



Etat des lieux des staffs médico-psycho-sociaux (MPS) en région Provence-Alpes- Côte d'Azur (PACA)

Octobre 2020



PORTEURS DE L'ETAT DES LIEUX

Nom	Titre et fonction
Dr Marie-Ange EINAUDI	Praticien hospitalier, pédiatre, chercheur associé UMR 7268 ADES - Aix Marseille Université – EFS – CNRS – Espace Ethique PACA Corse, Médecin référent protection de l'enfance, DPMISP, Conseil départemental des Bouches du Rhône
Dr Brimbelle ROTH	Interne en Santé Publique, DPMISP, Conseil Départemental des Bouches du Rhône
Dr Sophie TARDIEU	Praticien hospitalier, service d'Evaluation Médicale, CHU Conception, APMH
Dr Olivier BERNARD	Pédiatre, Chef de service de la PMI - DPMISP, Conseil Départemental des Bouches du Rhône
Dr Geneviève VEDRINES Dr Marie-Pierre VILLARUBIAS	Médecins inspecteurs de santé publique, Direction de l'Offre de Soins, ARS PACA
Dr Florence BRETTELLE	Professeur de gynécologie-obstétrique, APMH, Responsable du Réseau Méditerranée de Périnatalité Paca Corse Monaco

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tous les coordonnateurs et autres membres des staffs du département des Bouches-du-Rhône ayant pris sur leur temps précieux pour les entretiens, ainsi que Mme Michèle MARCOT du Réseau méditerranée de périnatalité Paca-Corse-Monaco pour son soutien logistique.

LISTE DES ABREVIATIONS

- CAT : Conduite à tenir
- CR : Compte-rendu
- DPI : Dossier patient informatisé
- IP : Information préoccupante
- MPS : médico-psycho-social
- PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PMI : Protection Maternelle et Infantile

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
METHODE	4
RESULTATS DE LA PREMIERE PHASE DE L'ENQUETE	6
PARTICIPATION.....	7
ORGANISATION DU STAFF MPS.....	8
RESSOURCES HUMAINES.....	10
COORDINATION.....	13
RESSOURCES FINANCIERES.....	13
OUTILS	14
EVALUATION DU STAFF	15
CADRE REGLEMENTAIRE ET ENJEUX ETHIQUES	17
ACTIONS MENEES PAR LE STAFF	19
POINTS FORTS.....	20
DIFFICULTES.....	21
PRINCIPAUX FREINS.....	22
PRINCIPAUX LEVIERS	23
MATERNITES NE METTANT PAS EN ŒUVRE DE STAFF	24
RESULTATS DE LA SECONDE PHASE DE L'ENQUETE	25
INCLUSION.....	26
PROCESSUS.....	27
OUTILS	32
MEMBRES.....	33
COORDINATION.....	33
FINANCEMENT.....	33
ACTIONS	34
EVALUATION.....	35
MODIFICATIONS	36
POINTS POSITIFS.....	38
DIFFICULTES.....	40
ETHIQUE	42
AUTRES DIMENSIONS NON ATTENDUES.....	45

INTRODUCTION

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), le dispositif de repérage et d'accompagnement des vulnérabilités prénatales médico-psychosociales, appelé Dispositif de Partenariat Périnatal de Prévention (« D3P »), existe depuis 2013, et lie les maternités de la région, les Conseils Départementaux et l'Agence Régionale de Santé PACA (ARS PACA). Dans le cadre de ce dispositif, des staffs médico-psycho-sociaux (MPS) ou staffs de périnatalité sont mis en œuvre au sein des maternités de la région afin de :

- **Repérer et accompagner les situations de vulnérabilité médico-psychosociale**
- Permettre une **prise en charge coordonnée entre professionnels**
- Mettre en œuvre une **politique commune en faveur de la périnatalité et de la petite enfance**, qui s'intègre dans le champ de réflexion actuel de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 et de la Commission des 1000 premiers jours.

La prévention prénatale des vulnérabilités médico-psychosociales a été abordée lors d'une précédente recherche portée par l'Espace éthique PACA-Corse¹. Cette réflexion s'est inscrite dans le cadre des missions d'observation des pratiques de l'Espace de réflexion éthique PACA-Corse. Les résultats de cette recherche ont révélé l'importance du partenariat, les enjeux éthiques soulevés par ces situations de vulnérabilité (partage d'informations, approche des décisions difficiles, relation de soin, responsabilité, consentement, conflit de valeurs entre respect de l'autonomie de la femme enceinte et défense de l'intérêt de l'enfant à naître...) et une certaine méconnaissance du cadre légal et des partenaires. **Les staffs MPS sont un des leviers principal permettant de répondre à ces enjeux. Cependant, les pratiques les concernant varient en fonction des territoires.**

Cette enquête s'est appuyée sur ces constats et consiste en un état des lieux concernant ces staffs MPS mis en œuvre dans les maternités de la région PACA.

La première phase de l'enquête consistait en un questionnaire en ligne diffusé aux coordonnateurs de staff des 36 maternités de la région PACA.

Pour la seconde phase, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de coordonnateurs des staffs du département des Bouches-du-Rhône.

¹ Einaudi, M., Bernard, O. & Tardieu, S. (2019). Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. Santé Publique, vol. 31(3), 347-355. doi:10.3917/spub.193.0347

METHODE

Protocole: état des lieux des staffs médico-psycho-sociaux

Objectif principal

- Réaliser un **état des lieux des staffs médico-psycho-sociaux (MPS)** mis en œuvre dans les maternités de la région PACA
- ▶ Favoriser l'auto-évaluation des staffs, de façon homogène
 - ▶ Améliorer les pratiques



Objectifs secondaires

- ▶ Repérer les indicateurs pouvant intégrer un socle à minima permettant une évaluation annuelle des staffs
- ▶ Construire un socle d'indicateurs à minima et un socle complet permettant l'évaluation des staffs MPS

Méthode



Etude mixte (quantitative et qualitative), sous la forme d'une évaluation des ressources, d'une évaluation des processus, et d'une évaluation des résultats intermédiaires.

1^{ère} phase



Questionnaire (*GoogleForm*)

Coordonnateurs de staff des **36** maternités de la région PACA



- ▶ **Organisation** des staffs ? *Fréquence, critères d'inclusion...*
- ▶ **Ressources humaines, matérielles, financières** ? *Nb et type de membres du staff, représentation de l'hospitalier, PMI, extrahospitalier...*
- ▶ **Outils** utilisés et leur contenu ? *Fiches de liaison, CR...*
- ▶ **Modalités d'évaluation** du staff ? *Par qui, quand, indicateurs...*
- ▶ **Cadre éthique et réglementaire** ? *Consentement, information...*
- ▶ **Résultats intermédiaires** ? *Actions après staff, report des staffs...*

2^{nde} phase



Entretiens semi-dirigés

Coordonnateurs de staff de **12** maternités des Bouches-du-Rhône



- ▶ **Séquence** de l'identification au passage en staff ?
- ▶ **Modifications** du staff ?
- ▶ **Mise en œuvre** se déroule-t-elle comme prévu ? *ressources humaines, matérielles et financières, outils, évaluation...*
- ▶ **Points forts, difficultés, freins et leviers**
- ▶ **Repérage** indicateurs possibles pour une évaluation annuelle...

1^{ère} phase : auto-questionnaire

L'auto-questionnaire a été diffusé par mail par le Réseau Méditerranéen (Réseau de Périnatalité PACA Corse Monaco) le 15 juin 2020, via un lien vers un formulaire *GoogleForm*, à tous les coordonnateurs des 36 maternités de la région. Le recueil a été réalisé sur une durée d'un mois, avec un rappel à 15 jours.

Les données issues des auto-questionnaires ont été extraites dans une base de données Excel. Un recodage de données a été réalisé.

Pour l'analyse de données, les logiciels Excel et IBM SPSS© version 20 ont été utilisés. Concernant les statistiques descriptives, les données quantitatives sont présentées par leur minimum, maximum, moyenne et écart-type. Les données qualitatives sont présentées par leur effectif et pourcentage. Les réponses qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu catégorielle.

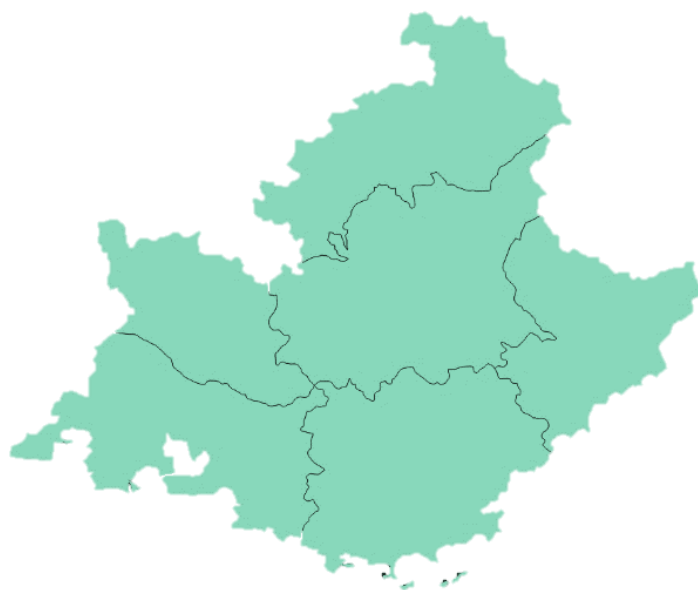
2^{ème} phase : entretiens semi-dirigés

Les entretiens ont été réalisés au cours du mois de septembre 2020 par le Dr Brimbelle ROTH, interne en Santé Publique, par téléphone ou en face-à-face. Les 12 coordonnateurs des staffs MPS du département des Bouches-du-Rhône ont été sollicités par mail pour réaliser l'entretien.

Les entretiens semi-dirigés ont fait l'objet d'une analyse traditionnelle de contenu thématique, puis d'une synthèse.

RESULTATS DE LA PREMIERE PHASE DE L'ENQUETE

Questionnaire en ligne adressé aux
36 maternités de la région PACA



PARTICIPATION

Figure 1 (n=30)

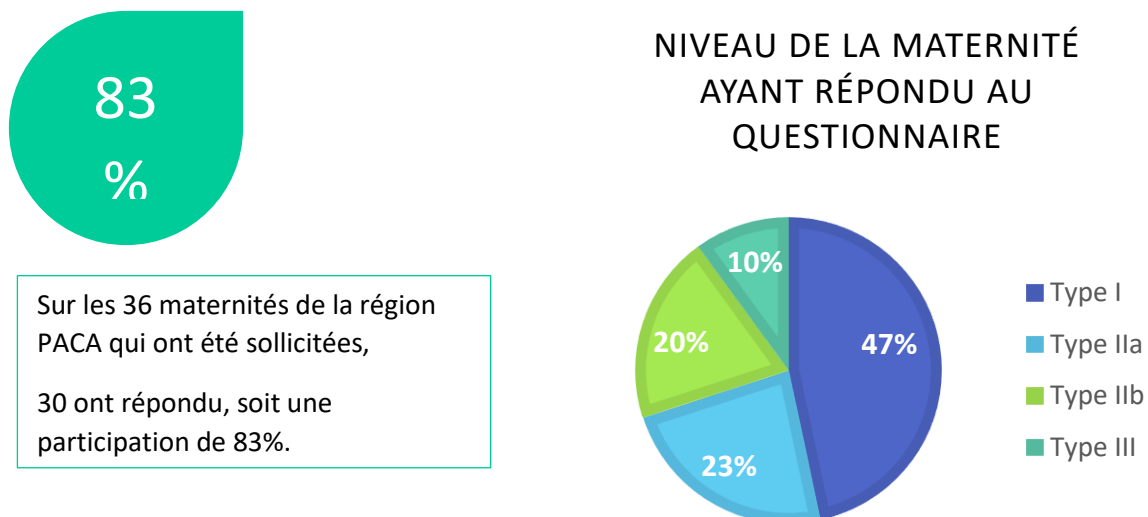


Tableau 1 : Maternités ayant répondu selon le niveau



Niveau maternité	Fréquence (n=répondants)	Nb total de maternité en PACA	Taux de répondant
Type I	47% (14)	17	82%
Type IIa	23% (7)	10	70%
Type IIb	20% (6)	6	100%
Type III	10% (3)	3	100%
TOTAL	100%(30)	36	83%

