



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Accompagnement
médico-psycho-
social des femmes,
des parents et de
leur enfant, en
situation de
vulnérabilité,
pendant la
grossesse et en
postnatal

Validé par le Collège le 11 janvier 2024

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Ces recommandations ont pour objectif principal d'accompagner les parents en situation de vulnérabilité au cours de la périnatalité, pour préserver la santé et le développement harmonieux de l'enfant, ainsi que la santé de la mère.
Cibles concernées	Ces recommandations sont destinées aux professionnels exerçant dans le cadre de la périnatalité.
Demandeur	Le Secrétariat d'état chargé de l'enfance et des familles.
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) Assistante : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	Jusqu'en novembre 2021 et une veille a été réalisée jusqu'en décembre 2023 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Sophie Despeyroux avec l'aide de Mme Juliette Chazareng (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Dr Julie Blanc (Chargée de Projet), Mme Céline Audiger (Chargée de Projet)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 11 janvier 2024
Autres formats	Argumentaires, synthèse et fiches outils

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Sommaire

Préambule	6
1. Les situations de vulnérabilité au cours de la grossesse et du postpartum	9
2. Le dépistage	11
2.1. Pourquoi faut-il dépister les situations de vulnérabilité ?	11
2.2. Comment dépister les situations de vulnérabilité au cours de la grossesse ?	12
2.2.1. À quels moments dépister les situations de vulnérabilité ?	12
2.2.2. Par qui est fait le dépistage ?	13
2.2.3. Comment procéder au dépistage ?	14
2.2.4. Comment informer la femme ?	16
3. Accompagnement de la femme vulnérable au cours de la grossesse	17
3.1. Quels sont les ressources et les différents acteurs de cet accompagnement ?	17
3.1.1. Ressources professionnelles	17
3.1.2. Place de l'annuaire interactif des ressources territoriales	17
3.2. Comment organiser un accompagnement coordonné en équipe pluridisciplinaire	18
3.2.1. Mettre en place une coordination entre la maternité et les acteurs extérieurs	18
3.2.2. Place des staffs médico-psycho-sociaux (MPS) ou staffs de périnatalité	19
3.2.3. Place du dossier médical de la femme enceinte	20
3.2.4. Identifier un référent de la femme enceinte vulnérable	20
3.2.5. Collaboration avec la PMI	20
3.3. Modalités d'accompagnement au cours de la grossesse	21
3.3.1. Répondre aux besoins primaires	21
3.3.2. S'assurer du suivi médical de la femme enceinte	21
3.3.3. Pallier le risque de rupture de prise en soin et/ou les difficultés d'accès aux soins	21
3.3.4. Information de la femme concernant les modalités de partage entre les acteurs	22
3.3.5. Visites à domicile (VAD)	23
3.3.6. Hospitalisation de jour (HDJ) et Hospitalisation à domicile (HAD)	23
3.3.7. Les interventions des TISF (et/ou AVS-AES)	24
3.3.8. Accompagnement au cours de l'accouchement	25
3.3.9. Anticipation de l'accompagnement du postpartum	26
4. Accompagnement lors du retour à domicile	28
4.1. Quelles modalités d'organisation pour le retour à domicile	28
4.1.1. Place du séjour prolongé en suites de couches ou unité mère/enfant	28
4.2. Comment accompagner le retour à domicile ?	29
4.2.1. Quels sont les objectifs de cet accompagnement pour le retour au domicile ?	29
4.2.2. Les ressources pour cet accompagnement	29

4.2.3. Les conditions d'hébergement	30
4.2.4. Structures d'accueil pour les femmes en situation de vulnérabilité	31
4.2.5. Organisations pouvant être mises en place	31
4.3. Comment soutenir la parentalité lors de l'accompagnement du retour à domicile ?	33
4.3.1. Informations sur le soutien à la parentalité	33
4.3.2. Observation du lien parents/enfant	33
4.3.3. Quels structures/professionnels proposer pour le soutien à la parentalité ?	34
4.3.4. Comment préserver le lien parents/enfant en cas d'hospitalisation de l'enfant ?	35
4.4. Pour aller plus loin	35
Table des annexes	37
Participants	61
Abréviations et acronymes	63

Préambule

Contexte d'élaboration

La HAS a été saisie par le Secrétariat d'état chargé de l'enfance et des familles, afin d'élaborer des recommandations pour un accompagnement personnalisé des femmes en situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et des dyades mères/enfants après la sortie de maternité.

