

DOSSIER

## Autour de la naissance

### Qu'est-ce que bien naître aujourd'hui ? 2

Volonté de planification des naissances, besoin de sécurité et donc hypermédicalisation de la grossesse, anxiété des parents, sont des caractéristiques forte de l'approche de la naissance aujourd'hui.

### Le point de vue de l'historienne 4

Yvonne Knibiehle, Historienne

La jeune mère est aujourd'hui tiraillée entre la volonté de se comporter en sujet libre et la tentation de s'abandonner aux soins des spécialistes.

### Repères chiffrés 4

- Natalité et fécondité en Midi-Pyrénées : un renouvellement des générations qui n'est pas assuré
- Naissances et accouchements en Midi-Pyrénées : une progression des naissances
- L'interruption volontaire de grossesse en 2002 en Midi-Pyrénées : 22 IVG pour 100 conceptions

### Entretien avec 6

Pr REME, Chef de service Gynécologie-Obstétrique, CHU de Toulouse  
Président de la Commission Régionale de la Naissance

### Partenaires 7

- La Commission Régionale de la Naissance

### Regards croisés 8

L'approche de la maternité vue par différents professionnels et associatifs

### Bibliographie 12

### Expériences 13

- Points de vue et attentes des familles en difficulté vis à vis des professionnels et des services intervenant dans la période périnatale : une enquête dans les Hautes-Pyrénées
- MATERMIP, un réseau de soins périnatals en Midi-Pyrénées

## LA VIE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN MIDI-PYRÉNÉES

### Vecteur Santé a 4 ans 15

Jean-Pierre Rigaux, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

### A l'écoute 16

L

e schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en vigueur depuis 1999 en Midi-Pyrénées, oriente et définit pour cinq ans la politique hospitalière.

Dans le domaine de la périnatalité, il vise à concilier sécurité, qualité et proximité des services.

Dans ce cadre, un maillage territorial s'est progressivement construit, tissant des liens et développant des pratiques de coopération entre l'ensemble des professionnels publics et privés de la région. L'organisation des maternités en trois niveaux, complémentaires mais différents, à l'échelle du département et de la région, permet une meilleure prise en charge des parturientes et des nouveau-nés : maternités de niveau 1 pour les accouchements sans risque particulier, maternités de niveau 2 dans chaque département pour garantir des soins de néonatalogie si ceux-ci s'avèrent nécessaires, enfin maternités de niveau 3 à Toulouse pour les grossesses difficiles.

Ce travail en réseau engagé grâce à la structure de coordination Maternip, est le moyen de maintenir dans les contrées les plus excentrées de notre région des maternités de proximité dites d'exception géographique, garantissant une bonne sécurité et une vraie accessibilité aux soins.

Toutefois, les contraintes qui existaient déjà lors de l'élaboration du schéma, ne se sont pas desserrées, bien au contraire ! Le développement des pratiques contentieuses, le poids excessif des assurances ne manqueront pas d'aggraver la situation en matière de démographie médicale autour des métiers de la naissance. Les contraintes de l'environnement budgétaire ainsi que le degré d'exigence des normes pèsent également bien lourd et pourraient obliger à adapter notre politique régionale.

D'ici septembre 2005, ce volet périnatalité sera révisé dans le cadre d'un nouveau SROS. Nul doute que l'organisation en réseau devra être confortée pour prendre en compte l'ensemble de ces contingences. Il y aura lieu par ailleurs de répondre à la forte croissance des naissances de l'agglomération toulousaine. Compte tenu de ces enjeux et de l'attente que cela représente, les débats seront animés et la question de l'applicabilité de certaines normes se posera inévitablement.

**Pierre GAUTHIER**  
Directeur de l'Agence Régionale  
de l'Hospitalisation Midi-Pyrénées

# Autour de la naissance

*L'approche de la maternité a connu de grandes évolutions ces dernières décennies. Avoir ou non un enfant et quand, est souvent devenu un choix du couple.*

*Si des progrès considérables en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile ont été réalisés, c'est au prix d'une hypermédicalisation de la grossesse et de l'accouchement qui pose aujourd'hui question aux responsables de la politique périnatale.*

*Vecteur Santé se fait l'écho ici des interrogations et des débats portés par les professionnels et les usagers.*

## Qu'est ce que bien naître aujourd'hui ?

Environ 770 000 enfants naissent chaque année en France dont 29 000 en Midi-Pyrénées. Si le nombre des naissances est resté relativement stable au cours des cinquante dernières années, l'indice de fécondité a varié dans des proportions plus importantes : il est actuellement de 1.9 enfants par femme (légèrement inférieur en Midi-Pyrénées) ; il était de 2.9 enfants entre 1946 et 1950, il a ensuite baissé régulièrement pour atteindre 1.8 enfant par femme en 1975 remontant un peu à 1.9 en 2000, 2001. Cette évolution est comparable dans l'ensemble des pays occidentaux. Cependant, à l'aube de ce millénaire, l'indice conjoncturel de fécondité est plus élevé en France que dans les autres pays de l'Union européenne, probablement à cause d'une politique familiale plus favorable.

La baisse de la fécondité est surtout due à la raréfaction des familles nombreuses et non à l'augmentation de la proportion des femmes nées dans les années cinquante, seulement une sur dix n'a pas eu d'enfant ; cette proportion est stable et ne tend pas à augmenter pour les générations plus jeunes.

### Des évolutions sociologiques qui influent sur l'approche de la maternité

L'âge moyen des femmes à la première maternité a considérablement reculé : il était inférieur à 24 ans au début des années 70, il est en 2001 de 29 ans. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution :

- L'allongement de la durée des études ; tant qu'elle poursuit des études supérieures la femme évite d'avoir des enfants et, de fait, plus le niveau d'études est élevé, plus l'âge à la première maternité est tardif.

- L'activité professionnelle des femmes est désormais une norme intégrée dans la société. Les projets d'enfants sont réfléchis en fonction des paramètres de cette

activité.

- Le développement des méthodes de contraception permet de décider quand devenir parent, d'espacer les naissances ou bien de les éviter. Avoir un enfant est aujourd'hui un choix qui traduit la volonté du couple de ne plus se soumettre au hasard.

- La précarité, le chômage font également différer la maternité. Cependant ces données sociologiques expliquant le recul de l'âge de la maternité ne font pas sens pour toutes les jeunes femmes. Celles qui sont en échec scolaire, ont interrompu leur scolarité, ou vivent des situations d'exclusion, peuvent associer la grossesse à une expérience positive et gratifiante ; ce désir d'enfant, expliquent les sociologues, correspon-

drait à un désir de reconnaissance sociale, ou serait une stratégie d'insertion. Un travail, mené par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) sur ce thème, souligne "qu'en l'absence d'alternative, certaines jeunes filles pourraient être tentées de mettre au monde un enfant auquel elles pensent avoir droit, et d'exercer ainsi un rare élément de libre arbitre, celui de disposer de leur corps".

### Un recours à l'IVG plus fréquent

A l'image du recul de l'âge moyen à la maternité, l'augmentation de la propension à avorter en cas de grossesse est le reflet des mutations d'une société qui accorde à l'activité professionnelle féminine une part croissante. Le nombre des IVG qui entre 1990 et 1998 augmentait de plus de 2% par an s'est maintenant relativement stabilisé, témoignant ainsi de l'impact des récentes campagnes de promotion de la contraception et des dernières mesures gouvernementales.

Aujourd'hui la contraception orale n'apparaît plus comme aussi incontestable aux jeunes générations, l'accent mis sur la prévention du SIDA ayant fait passer l'information sur la contraception au second plan. Ainsi, les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescents : le passage du préservatif d'utilisation temporaire au début de la relation, à la pilule ne se fait pas toujours très bien. Dans ce contexte, le Ministère de

la Santé a lancé en 1999 un plan d'action sur la contraception et l'IVG qui a mobilisé les professionnels de l'éducation, du travail social et de la santé. La loi du 4 juillet 2001 est venue renforcer ce plan en rendant obligatoire l'éducation à la sexualité à l'école, et en facilitant l'accès à l'IVG pour toutes les femmes : suppression de l'autorisation parentale pour les mineures, allongement du délai légal pour pratiquer une IVG (de 12 à 14 semaines d'aménorrhée). Cependant associations et professionnels font état de nombreux obstacles à l'application de la loi : saturation des établissements entraînant des délais excessifs, réticences de certains praticiens, blocage de décision concernant les mineures...

### Une grossesse et un accouchement hypermédicalisés

La France a mis, progressivement, en place une politique de suivi avec une prise en charge de type médical, un large recours aux moyens techniques et impose un même schéma de prise en charge pour toutes les grossesses et les accouchements. Actuellement le modèle dominant pour l'accouchement est celui d'une femme, accouchée par une personne qui ne l'a pas suivie, à jeun, perfusée, en position allongée, sous monitoring en continu avec une fréquente utilisation de la péridurale, de la rupture artificielle des membranes ou de l'épisiotomie. Les femmes enceintes sont davantage considérées comme des patientes que

comme des partenaires. La prise en compte du volant social, économique et psychologique est négligé. Suite à un rapport du Haut Comité de Santé Publique qui présentait ces constats, le Ministère de la santé a créé en 1998 une hiérarchie des maternités en niveau 1, 2 ou 3 permettant d'orienter les parturientes en fonction du niveau de risque de l'accouchement. Un avant projet d'arrêté, en 1999, instituait un entretien individuel, au 4ème mois de grossesse, mené par une sage-femme, afin de repérer les éventuelles situations de vulnérabilité sociale et/ou psychologique. La "mission périnatalité" vient de rendre public son rapport qui réaffirme la nécessité de "faire mieux et plus dans les situations à haut risque et moins et mieux dans les situations à faible risque", l'objectif étant de mieux prendre

en compte la grossesse physiologique et de diminuer les recours à des moyens techniques excessifs, lorsque cela n'est pas nécessaire ; ce rapport insiste également sur l'intérêt de l'officialisation rapide par des textes réglementaires de l'entretien du 4ème mois pour "dépister toute forme d'insécurité pouvant entraîner des complications sur le lien parent enfant". Il revalorise le rôle de la sage-femme dans le suivi des grossesses physiologiques.

Enfin, les couples infertiles qui recourent à la procréation médicalement assistée se voient offrir aujourd'hui un ensemble de réponses alliant éthique et sécurité.

#### Etre parent, un métier ?

Autrefois, la naissance était accompagnée de cérémonies, de

fêtes familiales avec pour la mère, la possibilité d'être soutenue par deux générations de femmes. La médicalisation de l'accouchement, le développement de la famille nucléaire, la remise en cause de la transmission des savoir faire par les générations précédentes, rendent plus difficile cette période pour les jeunes mères. Difficulté d'organisation du quotidien tout en respectant le rythme de l'enfant, culpabilité de reprendre une activité professionnelle et de laisser son bébé à une autre femme, ou bien à l'inverse, frustration de sacrifier sa vie professionnelle pour se consacrer à son enfant, sont autant de motifs d'anxiété, de mal être chez beaucoup de jeunes mères, d'autant que ce sont elles qui, encore dans la majorité des cas, assument les tâches domestiques ; ce sont elles également qui doivent choisir entre vie professionnelle ou "maternage". Néanmoins, les pères assurent de plus en plus le soutien des mères dans ces périodes de fragilité et c'est un des objectifs de la politique familiale française que d'encourager les pères à s'occuper de leur enfant dès la naissance,

comme en témoigne la récente décision d'étendre le congé de paternité.