Tableau 2 : Maternités ayant répondu selon le département

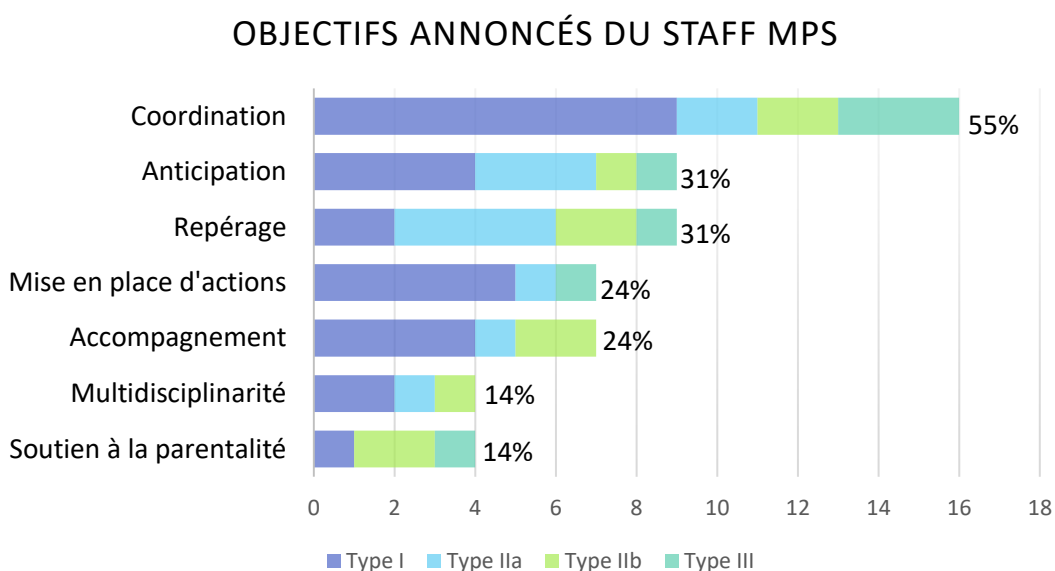


Département de la maternité	Nombre de répondants	Nb total de maternité	Taux de répondant
04 - Alpes-de-Haute-Provence	2	2	100%
05 - Hautes-Alpes	1	2	50%
06 - Alpes-Maritimes	4	7	57%
13 - Bouches-du-Rhône	12	13	92%
83 - Var	6	7	85%
84 - Vaucluse	5	5	100%
TOTAL	30	36	83%

ORGANISATION DU STAFF MPS

Sur les 30 maternités ayant répondu au questionnaire, une seule a déclaré ne pas avoir de staff MPS mis en place à ce jour au sein de la maternité.

Figure 2 : Fréquence des objectifs annoncés du staff MPS selon le niveau de la maternité (n=29)



* « Coordination » regroupe également les termes de « réseau », « partenariat » et « liaison »
 « Multidisciplinarité » regroupe également les termes de « pluridisciplinarité », « pluriprofessionnalité ».
 « Anticipation » comprend aussi le terme de « prévention ».

Tableau 3 : Autres objectifs annoncés du staff MPS

Évaluation précoce du lien parent-enfant (n=3)	Évaluation des capacités maternelles	Soutien des professionnels de 1ère ligne	Évaluation des pratiques professionnelles	Lutte contre les inégalités sociales de santé
Partage d'information (n=3)	Promotion de la bientraitance	Politique commune	Suivi pérenne	
Faciliter communication (n=2)	Prévention maltraitance	Prise de décision consensuelle	Retour à domicile encadré	
Prévention et dépistage des troubles du développement psycho-affectif et relationnel des enfants en améliorant la sécurité émotionnelle des parents (n=2)	Réassurance	Débriefing les situations pour améliorer les prises en charge ultérieures	Identifier les personnes ressources	

Figure 3 : Fréquence du staff MPS selon le niveau de la maternité (n=28)

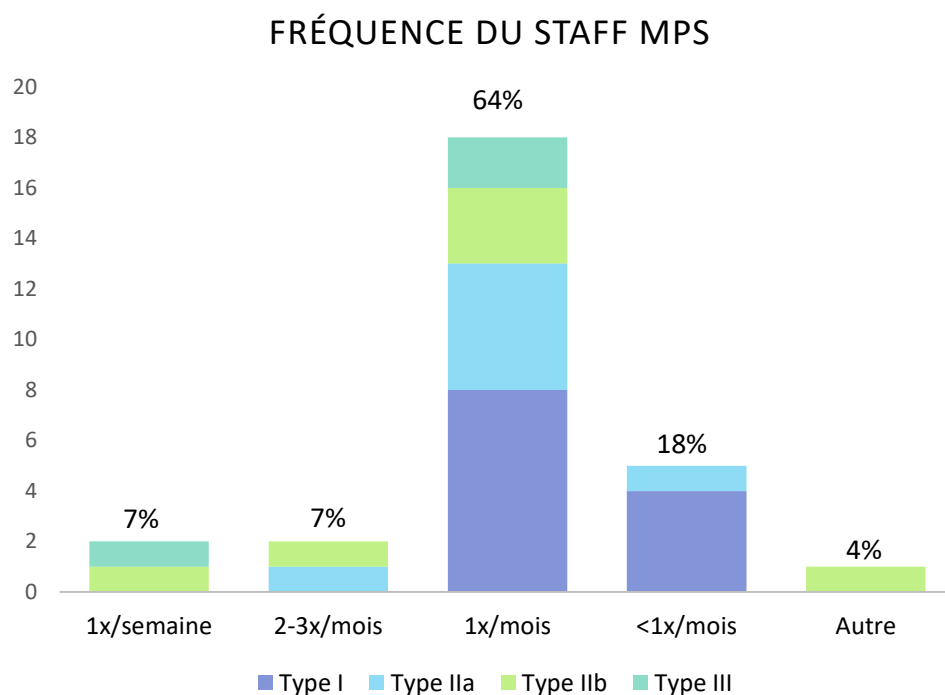
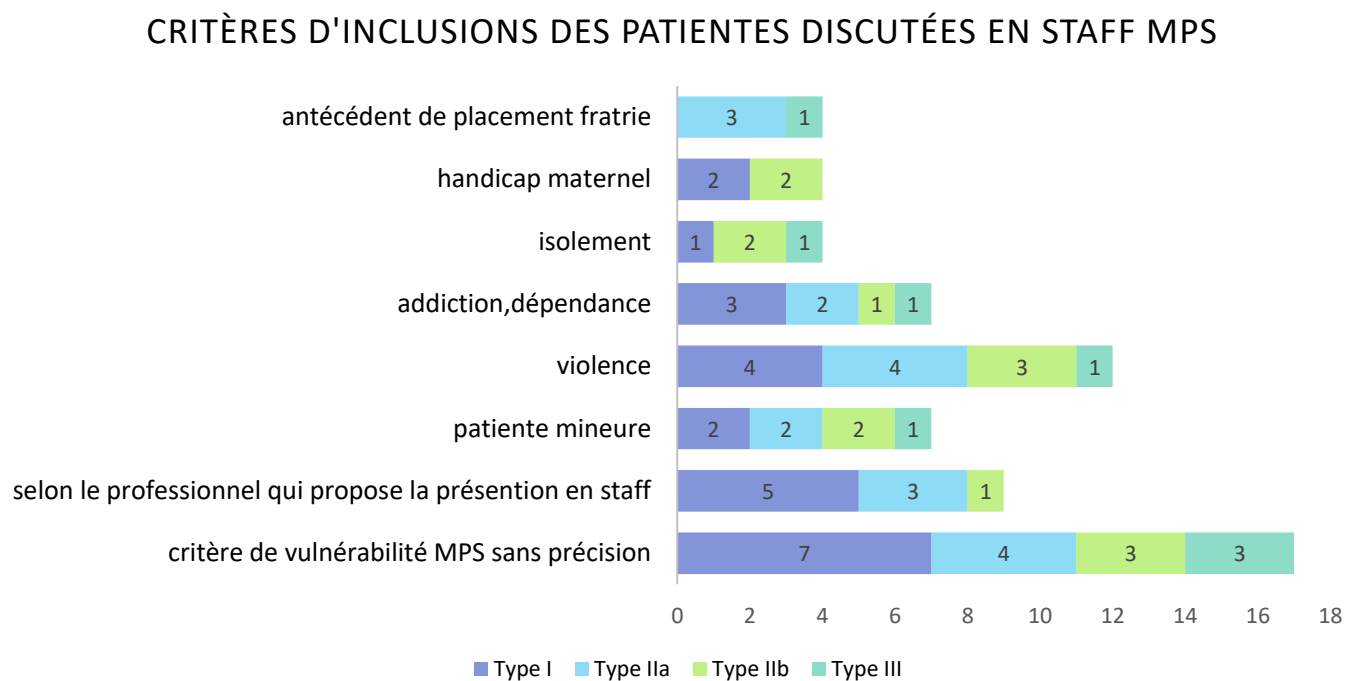


Figure 4 : Critères d'inclusions des patients discutées en staff



RESSOURCES HUMAINES



10 membres en moyenne

Le nombre moyen de membres participant au staff MPS est de **9.9 +/-**

Tableau 4 : Nombre de membres participant au staff en moyenne (n=26)

Niveau de la maternité	Effectif	Moyenne	Écart-type	Min	Max
Type I	12	9.7	2.5	5	15
Type IIa	7	9.6	3.4	6	15
Type IIb	5	10.6	4.0	7	15
Type III	2	10.5	0.7	10	11
Total	26	9.9	2.9	5	15

Figure 5 : Professions représentées lors du staff et leurs statuts

PROFESSIONS REPRÉSENTÉES LORS DU STAFF

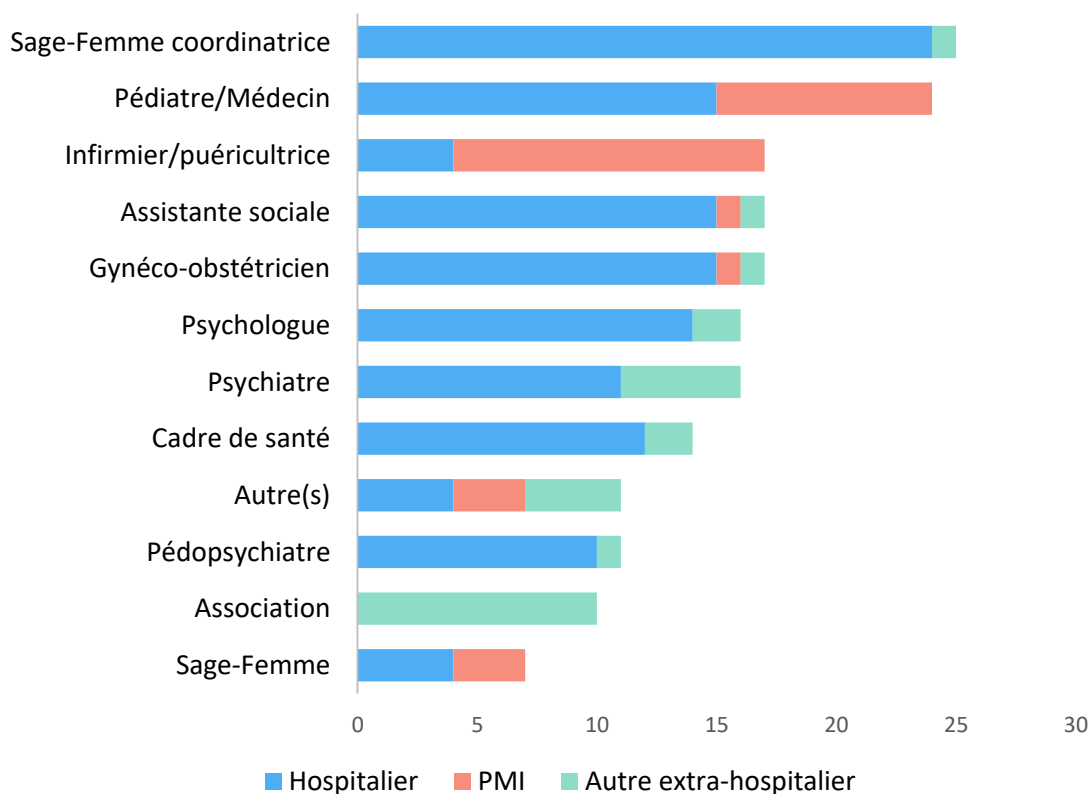


Tableau 5 : Professions représentées lors du staff

	Hospitalier (n)	PMI (n)	Autre extrahospitalier (n)	Total (n)	Fréquence (%)	
Sage-Femme	4	3	0	7	24.1	
Association	0	0	10	10	34.5	
Pédopsychiatre	10	0	1	11	37.9	
Autre(s)	4	3	4	11	37.9	
Cadre de santé	12	0	2	14	48.3	
Psychiatre	11	0	5	16	55.2	
Psychologue	14	0	2	16	55.2	
Gynéco-obstétricien	15	1	1	17	58.6	
Assistante sociale	15	1	1	17	58.6	
Infirmier/puéricultrice	4	13	0	17	58.6	
Pédiatre/Médecin	15	9	0	24	82.8	
Sage-Femme coordinatrice	24	0	1	25	86.2	