La mise en place de l'accompagnement lors du postpartum nécessite un repérage précoce et une prise en soin des femmes ou des couples vulnérables dès la période de grossesse.

Cet accompagnement au cours de la grossesse permet en effet d'anticiper la sortie de la maternité ainsi que l'accompagnement de l'enfant sur les premiers mois de la vie.

Cette saisine s'inscrit dans le cadre du chantier des « 1 000 premiers jours » et vise à mieux accompagner les parents en situation de vulnérabilité, pour préserver la santé et le développement harmonieux de l'enfant, ainsi que la santé de la mère.

Ces recommandations s'inscrivent dans la continuité des recommandations publiées par la HAS en 2016 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees#ancreDocAss

Recommandations pour les décideurs publics

Ces recommandations de bonne pratique ont été élaborées afin d'améliorer et d'harmoniser sur tout le territoire l'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité en période périnatale.

Cependant, les recommandations et propositions présentées ici ne peuvent être mises en œuvre et donc être applicables par les structures de soins et les professionnels concernés que si elles sont accompagnées de moyens humains et financiers dédiés.

Le déploiement de ces moyens est d'autant plus essentiel dans ce contexte de situations de vulnérabilité en période périnatale que celles-ci ont un impact particulièrement important sur le déroulement de la grossesse, la santé maternelle et la santé et le développement de l'enfant.

Compte tenu de ces enjeux et pour la mise en œuvre réaliste de ces recommandations relatives aux situations de vulnérabilité périnatales, le Groupe de travail a souhaité insister sur les moyens (organisationnels, financiers et humains) nécessaires à déployer :

- pour la formation de tous les professionnels de périnatalité au dépistage et à la prise en charge des situations de vulnérabilité ;
- pour la mise en œuvre effective des consultations obligatoires (Entretien Prénatal Précoce, Entretien post natal précoce) qui nécessitent des temps de formation et de consultation dédiés ;
- pour la mise en place d'organisations dédiées en anténatal et en postnatal (Staff MPS, référent) ;
- pour le temps nécessaire à la coordination entre les différents professionnels ;
- pour permettre l'affectation exclusive de professionnels à cette mission de coordination (notamment référent du parcours de la femme) qui est nécessaire pour une meilleure efficacité dans le parcours de soins ;
- pour la mise en place de visites à domicile, dont l'efficacité est démontrée durant la grossesse et en postpartum ;
- pour faciliter l'accessibilité aux besoins primaires et en premier lieu à l'hébergement des populations vulnérables sans logement.

Gradation des recommandations

Dans le cadre de ce travail, l'analyse de la littérature ayant retrouvé peu d'études disposant d'un niveau de preuve, la plupart des recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Cependant, pour les recommandations s'appuyant sur des données de la littérature de niveau de preuve suffisant, un grade a été attribué, les autres recommandations n'ont pas été gradées. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Objectif de la recommandation

Ces recommandations ont pour objectif principal d'accompagner les parents en situation de vulnérabilité au cours de la périnatalité, pour préserver la santé et le développement harmonieux de l'enfant, ainsi que la santé de la mère.

Elles visent plus précisément à :

- identifier les situations de vulnérabilité de la dyade mère/enfant et du coparent, et leurs conséquences ;
- favoriser le dépistage des vulnérabilités dès le projet de grossesse, durant celle-ci et jusqu'aux 6 mois de l'enfant ;
- informer les professionnels sur les acteurs et les outils d'accompagnement de la dyade mère/enfant au cours de la grossesse et en postpartum ;
- proposer des modalités d'accompagnement de la dyade mère/enfant et du coparent en situation de vulnérabilité ;
- favoriser une meilleure coordination des professionnels pour l'accompagnement des dyades mère/enfant et du coparent en situation de vulnérabilité.

Pour certaines situations de vulnérabilité, nécessitant une prise en soin plus spécifique, des fiches détaillant des propositions d'accompagnement ont été élaborées et sont jointes à ce projet :

- Femme enceinte et grande précarité sociale
- Grossesse et postpartum en milieu carcéral
- Mineure enceinte
- Femme enceinte victime de violences au sein du couple
- Femme enceinte et addictions
- Femme enceinte et situation de handicap

Limites de ces recommandations

Sont exclues de ces recommandations :

- la prise en charge spécifique des pathologies somatiques, maternelles et néonatales ;
- la prise en charge des pathologies psychiques périnatales qui font l'objet d'un travail HAS spécifique en cours de réalisation.