Les couples actuels, on l'a vu plus haut, planifient de plus en plus la naissance de leur enfant. Cette préparation à l'accueil de l'enfant les conduit à idéaliser sa venue : on veut être de bons parents pour un enfant qui sera forcément parfait. Ainsi, lorsque la réalité ne correspond pas au rêve, les parents sont désemparés, culpabilisés et se tournent vers des professionnels pour avoir des réponses à leurs angoisses. De plus, la pression sur les parents est plus forte aujourd'hui parce que les exigences à l'égard des enfants ont augmenté, en raison de développement des connaissances et du surinvestissement des familles dans l'éducation de leurs enfants. Le rapport parent/enfant est placé sur le mode de la compétence ; on attend des parents qu'ils soient pédagogues, psychologues puéricultrices... Etre parent, est-ce devenu un métier ? ■

*Ce texte de présentation a été rédigé à partir du travail de synthèse bibliographique p. 13 et 14*

## La surveillance prénatale

Selon le Décret n° 92-143 du 14 février 1992, la surveillance prénatale minimale obligatoire consiste en 7 examens cliniques. Un, au premier trimestre effectué obligatoirement par un médecin, puis un, chaque mois à partir du 4ème mois fait par un médecin ou une sage-femme. L'examen mensuel de la femme enceinte consiste à surveiller le poids, la pression artérielle, le col utérin, à rechercher les bruits du cœur fœtal, à mesurer la hauteur utérine, il est l'occasion également d'instaurer un dialogue.

Parallèlement, quatre consultations donnent lieu à des examens biologiques particuliers : dépistage de la syphilis, de la toxoplasmose, de la rubéole (répété chaque mois si l'immunité n'est pas acquise), détermination du groupe sanguin, recherche d'anticorps irréguliers, numération globulaire et enfin, dépistage de l'antigène HBS.

La surveillance échographique s'effectue à trois reprises entre 12 et 13 semaines ; entre 22 et 24 semaines et entre 33 et 35 semaines de grossesse.

Dans la majorité des cas les femmes sont prises en charge à la maternité à partir de 6 mois de grossesse pour se familiariser avec les locaux et le personnel.

En dehors de ces examens obligatoires, la loi du 27 janvier 1999, a précisé que chaque praticien doit proposer après information sur les risques de contamination pour le fœtus, un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine lors de la première consultation prénatale (et lors de l'examen nuptial).

D'autre part, entre la 14ème et la 17ème semaine du fœtus, le dépistage de la Trisomie 21 (Test HT21) est systématiquement proposé.

La consultation anesthésique est obligatoire, elle se pratique dans le courant du 8ème mois.

Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines après l'accouchement.

Sans être obligatoire, la préparation à l'accouchement est proposée à chaque femme enceinte et fait l'objet d'une prise en charge financière.

## L'assistance médicale à la procréation

Les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont encadrées par la loi bioéthique du 29 juillet 1994 qui pose les principes généraux (gratuité et anonymat des dons de gamètes, conditions d'accès des personnes, consentement écrit, protection de l'embryon in vitro), les procédures d'autorisation et d'agrément et les grandes lignes des obligations qui s'imposent aux établissements et aux praticiens. Un indice de besoins fixe le nombre de structures à autoriser par région. Les centres agréés reçoivent une autorisation ministérielle renouvelable tous les cinq ans. L'arrêté du 12 janvier 1999 fixe les bonnes pratiques cliniques et biologiques. Il détaille les procédures à respecter pour une sécurité sanitaire optimale des activités : manipulation et conservation des

gamètes et des embryons, sécurité des milieux de culture, équipement des laboratoires, tests de dépistage sanitaire chez les couples, traçabilité des activités, suivi des résultats. Il impose une organisation entre les cliniciens et les biologistes et précise les obligations des praticiens envers les couples. L'arrêté du 10 mai 2001 fixe en outre les conditions de prise en charge des patients à risque viral.

En Midi-Pyrénées, les centres agréés pour l'AMP clinique sont au nombre de 4, pour l'AMP biologique au nombre de 2 et 6 laboratoires sont agréés pour le recueil et le traitement du sperme.

Chaque année dans la région 2000 couples environ recourent à l'AMP, donnant naissance à près de 400 enfants.



## Le point du vue de l'historienne

### La maternité en question

Yvonne Knibiehle, Historienne

Les féministes des années 60 et 70 ont dénoncé à juste titre une définition de la maternité qui "aliénait" les femmes en les vouant exclusivement aux tâches maternelles et domestiques. Les militantes ont réclamé et les femmes ont obtenu le droit et les moyens de maîtriser la fécondité, ce qui leur a permis de s'engager davantage dans la vie professionnelle.

Désormais nos sociétés "post-modernes" consacrent toute leur énergie à produire des richesses et à les consommer, la procréation étant reléguée au second plan. Aux filles, on conseille de faire de bonnes études et d'accéder à un bon métier ; rien dans leur éducation ne les prépare à la fonction parentale ; d'ailleurs la mixité scolaire tend à occulter la différence entre les sexes. Avant de penser à devenir mère, il faut profiter de sa jeunesse, acquérir une bonne situation et un bon logement. Les maternités précoces sont mal vues. Alors que jadis, on mariait les filles dès la puberté, aujourd'hui la mère adolescente est considérée comme immature, irresponsable. Médecins et travailleurs sociaux lui conseillent d'interrompre sa grossesse. Si elle va jusqu'au terme et met l'enfant au monde, on lui suggère de le donner pour adoption. Décisions difficiles à prendre ! Le cas des jeunes immigrées, encore très dépendantes de leur famille est particulièrement douloureux.

Parmi celles qui refoulent leur désir de maternité (grâce à la contraception et à l'IVG), certaines attendent trop longtemps... Incapables de se résigner à la stérilité, elles demandent une assistance médicale, et s'engagent dans des procédures de soins souvent lourdes et aléatoires. De manière

générale, la médicalisation de la reproduction humaine tend à déposséder les femmes de leur corps, avec leur consentement : la grossesse, l'accouchement, le post partum sont surveillés étroitement. La jeune femme est alors tiraillée entre la volonté de se comporter en sujet libre et la tentation de s'abandonner aux soins des spécialistes. On lui prêche l'autonomie, mais on la maintient en dépendance.

Le nombre des mères qui élèvent seules leurs enfants tend à croître, et des études récentes révèlent la fragilité tant psychologique qu'économique de ces familles, dites "monoparentales". Même dans les cas où la mère qui travaille vit avec le père de ses enfants, une grave difficulté se présente souvent : l'impossible conciliation des tâches domestiques et des tâches professionnelles. La jeune femme qui assume une "double journée" est à la fois surmenée et culpabilisée. La seule solution actuellement envisagée, c'est le partage de toutes les tâches parentales et ménagères entre les deux parents.

Les soucis liés à l'enfantement ont changé de nature : ceux de nos grand-mères ont disparu, d'autres les remplacent. Mais les femmes sont aujourd'hui pourvues de tous les droits civils et politiques : elles ne sont plus seulement de tendres mamans, blotties à l'abri du cocon familial ; elles sont parents et citoyennes à part entière, responsables de l'état du monde où leurs enfants grandiront. Il est temps pour elles de réfléchir ensemble, et de contribuer avec les pères, aux nécessaires transformations de la société pour que la maternité et la parentalité soient mieux reconnues, mieux respectées.



## Repères chiffrés

### L'interruption volontaire de grossesse en 2002 en Midi-Pyrénées

En 2002, plus de 8 500 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en Midi-Pyrénées. On observe à ce propos un ralentissement certain de la progression du nombre d'IVG depuis 1999. Entre 1982 et 1999, le taux de progression annuel était de 2,2% ; il est de 1,4% entre 1999 et 2002. Rapporté au nombre de femmes de 15 à 49 ans, le taux d'IVG s'établit à 13,8‰ ; on dénombre 22 IVG pour 100 conceptions. Si le taux d'avortement s'est accru de façon ininterrompue pour les femmes de 20 à 29 ans depuis 20 ans, pour atteindre 28,3‰ pour les 20 à 24 ans, et 22,3‰ pour les 25 à 29 ans, il a diminué à partir de 1999 pour les moins de 20 ans et est égal à 10,2‰ en 2002.

Les IVG itératives ont augmenté de 2% entre 1999 et 2002. Elles représentent 22% de l'ensemble. 18% des femmes ayant déjà eu recours à une IVG et 4% en ayant eu au moins 2. La moitié des avortements sont réalisés dans les cinq premières semaines de grossesse et corrélativement les techniques d'IVG médicalementes (RU 486) se diffusent dans les centres d'IVG publics et privés.

A l'opposé, 2% des avortements interviennent tardivement : au cours des 11 et 12<sup>ème</sup> semaines de grossesse en conformité avec les dispositions légales (loi du 4 juillet 2001) qui prévoit un allongement du délai légal de recours à l'IVG.

Les taux d'IVG selon le département de domicile sont les plus élevés en Ariège et en Haute-Garonne. ■

Claire BORE et  
Nassera MENOUE  
DRASS

Enquête réalisée par la DRASS à partir des bulletins de déclaration d'IVG.

**Pour en savoir plus :**

Flash Info sur le site DRASS :

[www.midipy.sante.gouv.fr](http://www.midipy.sante.gouv.fr)

### Natalité et fécondité en Midi-Pyrénées

■ Depuis 20 ans, dans la région comme sur l'ensemble de la France, la structure par âge des mères a beaucoup évolué ; la proportion des mères âgées de 30 à 39 ans ne cesse d'augmenter et de façon plus importante dans la région : elle est passée de 25% en 1982 (24% en moyenne nationale) à 47,3% en 2000 (42,8% en moyenne en France). A l'inverse, si 30,8% des mères avaient entre 20 et 24 ans en 1982 (32,6% en moyenne nationale), elles ne sont plus que 12,5% en 2000 (14,9% en moyenne en France).

■ En Midi-Pyrénées, le renouvellement des générations est loin d'être assuré. Avec 1,71 enfant par femme en 2000, la région a toujours un indice conjoncturel de fécondité inférieur à la moyenne nationale (1,87) et compte parmi les régions où il est des plus faibles (19<sup>ème</sup> rang), même si l'écart avec le niveau national s'est réduit légèrement mais régulièrement depuis le début des années 80.

■ Le taux de natalité est de 11,4 naissances pour 1000 habitants, inférieur à la moyenne nationale (13,1).

#### Indicateur conjoncturel de fécondité

	MIP	France
1982	1,62	1,91
1998	1,58	1,75
1999	1,59	1,78
2000	1,71	1,87

#### définition

##### Indicateur conjoncturel de fécondité :

nombre d'enfants que mettrait au monde, en moyenne, une femme qui, au cours de sa vie féconde (15-49 ans), aurait le comportement observé pendant l'année considérée pour l'ensemble des femmes. ■

Source : ORSMIP-INSEE

# Naissances et accouchements en Midi-Pyrénées

Les 37 maternités de Midi-Pyrénées ont réalisé 28387 accouchements en 2002 donnant lieu à 28620 naissances.

De plus, une centaine d'accouchements par an ont lieu à domicile. Avec la reprise de la natalité depuis 1994, le nombre d'accouchements s'est accru de 14% en huit ans.

On note une progression plus rapide entre 1999 et 2001 avec près de 1000 accouchements supplémentaires par an, puis une stabilisation en 2002.

Un peu plus de la moitié ont lieu dans les établissements de la Haute-Garonne, avec une forte concentration de l'activité à la maternité du CHU et dans trois grandes cliniques toulousaines qui réalisent chacune de 2000 à 3500 accouchements par an.

Au cours des dernières années la fermeture d'un certain nombre de maternités privées et la restructuration des services du secteur

public ont amené une concentration de l'activité obstétricale dans les établissements existants.

Ainsi, le nombre moyen d'accouchements par maternité passe de 539 en 1994 à 767 en 2002 dans la région, en Haute-Garonne de 1082 à 1610 ; hors Haute-garonne, de 369 à 496.