Tableau 6: Autres professions représentées lors du staff

Autres professions	n
Éducateur	4
Psychomotricien	2
Secrétaire	4
TISF	2
Equipe AEMO	2
Responsable/ Inspecteur ASE	2
Travailleurs sociaux	2
Soins en santé mentale	10
Psychiatre	1
Psychiatrie de liaison	2
IDE CMP	2
IDE psychiatrie	3
Centre Medico Psychologique Adultes ELSA (équipe de liaison et de soutien en addictologie)	1
Psychologue unité parents-bébé	1
Conseillère technique de département	1
Espace départemental des solidarités	1
Equipe mobile périnatalité	1
Placement à domicile	1
Protection judiciaire de la jeunesse	1
AVAF Association d'accueil familial	1
Maraude	1
Médiatrice corporelle	1
Association d'aide aux femmes enceintes	1
Sage-femme libérale	1
Coordinatrice du réseau de proximité	1

Tableau 7: Participation régulière aux réflexions du staff selon les professions

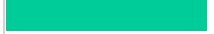
	OUI (n)	TOTAL (n)	Participation régulière aux réflexions du staff (%)	
Equipe PMI	28	28	100	
Psychologue hospitalier	28	29	96.6	
Sage-femme hospitalière	25	27	92.6	
Sage-femme coordinatrice hospitalière	22	24	91.7	
Assistante sociale hospitalière	23	27	85.2	
Autre(s)	9	11	81.8	
Pédiatre hospitalier	13	22	59.1	
Cadre de santé hospitalier	15	26	57.7	
Infirmier/puéricultrice hospitalière	13	25	52	
Psychiatre hospitalier	8	18	44.4	
Gynéco-obstétricien hospitalier	9	23	39.1	
Pédopsychiatre hospitalier	7	19	36.8	
Association	2	14	14.3	

Tableau 8: Autres professions participant régulièrement aux réflexions du staff

Autres professions participant régulièrement aux réflexions du staff	n
Sages-femmes libérales	1
Equipe mobile de périnatalité	1
Soins en santé mentale	9
Psychiatre du CMP	1
Médecin addictologue	1
Psychologue CMP Adultes	1
Psychologues du CMP	1
Psychologue extra hospitalier	1
IDE CMP enfant	1
IDE urgences psy adulte	1
IDE Psychiatrie de liaison	1
CSAPA	1
Equipe de l'unité parents-bébé	
Conseillère technique du département	
Médiatrice corporelle	
UPB (Unité parents bébés)	
Sage-femme libérale	
Médecin (ESSAIP)	
CAMSP	
Cellule adoption et recherche des origines	
Secrétaire	

COORDINATION

Tableau 9 : Profession du coordonnateur du staff MPS (n=29)

Profession du coordonnateur n°1	n	Fréquence (%)
Sage-Femme	20	69.0
Psychologue	3	10.3
Gynéco-Obstétricien	2	6.9
Pédopsychiatre	1	3.4
Secrétaire médicale	1	3.4
Assistante sociale	1	3.4
Pédiatre	1	3.4
Profession du coordonnateur n°2		
Psychologue	1	
Médecin PMI	1	
Cadre de la	1	
pédiatrie/néonatal	1	
Sage-femme	1	
Profession du coordonnateur n°3		
Psychologue ESSAIP	1	

6h/mois de
coordination

Le temps estimé de
MPS est de 6 +/- 6.

RESSOURCES FINANCIERES

Un financement spécifique alloué pour la mise en œuvre du staff a été déclaré par 3 répondants (10%).

Il s'agissait pour deux d'entre eux d'un poste de sage-femme et d'un mi-temps de psychologue financé par le département mais non renouvelé depuis le départ en retraite.

OUTILS

Une seule maternité de niveau IIa (1/29) a déclaré ne pas avoir connaissance d'une convention entre l'établissement et le Conseil Départemental relative au staff.

Figure 6: Outils utilisés dans le cadre du staff (n=29)

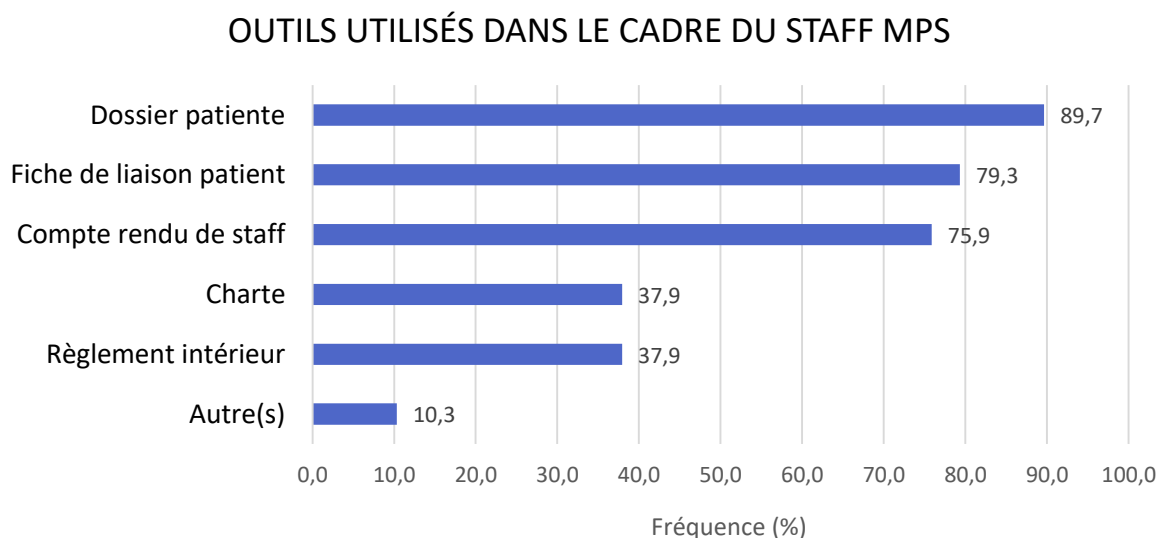


Tableau 10: Eléments de la fiche utilisée pour présenter les patientes au staff (n=28)

Eléments présents dans la fiche utilisée pour présenter les patientes au staff	Fréquence (%)
Motif de présentation	100.0
Environnement de la patiente : entourage	96.4
Environnement de la patiente : conjoint	96.4
Conduite à tenir proposée en suites de couche	96.4
Environnement de la patiente : isolement	92.9
Environnement de la patiente : conflits violences	92.9
Date de la première présentation en staff	89.3
Conduite à tenir proposée en anténatal	89.3
Professionnel de santé qui suit la grossesse	85.7
Conduite à tenir proposée en post-natal	85.7
L'équipe ou la personne qui est à l' origine de la présentation de la patiente au staff	82.1
Traçabilité du recueil du consentement de la patiente	78.6
Environnement de la patiente : type de résidence	75.0
Nom du professionnel référent de la patiente au sein de la PMI	71.4
Professionnels participants à la prise en charge de la patiente	71.4
Traitements	71.4
Nom du professionnel référent de la patiente au sein de la maternité	67.9
Identité de celui qui a recueilli le consentement	67.9
Traçabilité de l'information donnée à la patiente	64.3
Date du consentement	46.4

EVALUATION DU STAFF



59% des maternités évaluent leurs staffs MPS

Sur les 29 maternités ayant répondu et mettant en place un staff, 17 ont déclaré qu'une évaluation du staff était réalisée, soit pour

Tableau 11: Précisions sur l'évaluation du staff MPS selon le niveau de la maternité (n=17)

Niveau de la maternité	Maternités réalisant une évaluation (n)	Taux d'évaluation (nb maternité évaluant/nb maternité répondant) (%)	Recueil d'indicateurs supplémentaires de ceux définis par ARS	Maternités recueillant des indicateurs supplémentaires parmi celles qui évaluent (%)
Type I	6	46%	1	17%
Type IIa	6	86%	4	67%
Type IIb	3	50%	1	33%
Type III	2	67%	1	50%
Total général	17	59%	7	41%

Tableau 12: Professionnel et structure d'origine de la personne en charge de l'évaluation du staff MPS (n=17)

Professionnel en charge de l'évaluation du staff	Structure du professionnel en charge de l'évaluation du staff	n
Praticien Santé Publique	Hospitalier	2
Gynéco-obstétricien	PMI	1
	Hospitalier	2
Psychologue	Hospitalier	3
	CAMSP	1
Sage-femme	PMI	3
	Hospitalier	7
Médecin PMI	PMI	3
Adjointe de direction	Hospitalier	1
Coordnatrice du Pôle PE	Hospitalier	1
Pédopsychiatre	Hospitalier	1

Pour 8 maternités (47%), au moins deux professionnels avaient la charge de réaliser l'évaluation du staff. Pour les 9 autres maternités, un seul professionnel en charge de l'évaluation a été déclaré.

Figure 7: Fréquence de l'évaluation



Figure 8 : Recueil et transmission des indicateurs d'évaluation

Indicateurs définis par l'ARS recueillis lors de l'évaluation

du staff		
Nombre de réunions du staff réalisées par an	17	100
Nombre de situations présentées au staff	17	100
Nombre d'informations transmises aux autorités de protection de l'enfance	14	82.4
Transmission des indicateurs définis par l'ARS	10	58.8
Destinataire(s) des indicateurs		
	ARS	4
	Conseil Départemental	3
	Direction pôle	1
	Direction établissement	2
	Pôle performance du CH	1
	Équipes	1
	PMI	1

Tableau 13 : Autres indicateurs recueillis pour l'évaluation du staff MPS (n=7)

Indicateurs autres recueillis pour l'évaluation
Nombre moyen de participants (avec chaque type participant)
Nombre moyen de présentation par femme
Description population suivi (caractéristiques socio-démo, résidence, issue de grossesse avec mode accouchement et terme, environnement),
Motif de présentation
Délai consultation-présentation
Durée séjour en suites de couches
Mode de sortie et lieu de sortie
Accompagnement psychiatrique/social/ psychologique pendant hospitalisation
Nombre de patientes suivies en chambre Mère-Enfant durant leur séjour en maternité
Le devenir des enfants
Je différencie les IP des signalements au procureur (à moins qu'il faille considérer que les autorités de protection de l'enfance comprennent ces 2 entités)
Nombre de situation transmises post staff MPS auprès du département dans une instance de suivi appelée « post staff »
Visite à domicile par PMI
Suivi psy
Mise en place TISF
Refus intervention PMI et TISF
Accouchement dans le secret
Accueil en centre maternel ou foyer parent-enfant
Suivi CAMSP
Nombre de patientes concernées (une même patiente peut être présentée plusieurs fois)

CADRE REGLEMENTAIRE ET ENJEUX ETHIQUES

Figure 9 : Information de la patiente sur la présentation de son dossier en staff MPS (n=29)

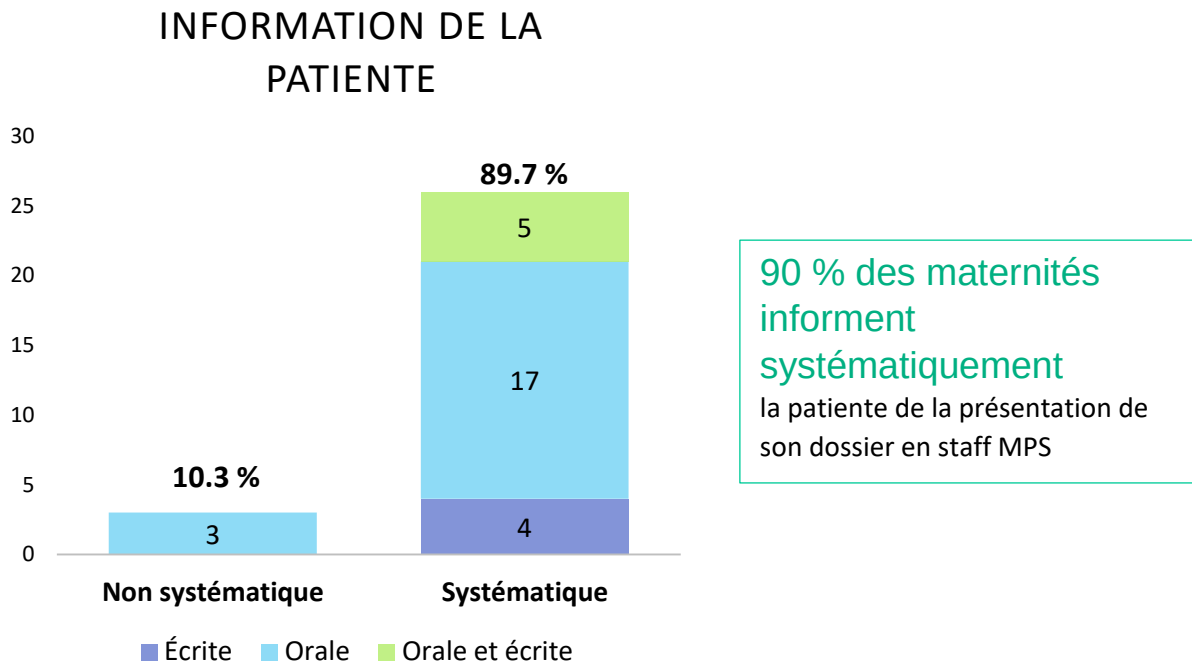


Figure 10 : Recueil du consentement de la patiente pour la présentation de son dossier en staff (n=29)

