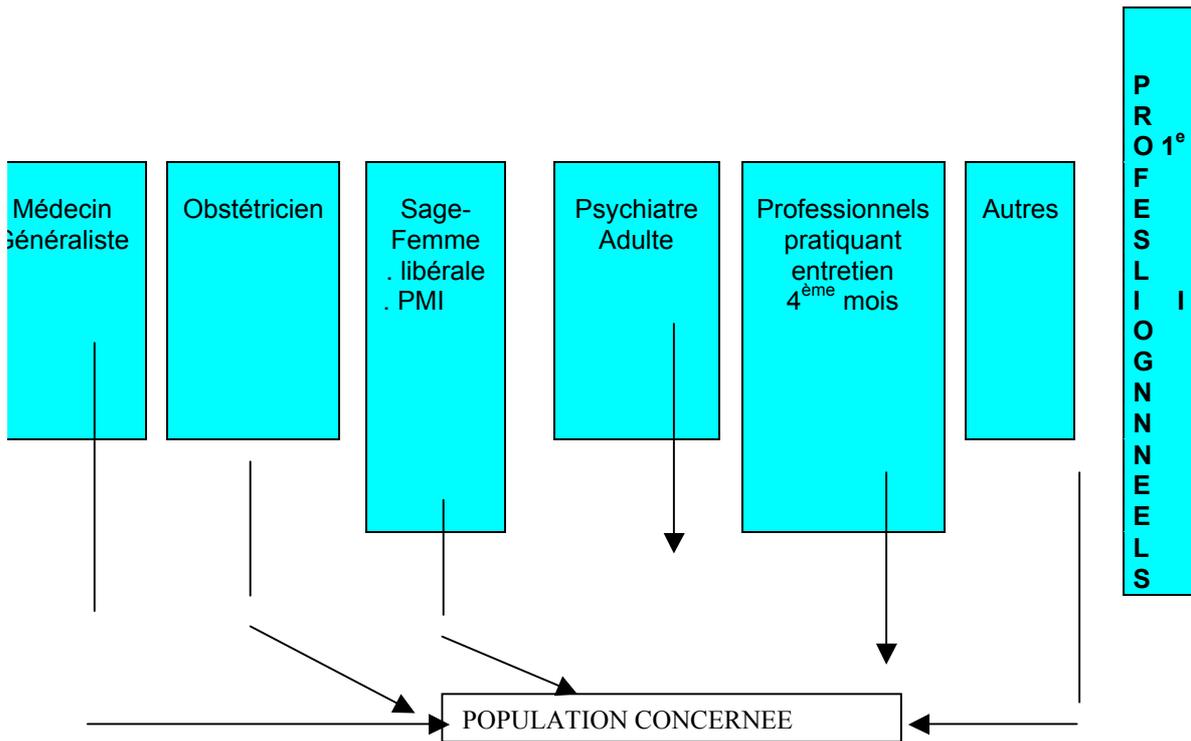
. vulnérabilité passagère réactionnelle à un événement de vie : décès d'un proche, changement de région, séparation conjugale, dysfonctionnement familial... ;

. événement obstétrical à fort potentiel traumatique : interruption médicale de grossesse (IMG), mort fœtale in utero (MFIU) ;

. psychopathologie parentale : parent présentant de troubles psychotiques graves chroniques, parent psychopathe, parent présentant des projections massives, parent présentant une grande instabilité affective, parent déficient mental ;

- . antécédent de dépression du post-partum ;
- . angoisses et dépression anténatales ;
- . résurgence d'un passé infantile personnel ou d'une situation familiale douloureuse.

Il s'agit d'une population où l'on peut observer des troubles de la parentalité avec parfois des interactions précoces parents-bébé perturbés, et la possibilité d'apparition de troubles psychologiques chez le bébé. Cette subdivision est à dessein artificiel pour une meilleure lisibilité car le plus souvent on rencontre des co-vulnérabilité



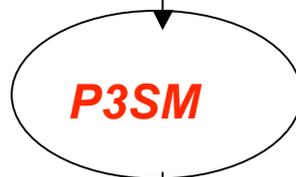
. **Vulnérabilité somatique** : MAP, vomissements gravidiques, ATCD obstétricaux, grossesse et addiction
grossesse à risque somatique : HTA, diabète

ET/OU

. **Vulnérabilité sociale** : précarité, grossesse et addiction, grossesse et adolescence, séparation conjugale...

ET/OU

. **Vulnérabilité psychique** : psychopathologie parentale, grossesse et addiction, grossesse et adolescence, événementiel et réactionnel (séparation, décès, IMG, découverte d'une anomalie fœtale...)



CRITERES D'INCLUSION

INTERVENTION DIRECTE

- . demande parentale de consultation pédopsychiatrie
- . décalage émotionnel
- . discordance d'avis interprofessionnel
- . malaise dans la communication
- . réaction inappropriée parentale
- . émergence de souffrances antérieures
- . angoisse ou inquiétude persistante et envahissante centrée sur la grossesse, l'accouchement, ou l'accueil du nouveau-né

INTERVENTION INDIRECTE

- . insécurité professionnelle isolée
- . psychopathologie parentale isolée
- . survenue d'un événement de vie
- . douloureux avec réaction parentale adaptée
- . incident fœtal ou médical sans décalage émotionnel
- . ATCD obstétrical isolé sans conséquence apparente sur cette grossesse
- . vulnérabilité somatique et/ou sociale isolée

EVALUATION EN FIN DE PRISE EN CHARGE

Sortie du dispositif ← Extinction des besoins ← Poursuite des besoins → Intégration dans le circuit généré

