

Rapport : circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

Un tournant majeur dans la prévention précoce

A l'issue du Plan Périnatalité et du rapport de mission de F. Molénat sur les collaborations médico-psychologiques (janvier 2004), la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins diffuse une circulaire en juillet 2005, qui trace les grands axes du chantier à entreprendre afin que s'intègre dans la médecine périnatale la dimension psycho-affective. Ecoute, accompagnement, ajustement du système de soins aux besoins des futurs parents, soutien des professionnels, lisibilité des collaborations médico-psychologiques, doivent concourir à une mise en confiance des couples dès la grossesse, afin d'éviter les malentendus et décalages qui rendaient difficiles et coûteuses les interventions trop tardives. Un espoir pour le devenir des enfants, au travers d'une meilleure sécurité des parents et des professionnels....

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET
DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation

du système de soins

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous-direction santé et société

Le ministre de la Santé et des Solidarités

A

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution et diffusion)

Madame et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et

sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

Date d'application

NOR : (texte non paru au journal officiel)

Grille de classement

Mots clés : périnatalité- environnement psychologique -collaboration médico-psychologique- formation

Textes de référence :

- circulaire n°507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
- circulaire n°517/DHOS/O1/DGS/DGAS/2004 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent
- Plan périnatalité "Humanité, proximité, sécurité, qualité" 2005-2007
- Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Annexes :

- Rapport de Mme le Dr. Molénat
- Fiche du plan périnatalité relative à l'entretien du 4^{ème} mois
- Fiche du plan périnatalité relative aux réseaux périnatalité

Introduction

Le plan périnatalité, annoncé le 10 novembre 2004 par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille qui a pour objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance, propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance de ce champ et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. Dans ce cadre, l'un des principaux enjeux consiste à améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Cette démarche s'articule essentiellement autour de trois mesures : la mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois, la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et le développement des réseaux en périnatalité.

La présente circulaire est précisément destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique et se fonde sur la conviction désormais largement partagée chez les professionnels concernés de l'importance de la dimension affective dans le processus de la naissance. La place accordée à cette dimension conditionne, en effet, le bon déroulement du processus physiologique entourant la naissance ainsi que la

construction harmonieuse des liens familiaux. Par ailleurs, des programmes et des études ont démontré qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constituait un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. Un tel soutien constitue à cet égard un véritable enjeu de santé publique.

L'articulation entre la psychiatrie et la périnatalité s'est développée en France sur la base de rares initiatives militantes et individuelles. Cette articulation a effectivement permis de répondre aux difficultés de professionnels de la naissance confrontés à des psychopathologies maternelles avérées ou à des situations à haut risque médical (risque foetal, grande prématurité, malformation...), générant chez les femmes et leurs conjoints des troubles émotionnels, importants à considérer dans la prise en charge. Il convient, désormais, de développer de manière générale cette articulation entre ces deux disciplines et tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique pour lesquelles la grossesse constitue un moment favorable pour une rencontre avec les acteurs de soins concernés.

C'est précisément dans cette perspective que s'inscrit le rapport qui vous est joint en annexe 1 de la présente circulaire. Ce rapport est l'aboutissement de la mission confiée à Mme le Dr. Molénat, pédopsychiatre au centre hospitalier universitaire de Montpellier, par le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, en vue de définir des recommandations sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Il a été élaboré sur la base d'entretiens individuels avec des professionnels (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, ...) concernés dans leurs pratiques quotidiennes et de réflexions issues du groupe de travail mis en place à cette occasion. L'objectif était d'identifier à partir de ces expériences de terrain, les besoins des familles autant que ceux des professionnels concernés.

Il s'agit, dans le cadre de cette circulaire, d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médicaux-sociaux (I).

Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration (II).

Par ailleurs, des missions particulières dévolues aux professionnels du champ psychique exerçant en maternité contribuent à la mise en place de ce travail en réseau (III).

L'enjeu consiste effectivement à permettre à l'ensemble des professionnels concernés de s'associer à cet objectif de santé publique par un travail d'appropriation et de mise en oeuvre de cette démarche qui concourt au développement des collaborations médico-psychologiques en périnatalité.

Continuité et cohérence : un principe essentiel, fondement de la prise en charge médico-psychologique en périnatalité

Ce principe conduit à considérer le dispositif de soins, essentiellement en termes d'intégration, d'articulation et de relais. Il s'agit de permettre une adaptation des soins, quels que soient les besoins de prise en charge de la personne, le lieu, le moment, leur durée et leur intensité, qu'ils relèvent strictement ou non du domaine sanitaire. Or, ni les acteurs de la psychiatrie, ni ceux relevant des champs somatique, social ou médico-social ne peuvent, à eux seuls, fournir l'ensemble des réponses attendues. L'aménagement des parcours de soins et d'accompagnement au bénéfice des futurs parents et du nouveau-né apparaît comme une nécessité, cela implique de réduire les cloisonnements au sein ou entre les dispositifs concernés (pédopsychiatrie et psychiatrie générale, psychiatrie et disciplines somatiques, ville et hôpital, sanitaire, social et médico-social) et d'assurer la continuité de la prise en charge.