En 2003, la région compte 33 maternités et 3 centres périnataux de proximité, assurant le suivi des femmes enceintes avant leur transfert vers un service d'obstétrique. Les maternités sont classées en niveau selon l'autorisation qu'elles ont reçue de pratiquer l'activité de néonatalogie seule ou avec soins intensifs (au moins une par département). Le CHU est le seul établissement possédant la réanimation néonatale (cf carte).

■ Les maternités de niveau 1 ont pratiqué 12542 accouchements en 2002, celles de niveau 2,

12738, la maternité de la Grave réalisant 3107 accouchements.

■ Le taux de césarienne (17,8% en moyenne) tend à croître avec le niveau de la maternité surtout entre les niveaux 2 et 3 : 16,9% en niveau 1, 17,2% en niveau 2 (avec 3 maternités publiques au-dessus de 21%), 24,3% en niveau 3.

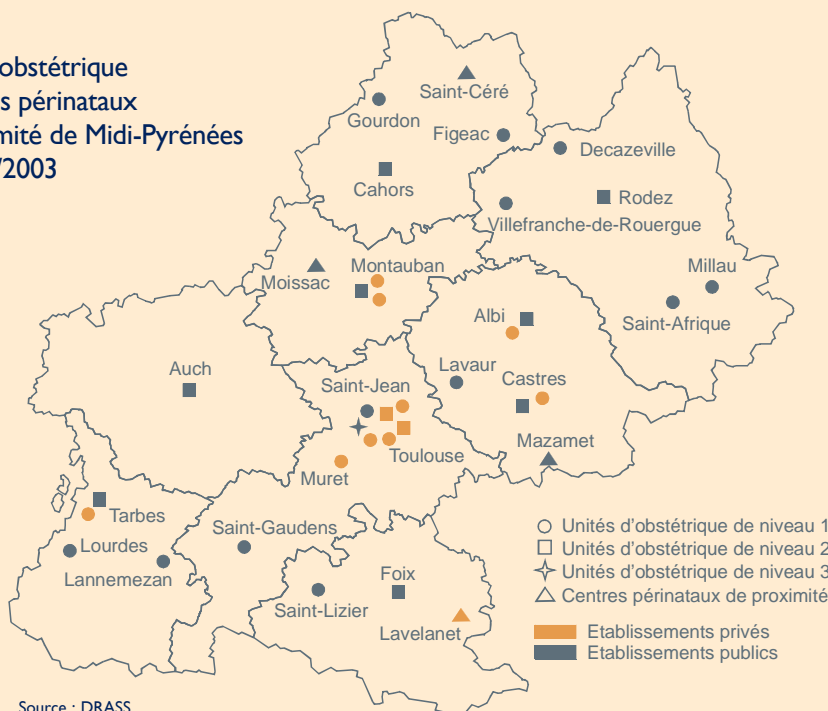
■ Environ 3100 nouveau-nés (11% des naissances) ont dû intégrer un service de néonatalogie ou de soins intensifs en 2002 ; 600 (2%) ont été en réanimation néonatale. ■

**Claire BORE**

**Service Etudes et statistiques DRASS**

**sources :** mémento sur 10 ans paru en octobre 2003 ; les établissements de santé en Midi-Pyrénées -SAE 2002 paru en janvier 2004 ; données des caisses d'assurance maladie pour les accouchements à domicile

Unités d'obstétrique et centres périnataux de proximité de Midi-Pyrénées au 31/07/2003



Source : DRASS



## Du côté des écrivains

“ - La souffrance de l'accouchement, c'est quand même quelque chose de terrible pour les femmes. Si on peut se passer d'en faire l'expérience, alors tant mieux. Je ne vois pas pourquoi il faudrait souffrir pour mettre un enfant au monde.

On parlait de sa fille, et Shibao, d'ordinaire si conciliant, faisait preuve d'un entêtement peu courant chez lui.

- Je ne vous dis pas que c'est mal qu'il n'y ait plus de douleur. Mais se réveiller et trouver l'enfant que l'on a mis au monde dormant dans un lit à côté de soi, c'est cette façon d'accoucher qui ne me plaît pas. Vous dites que votre fille, comment c'était déjà, ah oui, Yumiko, elle se porte comme si de rien n'était après son accouchement. Se porter comme si de rien n'était, ce n'est pas comme ça qu'on doit mettre un enfant au monde.

Kyoshiro n'arrivait pas à bien exprimer ce qu'il ressentait. Bien sûr, comme le disait Shibao, on ne pouvait trouver mauvais que les femmes ne ressentissent plus les douleurs de l'accouchement. Mais il lui semblait fâcheux qu'elles reprennent leurs esprits pour trouver les bébés endormis à côté d'elles. Qu'y avait-il là de mal ? Il n'aurait pu le dire, mais il était sûr que c'était mal. ”

**Yasushi Inoué**, *Une voix dans la nuit*  
*Le serpent à plumes*, 2001

Retrouvez “Vecteur Santé” site Internet DDASS/DRASS : [www.midipy.sante.gouv.fr](http://www.midipy.sante.gouv.fr)  
Si vous souhaitez recevoir “Vecteur Santé”

Maité Delarue - Tél : 05.62.73.93.29  
marie-therese.delarue@sante.gouv.fr  
DRASS - 71 bis allées Jean Jaurès  
31050 Toulouse cedex



Entretien  
avec

## le Pr Jean-Michel Reme

Chef de service Gynécologie-Obstétrique, CHU de Toulouse  
Président de la Commission Régionale de la Naissance  
en collaboration avec **Olivier Parant**, Praticien Hospitalier

**Vecteur Santé : Le rapport de la Mission Périnatalité pointe une hypermédicalisation de la grossesse et de l'accouchement : "il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins dans les situations à faible risque". Etes-vous d'accord avec ce constat ?**

**Pr Reme :** Pourquoi pas, mais ceci implique d'identifier de façon fiable le niveau de risque de la grossesse et d'avoir des structures adaptées avec une capacité d'accueil suffisante dans les maternités de niveau III et d'autres structures pour les grossesses à bas risque. Il a été proposé des maisons de naissance, mais je suis peu favorable à cette solution.

**V.S. : L'excès de surveillance de la grossesse peut-il être iatrogène ?**

**Pr Reme :** L'excès de surveillance d'une grossesse peut être iatrogène en raison des résultats de certains examens complémentaires. Ceux-ci peuvent en effet entraîner la réalisation d'autres examens qui peuvent être nocifs. Le dépistage de la trisomie 21 et l'échographie du 1er trimestre ont fait augmenter de façon importante le nombre d'amniocentèses dont 1% est responsable de fausse couche. 50% des tests positifs de dépistage du diabète gestationnel sont en fait de faux positifs. Les exemples sont nombreux.

**V.S. : Quel est le souci primordial des femmes enceintes ?**

**Pr Reme :** Le souhait des femmes enceintes est de privilégier la sécurité de la naissance, même si les aspects émotionnels et psychosociaux doivent être pris en compte. L'objectif sécuritaire étouffe le débat sur les maternités. A ceci, il s'ajoute les pressions médico-légales qui vont dans le même sens. Les questionnaires effectués en

octobre dans le cadre de l'Enquête Périnatale 2003 confirment que cet objectif sécuritaire est essentiel dans le choix de la Maternité du moins pour les patientes ayant choisi d'accoucher au CHU. Ce souci est le plus souvent exprimé auprès du médecin consultant ou d'une sage-femme lors de la préparation à la naissance ou d'une surveillance ambulatoire.

**V.S. : La hiérarchisation des maternités en fonction du niveau de risque est-elle opérationnelle en Midi-Pyrénées ?**

La hiérarchisation des maternités en fonction du niveau de risque est opérationnelle en Midi-Pyrénées depuis la mise en place du réseau MATERMIP et l'ouverture de l'Hôpital Paule de Viguier, seul niveau III de toute cette région. Le positionnement des niveaux II doit être mieux précisé sans doute avec l'aide du réseau MATERMIP.

**V.S. : Comment se fait le repérage des grossesses à risque ? Y a-t-il en général adéquation entre le niveau de la maternité et le "niveau de risque de la grossesse" ?**

**Pr Reme :** Le repérage des grossesses à risque se base essentiellement sur la surveillance prénatale. Il faut améliorer la formation des professionnels de la naissance, sensibiliser les médecins généralistes et développer des centres de référence spécialisés.

L'échographie, examen largement pratiqué pendant la grossesse, est par exemple fonction de la compétence et des connaissances de l'examineur. D'une manière globale, l'orientation vers une maternité adaptée devrait être réalisée grâce à cette surveillance. Il y a en général adéquation entre le niveau de la maternité et le niveau de grossesse à risque. Il peut cependant exister des problèmes : problèmes liés aux exceptions géographiques, problè-

mes de l'agglomération toulousaine où il n'existe qu'une seule maternité publique assurant à la fois les fonctions de niveau III de toute la région et de maternité de proximité, ce qui est indispensable.

Plusieurs facteurs peuvent intervenir :

- géographique : éloignement des centres de niveau III, superficie de la région,
- humain : difficultés relationnelles entre les professionnels
- dualité privé-public, mais aussi privé-privé,
- désir de la patiente.

**V.S. : Actuellement, on fait naître des enfants de plus en plus prématurés et à haut risque de développer un handicap. Que pensez-vous de cette tendance constatée par les experts nationaux ?**

**Pr Reme :** La tendance de faire naître des enfants de plus en plus prématurés est confirmée dans notre région : les transferts in utero sont de plus en plus précoces, la demande des couples et des professionnels est de plus en plus forte. Il existe en Midi-Pyrénées des réflexions sur cette prise en charge avec l'unité INSERM U558 (Périnatalité - Registre des handicaps de l'enfant). Nous participons à l'enquête EPIPAGE et des projets sont en cours d'élaboration. Il est nécessaire d'avoir des données précises et fiables.

**V.S. : Quels sont les grands problèmes actuellement en Midi-Pyrénées liés aux questions de la naissance ?**

**Pr Reme :** Il existe actuellement une augmentation nette de la natalité en Midi-Pyrénées, surtout dans la Haute-Garonne et l'agglomération toulousaine. La démographie médicale obstétricale est en diminution notamment en raison de la pénibilité de la spécialité, du risque médico-légal et du prix exorbitant des assurances professionnelles.

Par ailleurs, les structures d'accueil (maternités, néonatalogie) vont être rapidement saturées à court terme.

**"Les structures d'accueil, maternités, néonatalogie vont être saturées à court terme"**

La répartition des maternités peut poser problème : il n'existe que l'Hôpital P. de Viguier comme seul niveau 3 pour une des régions les plus vastes de France, les exceptions géographiques

sont fréquentes et les distances à parcourir sont parfois grandes en raison des disparités départementales.

La mise en réseau des différents intervenants est actuellement insuffisante, mais elle est en cours de développement sur plusieurs axes :

- sages-femmes et puéricultrices pour les sorties précoces de maternité
- sages-femmes dans le cadre de la surveillance des grossesses à risque en ambulatoire,
- prise en charge de la précarité et des mères en difficulté psychosociales.