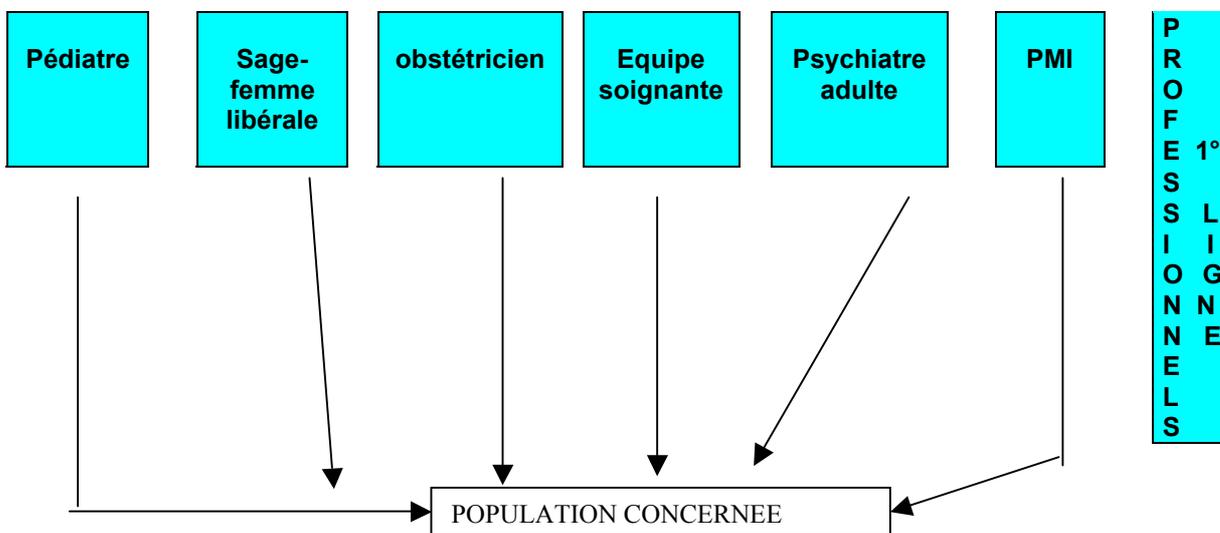
Tab 3 : CIRCUIT AU COURS DE LA PERIODE ANTENATAL

2 – EN POST-PARTUM IMMEDIAT (cf. Tableau 4)

↪ Le patient pourra être inclus selon les critères retenus en anténatal.

↪ A ces critères, peuvent se rajouter un ou plusieurs des critères suivants :

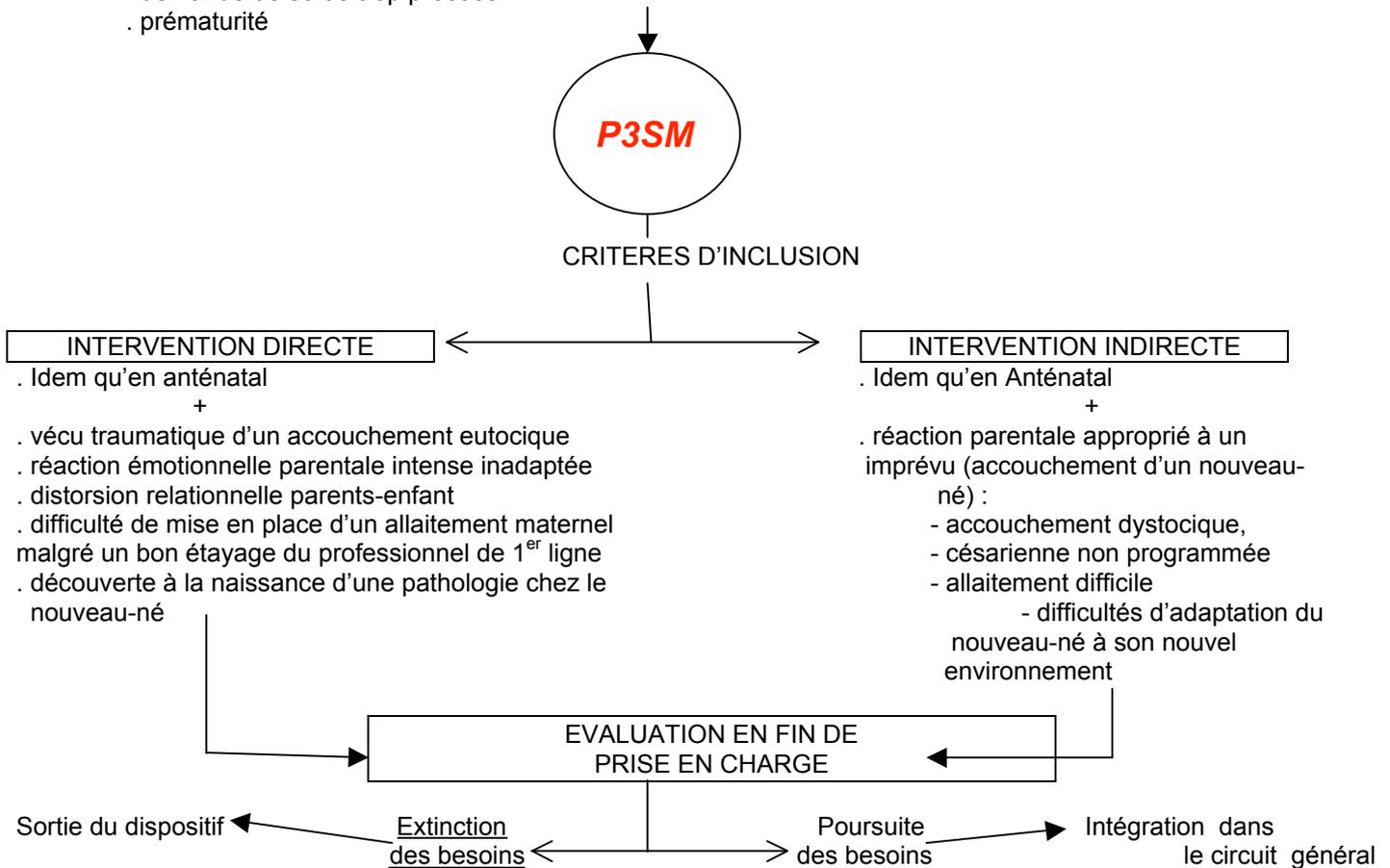
- . modalités de l'accouchement ;
- . vécu subjectif de l'accouchement : vécu traumatique ;
- . découverte à la naissance d'une anomalie ou malformation chez le nouveau-né ;
- . déclaration à la naissance d'une pathologie chez le nouveau-né avec séparation mère/enfant ;
- . qualité de la relation parent/enfant : les difficultés à s'occuper du bébé, les situations d'évitement relationnel graves, le rejet du bébé par sa mère ;
- . réaction émotionnelle parentale : de l'angoisse à la dépression du post-partum ;
- . certaines pathologies graves du post-partum : psychose du post-partum,
- . existence de projections massives ;
- . allaitement : difficultés de mise en place ;
- . difficultés d'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement ;
- . difficultés d'adaptation du parent à son nouveau statut de parent.