Cibles de ces recommandations

Ces recommandations concernent les professionnels exerçant dans le cadre de la périnatalité et quel que soit leur mode d'exercice : sages-femmes, médecins spécialistes (gynécologue, obstétricien, pédiatre, pédopsychiatre), médecins généralistes, médecin et infirmière de PMI, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, assistant de service social, ainsi que les

professionnels du secteur social participant à l'accompagnement du couple mère/enfant : TISF¹, CCF², les éducateurs de jeunes enfants, etc.

Définitions de la notion de vulnérabilité

La notion de vulnérabilité se définit comme une situation dans laquelle la personne est fragilisée du fait de circonstances médicales, psychologiques ou sociologiques et reste dans l'impossibilité de se protéger de façon adéquate face à une situation menaçant sa sécurité physique ou mentale³.

Les situations de vulnérabilité peuvent concerner plusieurs champs simultanément (médical, psychique et social), avec un effet cumulatif aggravant.

Les situations de vulnérabilité sont à considérer individuellement, en tenant compte des singularités de chaque femme, de ses ressources, de son entourage, de son parcours et de son histoire.

La précarité fait partie des situations de vulnérabilité. Elle se définit comme l'ensemble des situations de difficultés sociales et économiques fragilisant la famille.

¹ TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale.

² CCF : conseiller conjugal et familial.

³ Définition Académie de médecine.

1. Les situations de vulnérabilité au cours de la grossesse et du postpartum

Les principales situations de vulnérabilité nécessitant une prise en considération dès la première consultation, puis tout au long du suivi obstétrical, sont listées ci-dessous (Tableau 1).

Ces situations de vulnérabilité peuvent changer au cours de la période périnatale :

- elles peuvent évoluer, de manière favorable ou défavorable ;
- de nouvelles situations de vulnérabilité peuvent apparaître ;
- des situations de vulnérabilité sociale peuvent entraîner la survenue de pathologies médicales et inversement, ces dernières peuvent conduire à la survenue de vulnérabilités sociales.

Il existe de nombreux facteurs de vulnérabilité dans des champs différents et souvent intriqués (par exemple, retentissement des facteurs de vulnérabilité du champ social sur le champ médical et psychique). Une énumération des différents facteurs de vulnérabilité ne pourrait donc pas être exhaustive.

Tableau 1. Liste non exhaustive de situations constituant une vulnérabilité et pouvant nécessiter une adaptation de la prise en soin lors de la grossesse et du postpartum

Vulnérabilités en rapport avec les facteurs de risque individuels de la femme enceinte et/ou de l'enfant
<ul style="list-style-type: none">– Très jeune âge de la mère– Antécédents médicaux<ul style="list-style-type: none">• Troubles du comportement alimentaire• Obésité• Maladie psychiatrique• Pathologies médicales chroniques nécessitant une observance et une compliance régulière• Parents présentant un trouble du neurodéveloppement (TND)– Antécédents gynécologiques et obstétricaux<ul style="list-style-type: none">• Antécédent de deuil périnatal (par exemple : antécédent d'IMG, de MFIU⁴)• Antécédents de dépression périnatale, syndrome de stress post-traumatique, événement traumatisant au cours de la grossesse : décès, épisodes dépressifs– Situations obstétricales particulières<ul style="list-style-type: none">• Grossesse obtenue par PMA, grossesse multiple• Pathologies obstétricales, grossesse suivie dans le cadre du diagnostic anténatal• Accouchement compliqué ou vécu comme traumatique• Grossesse non désirée, déclaration tardive de grossesse, déni de grossesse, accouchement sous le secret• Demande d'interruption médicale de grossesse– Vulnérabilités du nouveau-né<ul style="list-style-type: none">• Nouveau-né prématuré ou de petit poids pour l'âge gestationnel• Nouveau-né présentant des anomalies congénitales ou une maladie à la naissance (congénitale ou acquise)• Pathologies du nouveau-né révélées durant la période périnatale– Difficultés des relations mère/enfant<ul style="list-style-type: none">• Séparation précoce mère/enfant (hospitalisation maternelle ou néonatale)

⁴ MFIU : mort fœtale *in utero*.