Le respect et la mise en oeuvre de ce principe implique de veiller tout particulièrement :

- au décroisement des pratiques professionnelles . L'effet iatrogène de leur cloisonnement a largement été mis en évidence par la clinique pédopsychiatrique, en particulier à partir de situations impliquant les familles les plus vulnérables. La périnatalité met, par définition, en action des acteurs de champs différents dont l'articulation est indispensable afin d'instaurer une continuité et une cohérence dans la prise en charge.
- à l'organisation de la prise en charge et des réponses à apporter, notamment lorsque des soins sont nécessaires, centrée s autour des besoins propres de chaque famille par un ensemble de professionnels , agissant dans une cohérence suffisante de l'anté au post-natal.

Ces deux objectifs, qui concourent à la qualité des collaborations interprofessionnelles, suppose la reconnaissance par les équipes obstétricales et pédiatriques de la place des professionnels qui ont été choisis par la femme enceinte (médecin généraliste, sage-femme, assistante sociale...) même si leur implication évolue selon les étapes. Ainsi, sera donné aux familles une bonne lisibilité des rôles de chacun, lisibilité rendue possible par une communication entre professionnels et un travail de liaison dans le respect de la confidentialité due aux familles. Cette qualité des pratiques partenariales participe à rendre les familles actrices de leur projet de naissance, à la mise en place de formations, élément clé et incontournable afin que l'ensemble des professionnels et des institutions apprennent à travailler ensemble. Ces formations seront spécifiques et adaptées et auront pour principal objectif d'améliorer la qualité de ces collaborations (Cf. partie II).

Enfin, la mise en place d'un entretien précoce permettra non seulement d'ouvrir le dialogue et de recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais également constituera en soi un premier point d'entrée dans ce processus de collaboration. Cet entretien, tel qu'il est présenté dans la première partie du plan périnatalité et dont la fiche vous est jointe en annexe 2, sera réalisé au 4ème mois de grossesse, sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent.

La formation : outil permettant la mise en place de ces collaborations

Il s'agit de formations à caractère interdisciplinaire, centrées sur la clinique, permettant de se représenter les rôles des différents professionnels, leurs spécificités, leurs articulations, ceci dans un esprit de cohérence et de continuité. Il importe également de créer des espaces de rencontre, qui permettent une communication plus subjective des difficultés rencontrées par l'ensemble des professionnels concernés. C'est dans cette perspective que le caractère interactif de ces formations est nécessaire et fondamental dans la mesure où il permet aux intervenants de penser à partir de leur propre place, évitant ainsi tout risque de confusion des rôles.

Les objectifs de ces formations sont multiples et il s'agit notamment de :

- développer « l'esprit de réseau » sur un terrain d'exercice (ville, département, etc...);
- augmenter la compétence des professionnels de première ligne ;
- acquérir des règles de travail en commun de la grossesse à la petite enfance, entre les champs sanitaire, social et médico-social ;
- apprendre à anticiper les passages d'un professionnel à l'autre par des liaisons personnalisées ;
- apprendre les règles de transmission interprofessionnelle qui respectent la place des parents ;
- prendre en compte les actions menées par les différents acteurs concernés pour ainsi permettre une vision et une évaluation globale de la prise en charge ;
- apprendre à mettre en parallèle dynamique familiale et dynamique professionnelle et leurs interactions ;
- apprendre à présenter des dossiers difficiles devant un groupe en respectant la différence des places et la confidentialité ;

La méthode pédagogique pourrait consister à :

- constituer, pour une session de formation, un groupe de professionnels de tous champs et disciplines (public/privé/libéraux, social/médical/psychique, médecins généralistes, gynécologues médicaux, obstétriciens, pédiatres, psychologues, sages-femmes, puéricultrices..).
- choisir, avec un recul suffisant, une situation ayant soulevé des difficultés particulières, pour en analyser les dysfonctionnements, en réunissant un maximum d'acteurs de tous les services concernés.
- s'assurer du concours d'un professionnel expérimenté (psychiatre ou psychologue), formé à l'animation de groupes pluridisciplinaires, connaissant les

implications de tous les postes professionnels, afin d'être en mesure d'éviter l'écueil des « procès mutuels » et ainsi pouvoir décrire des « processus de fonctionnement ».

Il ne s'agit donc ni d'une synthèse, ni d'une évaluation, ni d'un groupe Balint, mais d'une occasion de repérer les modalités de travail et la cohérence de l'ensemble des professionnels concernés autour d'une famille vulnérable. Ceci, en utilisant la présentation du cas clinique choisi pour faire travailler le groupe sur l'implication de chaque professionnel à partir de sa propre place.