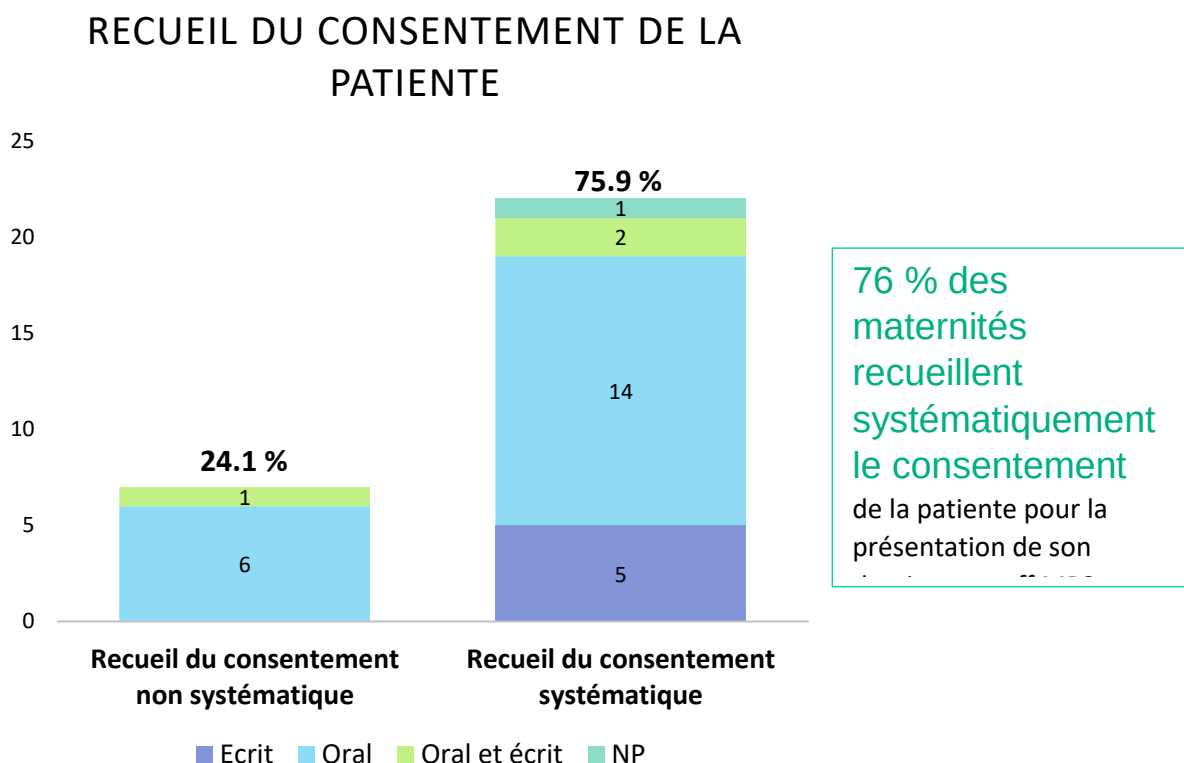


Tableau 14: Professionnel qui recueille le consentement de la patiente (n=29)

Professionnel qui recueille le consentement	n
Professionnel à l'origine de la présentation	18
Sage-femme	8
Psychologue	2
Assistante sociale	1
La personne qui l'estime nécessaire	1
Le professionnel de confiance de la patiente	1

Tableau 15: Procédure en cas de refus de la patiente au partage d'information concernant sa situation (réponses non exclusives) (n=29)

Procédure en cas de refus de la patiente au partage d'information	n	%
Présentation en staff malgré le refus si nécessaire (danger pour l'enfant à naître, la mère...)	23	79.3
Anonymisation pour présentation en staff	12	41.4
Discussion et partage d'information hors staff	5	17.2
Situation non rencontrée	2	6.9

ACTIONS MENEES PAR LE STAFF

Tableau 16 : Exemples cités d'actions pouvant découler des staffs (n=29)

Temporalité des exemples cités d'actions pouvant découler du staff (n=29)	n	Fréquence (%)
Actions prénatales	19	65.5
Actions en suites de couche	21	72.4
Actions après sortie de la maternité	25	86.2
Exemples les plus cités d'actions pouvant découler du staff (n=29)	n	Fréquence (%)
Suivi PMI	19	65.5
Lien psychiatrie adulte / psychologue (consultation, orientation, CMP Adulte...)	14	48.3
Observation du lien mère-enfant en suite de couche	13	44.8
Soutien à la parentalité, TISF...	10	34.5
Allongement hospitalisation post-natale / unité mère-enfant / parent-bébé/kangourou	9	31.0
Recherche d'un relogement (résidence mère-enfant, foyer, maison maternelle, lieu d'accueil, hôtel parental...)	8	27.6
Information préoccupante (IP)	7	24.1
Accompagnement social (assistante sociale)	7	24.1

Tableau 17: Autres exemples cités d'actions pouvant découler des staffs

Placement (n=4)	Exfiltration et mise à l'abri dans un lieu sûr en cas de violences conjugales	Déni de grossesse et accouchement sous X
Signalement (n=2)	Accompagnement pour les démarches de dépôt de plainte	Information et lien avec l'équipe en charge de l'adoption
ASE, Mandat d'évaluation	Hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie	Accompagnement de mineure
RDV entre mère ou couple avec responsable de la maternité et/ou inspecteur d'ASE pour informer le couple des inquiétudes et des attentes	Gestion d'une addiction ou d'un sevrage dans le respect de la confidentialité par rapport à la famille qui n'est pas au courant	Compte rendu et CAT dans le dossier de la patiente pour une prise en soin optimale / Si besoin, le nom des personnes à prévenir lors de la naissance
Mesure éducative administrative ou judiciaire		

POINTS FORTS

Tableau 18: Principaux points forts énoncés concernant le staff (n=26)

Points forts	n	Fréquence (%)
Autres	14	53.8
Lien ville-hôpital	7	26.9
Régularité	5	19.2
Implication des membres	5	19.2
Communication	4	15.4
Réseau	4	15.4
Multidisciplinarité	3	11.5
Coordination	3	11.5
Réactivité	3	11.5
Cohérence	3	11.5
Prise en charge globale	3	11.5
Cohésion	2	7.7
Partage d'information	2	7.7
Continuité	2	7.7

Tableau 19: Autres points forts soulevés des staffs (n=14)

Fréquence	Anticipation	Staffs personnalisés	Traçabilité	Partenariat acteurs périnatalité
Partage	CAT à l'accueil en maternité	Orientation adaptées	Lien pré-post partum	Réseau de périnatalité en parallèle
Partage d'expérience	Préparation retour à domicile	Réponses et soutiens aux acteurs	Outil clair et complet (fiche patient)	"Post-staff" au conseil départemental (relai des situations complexes)
Concertation en dehors des staffs	Suivi	Connaissance des prises en charge possibles du territoire	Conduite à tenir « cadrée » en suite de couche	Conseillère technique membre permanent du staff : relai auprès des partenaires et connaissance des instances du département, du social et du judiciaire
				Pédiatre qui reçoit toutes les situations à J10 post-partum, systématiquement présent en staff

DIFFICULTES

Tableau 20: Difficultés rencontrées pour le staff (n=23)

Difficultés rencontrées pour le staff	n	fréquence (%)
Manque de temps Pour le coordonnateur (n=1) Pour suivre les situations après les staffs (n=1)	6	26.1
Assiduité des membres Gynéco-obstétricien (n=2) Psychiatre (n=1) Pédiatre (n=1) Hospitaliers (n=1)	5	21.7
Manque de moyens sans précision	3	13.0
Retour d'information Devenir des enfants (n=1)	3	13.0
Manque de moyens humains Post dédié au staff non renouvelé (n=1) Poste de coordonnateur attitré (n=1) Pour coordonner les informations (n=1)	3	13.0
Confidentialité	2	8.7
Manque de liaison avec psychiatrie adulte	2	8.7
Manque de moyens financiers	2	8.7
Manque de pédopsychiatrie	2	8.7

Tableau 21 : Autres difficultés rencontrées pour le staff

Relation avec ASE (manque de transparence)	Manque d'implication au repérage des patientes vulnérables	Fréquence insuffisante de tenue du staff	Situation sociales complexes
Relation avec travailleurs sociaux (manque de transparence)	Manque de psychiatrie adulte	Traçabilité	Manque de moyens pour la prise en charge des patientes (soutien à la parentalité, unités parents-bébés, foyers maternels...)
Modalités de partage d'information (difficultés avec le dossier patient informatisé, selon les accès autorisés, les onglets...)	Manque de soutien du CMP enfants	Difficultés organisationnelles (gestion dossiers et compte-rendu)	Frustration liée aux rendez-vous non honorés des patientes et à l'absence de relance systématique
Communication	Temporalité différente des acteurs	Ethique (consentement, fiche de liaison)	Manque de reconnaissance par les autorités de tutelle
Lien faible ou inexistant avec sages-femmes libérales			

PRINCIPAUX FREINS

Tableau 22 : Principaux freins rencontrés pour la mise en œuvre ou l'évaluation du staff (n=22)

Principaux freins rencontrés pour la mise en œuvre ou l'évaluation du staff (n=22)	Nombre de citation (n)	Classement moyen (Σ position/n)
Manque de temps	11	1.4
Assiduité des membres	6	1.8
Retour d'information (devenir des enfants, impact des actions)	4	1.75
Absence d'outil d'évaluation	3	2
Manque psychiatrie/psychologie/pédopsy	3	2
Recueil et traçabilité du consentement	3	2.7
Manque de moyens humains	3	1.3
Repérage des patientes	2	1.5
Nombre important d'accouchement/activité importante	2	2.5
Manque de moyens financiers	2	1.5
Communication	1	2
Absence de psychiatre hospitalier	1	2
Élaboration compte-rendu staff	1	1
Confidentialité	1	2
Locaux pour staff	1	2
Fragilité des réseaux pluriprofessionnels (approches différentes)	1	1
Difficultés de coordination	1	2

PRINCIPAUX LEVIERS

Tableau 23: Principaux leviers identifiés pour la mise en œuvre ou l'évaluation du staff (n=22)

Principaux leviers identifiés pour la mise en œuvre ou l'évaluation du staff (n=22)	Nombre de citation	Classement moyen ($\sum \text{position}/n$)
Implication des membres Par financement d'un temps dédié au staff (n=1) Par motivation avec prise de conscience de l'intérêt du staff (n=1)	5	1.2
Augmentation temps de coordination et évaluation (donc financement)	5	1.4
Retour d'information systématique sur prise en charge hospitalière et à domicile/ASE	4	1.8
Amélioration de la coordination interprofessionnelle	3	2.0
Réunions hors staffs avec moins de membres	3	1.3
Dossier partagé	3	1.7
Formations	2	3.0
Disposition d'un outil d'évaluation	2	2.0
Augmentation disponibilité prise en charge hospitalière Psychologue (n=2) Assistante sociale (n=2)	2	1.5
Outrepasser le consentement de la patiente Outrepasser le consentement écrit (n=1) Sans précision (n=1)	2	2.0
Sensibilisation repérage	1	1.0
Accessibilité aisée dossiers patientes	1	2.0
Augmentation réactivité PMI	1	3.0
Création outil informatique	1	1.0
Augmentation fréquence staff	1	1.0
Messagerie sécurisée	1	3.0
Psychiatre référent	1	3.0
Convention avec CD	1	1.0
Echanger entre staffs de la région	1	2.0
Création unité de jour mère-bébé	1	3.0
Améliorer lien pré-post-natal	1	1.0

MATERNITES NE METTANT PAS EN ŒUVRE DE STAFF

La seule maternité ayant déclaré ne pas mettre en place de staff était une maternité de niveau I. Selon le répondant, les freins liés à sa mise en place sont d'abord l'absence de participation des gynécologues et des pédiatres, et ensuite qu'il n'existe pas de contact avec la femme au moment de la grossesse (« nous faisons connaissance des patientes au moment de l'accouchement »).

Le levier qui a été identifié pouvant faciliter la mise en œuvre du staff est « la volonté des médecins ».

Pour identifier les femmes en situation de vulnérabilité, la maternité utilise un signalement fait par la PMI et fiche D3P qui leurs sont envoyés, et le personnel est « vigilant pour toutes situations semblant délicates ».