- Difficultés relationnelles avec l'enfant (difficultés à comprendre les signaux et les besoins de l'enfant)
- Lien mère/enfant perturbé
- Manque d'autonomie pour répondre de façon adéquate aux besoins primaires de l'enfant

Vulnérabilités en rapport avec l'environnement social et les conditions de vie de la femme enceinte/des parents

– Isolement social

- Isolement parental, isolement maternel ou rupture conjugale
- Soutien familial et/ou social inadéquat (absence de réseau à mobiliser)
- Difficultés à se déplacer : logement difficile d'accès, transports peu adaptés, éloignement géographique, difficultés financières pour les transports, difficulté à se repérer dans les déplacements

– Précarité sociale et/ou professionnelle

- Logement indigne, insalubre, instable et/ou informel
- Insécurité alimentaire
- Aide Médicale de l'Etat (AME) ou absence de couverture sociale et/ou mutuelle
- Faible niveau de ressources du foyer
- Rupture brutale du statut socio-économique (épisode récent de perte d'emploi, de rupture conjugale, parcours migratoire récent...)
- Pénibilité, précarité du travail, situations de harcèlement ou burnout professionnel...

– Situation de handicap physique ou psychique pour la mère et/ou le coparent

- Femme et/ou conjoint sous tutelle ou curatelle

– Conduites addictives et dépendances, de la mère et/ou du coparent

– Expositions à des violences

- Violences conjugales et/ou intrafamiliales
- Antécédents de mutilations génitales
- Parcours migratoire traumatique : violences sur le trajet migratoire et/ou à l'arrivée en France

– Contextes judiciaires

- Incarcération de la mère en cours de grossesse et/ou postpartum

– Famille suivie par l'aide sociale à l'enfance, antécédent d'enfant placé

– Exposition identifiée à des toxiques/agents infectieux environnementaux pendant la grossesse

Vulnérabilités en lien avec l'interculturalité

- Faible niveau de littératie⁵ en santé (méconnaissance des droits en matière de grossesse, de l'importance du suivi de grossesse, du parcours périnatal)
- Décalage culturel par rapport à la culture d'origine, en particulier dans le domaine du maternage
- Barrière linguistique
- Situation administrative irrégulière

⁵ Littératie : « Capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » [Rootman ; 2008].

« La littératie en santé représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence » [Sørensen ; 2012].

2. Le dépistage

2.1. Pourquoi faut-il dépister les situations de vulnérabilité ?

Des situations de vulnérabilité peuvent être associées à un risque de suivi prénatal insuffisant ainsi qu'à un risque augmenté de morbidités et de mortalité maternelle et périnatale. Il peut aussi être observé une augmentation du risque de troubles du développement chez l'enfant et de troubles des interactions précoces parent/enfant.

Il est recommandé que les professionnels de la périnatalité soient sensibilisés au dépistage des vulnérabilités.

Il est recommandé que le dépistage des situations de vulnérabilité soit réalisé chez toutes les femmes enceintes compte tenu des risques associés à ces situations sur le déroulement et sur l'issue de la grossesse, durant toute la période périnatale, pour la mère comme pour l'enfant.

Il est recommandé que ce dépistage soit effectué le plus précocement possible, puis régulièrement réitéré au cours de la grossesse et du postpartum.

Les principaux objectifs du dépistage des situations de vulnérabilité sont les suivants.

Objectifs du dépistage des situations de vulnérabilité

- Faciliter l'accès aux soins et proposer un parcours de soins individualisé et coordonné, adapté aux besoins de la femme, du couple et de l'enfant
- S'assurer que les besoins primaires initiaux définis par l'OMS⁶ soient respectés
 - Anticiper la prise en soin d'une situation complexe et en améliorer la qualité et la sécurité
 - Anticiper l'organisation de la prise en soin, préciser les modalités avec les autres acteurs
 - Garantir la continuité des soins
 - Faciliter la prise en soin ultérieure et l'organisation du parcours de soins de la grossesse et du postpartum, pour la mère comme pour l'enfant
- Permettre au praticien de se coordonner avec les acteurs spécifiques et les réseaux de soins
 - Améliorer l'efficacité, la coordination des équipes
 - Améliorer la satisfaction des équipes
 - Permettre à des professionnels identifiés par les parents d'assurer un suivi favorisant l'établissement d'une relation de confiance et améliorant l'observance
- Permettre aux femmes d'être actrices de leur projet de vie
 - Favoriser le lien parent/enfant
 - Favoriser une meilleure alliance thérapeutique
 - Augmenter la satisfaction des femmes en favorisant leur santé et leur bien-être (physique, mental, social, etc., salutogenèse⁷, *empowerment*)