. Vulnérabilité somatique, et/ou vulnérabilité sociale, et/ou vulnérabilité psychique de la période anténatal.

+

- . accouchement dystocique
- . vécu douloureux de l'accouchement
- . découverte de pathologie chez le nouveau-né
- . réaction émotionnelle intense des parents
- . distorsion de la relation parents-enfant
- . difficultés de mise en place de l'allaitement
- . difficultés d'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement
- . difficultés d'adaptation du parent à son nouveau statut
- . demande de sortie trop précoce
- . prématurité



Tab. 4 : CIRCUIT AU COURS DU POST PARTUM IMMEDIAT

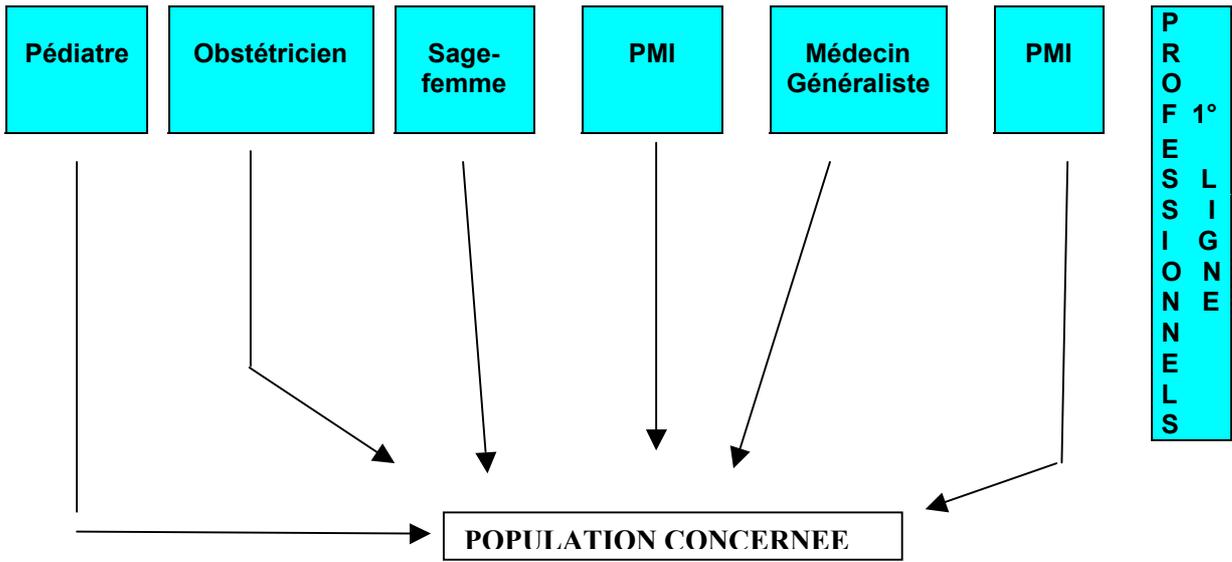
3 – EN POST-PARTUM TARDIF APRES SORTIE DE LA CLINIQUE (cf : Tableau 5)

↪ Le patient pourra être inclus selon les critères retenus en anténatal.

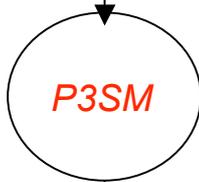
↪ A ces critères peuvent se rajouter un ou plusieurs critères du post-partum immédiat avec une symptomatologie émergeant après la sortie de la maternité.

Nous venons de décrire les signes d'appel qui interpellent les professionnels de première ligne et qui les conduit à s'engager plus en avant auprès des familles afin de mieux évaluer la vie émotionnelle et le vécu de ces familles de cette population concernée.

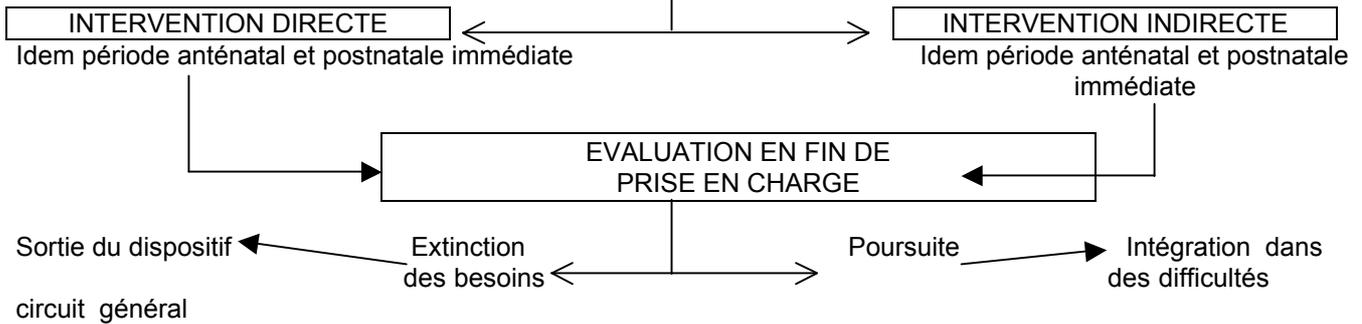
A partir de ces signes d'appel et de l'évaluation, de la réaction émotionnelle et du vécu des familles que l'on va aboutir à une intervention pédiopsychiatrique directe ou indirecte.