**V.S. : Quel est le rôle à cet égard de la Commission Régionale de la Naissance que vous présidez ? du réseau MATERMIP ?**

La Commission Régionale de la Naissance doit pouvoir permettre de préciser avec fiabilité les données concernant la naissance. Le PMSI n'est pas un bon moyen statistique, mais il existe et doit pouvoir être amélioré ou remplacé par un autre système pour que toutes les maternités puissent répondre sur les mêmes items. Il me paraît nécessaire d'optimiser le fonctionnement des structures actuelles, de réévaluer les besoins en périnatalité au niveau régional, notamment en redéfinissant le nombre de lits nécessaires en fonction des lieux d'implantation et sans doute en finançant des travaux de recherche. ■



## Partenaires

# La Commission Régionale de la Naissance en Midi-Pyrénées

**La mise en place de la Commission Régionale de la Naissance répond à une préoccupation nationale dans le champ de la périnatalité. Les conférences régionales de santé se sont mobilisées autour de ce volet prioritaire de la politique nationale de santé publique. Dans notre région, l'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire traitant de la périnatalité est une bonne illustration de la volonté d'amélioration de la prise en charge des personnes dans ce domaine.**

La Commission Régionale de la Naissance de Midi-Pyrénées a été installée par arrêté préfectoral du 21 juin 1999 conformément aux directives ministérielles (arrêtés des 8/01/999 et 16/11/2001 et circulaire DGS/SP 2 n°99-394 du 6 juillet 1999).

Cette commission pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle à caractère consultatif se compose de deux collèges :

- un collège de professionnels,
- un collège de représentants d'associations et d'organismes,

la présidence est assurée par le Professeur REME. Elle se réunit à la DRASS.

Le champ de réflexion de la Commission vise l'amélioration de la qualité des pratiques en période périnatale dans ses aspects de soin et de prévention, comme la préparation des couples à la naissance, la prévention des troubles de la relation mère-enfant... et les aspects relatifs à la régulation des naissances comme la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Cette instance a proposé certaines adaptations au niveau régional de la politique périnatale définie au niveau national et a apporté son concours à l'évaluation des actions menées en périnatalité en lien avec les établissements de santé, les professionnels et les partenaires institutionnels. Il faut par ailleurs préciser que le SROS 2ème génération a consacré un volet spécifique à la sécurité des mères et des nourrissons au travers de l'organisation des maternités. Il s'est agi dès lors de favoriser l'amélioration de la surveillance et de la prise en charge des femmes pendant leur grossesse, au moment de la naissance et en période post-nata-

le. L'action de la commission se place dans une perspective de prévention et de dépistage des facteurs de risque pour la mère et le nourrisson et particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale et médicale afin de réduire la morbidité et mortalité périnatales. De plus, une dynamique de travail en réseau s'est installée par le biais du réseau MATERMIP qui mobilise de nombreux acteurs.

La commission régionale de la naissance est aussi une force de proposition en matière de formation des professionnels de la périnatalité, un lieu d'échange, d'information et de concertation entre les partenaires.

Depuis sa mise en place, de nombreux travaux ont été conduits et ont porté principalement sur les thèmes suivants :

- **Formation des professionnels** au repérage et la prise en charge des femmes présentant des fragilités psycho-sociales, et accompagnement de la grossesse chez les femmes tsiganes.

- **Elaboration de grille de lecture unique** en vue de l'instruction des dossiers d'autorisation des maternités.

- **Accès aux soins des femmes enceintes en difficultés.**

- **Etude relative à la densité et à la répartition** des professionnels de la naissance exerçant à titre libéral ou salarié dans les huit départements (pyramide des âges, vieillissement, désaffection...) des professionnels de la naissance.

- **Suivi de la mise en place du réseau de soins MATERMIP**, installé en juillet 2000.

- **Thème de l'IVG :**

- Mise en place d'une permanence

téléphonique régionale d'information et d'orientation sur la contraception et l'IVG au CH Paule de Viguier,

- Difficultés relatives à la mise en application des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 concernant l'IVG et la contraception d'urgence

- Information relative à la mise en place d'un Comité Régional d'Experts chargé d'émettre un avis sur les demandes de stérilisation à visée contraceptive chez les personnes aux facultés mentales altérées. Ce comité est opérationnel depuis le 3 novembre 2003 date d'installation officielle. Il est composé de médecins spécialistes qualifiés en gynécologie-obstétrique, de médecins psychiatres et de représentants d'associations de personnes handicapées. Cette instance consultative intervient à la demande des Juges des Tutelles pour apporter son expertise sur l'opportunité d'un acte de stérilisation à visée contraceptive chez une personne majeure aux facultés mentales altérées.

- Présentation d'éléments statistiques régionaux (analyse socio-démographique).

- Projet de formation régionale des médecins à la pratique de l'IVG après la dixième semaine de grossesse (année 2004).

- **Eléments d'information et de discussion** sur la carte sanitaire de néonatalogie et de réanimation néonatale et notamment les questions relatives à la redistribution du nombre de lits dans certains centres hospitaliers périphériques.

- **Etude des indicateurs d'activités** des établissements et des pratiques obstétricales issus du PMSI.

Le Président de la commission régionale de la naissance se charge d'établir un rapport annuel d'activité faisant état des réflexions et actions menées auprès du Ministère de la Santé afin de promouvoir l'échange et le partage d'expériences entre les régions. ■

**Contact DRASS :**

N. MENOU - 05.62.73.94.17

**A savoir...**

**A faire savoir...**

**Information sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse :**

**Une permanence téléphonique ouverte à tous**

Financée par la DRASS, une permanence téléphonique régionale d'information en matière de contraception et d'IVG est opérationnelle au CHU La Grave depuis juillet 2000.

Elle fonctionne toute l'année du :

**Lundi au Vendredi de 8h à 20h**

**Au n° suivant : 05.61.77.80.73**

La vocation de ce dispositif régional d'accueil téléphonique est de répondre aux demandes des femmes sur le thème de la contraception : contraception classique et contraception d'urgence (Norlevo), de donner des informations sur les lieux d'accueil et de prise en charge pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse, sur les différentes techniques proposées par les établissements de soins, et des conseils divers ayant trait à la contraception. Cette permanence est assurée par des sages-femmes formées au conseil conjugal pour apporter conseils et orientations.



## Regards croisés

*La maternité est un événement de vie majeur pour la femme et le couple : aspects médicaux, psychologiques, sociaux, familiaux sont étroitement imbriqués.*

*Comment ces différents aspects sont-ils aujourd'hui pris en compte par les professionnels de la périnatalité ?*

*Mais aussi quelles évolutions dans la faculté pour la femme d'exercer son choix d'avoir ou non un enfant ?*

*Vecteur Santé a recueilli les "regards croisés" de professionnels et associatifs intervenant dans ce champ.*

### Christine Sautron,

sage-femme à l'hôpital mère enfant CHU de Toulouse

**"Des efforts à faire pour revaloriser "la grossesse normale" et faire reconnaître la place de la sage-femme dans le suivi de cet événement de la vie"**

La possibilité d'être suivie par une sage-femme pendant la grossesse est peu connue par les femmes qui ne se tournent vers elle que lorsque les délais de rendez-vous avec l'obstétricien sont trop longs ; en général, les femmes qui ont eu l'expérience d'un

suivi avec une sage-femme y reviennent pour les autres maternités. Les médecins considèrent trop souvent la grossesse comme une maladie et de ce fait les femmes la vivent comme telle. La sage-femme appréhende la femme enceinte dans son environnement, social, familial ; elle est à l'écoute de l'ensemble des préoccupations des futures mères, tant médicales que psychologiques et émotionnelles ; une relation de confiance se crée ; il est dommage que dans l'organisation actuelle de l'hôpital, il ne soit pas possible pour la sage-

femme qui a effectué ce suivi d'être là également pour l'accouchement ; c'est un regret partagé tant par les femmes que par les sages-femmes, un peu "frustrées" de ne pas aller ensemble jusqu'au bout de "l'aventure".

La loi prévoit de rendre obligatoire une consultation de dépistage au 4<sup>ème</sup> mois ; cela ne fera qu'entériner ce que font déjà de nombreuses sages-femmes ; cet entretien permet de repérer précocement des risques tant médicaux que psychosociaux.

"Une formation m'a aidée à aller vers la personne sans faire intrusion dans sa vie privée". Lorsque des problèmes sont repérés, un partenariat est établi avec les services de PMI, les services sociaux ou des psychiatres ou psychologues de l'hôpital, afin d'y apporter des réponses adaptées sans interrompre le suivi de la grossesse par la sage-femme.

La maternité de l'hôpital mère enfant du CHU est classée de niveau 3 ; actuellement toutes les femmes qui le souhaitent peuvent y accoucher. Le protocole de l'accouchement est le même pour toutes les femmes ; il est très médicalisé, surtout si une péridurale est prévue. Les femmes le savent et choisissent d'y venir parce que leur priorité est la

sécurité ; celles qui souhaitent un accouchement plus naturel vont ailleurs. Les sages-femmes regrettent cependant que ce protocole ne soit pas allégé pour les grossesses "physiologiques", mais il est difficile de lutter contre de vieilles habitudes bien ancrées dans la culture hospitalière. Des efforts sont encore à faire pour revaloriser l'aspect naturel et normal de la grossesse et de l'accouchement et faire reconnaître la place de la sage-femme dans le suivi de ces événements de la vie. Ainsi il y a encore de l'incompréhension entre sage-femme et obstétricien. ■

### Dominique Alley,

médecin responsable du Service Départemental de PMI dans le Tarn (avec la collaboration de Nicole Pujos et Christine Marion, médecins de PMI)

**"Le repérage des situations de fragilité psychosociale reste difficile"**

Les actions de la PMI sont mises en œuvre dans les neuf unités territoriales du Tarn par des professionnels de la Petite Enfance : médecins, sages-femmes, puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants en colla-

boration éventuellement avec les services sociaux et en partenariat avec les maternités.

**Les missions de la Protection Maternelle et Infantile définies par la loi du 18 décembre 1989 visent à promouvoir la santé de la mère, de la famille, du jeune enfant et favoriser le développement harmonieux de celui-ci dans ses différents lieux de vie. Elles s'inscrivent notamment dans le soutien à la parentalité.**

Ces actions sont ouvertes à toute la population mais l'analyse des déclarations de grossesse et les rencontres régulières avec les maternités permettent de prioriser les interventions en direction des situations où il est utile de proposer un accompagnement pour le suivi de la grossesse : suivi irrégulier de la grossesse, monoparentalité, mineure isolée, troubles mentaux, antécédents connus... Une visite est alors proposée et un accompagnement est éventuellement mis en place ; la sage-femme effectue, à domicile, le suivi médical de la grossesse mais a également un rôle d'écoute, de soutien.

Le repérage des situations de fragilité psychosociale reste cependant difficile : les maternités n'ont tendance à signaler que les grossesses à risque médical et les éléments des déclarations de



Regards croisés  
Suite de la p. 8

grossesses sont souvent insuffisants. Il est regrettable que la mise en place de l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois n'ait pas été encore entérinée par les textes législatifs ; cet entretien devrait aborder tous les aspects environnementaux de la grossesse ; il serait un outil de dépistage majeur de toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité, violence...) pouvant avoir des retentissements sur la grossesse et sur le lien mère enfant. Il permettrait, en outre de sensibiliser les maternités à une approche sociale, et aux services de PMI d'intervenir plus précocement.

Au moment de la naissance de l'enfant le même protocole à partir des avis de naissance et de collaboration avec les maternités permet de proposer la visite d'une puéricultrice aux personnes en situation de vulnérabilité : prématurité, parents très jeunes, première naissance... Il est important d'être présent à cette période où les parents sont fragilisés, et ont besoin d'aide.

La population qui a recours au service de PMI est très variée ; cela dépend en partie du lieu d'implantation du service ; en milieu rural, la PMI pallie parfois l'absence d'offre de soins (pédiatre par exemple) ; en milieu urbain la population accueillie est souvent plus défavorisée. Une constante cependant : l'augmentation des situations d'isolement ; l'environnement familial est moins présent qu'avant et ne joue plus son rôle de soutien au moment de la naissance d'un enfant ; les parents sont donc souvent désarmés pour s'organiser, et également pour faire face à l'éducation de leur enfant. A ce titre les actions collectives organisées par le service rassemblant plusieurs mères qui confrontent leurs inquiétudes, leurs questions et leur expérience sont très enrichissantes.