⁶ Avoir accès et pouvoir manger et boire en quantité suffisante, avoir accès à un logement décent permettant propreté et hygiène, avoir accès à l'éducation et à des conditions de travail sûres et avoir accès aux soins.

⁷ La « salutogenèse » signifie « qu'on s'intéresse en premier lieu aux causes et aux conditions de la santé. On s'éloigne ainsi du paradigme classique de pathogenèse qui, lui, est orienté sur la maladie. L'accent n'est plus mis sur les facteurs de risque mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé » (Aaron Antonovsky (1923-1994)).

2.2. Comment dépister les situations de vulnérabilité au cours de la grossesse ?

2.2.1. À quels moments dépister les situations de vulnérabilité ?

Le dépistage de situations de vulnérabilité fait partie de l'anamnèse de l'examen médical.

Quel que soit le type de consultation, un dépistage de situations de vulnérabilité est à effectuer, chez toute femme en âge de procréer (voir [Annexe 3 Liste des consultations](#)).

Il est recommandé de faire un dépistage des situations de vulnérabilité dès le premier contact de la femme avec l'équipe soignante pour un projet de grossesse, lors des :

- **consultation préconceptionnelle⁸ ;**
- **consultations prénatales, dont l'entretien prénatal précoce (EPP) ;**
- **consultations de suivi médical du nouveau-né/nourrisson ;**
- **visites à domicile (sage-femme, puéricultrice, unité mobile de périnatalité...) ;**
- **consultations de puéricultrice en anténatal ou en postpartum (PMI, maison de santé, hôpitaux) ;**
- **consultations postnatales : lors de l'entretien postnatal.**

Il est recommandé de réaliser une réévaluation tout au long du suivi de grossesse et en postpartum, afin de dépister toute nouvelle situation de vulnérabilité et/ou d'adapter un accompagnement au plus près des besoins de la femme.

Ces réévaluations peuvent se dérouler dans le cadre de consultations en ville, en institutions ou au domicile des femmes (voir [Annexe 1 Chronologie suivi de grossesse](#)).

La **consultation préconceptionnelle** permet une première évaluation de la situation de la femme et du couple afin de dépister avant la grossesse d'éventuelles situations de vulnérabilité qui nécessiteront un accompagnement adapté lors du suivi de la grossesse.

Il est recommandé que tous professionnels participant à l'accompagnement des femmes en âge de procréer :

- **informent la femme de l'existence et de l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle ;**
- **proposent une consultation préconceptionnelle dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime un projet de grossesse⁹.**

En cas de désir de grossesse chez une femme en situation de vulnérabilité connue, il est recommandé d'anticiper autant que possible la prise en soin en l'orientant vers une consultation préconceptionnelle.

⁸ La consultation préconceptionnelle est une consultation médicale (avec un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue) destinée à échanger et à faire un bilan lorsqu'il y a un projet d'enfant. Cette consultation peut se faire aussi en binôme psychiatre adulte et pédopsychiatre en cas de troubles psychiques chroniques/préexistants (ex. : troubles bipolaires, psychoses) ou en binôme de somaticien avec le professionnel référent de la pathologie existante.

⁹ Recommandations HAS 2016 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

L'entretien prénatal précoce (EPP) est réalisé par une sage-femme ou un médecin dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée, autour du 4^e mois de grossesse. Cet entretien a pour but d'évaluer avec la femme ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse.

Depuis le 1^{er} mai 2020, l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) doit être obligatoirement proposé aux femmes enceintes.

Il est rappelé à tous les professionnels de santé participant au suivi de la grossesse de proposer systématiquement, à toutes les femmes, un Entretien Prénatal Précoce (EPP).