- . population de la période anténatal
- . population de la période postnatale
- +
- . apparition de difficultés d'adaptation du nouveau-né (sommeil, alimentation...)
- . réaction émotionnelle intense parentale
- . complications gynécologiques
- . distorsion relationnelle parents-enfant



CRITERES D'INCLUSION



le

Tab 5 : CIRCUIT APRES LA SORTIE DE LA CLINIQUE ET AVANT UN MOIS DE VIE

Critères de prises en charge directe et indirecte.

Pour ces trois groupes, de l'anténatal au postnatal tardif, les critères de prise en charge directe et de prise en charge indirecte sont les suivants :

↳ Critères de prise en charge directe :

- . demande parentale de consultation pédopsychiatrique ;
- . décalage émotionnel repérer par les soignants ;
- . discordance d'avis inter - professionnel ;
- . malaise dans la communication ;
- . réaction inappropriée parentale ;
- . émergence de conflit psychique antérieur non résolu ;
- . angoisse ou inquiétude persistante et envahissante centrée sur la grossesse, l'accouchement ou l'accueil du nouveau né

↳ Critères d'indication d'intervention ou de prise en charge indirecte :

- . insécurité professionnelle isolée ;
- . psychopathologie parentale isolée ;
- . survenue d'un évènement de vie douloureux avec réaction parentale adaptée ;
- . incident fœtal ou médical sans décalage émotionnel ;
- . antécédent obstétrical isolé ;
- . vulnérabilité sociale, psychologique ou somatique isolé

CRITERES DE SORTIE DU P3SM

La fin de prise en charge par le P3SM interviendra après évaluation à un mois de vie de l'enfant.

↳ Dans certaines situations sur la résolution des symptômes :

- . disparition des signes de souffrances du bébé :
 - les troubles psychosomatiques sévères du bébé
 - les évitements relationnels du bébé
- . disparition des difficultés à s'occuper du bébé ;
- . disparition des pathologies du lien : en particulier les situations de rejet ;
- . disparition de la dépression du post-partum avec présence d'une relation mère/enfant satisfaisante ;
- . disparition des difficultés du parent dans l'installation de la parentalité.

↳ Dans les autres situations, en particulier dans les situations chroniques ou de poursuite des symptômes : une orientation se fera dans le circuit général.

Cette orientation peut concerner :

- . l'enfant : en cas de pathologie somatique – suivi pédiatrique libéral, hospitalier, CAMSP ;
- . les parents : suivi médical gynécologique obstétrical, psychiatrique adulte, suivi de médecine générale, orientation sociale (PMI) ;
- . relation parentalité : mise en place d'un suivi pédopsychiatrique.

↳ Dans ce cas de figure où une intervention pédopsychiatrique par consultation n'est pas indiquée, il est nécessaire de garder une place auprès de l'équipe et d'effectuer alors une intervention indirecte.

Les objectifs de cette intervention pédopsychiatrique indirecte sont, entre autre, les suivantes :

- . soutenir l'équipe afin d'augmenter leur sentiment de sécurité ;
- . garantir la continuité et la globalité surtout dans les situations où se multiplient les intervenants ;
- . soutenir une bonne articulation interprofessionnelle ;
- . aide technique dans le travail d'anticipation ;
- . préparer une éventuelle consultation pédopsychiatrique si l'indirect est retenu mais le moment inopportun

7.3: PARCOURS DU PATIENT DANS LE RESEAU

(cf : Tableau 6)

La phase anténatale :

1/ – Le dépistage et sa transmission :

Les intervenants libéraux, les intervenants de la PMI, les intervenants soignants des cliniques, auront pour tâche de repérer les patients à risque pendant leur grossesse.

Des formations au dépistage leur seront dispensées à cet effet. Elles leur présenteront notamment les grands facteurs de risque qui sont susceptibles d'engendrer des comportements pathologiques que le P3SM se propose de repérer et de traiter.

Les professionnels qui assureront le repérage sont les suivants :

↳ Lors d'un suivi médico-social, ce sont essentiellement les sages-femmes de la PMI et les médecins de pôle de PMI qui seront chargés de repérer les patientes susceptibles de développer des signes d'alarme.

↳ Dans le secteur de la médecine de ville, ce sont les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens libéraux, les sages-femmes libérales et les psychiatres qui assureront le repérage des patientes.

↳ Dans les maternités privées, ce sont les surveillantes des services, les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens assurant les consultations médicales anténatales qui seront chargés du repérage.

Dès qu'un de ces intervenants repère une patiente relevant d'une prise en charge par le pôle, il doit mettre en relation la patiente avec le pôle.

↳ Ce praticien informera la patiente de son conseil de soins :

- soit prendra un rendez-vous avec le pôle, en présence de la patiente ;

- soit, si la patiente désire se donner un temps de réflexion lui remettra les coordonnées du pôle, la patiente prenant un rendez-vous en indiquant le nom du soignant qui l'a informée ;

- le pôle informera le professionnel de la visite de sa patiente et lui indiquera par un appel téléphonique l'orientation de la prise en charge choisie.

↳ En établissement, le professionnels de première ligne informera le pôle. Le psychothérapeute du pôle se déplacera pour rencontrer les soignants et au cas échéant la patiente.

2/ - La coordination :

Dans chaque clinique, un binôme psy clinicien –sage femme coordinatrice est constitué. Chacun de ces praticiens est joignable directement par téléphone et reçoit donc les appels dirigés sur le pôle. L'articulation pluri hebdomadaire de ces binômes permet à partir des informations recueillies :

↳ D'évaluer l'indication d'une intervention pédopsychiatrique : fera la part entre intervention pédopsy et psy adulte et entre une intervention psy directe ou indirecte.