La PMI pâtit de son image très marquée socialement ce qui brouille l'ensemble des possibilités d'offre de services : soutien psychologique de parents d'enfants handicapés par exemple ; les professionnels du service de PMI ont le sentiment de ne pas être suffisamment sollicités dans leur mission de prévention. ■

## ■ Isabelle Abadie,

chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Montauban (82).

**"La tendance actuelle est au refus de la transmission des savoir-faire par la génération précédente au profit du recours à des savoirs techniques"**

Lorsque les sages femmes assurent le suivi des grossesses, elles sont en général les mieux placées pour repérer les problèmes psychosociaux ; elles passent du temps avec les femmes et nouent avec elles, des relations de confiance ; elles ont en général une intuition fine sur les problèmes de souffrance ou de mal être et passent le relais au psychiatre avec pertinence. Plusieurs signes peuvent alerter sur la nécessité de faire appel au psychiatre : la déclaration tardive de la grossesse signe peut-être d'un déni qui mérite que l'on s'interroge sur les causes ; un non respect des consultations prénatales avec en parallèle, un recours aux urgences pour des problèmes somatiques, sont également des signes d'appel. La sage-femme sait aussi faire la différence entre la dépression du post partum et le "post partum blues". Celui-ci survient aux environs du 3<sup>ème</sup> jour après l'accouchement ; il se manifeste par un sentiment de

tristesse, des pleurs que la mère comprend mal ; il est lié à des facteurs psychologiques et biologiques (baisse du taux d'oestrogènes). La dépression est bien plus grave, elle peut avoir des formes diverses. La maternité est une période de fragilisation pour les femmes car elle provoque une remise en question identitaire : la femme passe du statut de "fille de sa mère" à celui de "mère de son enfant". De plus la tendance actuelle est au refus de la transmission des savoir faire par la génération précédente au profit du recours à des savoirs techniques ; ainsi certaines femmes ne veulent plus suivre les conseils de leur mère et cherchent des réponses à leurs préoccupations dans les livres ; elles sont souvent dérouterées par des informations contradictoires, perdent confiance en elles et ont du mal à trouver leur propre modèle identificatoire. Ceci génère une anxiété dans l'exercice de leur parentalité. Les contraintes et facilités de la vie moderne conduisent de plus en plus souvent à planifier l'arrivée du bébé au moment le plus opportun pour le couple ; cette vision idéalisée de l'arrivée de l'enfant ne correspond

Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Montauban a noué un fort partenariat à l'intérieur de l'hôpital avec le service de pédiatrie. A l'initiative de la PMI, des rencontres ont lieu à la maternité permettant l'examen commun des situations difficiles concernant les femmes enceintes et les mères avec leur nourrisson.

pas, bien sûr, à la réalité. Le moindre "grain de sable" déstabilise les parents et les culpabilise : le bébé qui pleure, qui ne "fait pas ses nuits" ; Il n'est pas possible d'être parent sans changer de mode de vie et un modèle identificatoire ne se trouve pas dans les livres mais

auprès des grands-parents et des professionnels avec lesquels on a pu nouer une relation de confiance. Comment faire pour aider des parents démunis lorsqu'ils répugnent à s'appuyer sur l'expérience des autres ? A cet égard les lieux de rencontres où les jeunes mères peuvent mettre en commun leurs angoisses, leurs difficultés et

échanger sur leur pratique, sont vraiment à encourager.

Enfin il faut aussi souligner ici une évolution sociétale inquiétante sur les rapports parents/enfants. Il y a un paradoxe dans les conduites des parents qui sont de plus en plus à l'écoute de leur enfant, ont du mal à lui dire "non", mais en même temps sont très exigeants vis à vis de lui : il veut un enfant "compétent", précoce. Alors, dès le plus jeune âge, on stimule le bébé alors que souvent il faudrait l'apaiser ; cela contribue à expliquer l'augmentation ressentie par les professionnels de l'éducation, du nombre d'enfants agités voire agressifs. Il faudrait mener des réflexions sur ces questions car les retentissements de ces attitudes, ensuite sur l'adolescent peuvent être importants. ■

## ■ Khadidja Benlebbad,

interprète et médiatrice au Comité de coordination pour la promotion sociale (CCPS) à Toulouse

## Sarah Kola,

infirmière du pôle social et humanitaire du CHU, mise à disposition du CCPS

**"Les femmes maghrébines ou tziganes ont les mêmes difficultés que les autres ; un manque d'écoute dans un système de plus en plus médicalisé"**

**K. Benlebbad** a une fonction d'interprétariat mais aussi de médiation, d'écoute familiale, d'animation d'échanges collectifs, auprès de femmes maghrébines. Ces femmes sont avides d'informations sur la contraception car il est important pour elles, d'arriver à planifier les naissances. Des intervenants spécialisés, gynécologues, sages femmes, psychologues partent du questionnement



Regards croisés  
Suite de la p. 9

des femmes et trouvent avec elles les réponses à leurs préoccupations. La pilule n'est pas toujours la méthode la plus adaptée car la régularité dans la prise pose parfois problème, les maris refusent en général le préservatif, le stérilet est difficile à accepter car il y a intrusion d'un corps étranger ; cela suscite des peurs et des croyances irrationnelles ; le préservatif féminin semble actuellement correspondre le mieux aux attentes de ces femmes. Le dialogue et l'écoute sont très importants ; les groupes de paroles mis en place sur ces thèmes ont un très grand succès. On observe également des évolutions positives

dans le suivi de la grossesse. Il y a encore quelques années, les femmes maghrébines cachaient leur grossesse tant qu'elle n'était pas visible : peur du "mauvais œil", pudeur, crainte

du regard des autres en cas de fausse couche... Elles ne voyaient pas l'intérêt préventif du suivi médical qui était perçu comme une contrainte administrative, une intrusion dans la vie privée.

L'accouchement à l'hôpital était également mal vécu car il y avait trop de monde autour de la femme à ce moment là, ce qui offensait leur pudeur. Les choses ont évolué grâce à l'intégration sociale progressive, aux médias et également au travail de fourni des associations tant en direction de cette population que vers le système de soins. On peut dire que maintenant, les femmes maghrébines ont les mêmes difficultés que les autres, à savoir le manque d'écoute, d'accompagnement tant pour les IVG que pour

la grossesse dans un système de plus en plus médicalisé ; cela explique le succès des groupes de paroles.

**S. Kola** qui intervient plus particulièrement auprès de la population tzigane note des évolutions comparables. Cependant, les spécificités de cette communauté qui considère l'enfant comme une richesse, a justifié que le travail autour de la périnatalité soit depuis longtemps une priorité tant des services sociaux que des associations. La femme tzigane n'est reconnue qu'en tant que mère et la petite fille est élevée pour être une future mère. Ainsi, il y a une vingtaine d'années, les femmes avaient en moyenne 12 à 14 enfants ; cette moyenne est actuellement de 5 ou 6. Elles acceptent désormais plus volontiers la contraception, même

contre l'avis de

leur mari. Un travail important d'accompagnement de la grossesse a été mis en place avec la PMI, les maternités, les associations ; c'est une période propice pour

parler santé et faire accepter un suivi médical qui se relâche souvent après. Si des évolutions positives sont notées pour les populations sédentarisées depuis un certain temps à Toulouse, il faut maintenir les actions car les populations qui arrivent des pays de l'Est sont très précarisées et ont de gros besoins d'accompagnement.

La fonction de médiatrice de l'infirmière est bien reconnue tant par les tziganes que par le CHU qui fait appel à elle pour dénouer des situations difficiles liées à des incompréhensions réciproques. Le travail auprès des femmes est primordial car le domaine de la santé leur est culturellement dévolu et c'est elles qui sont et seront facteurs d'évolution. ■

## Nadine Prouilhac,

sage-femme, association "Atout Naître" à Saint-Céré dans le Lot

**"Beaucoup de choses reposent sur les mères qui le vivent plus difficilement à notre époque où les rôles de l'homme et de la femme au sein du couple sont remis en cause"**

Après la fermeture de la maternité de St-Céré, des professionnels de la périnatalité ont engagé une réflexion pour pallier l'isolement des femmes après l'accouchement. Ainsi est née l'association "Atout naître",

Les institutions concernées ont mis du personnel à disposition : une sage-femme, une infirmière psychiatrique, une assistante sociale et un médecin PMI interviennent pour réguler des moments d'échanges dans un lieu rassurant et convivial, et aident ces nouvelles mères à trouver elles-mêmes et ensemble des réponses à leurs difficultés. Souvent, les mères viennent chercher là, le regard extérieur porté, avant, par la famille qui souvent est éloignée.

De nombreuses questions sont abordées lors de ces échanges : l'angoisse de la reprise du travail, l'allaitement maternel plus ou moins bien accepté par leur entourage, la place du bébé au sein du couple, le désarroi des femmes qui ont passé toute la journée avec leur bébé et attendent le retour du père pour passer le relais et souffler... "Beaucoup de choses reposent sur les mères et elles le vivent plus difficilement à notre époque où les rôles de l'homme et de la femme au sein du couple sont remis en cause"; avant cet état de fait était intégré dans la norme

sociale. Le sommeil de l'enfant est également une préoccupation prédominante. Qu'est-ce que "faire ses nuits" ? On attend du bébé qu'il s'adapte au rythme des parents, alors que ce devrait être l'inverse. Un gros travail est à faire sur l'accueil de l'enfant.

"Atout naître" offre un temps d'écoute et d'échanges pour permettre aux parents de trouver leur chemin au milieu des images et stéréotypes véhiculés par notre société. Un temps où le respect des rythmes naturels de la vie est envisagé. Il faut du temps pour naître, pour devenir grand.

D'autres pays occidentaux, comme les Pays-Bas ont des approches de la naissance beaucoup plus respectueuses des rythmes biologiques. Il faudrait mener davantage de réflexions dans ce sens en France. ■

L'association "Atout naître", installée dans le centre de périnatalité à l'hôpital de Saint-Céré, propose un lieu où les parents peuvent se retrouver, partager leurs difficultés, leurs découvertes, leurs expériences et bénéficier d'un soutien.

## Anne Cier,

Mouvement Français du Planning Familial (MFPF) à Toulouse

**"Un manque croissant de moyens pour la réalisation des IVG et une érosion de la liberté d'avorter pour les femmes"**

Ce sont le plus souvent des femmes, de tous âges et de toutes catégories sociales, qui s'adressent au MFPF, soit spontanément, soit adressées par un médecin ou une structure sociale ou éducative.

Le plus grand nombre de recours concerne des demandes d'information sur la contraception ; parfois, des jeunes filles viennent pour obtenir la pilule, faisant ainsi une confusion avec les centres de planification familiale gérés par les conseils généraux ; c'est alors l'occasion d'engager le dialogue. Deux problèmes : le fait que le

Sida a considérablement brouillé le message sur la contraception et la reprise en main de la contraception par le corps médical. Dans les années 70, la préoccupation primordiale des femmes, dans leur vie sexuelle, était le risque de grossesse ; depuis la seconde moitié des années 80, le Sida est le principal risque perçu et les campagnes de prévention portent essentiellement sur ce risque, même si, depuis quelques années, il y a un réajustement des messages préventifs.