Cet entretien est spécifiquement dédié :

- à la mise à disposition d'informations pour la femme et le coparent ;
- au dépistage des vulnérabilités ;
- à des échanges sur le projet de naissance, et ce même en cas de grossesse avec suivi médical spécifique ;
- à l'orientation vers les professionnels et le réseau de soins adaptés aux problématiques soulevées durant l'entretien.

Un entretien postnatal précoce¹⁰ est obligatoirement proposé depuis juillet 2022¹¹.

Il est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les 4^e et 8^e semaines qui suivent l'accouchement. Cet entretien a pour but, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risque qui y exposent, de repérer des troubles précoces chez le nourrisson ou la relation parent/bébé et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du coparent en termes d'accompagnement.

Un deuxième entretien postnatal peut être proposé entre la 10^e et la 14^e semaine après la naissance, si la mère en exprime le besoin et/ou si le professionnel le juge nécessaire.

Il est rappelé aux professionnels de santé participant au suivi du postpartum de proposer systématiquement, à toutes les femmes, un Entretien Post Natal Précoce (EPN).

2.2.2. Par qui est fait le dépistage ?

Le dépistage peut être effectué par tous les professionnels participant à la prise en soin de la grossesse, mais aussi par tout professionnel acteur de la périnatalité.

Les principaux acteurs concernés sont mentionnés dans la liste ci-dessous. Ces professionnels peuvent appartenir au secteur hospitalier, à la PMI, à des centres de santé ou au secteur libéral ([voir Annexe 5 Ressources professionnelles](#)).

Il est recommandé que l'ensemble des professionnels de la périnatalité participent au dépistage des vulnérabilités.

¹⁰ Pour la mise en place de l'EPN, voir les réseaux de périnatalité régionaux.

¹¹ Code de la santé publique art. L. 2122-1.

Tableau 2. Professionnels acteurs de la périnatalité

	Secteur médical	Secteur psychosocial
Prise en soin de la femme (grossesse et du postpartum)	<ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme - Médecin généraliste/PMI - Gynécologue-obstétricien - Gynécologue médical - Psychiatre de liaison (liaison entre maternité et service) - Psychiatre de CMP, centres de santé ou libéral qui suit la femme - Infirmière - Infirmière puéricultrice - Auxiliaire de puériculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistant de service social - Psychomotricien - TISF¹² - Travailleur social (structure d'hébergement...) - Éducateur spécialisé - Psychologue - Ergothérapeute
Prise en soin de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin généraliste/PMI - Pédiatre - Pédopsychiatre - Infirmière puéricultrice - Auxiliaire de puériculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Éducateur de jeunes enfants - Éducateur spécialisé - Psychologue - Psychomotricien - TISF

2.2.3. Comment procéder au dépistage ?

2.2.3.1. Les outils de dépistage

Pour conduire le dépistage de situations de vulnérabilité, il est recommandé que chaque professionnel les recherche, lors d'un l'entretien individualisé en consultation¹³, en portant attention au niveau de langage nécessaire à une bonne compréhension par la femme et en procédant selon la méthode qui lui convient le mieux :

- poser directement et librement des questions (voir exemple ci-dessous) ;
- utiliser des questions de dépistage déjà implémentées dans le dossier médical ;
- utiliser des auto-questionnaires ou des grilles de dépistage, en particulier pour cibler certains types de vulnérabilité.

Les données disponibles ne permettent pas de recommander un outil en particulier.

Les outils (Annexe 2) de dépistage (auto-questionnaire ou grille) actuellement disponibles ne couvrent pas l'ensemble des vulnérabilités et ne sont pas toujours adaptés à la situation particulière de la femme enceinte.

Si le choix est d'employer des outils de dépistage, il est recommandé d'utiliser ceux qui ont été conçus ou validés en langue française.

Exemples de formulations pour aborder le dépistage des vulnérabilités

« Au moment de la grossesse, la présence de situations de vulnérabilité peut affecter la santé de la femme et de son fœtus, c'est pourquoi nous questionnons toutes les femmes enceintes à ce sujet. »

« Beaucoup de femmes enceintes font face à des situations de vulnérabilité et cela peut avoir des répercussions sur la grossesse et sur la santé de l'enfant à naître, c'est pourquoi je pose systématiquement des questions à ce sujet. »

¹² TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale.