↳ D'évaluer le degré de l'urgence. Dans la limite :

. du moment le plus opportun de l'intervention directe ou indirecte

. d'une réponse dans les 24 heures

↳ D'effectuer des liens, en appelant les intervenants de première ligne pour avoir un complément d'information, affiner l'évaluation pour optimiser la prise de décision.

↳ D'organiser les modalités et les conditions (jour et heure) de l'intervention – directe indirecte – par l'intermédiaire de la secrétaire qui le transmet au professionnel concerné ou au patient.

Se déterminera un plan d'intervention avec l'accord de la patiente basé sur un suivi pluridisciplinaire par des professionnels du réseau. Ce plan de suivi est élaboré en présence de la patiente qui doit donner son accord pour la mise en place de ce plan et en accord avec les professionnels de première ligne concernés.

Ce plan de suivi pourra comporter un ou plusieurs des éléments suivants :

- des soins psychiques :
 - . consultations pédopsych : psychologue ou pédopsych
 - . consultations psy adultes.
- des soins médicaux assurés par le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste, l'anesthésiste ;
- une proposition de séances de préparation à l'accouchement ;
- dans certains cas, une hospitalisation de la mère (soins de psychiatrie en maternité). Dans ce cas, le psychothérapeute rendra visite très régulièrement à la patiente et à l'équipe pendant le séjour en accord avec les soignants de l'établissement.

↳ un dossier de suivi sera tenu, dans lequel seront consignés tous ces éléments (cf. annexe 4)

En mentionnant les éléments évolutifs du suivi de l'anténatal au postnatal jusqu'à la fermeture du dossier qui se fera soit par extinction des besoins et arrêt de la prise en charge soit par le passe de relais au circuit général.

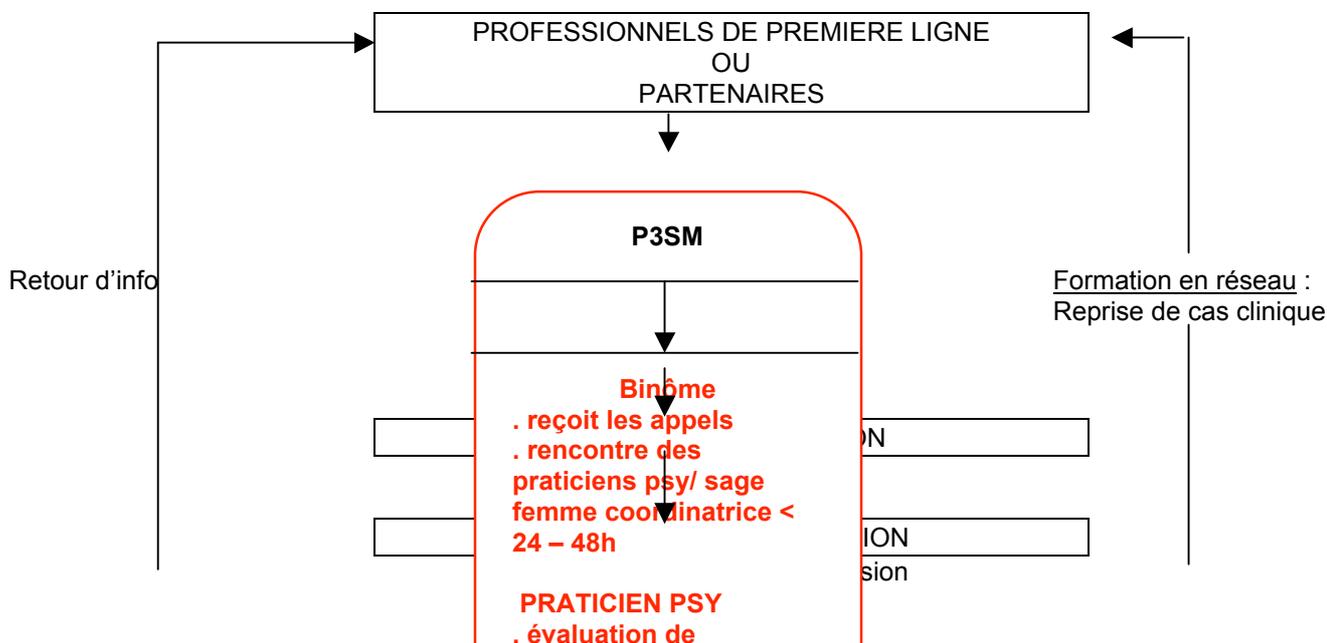
Dans le cas contraire, si l'on ne se retrouve pas dans ces deux cas de figure, il s'agit le plus souvent de patients perdus de vue, à ce moment-là ; le dossier sera tout de même suivi en réactivant le professionnel en première ligne qui nous a adressé la patiente afin de reprendre à son tour le relais – la patiente réintégrera alors le circuit antérieur.