Des missions et un positionnement particuliers pour les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres intervenant dans le cadre de ces collaborations

Outre l'intervention clinique directe auprès des femmes et de leur famille, selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, ces professionnels ont une mission de soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance, au sein des maternités comme en pré et post-natal. En effet, lorsque ces professionnels n'y sont pas préparés, il existe une tendance forte à orienter rapidement la prise en charge de toute manifestation émotionnelle vers un « spécialiste de l'écoute ». L'objectif est donc d'accroître la sécurité des intervenants de première ligne, acteurs essentiels de la mise en confiance de la femme enceinte et du futur père dans le système de soins. Les conditions de cette sécurité renvoient à la formation, à l'expérience des réponses possibles dans les cas difficiles, à l'organisation d'un service ainsi qu'à la cohérence inter-services.

Dans cette perspective, les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres intervenant en maternité doivent avoir pour mission d'aider les intervenants de première ligne à mieux prendre en compte les besoins psychiques des patientes et veiller ainsi à ce que ces patientes ne soient pas adressées trop rapidement à un psychiatre ou un psychologue, notamment lorsqu'elles ne sont pas prêtes à effectuer cette démarche.

Pour répondre à ces missions, ils doivent, adapter leurs pratiques à celles des professionnels du soin somatique, en maternité, en se rendant disponibles pour les moments de transmission, en s'adaptant aux contraintes de temps inhérentes au fonctionnement de ce type de services (durée limitée de l'hospitalisation) ainsi qu'aux situations cliniques urgentes et/ou imprévues.

Il s'agit de veiller particulièrement à ce que les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres intervenant en maternité, soient une force de liaison à la fois en terme de soutien des professionnels en interne et en terme de relais avec les spécialistes du soin psychique, tant en secteur public qu'en secteur privé.

Il est enfin fondamental de veiller à ce que ces professionnels ne soient pas isolés au sein des maternités. Il convient, par exemple, de les inciter à se regrouper à l'échelle d'un département ou d'une région afin notamment qu'ils mettent en commun leurs expériences et de faciliter de telles rencontres.

Pour aboutir à ce positionnement particulier en maternité, le recrutement de ces professionnels répond à certains critères :

- généralisation de leur présence à l'échelle des départements permettant à toutes les maternités d'en bénéficier avec possibilité d'exercice partagé entre plusieurs établissements ;
- recrutement par les directions hospitalières sur avis conjoint des services concernés (obstétrique, pédiatrie, PMI, psychiatrie) ;
- organisation d'un lien avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, par une participation minimale (de une à trois demi-journées...) à l'activité de ces secteurs pour faciliter la continuité des soins, sortir de l'isolement, participer aux régulations cliniques et aux formations en réseau.

En conclusion il vous est demandé de :

• *Procéder à un état des lieux régional préalable :*

Les commissions régionales de la naissance (CRN) doivent initier et analyser un état des lieux à la fois quantitatif et qualitatif . Cet état des lieux doit être l'occasion de repérer l'ensemble des acteurs concernés (notamment les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres) et le fonctionnement des collaborations quand elles existent (points forts, points faibles, difficultés rencontrées, perspectives d'amélioration...).

• *D'encourager sur l'ensemble du territoire le développement des réseaux de périnatalité associant la ville, la PMI, l'hôpital et l'ensemble des acteurs concernés relevant des champs médico-social et social. Conformément à ce qui a été annoncé dans le cadre du plan périnatalité (cf. annexe 3), ils seront financés sur la dotation nationale de développement des réseaux. Ces réseaux constituent un outil, un support juridique pour mettre en oeuvre ces collaborations et organiser les formations pluridisciplinaires, nécessaires à ce fonctionnement, conformément aux orientations décrites au II de la présente circulaire. Le suivi de ces collaborations pourra s'effectuer dans le cadre des procédures d'évaluation prévues lors de la mise en place des réseaux de périnatalité.*

• *De répartir, en fonction de l'analyse des besoins identifiés localement et si les collaborations médico-psychologiques envisagées correspondent aux principes énoncés dans la présente circulaire, les moyens prévus dans le cadre du plan périnatalité pour le recrutement des psychologues.*

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé, à la commission régionale de la naissance de votre région ainsi qu'aux réseaux périnatalité existants, l'objectif étant que la majorité des professionnels concernés et impliqués par le développement de ces collaborations puissent en prendre connaissance.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire part des difficultés éventuelles que

vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre des recommandations de cette circulaire, en prenant contact pour la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins avec les bureaux O1 et O2 au 01 40 56 40 39/01 40 56 59 88, pour la Direction générale de santé avec le bureau SDS6C au 01 40 56 54 77.

Nos services sont, en outre, à votre disposition pour toute information et concours qui pourraient vous être utiles.

Pour le Ministre et par délégation Pour le ministre et par délégation

Le Directeur de l'Hospitalisation Le Directeur Général de la Santé

Et de l'Organisation des soins

Jean CASTEX Professeur Didier HOUSSIN

UCLA Family Development Project. Heinicke et Ponce (199) Université de Californie à Los Angeles

OLDS et al. 1999 « Prenatal et infancy home visitations by nurses : recent findings », The futur of children, 9, 44-65

COWAN et COWAN, 2002. in Development and Psychopathology, 14(4), 731-759

EUROPEAN Early Promotion Project (Davis et al., 2000, Puura et al., 2002) , Infant Mental Health Journal, 23, 606-624