¹³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/04r23_proto_preparation_a_la_naissance_guide_d_entretien.pdf

2.2.3.2. Évaluation des ressources mobilisables de la femme et de son entourage

Les différentes ressources personnelles de la femme et de son entourage sont à identifier afin de pouvoir les mobiliser, avec son accord.

Il peut s'agir de ressources matérielles comme l'accès aux besoins primaires (eau potable, aliments nutritifs, logement décent, éducation, conditions de travail sûres et accès aux soins), mais aussi de ressources liées à l'environnement social, comme le soutien familial et les relations aidantes.

Dès le dépistage, il est recommandé d'évaluer les ressources mobilisables (soutien matériel ou social¹⁴) personnelles et familiales de la femme, afin de mettre en place des propositions d'accompagnement ajustées à ces ressources.

Une réévaluation de ces ressources est recommandée en cours de suivi pour adapter au mieux l'accompagnement.

En cas de situation complexe, il est recommandé d'orienter la femme vers un travailleur social (hôpital, département, mairie) et des associations afin d'aider à l'évaluation de ces ressources.

2.2.3.3. Modalités de l'entretien

L'entretien de dépistage sera conduit dans un lieu de consultation permettant de préserver la confidentialité et le climat de confiance de l'échange.

Si la femme souhaite être accompagnée lors de l'entretien, il est recommandé de réserver une partie de l'entretien en tête à tête avec la femme, afin de pouvoir aborder des questions où la présence d'un tiers pourrait entraver la parole.

Il est recommandé d'informer les femmes, par voie d'affichage dans la salle d'attente, du caractère systématique de ce temps dédié à un échange en tête à tête avec le praticien.

Selon la **loi Kouchner du 4 mars 2002**, toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Le soignant délivre cette information qui doit être claire, loyale et appropriée, compréhensible par le patient, adaptée aux circonstances et à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé et les conséquences néfastes en cas de refus (article R. 4127-35)¹⁵.

Selon le Code de la Santé publique, toute personne a aussi le droit d'être accompagnée d'une personne de confiance¹⁶.

En cas de barrière de la langue, il est recommandé d'avoir recours, en première intention et avec l'accord de la femme, à un service professionnel d'interprétariat, un interprète professionnel étant tenu de respecter le secret médical¹⁷ ¹⁸, et à défaut, à des outils de traduction numériques.

¹⁴ Le soutien social peut être défini comme un réseau (« liens sociaux stables qu'entretient un individu ») sur lequel la personne peut s'appuyer en cas de besoin. Il renvoie à la disponibilité et à la qualité des « relations aidantes » professionnelles ou familiales (personnes qui apportent du réconfort, des informations, dans un climat de confiance).

¹⁵ Article 35 (article R. 4127-35 du Code de la santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »)

¹⁶ Article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

¹⁷ Seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir, d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf

¹⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034602662>

En cas de difficulté de compréhension, des documents traduits dans la langue des personnes concernées ou des supports FALC¹⁶ peuvent être utilisés en complément de l'entretien.

2.2.4. Comment informer la femme ?

Dès la première consultation, il est recommandé d'informer la femme que des questions lui seront posées pour dépister des situations de vulnérabilité :

- dans le cadre du suivi de sa grossesse, lors de chaque consultation ;
- que ces questions font partie de l'entretien habituel ;
- dans le but de lui proposer une prise en soin adaptée à ses besoins et à ceux du futur enfant.

Il est recommandé de préciser à la femme :

- qu'elle reste libre de transmettre les informations qu'elle souhaite, quand elle le souhaite ;
- que ces informations pourront être partagées avec l'équipe médico-sociale participant à sa prise en soin avec son accord et dans le respect de la législation¹⁹.

Il est recommandé de ne pas hésiter à requestionner la femme lors d'une consultation ultérieure en cas de non-réponse initiale.

La mise en place progressive d'un climat de confiance peut aider la femme à se confier.

¹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922455>

3. Accompagnement de la femme vulnérable au cours de la grossesse

3.1. Quels sont les ressources et les différents acteurs de cet accompagnement ?

3.1.1. Ressources professionnelles

Comme pour le dépistage, l'accompagnement peut être effectué par tous les professionnels participant à la prise en soin de la grossesse, mais aussi par tout professionnel acteur de la périnatalité ([voir chapitre 2.2.2](#)).