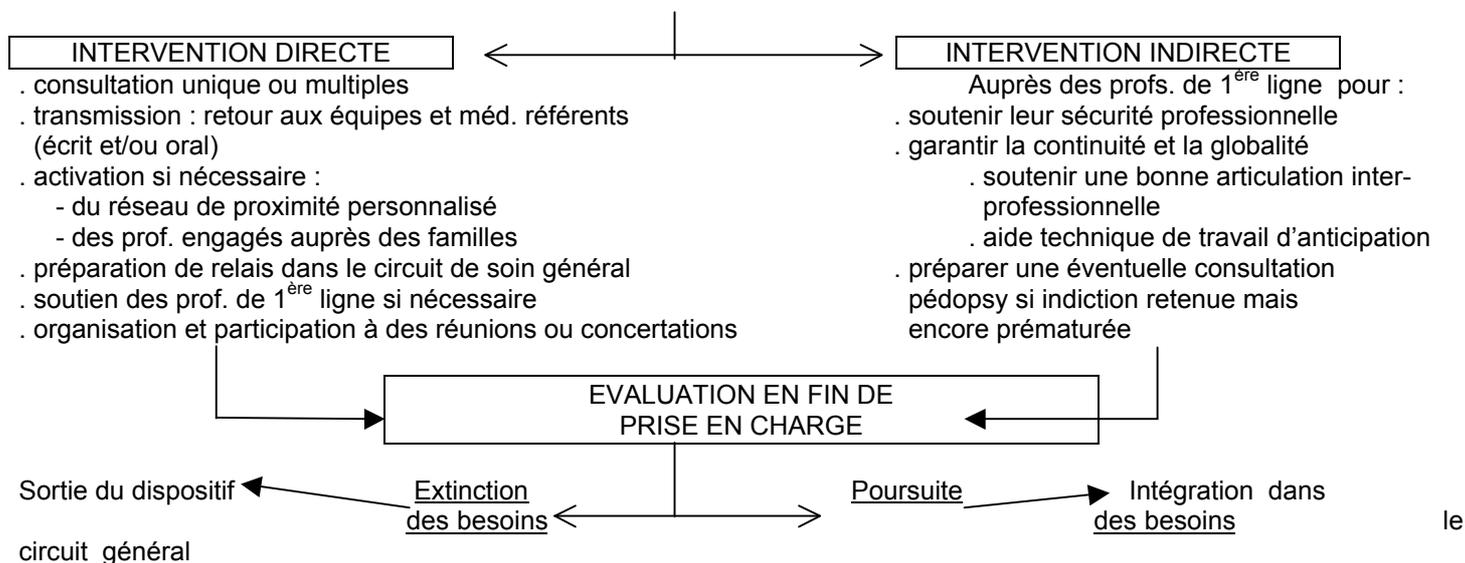
↳ Le pôle, en outre, réalisera avec l'accord de la famille un lien avec l'équipe de la maternité au moment de l'accouchement pour ajuster au mieux l'accueil des parents et de l'enfant au plus près de leurs besoins et de leurs difficultés.

Avec par la suite, si besoin et non de manière systématique, au cas par cas :

- . un soutien de l'équipe en post-partum immédiat s'il existe des difficultés éventuelles touchant la relation mère ou père – bébé.

↳ Un contact téléphonique et/ou un courrier sera adressé à tous les intervenants auprès de la famille en accord avec celle-ci pour les informer de la prise en charge par le pôle et le plan du suivi. Le contenu de l'entretien « psy » restera dans le domaine du psychothérapeute, en dehors des cas où il existe une indication de signalement au juge.





Tab 6 : Parcours des patients

La phase postnatale :

En phase postnatale, les patients du réseau seront composés de patientes incluses en phase anténatale et dont le suivi par le pôle est nécessaire une fois que l'enfant est né, et des nouvelles patientes repérées après accouchement.

- Le repérage

Le repérage postnatal sera réalisé :

- . dans les maternités : par les surveillantes, les sages-femmes, les infirmières, les auxiliaires puéricultrices, les puéricultrices, les pédiatres des maternités et les gynécologues obstétriciens qui réaliseront le repérage.
- . il pourra également être réalisé par les pédiatres libéraux, les médecins généralistes ou les psychiatres dans le secteur ambulatoire, dans les premiers mois qui suivent la naissance. il pourra également être réalisé par les professionnels des consultations de PMI et les professionnels de l'ASE.

Si ces intervenants détectant une situation à risque justifiant une prise en charge par le pôle, ils utilisent les mêmes procédures qu'en anténatal.

La coordination : même procédure qu'en anténatal.

7.4 : REPRISE HEBDOMADAIRE AU CENTRE DE REFERENCE (CHU Montpellier, UPE MPEA) -

Cette reprise concerne une partie des dossiers en fonction de la complexité de la situation clinique à l'appréciation des cliniciens du pôle.

A n'importe quel moment après inclusions dans le P3SM, l'objet de cette reprise, d'une part, est de déterminer la pertinence de l'intervention directe ou indirecte, et d'autre part des modalités de prise en charge.

Elle a lieu en présence des praticiens du pôle et des membres de l'équipe Petite enfance de la clinique Peyre Plantade(F. Molenat).

8) Evaluation de l'action : (voir tableau ci-dessous)

L'évaluation se fera selon deux modalités :

Evaluation de l'activité proprement dite annuellement.

Evaluation des résultats de l'action dans ses versants quantitatif, qualitatif et économique .

1. **Evaluation de l'activité.**

A- Travail global auprès des familles

a- adresse à la cellule de prise en charge

- **bilan quantitatif mensuel**

	janv	fev	mars	avril	mai	juin	juillet	aout	Sept	octob	nov	dec
Nombre												
Type												
Anté- nat												
Per.nat												
Post-nat												
autres												

- **bilan quantitatif annuel :**

	total	Anté- nat	Pernatal	Post-nat	Autres
Nombre					

b- Qui sont les professionnels de première ligne qui adressent ?

Intra clinique	total	Anté	Pernatal	Post-nat	Autres
Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					
puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Pernatal	Post-nat	Autres
Généraliste					
Psychiatred'adulte					
Psy. pour enfant					
PMI					
Services sociaux					
Obstétricien					
Pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

c- Type d'intervenant / prise en charge directe

Pédopsychiatre

	janv	fev	mars	avril	mai	juin	juillet	aout	Sept	octob	nov	dec
Nombre												
Type												
Anté-na												
Pernata												
Post na												
Autres												
Bilan annuel	total	Anté-natal	Pernatal	Post-nat	Autres							
Nombre												

Psychologue

	janv	fev	mars	avril	mai	juin	juillet	aout	Sept	octob	nov	dec
Nombre												
Type												
Anté-na												
Pernata												
Post na												
Autres												
Bilan annuel	total	Anté-natal	Pernatal	Post-nat	Autres							
Nombre												

B- Travail indirect auprès des équipes :

a- travail indirect uniquement (sans rencontrer la famille)

Pédopsychiatre	total	Anté.	Pernatal	Post-nat	Autres
Nombre					

Psychologue	total	Anté.	Pernatal	Post-nat	Autres
Nombre					

b1- type de professionnel rencontré

Pédopsychiatre

nta clinique	total	Anté	Perna-tal	Post-nat	Autres

Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					

puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autres
Généraliste					
Psychiatre l'adulte					
Psy. pour enfant					
PMI					
Services sociaux					
Obstétricien					
Pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