RESULTATS DE LA SECONDE PHASE DE L'ENQUETE

Entretiens semi-dirigés menés
auprès de 10 coordonnateurs de
staff MPS du département des
Bouches-du-Rhône, parfois en
binôme avec un autre membre du
staff



INCLUSION

Les patientes dont la situation est discutée en staff sont repérées **en anténatal par la PMI** (n=8) **ou par le milieu hospitalier** (n=10) (consultation sage-femme, gynéco-obstétricien ou psychologue de la maternité, urgences gynécologiques, hospitalisation en obstétrique, assistante sociale hospitalière...).

Pour trois maternités, les coordonnateurs ont expliqué que l'inclusion des patientes se fait **plus rarement par les gynécologues-obstétriciens** qui suivent la grossesse que par les autres biais.

Dans une **maternité privée, les patientes s'inscrivent systématiquement** pour l'accouchement, et c'est lors de cette inscription que la sage-femme évalue la vulnérabilité de la patiente. Pour cette maternité, il s'agit du principal mode d'inclusion des patientes, les grossesses étant suivies en libéral et peu adressées vers le staff par ce biais. C'est également ce qui a été souligné par une autre maternité privée :

« -On pourrait en inclure plus, mais comme nous les gynéco-obstétriciens sont libéraux et pas sur la clinique, on ne peut pas prendre en charge tôt les patientes

-Les femmes enceintes se font suivre en libéral donc, et s'il y a une problématique, les gynéco-obstétriciens ne pensent pas forcément à vous les envoyer ?

-Non mais je crois qu'ils ont complètement zappé qu'on faisait des staffs... (...) à part les gynéco qui peuvent nous envoyer à nos psychologues certaines patientes mais c'est très réduit par rapport aux besoins effectivement »

Dans une autre maternité privée, le coordonnateur a précisé que bien que ce moment d'inscription soit privilégié, parfois l'évaluation de la vulnérabilité était difficile devant des patientes qui ne se confient pas sur leurs difficultés lors de cet entretien.

Une maternité de niveau 1 **s'appuie également sur un staff médical gynéco-obstétrique** qui a lieu de façon hebdomadaire pour inclure les patientes. Une première discussion lors de ce staff médical où la secrétaire du staff MPS (également psychologue de la maternité) est présente, permet d'évaluer la nécessité d'inclure la patiente après l'avoir informée.

Dans une autre maternité de niveau 1, le principal mode d'inclusion des patientes est **l'entretien prénatal précoce (EPP)**, qui est proposé systématiquement aux patientes par la secrétaire de la maternité. Dans cette maternité, l'équipe d'obstétriciens hospitaliers s'appuient également sur le dispositif pour les patientes qu'ils suivent dans le privé.



Plusieurs coordonnateurs ont expliqué qu'il existait parfois des **situations repérées uniquement en post-natal**, en salle d'accouchement ou suite de couche (n=6).

« On aimerait travailler un peu plus le repérage, car on découvre au moment où elles accouchent car elles sont passées entre les mailles du filet »

Un coordonnateur a également souligné le fait qu'il pouvait y avoir des situations non repérées en suite de couche dans le cas d'un séjour en maternité de courte durée par exemple.

Concernant les critères d'inclusion des patientes, un coordonnateur a expliqué spontanément que la précarité des situations n'est pas uniquement financière : « Il y a beaucoup de situations avec une grande précarité. Mais il y a des familles avec un aspect financier qui va mais c'est dans la relation que c'est compliqué »

Un coordonnateur a déclaré que dans les situations présentées par la PMI, la situation peut être présentée en staff si la patiente a déjà un dossier au sein de la maternité. En effet dans le cas contraire, il n'est pas possible

de tracer les éléments de discussion du staff dans le dossier de la patiente, mais les membres du staff seront tout de même informés que cette patiente n'est pas suivie à la maternité.

n=10

PROCESSUS

Pour quatre maternités, la situation présentée ne s'appuie pas sur un outil spécifique au staff, avec une trame définie.

La fiche de liaison PMI est utilisée pour présenter les situations au staff dans deux maternités.

Une fiche spécifique pour présenter les situations est utilisée dans deux maternités de niveau 3, appelée « fiche de liaison périnatalité ».

Dans une maternité de niveau 2b, une base de données Excel est utilisée pour présenter la patiente.

Enfin, une maternité s'appuie essentiellement sur la fiche de synthèse de l'entretien prénatal précoce pour présenter les situations.

Outil pour présenter la situation	Nombre de maternité (n)
Pas de fiche de présentation	4
Fiche de liaison PMI	2
Fiche spécifique au staff (fiche de liaison périnatalité)	2
Fiche dans base de données Excel	1
Synthèse de l'entretien prénatal précoce (EPP)	1

- 1 Pour les deux maternités qui utilisent des fiches spécifiques pour présenter la situation,** appelée « fiches de liaison périnatalité », cette fiche papier est remplie avant le staff par une sage-femme dédiée (sage-femme « vulnérabilité ») ou par le coordonnateur du staff selon la maternité, en recueillant les informations nécessaires dans le dossier patient informatisé (DPI). Ces deux personnes retranscrivent ensuite la **conduite à tenir (CAT)** qui a été décidée en staff **sur la fiche de liaison spécifique, ainsi que dans le DPI**. Dans les deux cas, la fiche de liaison est scannée pour figurer dans le DPI.

Concernant la **transmission de l'information**, ces deux maternités ont expliqué utiliser un marquage spécifique dans le DPI afin que l'information soit accessible facilement par les acteurs de la prise en charge ayant accès au DPI :

« Les informations importantes du staff sont stabilisées en jaune fluo dans le DPI pour qu'on y porte attention [...] C'est noté dans le DPI donc à charge au professionnel qui voit la patiente de bien regarder le DPI. »

« La sage-femme retranscrit dans le DPI la CAT dans un tableau visible (pas nécessairement tout

le détail). La patiente est identifiée vulnérable dès lors qu'une fiche de liaison staff est visible dans le DPI (habitude des médecins et sages-femmes

qui vont ensuite chercher la CAT dans le dossier) »

2 Pour les deux maternités qui utilisent la fiche de liaison PMI (niveau 2a et 2b), une fois la situation présentée,

- Soit la **CAT est directement reportée par le coordonnateur dans le DPI** « je mets des détails car c'est un dossier médical, mais on n'est pas dans le jugement de valeur, toujours dans la relation d'aide et bienveillante »
- Soit le coordonnateur indique dans le dossier médical **uniquement que la situation de la patiente a été discutée en staff**, puis l'équipe qui reçoit la patiente lors de l'accouchement se reporte à un **cahier spécifique en salle d'accouchement**, dans lequel figure la CAT, quelques données sur la situation et la fiche de liaison PMI

Pour la maternité de niveau 1 qui utilise la synthèse de l'entretien prénatal précoce (EPP) pour présenter les situations, la CAT décidée en staff est reportée sur cette même synthèse dans un encart dédié. Cette synthèse est ensuite destinée à un classeur dédié pour le staff au sein du bureau des sages-femmes. La CAT est également reportée dans le DPI. Il faut souligner que cette synthèse de l'EPP est également transmise à la patiente avant le staff, ainsi qu'aux membres pendant le staff pour qu'ils puissent y noter la CAT qu'ils conserveront.

« On a essayé que si les professionnels n'allaient pas à l'information, que l'information vienne à eux : donner la feuille à la patiente, informatiser la feuille [...] et ce document pour les PMI pour qu'elles aient les infos quand on leur adresse [...]»

Dans une de ces maternités, la fiche de liaison PMI est également utile pour permettre de vérifier que toutes les patientes cibles ont bien été discutées en staff. En effet, lorsque la sage-femme qui inscrit la patiente à la maternité l'estime nécessaire et avec l'accord de la patiente, elle remplit une fiche de liaison PMI dont l'un des triptyque sera destinée au coordonnateur du staff et un autre pour la sage-femme de la maternité qui vérifient ensemble la concordance des fiches lors du staff.

Il faut noter que le coordonnateur d'une maternité utilisant le principe d'un cahier de staff en salle d'accouchement projette de modifier ce fonctionnement : « Suite à des formations il y a 2 ans sur l'éthique, on a vu qu'on n'était pas trop dans les clous d'avoir ce cahier de PMI, donc on a décidé, comme on allait avoir le consentement de la patiente, autant faire une fiche avec les coordonnées de référents à appeler et les points à surveiller, que la sage-femme en salle d'accouchement en prenne compte et soit alertée. »

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 2b a précisé que dans le cas de **situations complexe**, une **synthèse** peut être organisée, à la maternité ou en Maison de la Solidarité (MDS). Ces synthèses sont utiles pour discuter des patientes avec « un parcours un peu spécifique en post natal, un retour à domicile pas classique, avec TISF, ou s'il y a de problèmes psychiatriques, avec tout un accompagnement avec les équipes mobiles relayées par la PMI, ou s'il faut un temps d'observation en maternité, décider avec les pédiatres si unité kangourou ou un temps plus long en maternité, un antécédent de fratrie placée...)

Dans la maternité de niveau 2b qui utilise une base de données Excel, cette base de données est implémentée par la sage-femme de la maternité qui constitue le dossier médical de la patiente en début de grossesse, et qui peut être contactée par le professionnel qui a repéré la patiente vulnérable. Les éléments qui y figurent sont l'identification pseudo-anonyme de la patiente (n° patiente, prénom, initiale du nom), la date de présentation en staff, la CAT. A cette occasion, elle signifie dans le dossier médical de suivi de grossesse (papier) des éléments d'orientation sur la prise en charge nécessaire, sans détails

(ex : besoin consultation psychologue, addictologue, lien pédiatrie, assistante sociale...). Elle recueille également le consentement de la patiente, de manière écrite, dans une fiche papier qui sera scannée dans le DPI.

La CAT décidée en staff est reportée par la sage-femme, la cadre, ou le psychologue, dans le DPI dans un onglet spécifique « antécédents confidentiels », accessible pour les médecins, sages-femmes, psychologues. Il est également mentionné dans le DPI « se référer à l'onglet antécédents confidentiels » sans détails supplémentaires pour que l'information soit accessible lors de son arrivée à la maternité.

4 Pour les quatre maternités n'utilisant pas de fiche spécifique pour présenter la situation en staff, **trois ont annoncé qu'un compte-rendu (CR) était rédigé à l'issu du staff** et ensuite envoyé par mail à tous les membres ayant participé au staff (n=2), ou à chaque responsable de structure (n=1).

Une de ces maternité a expliqué réaliser un CR pseudo-anonymisé en ne mentionnant que les trois premières lettres du nom de famille de la patiente, puisque la messagerie utilisée pour transmettre ce CR n'est pas sécurisée.

Le coordonnateur de la maternité n'ayant pas évoqué de CR a précisé que les membres assistant au staff prennent des notes personnelles sur la CAT décidée en staff, et la sage-femme ayant assisté au staff reporte la CAT dans le DPI.

« Chacune des personnes concernées par la situation notent ce qu'on a décidé pour cette dame. Et après chacun repart en sachant ce qu'on a décidé. Et le staff suivant, ceux qui avaient la charge d'une CAT font le point d'où on en est. Mais ça pose la question de chacun a son petit papier, sa petite info, etc. »

Soit la CAT est tracée dans le dossier médical de la patiente (n=2), soit il est indiqué dans le dossier médical uniquement « patiente staff

MPS » (n=1) et l'équipe qui prend en charge la patiente doit se référer ensuite à un cahier de staff dans lequel le CR avec les CAT figure, **soit il est indiqué** « prévenir psychologue ou PMI référente » (n=1), sans détails sur les éléments discutés en staff.

Un coordonnateur a exprimé vouloir faciliter l'identification de la patiente lors de son arrivée à la maternité, avec un accès à l'information et la CAT facilité :

« J'aimerais qu'il n'y ai pas besoin de regarder les commentaires précédents mais qu'on sache directement que c'est une patiente déjà suivie par le réseau [...] La sage-femme qui reçoit la patiente devra se poser la question devra faire la démarche de regarder les commentaires précédents du dossier [...] le relai se fait bien [NDLR dans la continuité de l'info pré-post natale], mais comme ça n'est pas systématisé on n'est pas à l'abri d'une erreur »

Dans une maternité où le staff n'est que trimestriel, le coordonnateur a expliqué que les situations sont également discutées lors des staffs médicaux journaliers où est présente chaque jour la psychologue, ainsi que la PMI une fois par semaine. Lors de ce temps, la CAT est transmise aux gynéco-obstétriciens, aux pédiatres et sages-femmes

« pour que l'accueil de la patiente soit plus particulier »

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 1 a décrit son staff comme «plus informatif, se donner des informations, plutôt qu'une élaboration ». Dans l'organisation de ce staff, la prise en charge de la patiente est très sectorisée, assez indépendante entre la PMI et la maternité.