Aujourd'hui, l'éducation à la sexualité est surtout abordée sous l'angle de la prévention des risques qui y sont liés. Or la contraception -tout comme la prévention d'ailleurs- n'est pas un acte médical ; elle interroge la sexualité dans

sa globalité : le rapport au corps, le projet de vie, la maîtrise de la fécondité... C'est dans ce sens qu'intervient le MFPP : "nous engageons les

femmes à choisir la méthode qui leur convient le mieux, en insistant sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises méthodes" ; la bonne est celle qui est assumée au moment où elle est prise. Les échanges collectifs organisés sur ces thèmes sont très enrichissants et très appréciés par les femmes.

Le second motif d'interpellation du MFPP est l'IVG : les entretiens pré-IVG, les demandes d'information concernant la procédure, les méthodes, les risques, les établissements où l'on peut s'adresser... Les femmes sont parfois adressées par un médecin ou par un centre de planification familiale lorsque les délais légaux sont dépassés, pour avoir des informations sur les possibilités d'IVG hors de France. Ces situations ne sont pas rares : du fait soit de la femme elle-même (règles en début de grossesse, déni de gros-

sesse, rupture avec le compagnon à l'annonce de la prochaine maternité...), soit du système de soins : délais de rendez-vous trop longs et donnés sans avoir demandé à la personne la date des dernières règles, difficulté à trouver un établissement qui pratique l'IVG... En 1975 la loi autorisant l'IVG a libéré les femmes de la hantise des grossesses non désirées. S'il n'y a pas de remise en cause frontale de cette loi, il y a une érosion de cette liberté et un manque criant de moyens pour l'exercer : pour les praticiens, l'IVG est un acte médical peu valorisé et mal reconnu dans la nomenclature. Certains font jouer la clause de conscience pour les IVG entre la 10e et la 12e semaine de grossesse ou pour les échographies.

Enfin, les jeunes médecins qui n'ont pas connu les conséquences souvent dramatiques pour les femmes des avortements clandestins, manquent parfois de conviction et ne mettent pas en œuvre un accompagnement de qualité : les femmes, sont encore trop souvent culpabilisées.

Et, face aux attaques régulières du droit à l'IVG par des lobbies actifs, la vigilance est à maintenir. ■

## ■ Nicole Ferry,

médecin directrice de l'association "Santé Communication" à Ramonville Saint-Agne (31)

**"Les professionnels sont de plus en plus confrontés au symptôme "des mères aux bras ballants"**

Les professionnels de périnatalité sont demandeurs des formations proposées par "Santé Communication" car ils sont de plus en plus confrontés à une inquiétude durable des mères qui expriment une difficulté à comprendre les

besoins de leur nouveau-né, à décoder leurs pleurs, et à trouver des réponses adaptées. En effet, elles ont recours fréquemment aux professionnels de santé pour des questions simples concernant l'alimentation de leur bébé, la durée et le rythme des tétées, les régurgitations, les troubles du sommeil. En écho à cette dépendance, les professionnels s'interrogent sur les "incompétences" des mères, leurs attitudes attentistes, leurs plaintes répétitives à ne pas savoir

calmer un pleur et à finalement demander aux soignants qu'ils prennent en charge leur enfant.

Ce symptôme "des mères aux bras ballants" témoigne en partie, de la perte des repères familiaux autour de la construction de la maternité ; mais il est également largement induit par les modalités actuelles de suivi et de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post partum qui sont très médicalisés. Les aspects psychiques, émotionnels et relationnels du vécu des mères sont peu ou pas pris en compte par les soignants.

Le suivi des grossesses est souvent morcelé entre plusieurs intervenants, la femme accouche à l'hôpital avec une personne qu'elle n'a jamais rencontrée, plusieurs sages-femmes ou médecins se succèdent au cours d'un même accouchement, une sage-femme est très souvent amenée à surveiller plusieurs accouchements en même temps.

Ainsi, les soignants sont formés pour indiquer aux femmes enceintes puis aux parturientes comment les choses vont se passer pour elles, ce qu'elles doivent faire ou ne pas faire pour accoucher puis pour s'occuper de leur bébé. L'ensemble de ces soins s'appuient sur des protocoles médicaux, non sur une pratique d'écoute des mères

visant à soutenir leurs compétences. Ces situations répétées conduisent à des attitudes de dépendance des mères vis-à-vis des soignants, qui renforcent leurs inquiétudes et le manque de confiance en elles.

Les "relevailles" n'existent plus de nos jours. Fête familiale et sociale, présente dans les cultures judéo-chrétiennes, musulmanes, bouddhistes ; les "relevailles" se situent 40 jours après l'accouchement et

signent le retour à la vie active de la femme après une période de repos et des soins corporels et psychiques à la jeune accouchée. Actuellement, cette étape de soins et de protection de la mère en post-partum est négligée. On attend de la mère qu'elle "reprenne les choses en main" rapidement.

Les femmes regagnent très tôt leur domicile, dès le 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> jour après leur accouchement, juste au moment de la montée de lait.

De nombreuses mères éprouvent des états de fatigue prolongés, précurseurs d'états dépressifs ultérieurs. C'est alors parfois l'enfant qui va traduire par des troubles du sommeil, des régurgitations, des difficultés de prise de poids, l'anxiété maternelle.

Le travail de "Santé et Communication" est de permettre aux soignants de mieux comprendre le processus de construction de la maternité et ses difficultés, et de favoriser par une meilleure cohérence de leurs actions l'accompagnement relationnel des mères nécessaire à la mise en marche et à l'accueil de leur enfant. Ce travail de soutien est un temps essentiel de prévention des relations d'attachement parents-enfant et de préservation de la santé de la mère et de son bébé. ■

**"Santé Communication" intervient dans le cadre de la formation continue des professionnels des équipes obstétricales, néonatales et de PMI sur les thèmes de l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement, du post partum et sur la construction des liens parents/enfant.**

# Spécificités psychologiques et sociales de la naissance à aujourd'hui

## bibliographie

- ADORIAN E, HATEM G. Suivi de grossesse par le généraliste. Le Concours médical, n°6, février 2002, p.375-379.
- Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale. La surveillance biologique de la femme enceinte en bonne santé et sans antécédents pathologiques. Le concours médical [en ligne], 30 novembre 1996, n°40, 12p.
- ANDRE P, CHABERNAUD JL, LEYRONNAS D. Accouchement à domicile : prise en charge. La Revue des Samu, 2000, p.110-114.
- AYISSI L, HUBIN-GAYTE M. Dépression et dépressivité chez la jeune accouchée : influence sur l'état du bébé. In : Les troubles psychiques précoces du post-partum, Erès, 2002, p.43-57.
- BAJOS N, FERRAND M, DURAND S. Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes. In : De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Paris : Inserm, 2002, p. 249-301
- BALLOUARD Ch, MERG D. L'entretien individuel du quatrième mois de grossesse. Les Dossiers de l'Obstétrique, 04/2002, n°304, p.2-5.
- BARRACO M. Aide psychologique à la parentalité. Dialogue, septembre 2002, n°157, p.59-62.
- BENLOULOU G. Le travail social des PMI. Lien social, 25 janvier 1996, n°337, p.4-7.
- BLANCHOT-ISOLA Ch. Accoucher à domicile, sans obstétricien, progrès ou régression ? Les Dossiers de l'Obstétrique, Juillet 2003, n°318, p.3-5.
- BOGHINA Ch, PHILIPPE HJ. Interruption volontaire de grossesse. La Revue du praticien, 15 février 2002, vol 52, n°4, p.451-458.
- BREARD G, PUECH F, ROZE JC. Mission Périnatalité, vingt propositions pour une politique périnatale [en ligne]. Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 24p.
- BROUARD N, KAFE H. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Population et sociétés [en ligne], octobre 2000, n°361.
- CHABROLLE JP. L'accès aux soins des enfants des familles démunies. Enfance majuscule, mars avril 2001, n°57, p.6-9.
- CHAMBONNET J, MICHEL I. Quelles difficultés à l'arrivée d'un bébé ? (étude), Revue du praticien, médecine générale, 25 octobre 1999, tome 13, n°474, p.1665-1668.
- CHAUFFAUT D. Le congé paternité : vécus et représentations dans les premiers mois de sa mise en œuvre. Etudes et résultats, mars 2003, n°228, 8p.
- CHAVENT D. La sécurité de la naissance : interdisciplinarité de l'équipe pour un accompagnement global. Les Dossiers de l'Obstétrique, mai 1998, n°261, p.22-24.
- CICHHELLI V. La construction du rôle maternel à l'arrivée du premier enfant. Recherches et Prévisions, 2001, n°63, p.33-43.
- COUSTEIX JP. Hospitalisation et maternité à domicile. Les Dossiers de l'obstétrique, février 2003, n°313, p.8-11.
- DESPLANQUES G. Désir d'enfant. Information Sociale, 2003, n°107, p.20-25.
- DINH QC. Les inégalités sociales de la mortalité infantile s'estompent. Economie et Statistiques, avril 1998, n°314, p.89-106.
- DUPUIS O, DE TAYRAC R, POILPOT S. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête 2000. Gynécologie, obstétrique et fertilité [en ligne], septembre 2002, vol 30, n°9, p.678-683.
- FAGNANI J, LETABLIER MT. S'occuper des enfants au quotidien : mais que font donc les pères ? Droit Social, mars 2003, n°3, p. 251-259.
- FOULON S. Les papas poules se ruent sur le congé paternité. Liaisons sociales. Février 2003, p. 27-29.
- GUILLAUME S. Prévention des grossesses chez les adolescentes : Info-Ado ou comment approcher les adolescentes des structures médicales. Les Dossiers de l'obstétrique, juillet 2001, n°296, p.30-32.
- HOREAU K. Le père, du non au oui. L'école des parents, juin - septembre 2002, p.28-41.
- HURSTEL F. Rôle social et fonction psychologique du père. La présence du père. Information sociale, 1996, n° 56, p.9-14.
- JEANDET-MENGUAL E. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne]. Rapport 145, décembre 2002, p.6-16.
- KHANINE AF. Le piège de la culpabilité maternelle. Les bouleversements de la naissance. Lunes, juillet 2000, n°12, p.6-13.
- LE CORRE M, THOMSON E. Les IVG en 1998. Etudes et résultats, juin 2000, n°69, 4p.
- LEVAN Ch. Les grossesses à l'adolescence : une pluralité d'explications. Maternités adolescentes et maternités socialement précoces. Vie sociale, novembre - décembre 1998, n°6, p.459-551.
- MAZUY M. Situation familiales et fécondité selon le milieu social. Résultats à partir de l'enquête EHF de 1999. Paris : INED, juillet 2002. 59p.
- MAZUY M, TOULEMON L. Les naissances sont retardées mais la fécondité est stable. Population, juillet-août 2001, n°4, p.611-644.
- MERON M, WIDMER I. Les femmes au chômage retardent l'arrivée du premier enfant. Population, mars - avril 2002, vol 57, n°2, p.327-357.
- MIGNOT S. IVG, une loi qui a du mal à passer. Profession Sage-Femme, juin 2002, n°86, p.4-8.
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Rapport du Comité d'Experts sur la Mortalité maternelle 1995-2001 [en ligne] mai 2001, 50p.
- NISAND I. Ministère de l'emploi et de la solidarité. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, février 1999, p.23-36
- NISAND I. Haut comité de la santé publique. Ministère de l'emploi et de la solidarité. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : ENSP, février 1998, p.168-178.
- POITEL B, STORA P. Soigner : naissance et sécurité : côté mère et côté médecin. Les Dossiers de l'obstétrique, juin 2002, n°306, p.9-11.
- ROSSI P. Ce que le premier accouchement déclenche chez une femme. Dialogue, septembre 2002, n°157, p.51-57.
- UZAN M. Particularité de la grossesse et des interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes. Les Dossiers de l'obstétrique, 07/1999. n°274, p.16-20.
- ZAOUCHE-GAUDRON Ch. Identité paternelle. Le journal des psychologues, juin 2001, n°188, p.63-67.
- ZAOUCHE-GAUDRON Ch, LECAMUS J. La présence du père. Le rôle du père dans le développement psychologique de l'enfant. Informations Sociales, 1996, n°56, p.43-50.