Psychologue

a clinique	total	Anté	Perna	Post-	Autres
------------	-------	------	-------	-------	--------

C - Travail indirect et direct

Pédopsychiatre	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Aut- res
Nombre					

Psychologue	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autr- es
Nombre					

1- type de professionnel rencontré

Pédopsychiatre					
Intra clinique	total	Anté	Pernatal	Post- nat	Autres
Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					
puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Pernatal	Post- nat	Autres

			tal	nat	
Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					
puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autres
Généraliste					
Psychiatre d'adulte					
Psy. pour enfant					
PMI					
Services sociaux					
Obstétricien					
Pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

Généraliste					
Psychiatre d'adulte					
Psy. pour enfant					
PMI					
Services sociaux					
Obstétricien					
Pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

Psychologue

Intra clinique	total	Anté	Pernatal	Post- nat	Au
Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					
puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Pernatal	Post- nat	Au

généraliste					
psychiatre d'adulte					
psy. pour enfant					
PMI					
services sociaux					
obstétricien					
pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

D- Orientation en fin de prise en charge

Pédopsychiatre

Intra clinique	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autres
Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					
puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autres
Généraliste					
Psychiatre d'adulte					
Psy. pour enfant					
PMI					
Services sociaux					
Obstétricien					
Pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

Psychologue

Intra clinique	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autres
Pédiatre :					
obstétricien,					
sage femme,					
puer					
auxiliaire,					
autres					
Extra-clinique	total	Anté	Perna- tal	Post- nat	Autres
Généraliste					
Psychiatre d'adulte					
Psy. pour enfant					
PMI					
Services sociaux					
Obstétricien					
Pédiatres					
S.F libérales					
Autres					

E. Quantification du temps passé pour chaque situation incluse.

Chaque année, au mois de mars, il sera demandé un relevé du temps passé en direct (consultations) et en indirect (transmission, réunions, reprise...) pour chaque situation incluse afin d'apprécier le temps nécessaire et de réajuster la dotation.

F. Quantification du travail en partenariat

Bilan annuel	total	Anté- nat	Prenatal	Post- nat	Autres
Concertation intra/extra-hospitalière					
Présence au staff obstétrico-pédiatrique					
Réunions exceptionnelles					
Présentation au staff de reprise					

G . Durée des prises en charge

Pour chaque situation, il sera calculé le temps écoulé entre l'ouverture du dossier et sa clôture.

Le temps maximum ne pouvant dépasser 10 mois de suivi : 9 mois de grossesse + 1 mois de post-partum.

2- Evaluation des résultats de l'action

Les résultats obtenus seront évalués selon trois modalités : quantitative, qualitative et économique.

Evaluation quantitative :

- Au niveau épidémiologique :
- Reprise de l'évaluation quantitative ci dessus et évaluation de la montée en charge des demandes et modifications d'une année sur l'autre
- Au niveau clinique
- Evaluation de la dynamique des ratio entre inclusion anté, per et post natal
- Pour chaque type d'inclusion : - indication ou non d'un suivi après intervention du pole
 - quel type de suivi(psy, médical, médico-social...)
- Descriptif et ratio des indications
- Analyse après ajustement sur les critères d'inclusion du type de suivi
- L'accent sera mis sur l'existence ou non d'indicateurs de précarité sociale.

Evaluation qualitative :

- Comparaison entre les anticipations* évoquées en sessions de reprise et le devenir à un mois des situations (*anticipations en terme de type de prise en charge à proposée à terme) pour permettre d'affiner les indications prise en charge du pole entre travail direct et indirect.
- Présentation de monographie de ce type de prise en charge aux formations de l'afree(2 par an)
- Dépouillement et analyse des questionnaires de satisfaction des usagers du réseau ainsi que de celui des professionnels(cf annexe pg :)
- Pour les situations à forte potentialité traumatique, évaluation à distance(1 an après l'arrêt de la prise en charge de l'existence ou non d'un traumatisme psychique résiduel lié à la situation périnatale(*IMG, mort périnatale, accouchement terrifiant, prématurité, anomalie fœtale...*)
 - par la grille validée PPQ(*perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire*)(cf annexe pg :)

Evaluation économique :

- Etude sur les économies réalisées sur examens, bilans, hospitalisations, placements divers, consommations médicaments (étude de la dépense évitée) à partir des dossiers du mois de mars servant à évaluer le temps réel passé auprès des situations.
- Evaluation économique sur le coût total par rapport au nombre de personnes prises en charge.

9) VALORISATION DE L'ACTION Le compte rendu de ce travail sera publié dans les cahiers de l'AFREE (18 numéros actuellement et diffusés auprès des professionnels de la petite enfance et distribué en librairie : Nouveau titre («Naissance ») ainsi que proposé à des revues de santé publique. L'équipe du pôle ressource pourra présenter son travail de collaboration aux formations de professionnels organisées sur le plan national par l'AFREE (cycles de Formation de formateurs, séminaire se déroulant à Montpellier et réunissant 80 participants par an ainsi que dans les formations in situ (hors région Languedoc Roussillon) réunissant en 2003 plus de 1000 participants. Il en rendra compte aux journées « Naissance et avenir » de 2006.

10) Perspective.(Cf Tableau 7)

La première année sera une année d'expérimentation qui nous permettra d'évaluer les besoins des professionnels de première ligne en terme de problèmes psychologiques rencontrés auprès de leurs patientes, les indications de travail direct et indirect pourront être affinées ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion.

Dans le même temps se constituera à la fois un réseau inter-« psy » et entre les « psy » et les somaticiens. Le nombre de situations prise en charge est évalué pour l'année 2006 à :

Pour la deuxième année, en fonction de l'activité et du fonctionnement du dispositif, il sera possible d'innover dans 4 directions qui retiennent actuellement l'intérêt des professionnels de première ligne et qui suppose déjà la mise en place préalable d'un travail de sensibilisation psychologique des équipes qui sera effectuée la première année. (Cf tableau 7). La poursuite de la formation dans les deux cliniques s'impose pour caler ces nouvelles pratiques.