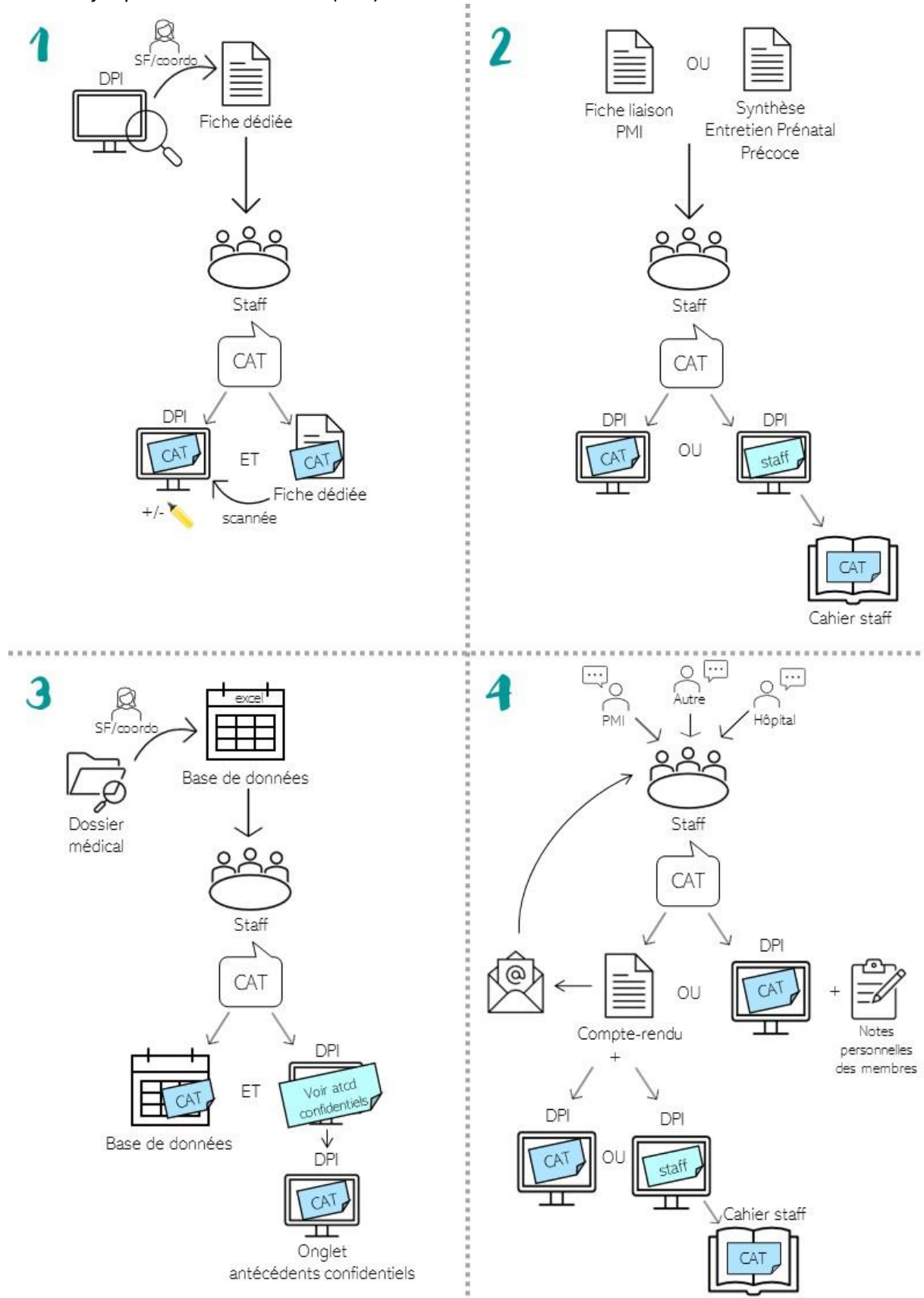
« Mais ce qui serait bien c'est qu'on ai des alertes beaucoup plus tôt. Que ça vienne un peu de chacun et plus tôt dans la grossesse. Par exemple la PMI les suit et nous en parle juste avant l'accouchement. Elles veulent juste qu'on les avertisse quand elles vont accoucher, et après elles reprendront la suite du suivi. Ce n'est pas vraiment une discussion pour une prise en

charge. Il y a quand même une indépendance, un partage qui est assez sectorisé »

Ce coordonnateur a également fait part d'un certain manque de formalisation dans la manière de présenter la situation, et de difficultés liées au cadre déontologique :

« Chacune son organisation et c'est le gros problème d'harmoniser la présentation. La présentation chacune vient avec ce qu'elle sait de la patiente est on ne formalise rien du tout et on garde aucune trace papier de ce qu'on a fait, on a un CR de staff à chaque fin de staff, mais avec le RGPD...alors on met les initiales mais on sait plus, les dates de naissance...c'est difficile de faire un suivi car chacun garde des informations...on ne sait pas ce qu'on peut dire, pas dire, jusqu'où on peut aller...c'est notre grosse difficulté... [...] On est un petit peu coincé sur ce qu'on dit. [...] on formalise très peu dans le CR. »

Figure 11: Synthèse des 4 types de processus décrits par les coordonnateurs, de la présentation de la situation jusqu'à la conduite à tenir (CAT)



OUTILS

n=10

Les outils utilisés dans le cadre des staffs MPS qui ont été rapportés lors des entretiens par les coordonnateurs sont les suivants :

- Compte-rendu de staff (n=3)
- Fiche de liaison périnatalité (spécifique au staff) (n=2)
- Fiche de liaison PMI (n=2)
- Règlement intérieur (n=2)
- Base de données pour l'évaluation (n=2)
- Charte (n=1)
- Ordre du jour (n=1)
- Liste d'émargement (n=1)
- Document concernant le cadre juridique autour du secret professionnel (n=1)
- Cahier de staff (n=1)
- Base de données Excel pour présentation (n=1)
- Fiche patiente avec consentement écrit (n=1)
- Onglet « antécédents confidentiels » dans le DPI (n=1)
- Synthèse de l'entretien prénatal précoce (dans le DPI) (n=1)



n=10

MEMBRES

Concernant l'assiduité des membres du staff, le fait que **les gynéco-obstétriciens (n=8) ou les pédiatres hospitaliers (n=8) participent peu** voire jamais au staff a été largement exprimé par les coordonnateurs de staff.

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 2b explique cependant que les pédiatres hospitaliers sont présents régulièrement.

« Le côté maternité a moins accroché au staff que le côté pédiatrie »

Il souligne une bonne assiduité des membre sur ce staff avec un investissement : « Je sens les gens investis, quand on invite des gens extérieurs, ils viennent et sont investis également »

L'accessibilité des pédiatres et obstétriciens malgré leur absence du staff a été soulignée par un coordonnateur : « ils sont informés, connaissent les dossiers, le maillage est de qualité »

Les deux maternités de niveau 3 bénéficient de la présence régulière de la pédopsychiatrie, ainsi que de la psychiatrie adulte pour l'une d'elles.

Globalement, les autres maternités ne bénéficient que très peu de la présence de la psychiatrie adulte, où alors uniquement lorsqu'il y a nécessité de leur présence.

« On a les mêmes problématiques que dans tous les hôpitaux, c'est compliqué d'avoir l'intervention régulière de la psychiatrie adulte, c'est plus facile la pédopsychiatrie »

« On n'a pas de psychiatre dédiée à l'hôpital, hélas, car ça nous aidera bien, ça nous manque, c'est un point difficile »



n=10

COORDINATION

La moitié des coordonnateurs (n=4) ont fait part d'un **grand nombre de responsabilités au sein de leur établissement en plus d'avoir la charge de leurs missions inhérentes au staff** (cadre avec gestion de plusieurs services, cadre de pôle...) ce qui pouvait engendrer des difficultés pour la mise en œuvre et/ou l'évaluation.

« J'essaie de faire au mieux mais c'est compliqué au quotidien de tout gérer de front. J'essaie de gérer sur l'organisation et les problèmes de fond »

Deux ont fait part de la possibilité de déléguer des tâches à des sages-femmes qui ont un temps dédié (maternités de niveau 3).

Dans une maternité, le coordonnateur a un mi-temps de travail dédié pour la coordination et n'a pas exprimé de difficulté de cet ordre. Au contraire, il a montré à travers l'entretien être très investi, il recherche les améliorations et à développer de nouveaux outils.



n=10

FINANCEMENT

Lors des entretiens, la grande majorité des coordonnateurs (n=9) a déclaré ne pas avoir connaissance de financement spécifique concernant le staff.

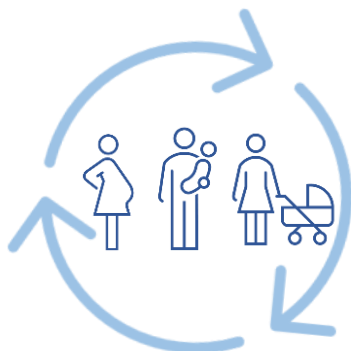
Une maternité de niveau 3 a précisé bénéficier d'un temps de travail de sage-femme financée pour la PASS mère-enfant.

Un coordonnateur a expliqué avoir pu participer à une formation gestion/animation de réunions financée par son établissement.

n = 8

ACTIONS

« On essaie de faire que la patiente nous connaisse, qu'elle ait confiance en l'équipe de la maternité. »



Les différentes actions pouvant découler du staff qui ont été citées lors des entretiens sont listées ci-dessous :

- Visites à domicile par la SF de PMI en anténatal
- Préparation à l'accouchement à domicile
- Visite pédiatre anténatale (n=2)
- Visite de la maternité (patientes stressées)

- Lien PMI (n=9) pour suivi à domicile (SF ou puéricultrice)
- TISF (n=4)
- Orientation vers un réseau de soutien à la parentalité
- Orientation vers espace petite enfance/café des parents pour familles isolées

- Unité parent-bébé
- Hospitalisation prolongée (n=2)
- Observation renforcé du lien mère-enfant
- Hospitalisation de l'enfant en néonatalogie (chambres séparées maman-bébé)
- Signalement possible

- Lien avec gynéco-obstétriciens de la maternité (n=2)
- Lien avec équipe maternité

- Lien avec assistante sociale (n=4)
- Lien avec psychiatrie adulte (n=3)
- Lien avec pharmacie et pédiatrie pour addictions aux stupéfiants et prévention du syndrome de sevrage du bébé à la naissance
- Orientation consultation gynéco-obstétricien
- Orientation consultation addictologie (n=2)
- Orientation consultation psychologue maternité (n=3)
- Orientation consultation pour la fratrie
- Orientation consultation acupuncture
- Foyer mère-enfant

n = 9

EVALUATION

Plusieurs coordonnateurs (n=4) ont fait part du **manque de temps ou ressources humaines disponibles pour réaliser une évaluation** du staff.

« On fait déjà le maximum qu'on peut faire »



Le recueil des indicateurs définis par l'ARS et transmis au CD13 ne semble pas être une difficulté importante pour les coordonnateurs qui le réalisent chaque année.

Dans une maternité, il existe une difficulté pour recueillir les données de prise en charge psychiatrique du fait que le DPI n'est pas utilisé par les psychiatres. De même, les données concernant l'après sortie de la maternité et la prise en charge sociale ne sont pas aisées à recueillir.

Concernant l'évaluation, deux coordonnateurs ont émis le souhait d'avoir un outil d'évaluation à disposition, l'un d'eux ayant expliqué que cela le guiderait dans les indicateurs pertinents à recueillir. Le devenir des enfants est un indicateur qu'un coordonnateur aurait souhaité obtenir.

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 2b a rapporté que l'indicateur « nombre d'informations transmises aux autorités de protection de l'enfance » avait été supprimé des indicateurs précisés dans la convention D3P à la demande d'un pédiatre de PMI, sans pouvoir expliciter la raison qui l'a motivé.

MODIFICATIONS

Les deux maternités utilisant des **fiches de liaisons spécifiques pour le staff ont déclaré les avoir modifiées** depuis leur mise en place. En particulier, un coordonnateur d'une de ces deux maternités a expliqué que la partie « conduite à tenir » avait été modifiée à la demande des sages-femmes de suites de couche, afin que la CAT soit plus claire. La fiche est maintenant organisée avec une section « recommandations à la maternité en suite de couches » : traitement maternel, allaitement maternel, recommandations faites par l'assistance sociale, le psychologue et le psychiatre, ainsi que les recommandations pour le nouveau-né.

« Et surtout au dos on a rajouté les recommandations en suite de couche, demande des sages-femmes de la maternité, car jusqu'à présent c'était compliqué d'avoir une CAT »

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 3 a expliqué que la **fréquence de leur staff avait été augmentée** pour devenir hebdomadaire.