Un document de synthèse (30 pages) peut être téléchargé sur le site internet de la Drass [www.midipy.sante.gouv.fr](http://www.midipy.sante.gouv.fr)

Les documents référencés ici peuvent être consultés au service documentation de la DRASS.

Contact :  
Magali Delorme - 05.62.73.94.22



## Expériences

## Points de vue et attentes des familles en difficulté vis à vis des professionnels et des services intervenant dans la période périnatale : une enquête dans les Hautes-Pyrénées

**Dans le cadre du Comité Enfance Famille des Hautes Pyrénées<sup>(1)</sup>, le groupe périnatalité<sup>(2)</sup> s'est fixé pour objectif d'améliorer les soutiens pouvant être apportés aux familles, et en particulier aux familles les plus en difficulté, dans la période périnatale et de la petite enfance (de la grossesse aux 3 ans de l'enfant environ).**

**Il est apparu indispensable dans un premier temps de mieux cerner la manière dont les familles en difficulté utilisent les services, le regard qu'elles portent sur leur intervention, et leurs attentes.**

**Le choix a été fait d'aller à la rencontre d'un certain nombre de personnes, ciblées à partir de critères de précarité<sup>(3)</sup>, sur deux secteurs ruraux, deux secteurs urbains, et parmi la communauté des Gens du Voyage sur plusieurs territoires du département.**

**39 familles au total ont été rencontrées pour un entretien avec un professionnel qu'elles ne connaissaient pas, parmi 15 professionnels volontaires (puéricultrices, médecins, travailleurs sociaux, formateurs...).**

**Deux enseignants de l'Institut Saint-Simon (dont le siège est à Toulouse), psychologue clinicienne et sociologue, ont apporté un appui méthodologique et théorique à cette étude qui s'est déroulée de février 2002 à octobre 2003.**

Cette étude fait ressortir les éléments suivants :

### Sur l'utilisation des services

■ Les modalités d'utilisation des services traduisent bien la priorité des personnes en ce qui concerne le suivi de leur grossesse, et ensuite de leur enfant : l'aspect médical apparaît dans un premier temps comme prépondérant.

Pour le suivi de leur santé, les personnes sont très attachées à une image de référent fort. Ce référent est dépositaire de la confiance que lui accorde la famille. Il s'agit d'un médecin traitant, ou souvent, dans cette période particulière de la périnatalité, d'un médecin spécialiste, obstétricien ou pédiatre. La PMI apparaît comme un service bien connu, mais présentant une image de référence moins forte que les services de santé libéraux ou hospitaliers.

■ Les entretiens révèlent une

fréquentation faible voire inexistante des lieux que l'on pourrait rattacher à la prévention, tels que la préparation à l'accouchement ou les haltes-garderies.

Les activités de nature communautaire -groupes de parole, lieux d'accueil parents-enfants- sont peu ou pas fréquentées, mais font paradoxalement l'objet de critiques ou d'attentes particulières.

### Sur les raisons de la faiblesse ou de l'absence de fréquentation des services, hors suivi médical

■ Il ne s'agit pas d'un désintéressement des personnes quant aux activités qui relèvent de la prévention : il existe toutes sortes d'attentes, de demandes d'activités sur des thèmes que l'on peut clairement rattacher à de la prévention : demandes d'information sur des questions particulières, attente d'entraide, souhait pour les femmes de se retrouver, de prendre du temps

pour elles...

Les personnes recherchent elles-mêmes des ressources pour répondre à ces besoins (dans la famille, l'entourage, les média...). Les capacités qu'elles développent pour cela font d'ailleurs apparaître ces personnes sous un jour beaucoup plus actif que la passivité qu'on leur attribue parfois. Ces ressources ne sont généralement pas présentées comme pouvant remplacer l'intervention des professionnels. Il s'agit de ressources complémentaires, plutôt que de ressources alternatives.

■ L'hypothèse selon laquelle les gens ne fréquentent pas les services parce qu'ils ne les connaissent pas n'a pas été suffisamment explorée. En revanche, il apparaît fréquemment une demande d'informations, d'explications sur le fonctionnement de services aux prestations diverses.

■ Les personnes en situation difficile ont des réticences vis à vis des services pouvant intervenir dans la période périnatale. Cela peut par conséquent les amener à limiter leurs relations avec les services à ce qui relève de l'obligatoire : le suivi médical. Elles ont peur du regard extérieur, du contrôle, du jugement, tant de la part des professionnels que des autres parents. Certaines expriment encore la peur du retrait de leurs enfants.

Ces peurs ou au moins ces réticences vis-à-vis des services apparaissent le plus souvent à partir soit de représentations négatives, véhiculées dans la famille ou par l'entourage (voire par les média), soit d'expériences négatives vécues, soit d'un décalage culturel.

### Sur les attentes vis-à-vis des professionnels et des services

■ De manière un peu contradictoire avec les réticences évo-

quées précédemment, les attentes des familles vis-à-vis des professionnels apparaissent fortes : les personnes attendent en majorité une attitude plus volontariste de la part des services. Par exemple, une mise à disposition plus systématique des professionnels de PMI, qui éviterait d'avoir à en faire la demande (visite à domicile d'une puéricultrice). L'équilibre restant à trouver dans l'attitude professionnelle, pour éviter le sentiment d'étouffement ou de contrôle qui peut survenir au cours d'un suivi rapproché.

■ Les entretiens ont également révélé l'attente d'une offre plus diversifiée (suivi individuel ou actions collectives, visites à domicile ou consultations plus fréquentes...) permettant de choisir la prestation la plus adaptée, et de devenir ainsi plus acteur dans la relation avec le professionnel.

■ La question de la relation avec le professionnel s'est avérée centrale dans l'appréciation que les personnes ont portée sur le suivi dont elles ont bénéficié pour elles-mêmes ou leur enfant : parmi les différents éléments de la qualité des soins que l'on a pu identifier, tout ce qui touche à la "prestation humaine" est apparu nettement comme l'essentiel : l'accueil, l'écoute, la proximité du professionnel sont aussi déterminants voire plus que sa compétence technique.

Peut-être effectivement n'est-ce pas la compétence qui interroge le plus dans notre système de santé, surtout quand on a affaire à des spécialistes.

Cet attachement à une relation humaine de qualité, fondée sur le respect et la confiance réciproque est l'un des principaux enseignements de cette étude, en particulier pour les personnes apparaissant comme les plus en difficulté (qui sont aussi celles qui ont le plus témoigné de leurs

Suite de la p. 13

craintes vis-à-vis des services). Sans un bon accueil, une écoute des questions, des désirs, des inquiétudes, la relation de confiance ne se noue pas : "(A la PMI), on vous accueille toujours avec le sourire, c'est convivial. C'est très important le sourire, sinon on n'y va pas. Sinon on n'ose pas s'ouvrir à la personne et les problèmes restent là."

Les résultats de cette étude ont été transmis aux différentes institutions membres du Comité Enfance Famille. Chaque institution est invitée à en prendre connaissance et à voir en quoi les paroles des usagers interrogent leurs pratiques. Un calendrier de travail est déjà prévu au niveau des services du Conseil Général et du groupe périnatalité. ■

Le rapport intitulé "Modes d'utilisation, points de vue et attentes des familles en difficulté vis-à-vis des professionnels et des services pouvant intervenir dans la période périnatale" peut être envoyé sur demande au Pôle Social de la DDASS 65 ou par messagerie électronique : [florence.bernard@sante.gouv.fr](mailto:florence.bernard@sante.gouv.fr)

(1) Le Comité Enfance Famille rassemble depuis le début de l'année 2000 des professionnels d'institutions et d'associations œuvrant dans le domaine de l'enfance dans les Hautes Pyrénées, pour :  
- promouvoir la santé de l'enfant et son bien-être dans ses différents cadres de vie  
- porter l'attention sur les actions préventives, particulièrement celles qui permettent de soutenir la fonction parentale.

(2) Le groupe périnatalité rassemble des représentants de la PMI, l'Intersecteur de pédopsychiatrie, la DDASS, la CAF, Pyrène petite enfance, le CHRS La Source, le Centre de planification, la Sauvegarde de l'enfance, la maternité du Centre Hospitalier de Tarbes, la Mission Locale de Tarbes, Solidarité avec les gens du voyage, l'Association de Prévention Spécialisée, l'Aide Sociale à l'Enfance, le CODES.

(3) Les familles rencontrées devaient présenter au moins 3 des critères suivants : isolement, difficultés liées au logement, difficultés liées à la santé, difficultés financières, difficultés dans l'éducation des enfants.

## MATERMIP

### Un réseau de soins périnataux en Midi-Pyrénées

**MATERMIP, mis en place conformément au décret de périnatalité de 1998 est un réseau inter-établissements qui regroupe 35 maternités de Midi-Pyrénées et 2 maternités de Carcassonne.**

Un comité de coordination désigné par l'Assemblée Générale du réseau et composé de 23 membres (publics et privés) anime le réseau.

Quatre groupes de travail ont été mis en place :

#### ■ Transferts ante et post-natals

Définir les modalités pratiques de transferts au sein du réseau, en évaluer la qualité (satisfaction des acteurs et des patientes) et mettre en place un dossier transfert unique et commun.

#### ■ Evaluation

Réaliser une enquête sur les

attentes et les inquiétudes des acteurs du réseau, définir des items minimums à recueillir pour chaque naissance, faire le bilan de l'informatisation des différents établissements.

#### ■ Formation

Uniformiser les prises en charge des patientes et les traitements au sein du réseau ; organiser des "journées de mise au point" thématiques pour définir des protocoles communs : prise en charge des menaces d'accouchement prématuré ; infections bactériennes materno-fœtales ; responsabilité médico-légale en obstétrique...

#### ■ Néonatalogie

#### Principaux objectifs d'un réseau de soins périnataux

- Sécurité de l'accouchement : adéquation entre le niveau de risque et le type d'établissement (amélioration des marqueurs épidémiologiques)
- Optimiser l'accès aux soins
- Améliorer efficacité et efficience des prises en charge
- Respecter les préférences des personnes prises en charge (si possible)
- Accroître la compétence individuelle et collective des intervenants... "revaloriser les professionnels"... "lieu d'apprentissage"
- Être un lieu d'observation et d'évaluation



### Vecteur Santé a 4 ans

rappel des thèmes des précédents numéros

■ n°1, nov. 2000.

#### Quelle prévention dans le domaine de la santé mentale des adolescents ?

édito : Jean-Pierre Rigaux, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

■ n°2, fév. 2001.

#### Quel accompagnement à la santé pour les plus démunis ?

édito : Pr Alain Grand, Professeur de Santé Publique, Directeur du Département d'Epidémiologie, Economie de la Santé Communautaire à l'Université Toulouse III

■ n°3, juin 2001.

#### Dépistage des cancers : les enjeux

édito : André Ginisty, Président de l'UR-CAM Midi-Pyrénées

■ n°4, novembre 2001.

#### L'accompagnement de fin de vie

édito : Jean-Louis Chauzy, Président du Conseil Economique et Social de Midi-Pyrénées

■ n°5, février 2002.

#### Santé et habitat. Une préoccupation de la population et une priorité des politiques publiques

édito : Sylvain Mathieu, Sous Préfet, chargé de mission à la politique de la ville, Haute-Garonne

■ n°6, juin 2002.

#### L'usager, un acteur du système de santé

édito : Magali Benoit Marquie, Représentante de la Conférence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées à la Conférence Nationale, Présidente départementale de la Fédération des conseils de parents d'élèves de la Haute-Garonne

■ n°7, décembre 2002.