La montée en charge du nombre de situation est évalué à 50% du nombre de situation de la première année soit 235 situations suivies sur l'année 2007.

La troisième année sera consacrée à l'ajustement de l'activité première du pôle ainsi qu'à la mise en place des innovations de la seconde année. La montée en charge est évaluée au même rythme soit 350 situations pour l'année 2008.

PERSPECTIVES DE LA SECONDE ANNEE

Année 2007

Prévisionnel du nombre de situations suivies en 2007 : 235 situations

PRATIQUE DES IMG DANS LES CLINIQUES PRIVEES	ACCUEIL DES NAISSANCES D'ENFANT DE MERES TOXICOMANES	ACCOMPAGNEMENT GROSSESSE ET PSYCHOPATHOLOGIE PARENTALE	ENTRETIEN DU 4 ^{ème} MOIS
<ul style="list-style-type: none"> ◆ technique médicale au point. pratiquent ◆ nécessité d'un accompagnement. du ◆ augmentation du niveau de sécurité émotionnelle des équipes soignantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ technique médicale pas encore dans le domaine pédiatrique ◆ nécessité d'un accompagnement ajusté. ◆ augmentation du niveau de sécurité émotionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ technique médicale pas encore (psychotrope/allaitement, psychotrope/grossesse). ◆ réflexion autour de la question psychiatrique avec 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ reprise avec surtout les entretiens 4^{ème} mois. ◆ mise en critères d'orientation :

♦ articulation avec le des DP et équipes nantes articulation de psy psg adulte, pédo- (visioconférence ?)

♦ articulation APV avec l'information auto psychiatrie, la technique d'anticipation social.

♦ formation médicale

♦ nécessité de soutien et de formation.

♦ nécessité de soutien et de formation (médicale et psy)

**PERSPECTIVE DE LA TROISIEME ANNEE :
année 2008**

Ajustement

Prévisionnel du nombre de situations suivies : 350 situations

Annexe : Sage-femme coordinatrice réseau PPPSM

Travail de coordination : (financement DNDR)

0.18 ETP en 2006 jusqu'à 0.26 ETP en 2008 pour chaque clinique

Action auprès des patientes

- **Mettre en confiance progressivement et évaluer** les besoins des futurs parents (médicaux, situation sociale et familiale, histoire obstétricale et incidence des difficultés psychologiques) : informations sur les prises en charge médicales, sur les possibilités existantes, reprise de l'histoire des prises en charge antérieures, explicitation des protocoles de soins, du projet P3SM...)
- Anticiper et organiser le suivi obstétrical avec la femme /le couple : **travail de médiation** en liaisons avec les autres professionnels (pédiatres, gynéco obstétriciens, pédopsychiatres, psychologues, médecins généralistes, sages-femmes libérales, CHU, PMI
- Prise de RDV téléphonique si besoin
- **Soutenir les soignants** en lien et en difficulté avec les patientes (rencontres régulières avec les soignants, informations sur le devenir...).
- Veiller au **maintien de la continuité des soins** tout au long de la prise en charge, anté, per et postnatale en anticipant sur le plus grand nombre de problèmes possibles : prévenir les équipes de l'arrivée de la patiente, préparer les transmissions faites aux équipes en associant les parents de façon la plus étroite possible, éviter la séparation mère - enfant
- S'assurer de **l'organisation des soins en postnatal** : travail de liaison entre les équipes pluridisciplinaires intra et extra hospitalières pour une cohérence dans la continuité de la prise en charge. Les parents restent au centre de toutes ces transmissions : téléphone, rencontre avec les parents et les professionnels, souvent en semi urgence.

Articulation interne du pôle P3SM

- Les sages-femmes coordinatrices sont en première ligne pour recevoir les femmes et travaillent en étroite collaboration avec les psy du pôle.
- Elles favorisent la rencontre avec le pédopsychiatre ou la psychologue, si besoin, en s'appuyant sur la confiance qu'elles ont instituée.
- Les sages-femmes s'appuient sur des rencontres régulières multi hebdomadaires avec les psy du P3SM pour faire le point : sur l'état émotionnel des parents, le niveau d'accueil des équipes, les progrès des parents, la qualité des interactions précoces parents enfant.

Le travail en réseau

Avec l'équipe de maternité

- Les rencontres avec les équipes médicales et paramédicales de la clinique afin d'optimiser l'accueil et la prise en charge des familles. (apport d'informations sur la problématique psychologique de la femme, personnalisation de la prise en charge si besoin...) se font au coup par coup, à n'importe quel moment, dans n'importe quel lieu au plus près des besoins.

Avec l'équipe de la maternité publique (Arnaud de Villeneuve :A.D.V)

- Transmissions personnalisées des éléments pertinents lors de mutations vers ADV
- Transmissions aux équipes de pédopsychiatrie (Unité Petite Enfance : Dr Molenat) si besoin pour éviter des ruptures de prises en charge psychologiques.

Avec le secteur extra hospitalier :

- en amont de la prise en charge, chaque fois que cela paraît nécessaire, prise de contact avec les professionnels de confiance de la femme (médecin généraliste, psychiatre, obstétricien, sage femme libérale, PMI ...)
- pendant le suivi : information de l'évolution de la femme aux professionnels impliqués dans la prise en charge
- en aval de la naissance : travail avec les équipes de PMI, sociales, psychiatriques en accord avec les psy de l'équipe P3SM

Le travail de recueil de données :

- recueil des dossiers sur les dossiers informatisés au fur et à mesure des prises en charge.

Travail dans le champ du soin : (financement Migag)

0.10 ETP pour chaque clinique

Prioritaire vers les situations à haut risque psychologique lorsque les autres sages-femmes sont dépassées lors des hospitalisations et que le travail préalable d'accompagnement des équipes a été effectué.