Les autres modifications qui ont pu être citées par les coordonnateurs lors des entretiens concernant le staff sont listées ci-dessous :

- Mise en place d'un ordre du jour
- Durée de la réunion fixe
« Pas mal de professionnels étaient un peu réticentes aux réunions, car elles trouvaient cela trop long, que ça partait un peu dans tous les sens »
- Réunion annuelle pour discuter des problématiques inhérentes au staff, fluidifier la communication
« Le problème c'est qu'on n'a pas la même façon de travailler entre tous : différence entre les sages-femmes, psychiatres, assistantes sociales, médecins, etc. : La sage-femme est très carrée, a besoin de CAT, etc., alors que les psy c'est plus aléatoire [...] Les psy ont leur propre fiche de liaison on essaye d'uniformiser pour travailler sur le même support »
- Amélioration de la présence des GO et pédiatres au staff
- Amélioration du lien entre les différents intervenant
- Consentement oral tracé
- Discussion sur les critères de vulnérabilité
- Secrétaire (psychologue) qui rédige les CR, de manière plus régulière et plus rigoureusement.
- Structuration progressive du dispositif
- Cadre de santé dédiée
- Présence de la sage-femme de PMI (en plus de la puéricultrice)
- Informatisation du dossier patiente
- Lien avec psychiatre en libéral
- Equipe mobile de périnatalité
- Pédiatres plus à l'écoute des situations de vulnérabilité
- Diminution du nombre de participants
« On a édulcoré la participation des gens, ça permet d'aller à l'essentiel et de ne pas s'étaler sur des choses qui n'auraient pas à être dites sur la patiente - n'utiliser les données des patientes que nécessaires à leur prise en charge. Carr plus on connaît les gens, plus on s'étale »
- Modification des critères d'inclusions
- Moindre organisation
« On était mieux organisés au départ, là ça s'étiole un petit peu, avec toutes les histoires de RGPD, on devient de plus en plus frileux, on ne sait plus ce qu'on peut dire ou on peut aller. On était très content d'avoir cette enquête. On s'est dit que c'était une bonne chose pour la discussion pour savoir ce qu'on voulait faire »
- Synthèse de l'EPP transmise à la patiente en amont du staff (avec information sur consentement de la patiente) pour transmission au gynéco-obstétricien hospitalier ou libéral
- Informatisation de l'outil utilisé pour présenter et où y figure la CAT
- Absence de la psychiatrie présente initialement
- Absence de sage-femme cadre

Quatre coordonnateurs de maternité ont expliqué avoir **prévu de modifier le fonctionnement** du staff, plus précisément concernant les outils utilisés :

- Réalisation d'une fiche de présentation spécifique au staff (grâce aux éléments discutés pendant cette enquête), et une reformatisation plus large du *staff* « On reformatise, l'équipe a changé. On se repenche sur tout pour recadrer, repréciser les choses, que ça soit plus visible pour tout le monde »
- Mise à l'essai une fiche de liaison après consentement de la patiente qui resterait dans le dossier médical, contenant la CAT et les référents à contacter.
- Mise en place progressive d'un dossier contenant des informations succinctes en 3 parties pour avoir la CAT en service: pédiatrie, maternité, néonate ; modifiable par le coordinateur uniquement si besoin « Que les patientes réseaux soient identifiées plus facilement et que les soignants sachent comment agir avec elles »
- Amélioration de la base de données utilisée pour présenter les patientes

Dans une maternité, il est prévu pour 2021 de réaliser des consultations sage-femme dédiées à la vulnérabilité : « vacations plus spécifiques pour ces patiente-là, qui demandent plus de temps et ne peuvent pas être suivies dans le cadre normal de suivi de grossesse »

POINTS POSITIFS

Les points positifs qui ont pu être cités par les coordonnateurs de staff lors des entretiens sont listés ci-dessous :

Processus

- Repérage des patientes
- Prise en charge précoce

Organisation du staff

- Régularité (entraîne une cohésion)
- Mise à jour des situations à chaque staff
- Régularité
- Continuité
- Dossier Patient Informatisé (DPI)
- Prévention personnalisée
- Pérennité du staff

Membres du staff

- Equipe mobile de périnatalité (n=2)
- Psychiatrie présente
- Présence assistance sociale de la MDS
- Important travail quotidien avec la psychologue du service

Liens professionnels entre membres du staff

- Partage d'information (n=2)
- Prise de décision collégiale
- Pluridisciplinarité
- Peu de membres donc cohésion/liens, petit réseau
- Régularité des partenaires
- Liens de collaboration efficaces avec la PMI
- Coordination
- Maintien du lien
- Partage de compréhension de situation
- Partage des tensions
- Partage d'expérience
- Savoir comment travailler ensemble.
- Malgré fréquence trimestrielle, permet de faire du lien entre les membres en dehors du staff
- Relation de confiance avec la PMI
- Disponibilité des différents membres du staff, y compris en dehors des temps dédiés au staff



« Ce sont les mêmes personnes qui sont habituées à se voir, se connaissent, habituées à travailler ensemble »

« On se connaît bien. On est dans la bienveillance. On est sur la même longueur d'onde. C'est rare qu'on ne soit pas d'accord sur des situations »

« C'est le seul moment tous ensemble autour d'une table »

« Ça roule, même pendant le covid on a fait des mini-réunions. Il y a un vrai travail, tout le monde est assez content... C'est un thème qui nous tient à cœur malgré notre statut privé [...] On a pu assurer des liens de collaboration efficaces avec SF et puer de PMI, on s'entraide, on se téléphone, une collaboration effective »

« Ça nous a permis de savoir comment travailler ensemble, de rencontrer les psy de liaison, d'avoir un contact plus régulier avec la PMI, entre nous, les différents personnels de l'établissement, on se rencontre de façon plus systématique. Ça a mis du lien, c'est ça surtout »

« Il existe un lien, une continuité du fait de la proximité car nous sommes un petit établissement. »



Lien professionnels extérieurs

- Lien avec psychiatrie de liaison
- Lien avec sages-femmes libérales qui peuvent être invitées au staff
- Lien facilité avec psychiatrie adulte par le biais de la psychologue du service
- Connaissance du staff par les professionnels extérieurs (n=2)
- Réassurance des professionnels extérieurs par la prise en charge des patientes par le staff : relai, décharge

Actions

- CAT notée dans le dossier
- CAT en suite de couche anticipée
- Prise en charge globale des patientes souvent mal suivies, avec effort pour les maintenir dans cette prise en charge
- Bonne prise en charge des patientes
- Culture sociale très développée au sein de l'établissement : personnes et associations ressources, foyers, au sein du groupe hospitalier. Engagement fort des assistantes sociales.
- Prise de nouvelles des familles qui ont été staffées par le coordonnateur
- Meilleure représentation du travail en équipe par les familles

« Elles seront identifiées en anténatales et il y aura un effet sur l'équipe car il y aura une CAT notée et ça leur permet de s'appuyer sur les décisions prises pendant les staffs, et pas avoir le soucis de savoir ce qu'il faut faire ou ne pas faire (donner l'enfant à la maman...), c'est rassurant pour les équipes qu'il y ai une CAT sur le post-partum. »

« Dans un circuit normal elles ne seront pas rappelées alors que là la sage-femme va les rappeler, appeler la PMI, recapter la patiente. Ça demande beaucoup de temps et d'énergie. Et pour les gens qui font de la consultation tout venant c'est compliqué de prendre ce temps-là »

« On arrive à apporter des réponses aux problématiques qui auraient pu générer des problèmes dans le post-partum immédiat et qui sont donc anticipés. Au final j'ai l'impression que le travail complètement invisible qui limite les dégâts potentiels relationnels, conflictuels qu'on peut avoir en suite de couche. Les choses sont cadrées avant, c'est un vrai point fort »

« On essaye d'avoir des CAT dans les services quand elles accouchent. Ça c'est important. Ça a été une forte demande des SF de savoir où on en était. Avant c'était « bon on verra bien, on verra quand il naîtra...ce qu'on fait... » Quand on a des cas sociaux on sait bien qu'on ne va pas régler le problème dès la sortie de la maternité, mais là on a de plus en plus de cas psychiatriques donc là on a besoin de savoir exactement ce qu'on fait, si elle peut allaiter, avoir le bébé dans sa chambre, etc. Au moins c'est clair les sages-femmes savent ce qu'il en est. »

DIFFICULTES

Psychiatrie adulte

Une des principales difficulté qui est citée par les coordonnateurs pour la mise en œuvre des staffs est l'absence de la psychiatrie adulte en staff (n=5), ainsi que l'accessibilité des consultations de psychiatrie adulte. Un coordonnateur a précisé que dans son établissement, le délai de rendez-vous était de 4 mois.

« Les psy adultes ne sont pas là, ça pêche. Parfois certaines patientes sont suivies par des psychiatres extérieurs et on n'en était pas informés. Ça fait des machines à IP [IP : information préoccupante] ... »

« On n'a pas de bons échanges avec les psychiatres adultes, on n'a pas d'interlocuteur, pas d'information, les psychiatres suivent des patientes sans les adresser au staff car ils n'ont peut-être pas compris qu'elle va accoucher et avoir un bébé, donc c'est difficile de récupérer les patientes et on n'a pas le temps de travailler en anténatal avec la pédopsychiatrie »

« Les psy de liaison n'arrivent pas, ils sont débordés, ne viennent pas au staff, on n'arrive pas à leur adresser des patientes, donc on travaille essentiellement avec la pédopsychiatrie. »

« Je pense qu'on est très démuni dans le département sur la prise en charge psychiatrique : on a pas de place à sainte marguerite (mère enfant), il y a une place de semaine mais pas de place de week-end, on a un partenariat avec un établissement, une convention, mais pour avoir dû le faire une fois c'est pas si facile quoi...en plus on n'a pas de psychiatre dédié, et ce genre de situation évidemment ça se passe la nuit, le WE et jours fériés... c'est vraiment le volet compliqué pour nous »

De plus, un coordonnateur a expliqué que l'absence de partage de DPI avec la psychiatrie

représentait également une difficulté pour la traçabilité des prises en charges psychiatriques, et donc pour le recueil de données.

Transmission de l'information

La méconnaissance du cadre légal sur le partage d'information semble représenter une difficulté importante pour les coordonnateurs, le terme de confidentialité étant le plus utilisé lors des entretiens.

« On en dit un minimum, même la PMI elle ne dit pas aux autres s'il y a un placement par exemple. La confidentialité... Les informations sont sectorisées donc la prise en charge globale est compliquée. C'est compliqué, on va en parler au staff, le staff suivant on veut faire un retour et parfois on n'a pas tous les infos, ni les infos en tête, ou préparer tout ça, c'est compliqué sur le long terme d'avoir une vision globale sur ce que le staff a pu permettre en prise en charge »
« La PMI n'a pas accès au réseau de l'hôpital, donc ils sont quand même obligés de prendre les choses sur papier. Donc c'est compliqué »

L'accessibilité à l'information, c'est-à-dire que l'équipe qui prend en charge la patiente venant accoucher puisse accéder facilement aux recommandations et conduites à tenir élaborées en staff a également été citée comme difficulté par deux coordonnateurs. L'un d'eux explique avoir souhaité pouvoir identifier la patiente discutée au staff sur le DPI de façon claire, comme une gommette à côté de son nom, mais que cela était impossible informatiquement.

« Mine de rien, elle [la sage-femme] n'a pas l'information en direct, il faut qu'elle aille chercher dans le classeur. Ce n'est pas si simple que ça »

Organisation du staff

L'absence d'ordre du jour (liste des patientes à discuter en staff) a été soulevée comme difficulté par un coordonnateur : « la PMI ne veut pas qu'on envoie le nom des patientes dans les mails donc on ne sait pas qui on aura. »

Un coordonnateur de maternité n'utilisant pas de fiche de liaison spécifique ou même de fiche de liaison PMI pour présenter les situations a employé le terme de « *manque de rigueur* » pour exprimer une des difficultés qu'elle pouvait rencontrer. Il a également relaté l'unique oralité du consentement de la patiente pour que sa situation soit discutée en staff.

La gestion du temps de la réunion a également été citée comme difficulté, ainsi que de trouver une date ou des créneaux horaires qui conviennent à tous les membres.

L'absence d'outil informatisé à utiliser de façon concomitante au staff a été ajoutée par un coordonnateur, qui a également souhaité pouvoir bénéficier d'un temps de secrétariat pour l'organisation du staff.

Membres du staff

La communication interprofessionnelle pouvait être difficile, avec une manière de travailler pour le staff disparate selon les professions, selon un des coordonnateurs. L'assiduité des membres, ainsi que leur passivité a également été citée par le coordonnateur d'une maternité organisant un staff hebdomadairement, en y liant la présence d'une sage-femme dédiée qui « porte beaucoup de choses sur ses épaules » : « Comme on a une sage-femme qui mène le truc, qui porte beaucoup de choses sur ses épaules, tout le monde se repose sur elle. Donc la difficulté c'est de remobiliser chacun pour que chacun soit acteur de ce staff, et pas trop dans la passivité en se disant elle va gérer »

L'absentéisme a également été une des difficultés citée par un autre coordonnateur.