#### Un atout pour "bien vieillir" : préserver l'autonomie

édito : Michel Lages, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées

■ n°8, mars 2003.

#### Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé

édito : Nicole Belloubet-Frier, Rectrice de l'Académie de Toulouse

■ n°9, juin 2003.

#### Nutrition : alimentation et santé, vers une politique réaliste et ambitieuse

édito : Pr Maïté Tauber, Pédiatre, hôpital des enfants, CHU de Toulouse, Coordinateur du Comité Technique du Plan National Nutrition Santé en Midi-Pyrénées

■ n°10, décembre 2003.

#### Les conduites addictives

édito : Françoise de Veyrinas, 1er Maire Adjoint de Toulouse, Chargée des Affaires sociales, Ancien Ministre

## Vecteur Santé a quatre ans

« Je ne peux que me féliciter d'avoir contribué avec l'équipe rédactionnelle de la DRASS à son lancement, il y a quatre ans déjà.

Créée en 2000 cette revue, à ma connaissance, unique en son genre, est le "vecteur" de communication du Comité Régional des Politiques de Santé, instance de concertation sur les programmes de santé dans la région. Fruit d'une collaboration constructive entre partenaires de santé publique (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Agence Régionale de l'Hospitalisation, Union Régionale et Caisses Régionale d'Assurance Maladie, Département universitaire de santé publique et Observatoire régional de la santé), sa mission est de rendre plus lisibles les priorités régionales de santé, d'apporter des éléments de réflexion et de débat, bref de diffuser une culture de santé publique. Cette mission peut être considérée comme engagée, en témoigne l'enquête auprès des lecteurs réalisée en 2002 : près des deux tiers des personnes ayant répondu à notre questionnaire conservent les numéros après lecture et les utilisent dans leur pratique professionnelle.

Tirée à 3000 exemplaires grâce à l'aide de la CRAM, "Vecteur Santé" est une revue qui fait désormais partie du paysage régional de santé publique. Son rôle d'information et de lien entre acteurs et partenaires de santé ne peut que se retrouver renforcé par la mise en place de la nouvelle organisation prévue dans le projet de loi de santé publique en cours de discussion au Parlement.

Ce projet de loi traduit la volonté du Gouvernement de définir une politique de santé publique ambitieuse visant à réduire la mortalité et la morbidité évitables ainsi que les disparités régionales de santé ; pour la première fois des objectifs de santé quantifiés sont fixés. L'Etat sera responsable de sa mise en œuvre en lien avec l'assurance maladie et les collectivités locales. Ainsi, un plan régional de santé publique sera arrêté par le Préfet de Région pour définir les modalités de déclinaison des objectifs nationaux à l'échelle territoriale. La réalisation de ce plan va impliquer de nombreux acteurs qui vont devoir œuvrer ensemble dans le respect du statut de chacun ; c'est la mission qu'aura le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

La création de "Vecteur Santé" est déjà une réalisation concrète qui rassemble les partenaires institutionnels autour des problèmes de santé ; d'autres initiatives sont à mettre à l'actif de notre région comme l'organisation régulière de "journées régionales de santé publique" qui réunissent chaque fois plusieurs centaines de professionnels et décideurs des domaines sanitaire et social. Autant d'atouts pour qu'en Midi-Pyrénées, le GRSP soit mis en place dans de bonnes conditions et fédère avec réussite tous les dynamismes manifestés au cours de ces dernières années. »

Jean-Pierre RIGAUX

Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

## Enquête de satisfaction auprès des lecteurs de Vecteur Santé

Le comité de rédaction de Vecteur Santé a souhaité qu'une évaluation de l'impact de la revue soit effectuée après deux ans de parution. C'est dans ce sens qu'un questionnaire a été envoyé avec le numéro 6 en juin 2002. Les deux tiers des personnes qui ont répondu ont dit recevoir régulièrement la revue ; la moitié des répondants lit tous les numéros, un quart, seulement certains.

### Une revue globalement très appréciée...

Près des deux tiers des personnes ayant répondu disent conserver les numéros après lecture ; plus de la moitié l'utilisent dans leur pratique professionnelle. Selon les remarques formulées, "Vecteur Santé" permet, sur les dossiers traités, un enrichissement ou une mise à jour des connaissances ; les articles sont courts, précis, bien documentés et la lecture en est facile : l'information présentée est claire, de qualité et compréhensible par tout le monde.

La formule d'un dossier donnant sur un thème une vision d'ensemble et des approches pluridisciplinaires complémentaires rencontre une large adhésion : diversité des opinions et des intervenants sont un plus ; cela donne "une bonne combinaison d'informations, d'actions de terrain et de réflexion scientifique". Ainsi, pour beaucoup, Vecteur Santé constitue "un excellent outil pour les non spécialistes, permettant une actualisation rapide de l'essentiel".

Le peu de place accordée aux données chiffrées est regretté ; il pourrait, selon un lecteur, être fait mention des sources de données disponibles.

### ... mais dont la densité gêne parfois la lecture

Nombreux sont ceux qui s'accordent à trouver les caractères trop petits et la revue, dense. Les remarques sont contradictoires sur quelques points : certains jugent les couleurs utilisées, la présentation agréable et en apprécient la sobriété ; d'autres trouvent que les couleurs sont tristes et que la mise en page manque de convivialité. Plusieurs aimeraient que le nombre de pages soit plus important et que la revue paraisse plus souvent.

### Un choix des thèmes jugé pertinent

Les thèmes sont jugés en phase avec les préoccupations de santé publique actuelles ; la dimension régionale est appréciée.

Certains trouvent que la réalité du terrain n'est pas assez explorée ; pour d'autres, il manque la dimension psychologique et individuelle, ou encore qu'il faudrait sortir du champ sanitaire trop réducteur ; les appréciations sont souvent fonction de l'appartenance professionnelle du répondant.

Cette enquête est pour nous pleine d'enseignements ; nous essaierons d'en tenir compte. ■

A l'écoute

A LA DRASS

**Le PRAPS deuxième génération**

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins a pour objectif de contribuer à la lutte contre l'exclusion en améliorant la connaissance et la compréhension des causes des inégalités de santé et en soutenant les actions qui provoquent une évolution du système sanitaire et social pour une meilleure prise en compte des problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Le bilan et l'évaluation des réalisations du PRAPS 1ère génération\* ont été source d'enseignements pour l'élaboration du PRAPS 2ème génération qui sera présenté prochainement au Comité Régional des Politiques de Santé.

Le PRAPS 2 souhaite répondre à quatre finalités qui se déclinent en neuf objectifs qui serviront de cadre au développement des actions en articulation avec les autres politiques publiques.

Les quatre finalités :

- Rendre accessibles à tous la prévention et le soin
- Mieux répondre à la souffrance psychosociale des populations précarisées
- Acquérir et renforcer les compétences nécessaires pour comprendre les problèmes de santé précarité et améliorer les savoir-faire.
- Permettre à chacun d'être acteur de sa santé

\* Documents disponibles à la DRASS

Contact : **A. Arditi** : 05.62.73.93.93

A L'URCAM

**Les bilans thyroïdiens en Midi-Pyrénées**

Largement prescrites, les explorations biologiques de la fonction thyroïdienne constituent en Midi-Pyrénées une dépense de santé importante (16 millions d'euros/an) et en forte augmentation (+15,3% entre 2001 et 2002).

Le diagnostic ou le suivi des pathologies thyroïdiennes fait nécessairement appel à des dosages

biologiques pertinents.

Mais, pour autant, tous ces examens ne doivent pas être utilisés systématiquement. Des recommandations de pratique médicale ont été élaborées par l'ANAES en 2000, complétées en Midi-Pyrénées par un référentiel établi par le service endocrinologie du CHU.

Cette étude régionale a cherché à quantifier les situations cliniques en accord avec les recommandations et à estimer l'impact médical et économique qui résulterait de leur stricte application.

La diffusion de ces résultats s'inscrit dans la perspective d'une meilleure utilisation des examens biologiques pour l'exploration de la fonction thyroïdienne.

Contact : **www.urcam-midi-pyrenees.fr**

A L'ARH

**AMBOS Etude des prescriptions hospitalières et des trajectoires des patients**

En région Midi-Pyrénées, comme au plan national, les prescriptions médicales connaissent une forte augmentation dans les établissements de santé sous dotation globale. Cette tendance peut mettre en péril le dispositif de régulation des dépenses de l'Assurance Maladie, sans que l'on sache identifier

l'origine même de ces prescriptions. Doit-on les imputer davantage à des dépenses de médecine de ville ou au contraire à des facteurs structurels, strictement liés aux établissements de santé ?

AMBOS a pour objectifs de permettre :

- une meilleure connaissance des prescriptions hospitalières, en identifiant les facteurs générant ces prescriptions : motifs de recours aux soins hospitaliers (hospitalisation complète, consultation externe, admission aux urgences...), pathologies, natures des actes...
- une meilleure appréciation de la trajectoire des patients, en étudiant les recours au système de santé selon les pathologies et en recensant les trajectoires-types des patients.

Cette étude a été engagée en région Midi-Pyrénées, dans le cadre d'un Comité de pilotage réunissant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne (CPAM) et le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (CHU).

L'étude concerne l'ensemble des recours au système de soins hospitalier et/ou ambulatoire pour un même patient, 1 mois avant son passage à l'hôpital et 3 mois après celui-ci.

Elle porte sur l'ensemble des personnes hospitalisées et/ou admises aux urgences, au cours de la période du 1er juin 1999 au 30 avril 2000.

Au total, l'étude a concerné environ 60 000 ressortissants de la CPAM de la Haute-Garonne.

Contact : **www.arhmip.fr**

A L'ORMIP

**1984 → 2004**  
L'Orsmip fête ses 20 ans !

... et organise  
**une journée scientifique**  
**le 29 juin 2004**  
au Grand Amphithéâtre  
de la Faculté de Médecine  
37 allées Jules Guesde  
à Toulouse sur le thème

**Territoires et Santé**

Au moment où le niveau local est perçu par les acteurs du système de santé comme le niveau de l'efficacité dans la construction d'un travail de proximité en matière de promotion de la santé et d'écoute des besoins prenant en compte les dimensions de la vie sociale, il nous a paru opportun de nous interroger sur la réalité des territoires en Midi-Pyrénées.

**Programme prévisionnel**

Le matin :

- Les territoires "vécus" : urbain/ rural ; domicile/travail
- Territoires d'observation - Territoires d'action

L'après-midi :

Illustration de l'approche territorialisée à travers trois thèmes :

- Accès au dépistage du cancer et actions de proximité
- Vieillesse et territoires
- Risques environnementaux et territoires

Contacts : **F. Cayla, M. Delarue** :  
**05.61.53.11.46**

**L'Orsmip**  
relooke son site internet

pour plus d'informations et de convivialité dans la navigation

**www.orsmip.org**

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :**

Jean-Pierre Rigaux,  
Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

**COMITÉ DE RÉDACTION :**

Dr E. Forichon,  
Direction Régionale Affaires Sanitaires et Sociales  
Dr F. Cayla,  
Observatoire Régional de la Santé de Midi-pyrénées  
Pr A. Grand,  
Département Universitaire de Santé Publique  
M. Lages,  
Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
D. Fernandez,  
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
P. Gauthier,  
Agence Régionale de l'Hospitalisation

**RÉDACTION :**

M. Delarue,  
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**RÉALISATION TECHNIQUE :**

C. Andrieu,  
Observatoire Régional de la Santé de Midi-pyrénées

**IMPRESSION :**

CRAM Midi-Pyrénées

**TIRAGE :**

3 000 exemplaires