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 1 a fait part des difficultés concernant la prise en charge de la patiente qui se fait de manière très sectorisée, avec une certaine indépendance entre la PMI et la maternité, dans un contexte d'objectifs du staff non suffisamment définis : « C'est surtout quel est l'objectif de ce staff qui n'est pas clair. C'est chacun qui partage son expérience mais pas forcément qu'est-ce qu'on veut faire ensemble, chacun est vraiment dans son établissement, dans sa façon de fonctionner, on ne sait pas trop l'objectif qu'on aurait »

Dans une maternité de niveau 2b, le manque de temps de sage-femme pour assurer un suivi et un accompagnement plus structuré des patientes a été relevé par le coordonnateur. « Il y a des patientes qui vont avoir besoin de plus d'attention, les faire revenir, avoir du temps pour coordonner avec la pédopsychiatrie, l'assistante sociale, et ça prend du temps, il faut téléphoner, ce sont des patientes non simples, qui ne viennent pas au rdv, il faut les relancer... »

Lien professionnels extérieurs

Des relations difficiles avec les services de protection de l'enfance (ASE) ont été décrites par un coordonnateur lors de l'entretien : un manque d'anticipation, d'organisation, de communication. Il a expliqué que la maternité se voit gérer des situations extrêmement compliquées avec des ordonnances de placement provisoire (OPP) (enfant sous la responsabilité de l'établissement), des personnels non préparés...

« On vit l'enfer, et personne ne s'occupe de nous [...] Ils s'octroient le droit d'avoir un secret social. Je ne suis pas satisfaite de cette relation de travail [...] J'attends des services sociaux sur les cas connus qu'ils en parlent à la sage-femme en anténatal qu'on soit préparé »

Coordination

Le manque de moyens humains et temporels pour la mise en œuvre et l'évaluation du staff a été exprimé par un coordonnateur, en

expliquant prendre sur son temps personnel afin de réaliser les tâches qui lui incombent.

Autres

Un coordonnateur d'une maternité de niveau 1 a fait part d'un certain manque d'anticipation parfois de la part de certains médecins pour proposer d'inclure une

patiente en staff : « Ce qu'on regrette quelque fois c'est le manque d'anticipation de certains médecins où on est avertis trop tard de situations difficiles à prendre en charge. De la psychiatrie aussi par exemple ». Il a également expliqué manquer sur son territoire de « solutions » pour la prise en charge sociale des patientes (logement, abri, foyers).

n=10

ETHIQUE

Les modalités de recueil et prise en compte du **consentement** dans le déroulement d'inclusion des patientes ont été décrites par un coordonnateur : « les professionnels sont censés demander aux dames si elles souhaitent être aidées et accompagnées. Si oui elles sont présentées, si non et que la situation n'est pas préoccupante, elle n'est pas présentée, et si c'est très préoccupant et qu'elle ne souhaite pas elle est présentée de manière anonyme »

Il a cependant fait part de difficultés concernant la « confidentialité » pour parler du **consentement** : « La frontière entre le cadre légal pour la confidentialité, et le bon sens de laisser des familles en difficultés, des enfants ou des mamans en danger malgré le fait qu'il n'y ait pas l'accord. Ça c'est difficile. Ce sont des décisions que je ne prends pas car je ne rencontre pas les familles »

Un autre coordonnateur a précisé que malgré le désaccord de la patiente pour que sa situation soit discutée en staff, sans situation de danger avéré, sa prise en charge sera tout de même effective :

« Si on lui en parle et que la patiente refuse on ne la présente pas en staff. Mais au sein de l'établissement on sait qu'il faut porter une attention particulière à cette patiente. Elle ne sera pas « lâchée ». Ou alors on est dans le contexte de danger avéré pour les personnes. Et pas de manière anonyme, car on est inquiet donc on en parle. »

Dans une maternité de niveau 2b, le consentement est recueilli de façon écrite puis scanné dans le DPI avant de discuter de la situation en staff.

Enfin, un item à cocher pour tracer le consentement oral est présent sur la synthèse de l'EPP utilisée par une maternité.



Concernant les modalités décisionnelles au sein de la collégialité, tous les coordonnateurs ont expliqué qu'il y avait **consensus dans la prise de décision** la plupart du temps, voire systématiquement.

Un coordonnateur a détaillé qu'il y avait au sein du staff une bonne représentation des actions possibles de chacun des membres.

Les décisions peuvent cependant être « compliquées » à prendre comme dans les situations repérées en post-natal.

Un coordonnateur a précisé que la discussion pouvait être reportée s'il n'y avait pas de conduite à tenir décidée pour la patiente, surtout par manque d'idées sur la prise en charge à proposer.

Dans une maternité de niveau 1, le coordonnateur a rapporté que les décisions étaient surtout portées par la personne référente, c'est-à-dire celle à l'origine de la présentation de la situation en staff.

Dans le cas d'un éventuel désaccord, un coordonnateur d'une maternité de niveau 2b a indiqué que la PMI pouvait parfois rassurer la maternité sur l'étayage de la patiente, ou que parfois la maternité prenait la décision car elle était responsable de la sortie de la patiente. A l'inverse, l'observation en suite de couche pouvait dans certains cas être rassurante devant une inquiétude de la PMI : « Nous parfois on est très inquiets, à la maternité on ne connaît pas les cadres de vie, ce sont les acteurs de pmi qui parfois nous rassure, sur l'étayage familiale ou la personne ressource, donc l'avis des personnes qui connaissent l'entourage de la maman. Si on n'est pas d'accord c'est souvent la maternité qui prend la décision car on est responsable de la sortie de la patiente.

Un coordonnateur a ajouté que dans le cas de situations compliquées avec issue de placement possible pour l'enfant, il y avait mise en place d'une « **synthèse** » avec des personnes extérieures au staff pour aider à la prise de décision.

Le cas de **situations avec violences conjugales** a été utilisé par un coordonnateur pour illustrer les difficultés rencontrées dans la prise de décision : il a expliqué penser qu'il fallait être « beaucoup plus intrusif » lorsqu'il y a une inquiétude majeure dans ce contexte, alors que les psychologues par exemple sont plus en retenue et dans le respect de la volonté de la patiente. Les sages-femmes qui prennent en charge la patiente seront alors plus directives et plus écoutées lors des discussions.

« Par exemple sur les violences conjugales, c'est là où l'on discute le plus, en fonction de ce que veut la patiente, mais il y a des patientes qui, pour moi, on le voit bien, ne sont pas aptes à savoir ce qu'elles veulent. Elles en parlent et

après elles ne veulent plus en parler, on a déjà eu des dépositions avec la police qui est venue à l'hôpital, et puis 2 jours après elle se rétracte, et là elle n'a pas été frappée, elle est tombée [...] Avec ces choses qu'on a actuellement et le nombre de décès en France, je pense qu'il faut qu'on soit beaucoup plus intrusif. Je pense que quand vraiment on est inquiet, il faut qu'on soit plus intrusif. En général le consensus il y est, mais il y en a – surtout les psy- qui freineraient plus. Par exemple « Oui mais si la patiente elle ne veut pas »... « oui mais on attend quoi, qu'elle meurt ? [...] Oui je pense que ces femmes-là ne sont plus en capacité d'avoir un jugement qui soit cohérent »

Un coordonnateur a expliqué regretter l'absence actuelle de sage-femme cadre lors des discussions, qui pouvait avoir un rôle de médiateur : « Avoir le médiateur cadre de la maternité, qui n'a pas d'affect [...] c'était chouette, quelqu'un d'un peu neutre qui peut arriver à cadrer »

Les différentes représentations des situations de vulnérabilité provenant des membres du staff ont été soulevées lors d'un entretien :

« Il y a des jugements de la part des PMI, elles n'ont pas cette notion psychologique parfois. Sur les représentations...Elles réagissent surtout sur les vulnérabilités moyennes ou légères, les graves elles savent faire. Elles sont moins jugeantes quand c'est grave, elles savent qu'elles vont intervenir. Elles ne sont pas outillées sinon. [...] Il y a des moments aussi où on perçoit combien elles se sentent isolées dans leur moyens, leur reconnaissance hiérarchique ou institutionnelle. Parfois dans des situations on sent que les temps de réunion c'est un besoin de déposer quelque part leurs angoisses, inquiétudes face à certaines familles. Ce n'est pas toujours évident à reprendre, que ça ne soit pas un moment où on dépose tout en vrac [...] Il y a toujours ceux qui portent la parole de l'enfant ou de l'enfant à venir, la parole de la mère, d'autres la parole du père, donc ce n'est pas toujours évident, ce sont des situations qui remuent. »

Concernant les éventuelles procédures telles que réalisation d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement,

plusieurs coordonnateurs ont précisé qu'elles étaient souvent réalisées par l'assistante sociale (n=4) et/ou le psychologue (n=3), parfois appuyé par un psychiatre (n=2), validées par la PMI (n=1), les pédiatres ou gynéco-obstétriciens (n=1).

Dans une maternité, le pédiatre est celui qui réalise systématiquement les IP, appuyé par la PMI.

Un coordonnateur a précisé spontanément que l'IP pouvait être réalisée en anténatal.

indiqué qu'il notait dans le dossier médical de la patiente «encadrement informé » afin que l'équipe de la maternité soit plus vigilante dans la description très factuelle des observations en suite de couche, comme la relation mère-enfant : «je vais faire le focus dessus pour que les équipes soient vigilantes et qu'elles décrivent le plus possible factuellement la relation, etc. pour faire un compte rendu qui correspond à la réalité pour être utilisé à qui de droit, et je note alors « encadrement informé » [...]... je préfère anticiper, comme ça on est carré si on nous demande des choses »



Pour une maternité de niveau 1, le coordonnateur a rapporté que la PMI se chargeait de réaliser l'IP :

« Ce n'est pas arrivé pendant les staffs, on a eu une ou 2 situations préoccupantes, on en a reparlé en information. Mais pareil, la PMI elle disent non il ne faut pas raconter, donc elles ne disent pas la suite. C'est la PMI qui va intervenir s'il y a des inquiétudes. »

Le refus d'accompagnement de la part de la patiente est un élément qui a été décrit par un coordonnateur pouvant être à l'origine d'une IP : « Souvent quand on en a fait, c'est car la patiente refuse l'accompagnement, dans ce cas-là on prévient la patiente que la situation nous préoccupe, on est inquiet, et que de ce fait on est obligé de faire une IP. Après un signalement c'est autre chose...ça été rare, c'est plus violent... »

Lorsqu'il s'agit d'une situation complexe où il existe un lien possible avec les services de protection de l'enfance, un coordonnateur a

AUTRES DIMENSIONS NON ATTENDUES

Lors d'un entretien, un coordonnateur a expliqué que **la sage-femme de la maternité utilisait auprès des familles le terme de « Protection Maternelle et Infantile » pour parler de la PMI**, devant les représentations des futures parents :

« Elle peut évoquer la possibilité d'apporter une aide via la Protection Maternelle et Infantile. On n'utilise pas le terme de PMI car il y a des associations d'idées et les gens ont peur de placement d'enfants des choses comme ça, donc on propose « est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on vous apporte de l'aide, avec des sages-femmes qui peuvent vous aider pendant la grossesse à la maison, des puéricultrices à la sortie de la maternité à la maison ». On insiste vraiment sur le mot aide »

A la suite de cet entretien, lorsque cet élément a été abordé lors de la discussion afin de mieux l'explorer, un autre coordonnateur a rapporté des faits semblables, cette fois en utilisant préférentiellement le **terme de «département » à la place de PMI face à certaines familles :**

« -Lors d'un entretien, un coordo m'expliquait qu'ils faisaient attention de ne pas utiliser le terme de PMI mais de protection maternelle et infantile, car dans l'imaginaire ils pouvaient y associer quelque chose...
-Oui. Surtout les gens qui ont des antécédents de placements, pour eux ou leurs enfants, la PMI leur fait peur, on explique que la PMI n'enlève pas leur enfant, que c'est pour protéger la maman et l'enfant. Pour ces personnes-là, on parle du « département » s'il y a des réticences, on n'utilise pas le terme PMI. Mais c'est rare. C'est vrai que parfois ça a une mauvaise connotation. »

La faible connaissance du dispositif qu'est le staff MPS par certaines sages-femmes hospitalières a été évoquée par deux coordonnateurs :

« Avant je faisais partie de l'équipe de sage-femme hospitalière, on n'était pas très informées, dans les dossiers c'était noté mais le staff était un peu obscur pour nous »
« Parfois les sages-femmes sensibilisées qui montent si la salle d'accouchement calme, elles découvrent parfois ce qu'on fait et sont surprises de voir ce qu'on est amené à gérer, car c'est un travail invisible. »