Il est recommandé que chaque professionnel (exerçant en établissement de santé ou en ville) accompagnant les femmes enceintes s'informe des ressources loco-régionales, voire nationales disponibles et les utilise pour construire le parcours de soins de la femme.

Il est utile que l'équipe hospitalière formalise une cartographie des ressources locales et un parcours adapté à certaines situations de vulnérabilité.

Ces ressources peuvent être le médecin traitant, des Dispositifs Régionaux de Santé en Périnatalité/DRSP (ex-réseaux de périnatalité)²⁰, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des Dispositifs d'Appui à la Coordination, des acteurs médico sociaux, des associations... ([voir annexe 5 Ressources professionnelles](#)).

Le médecin traitant, en assurant un suivi global et dans le temps des patientes, est un partenaire essentiel de l'accompagnement de la femme, dans le secteur extrahospitalier.

3.1.1.1. Place de la PMI

La PMI (Protection Maternelle Infantile) participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé du département à l'échelle des unités territoriales, en relation avec les services sociaux et éducatifs.

La PMI a donc un rôle essentiel et central dans la coordination du suivi de grossesse et du postpartum des femmes vulnérables.

La plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et administrative²¹, dans sa disponibilité aux moments clés du développement et de l'établissement des liens parents/enfants et dans sa compétence spécifique pour accompagner les parents vulnérables.

Elle propose une double approche, individuelle centrée sur le soutien à la personne, et collective centrée sur l'organisation, la promotion de la santé.

3.1.2. Place de l'annuaire interactif des ressources territoriales

Afin de faciliter les échanges et le travail en réseau, il est utile que les professionnels puissent avoir un accès à un annuaire, régulièrement mis à jour, des ressources du réseau régional (dispositif

²⁰ Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) <https://ffrsp.fr/>

²¹ L'accès à la PMI ne nécessite pas d'avance de frais, elle reste accessible quelles que soient la situation administrative et la couverture sociale de la mère.

spécifique régional) de périnatalité²², un annuaire de GHT (Groupement hospitalier de territoire), ou un annuaire « local » en fonction du domicile de la patiente.

3.2. Comment organiser un accompagnement coordonné en équipe pluridisciplinaire

3.2.1. Mettre en place une coordination entre la maternité et les acteurs extérieurs

3.2.1.1. Importance d'une prise en soin coordonnée et du temps dédié à cette coordination

Il est recommandé que l'accompagnement de la grossesse des femmes vulnérables soit coordonné au sein de la maternité et entre la maternité et les professionnels extérieurs.

Il est recommandé que cette coordination soit supervisée par un professionnel de santé (sage-femme, médecin).

Cette coordination comprend un partage d'informations²¹ entre tous les acteurs participant à l'accompagnement de la grossesse : relevé de conclusion, actions prévues/mises en place.

Afin de faciliter cette coordination, [des outils \(Annexe 6\)](#) partagés peuvent être utilisés entre tous les acteurs participant au suivi de grossesse²³.

Tableau 3. [Outils/structures de coordination](#)

Les Staffs médico psycho-sociaux (MPS)	<p>Les staffs médico-psycho-sociaux (MPS) sont des réunions en équipe multidisciplinaire, au sein d'un établissement de santé, afin d'assurer la continuité des soins pour la femme et son nouveau-né.</p> <p>Ces staffs MPS ont pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none">– accompagner les situations de vulnérabilité médicales et/ou psychiques et/ou sociales ;– permettre une prise en soin coordonnée entre professionnels (hospitaliers, PMI ou libéraux) ;– mettre en œuvre une politique commune en faveur de la périnatalité et de la petite enfance. <p>En pratique, des professionnels de santé et médico-sociaux intervenant dans le champ de la périnatalité se réunissent régulièrement à la maternité pour échanger autour de situations de vulnérabilité médicale et/ou psychologique, et/ou sociale pré- ou postnatale.</p>
Dossier médical de la femme enceinte, partagé entre professionnels de santé	<p>Le dossier médical de la femme enceinte, partagé entre professionnels de santé, comprend :</p> <ul style="list-style-type: none">– des informations générales administratives (identité de la patiente, des informations sur la situation familiale et professionnelle, la couverture sociale, des informations sur le conjoint) ;– les antécédents médicaux et obstétricaux ;– des informations sur la grossesse actuelle (médicales, psychologiques, concernant l'environnement de la femme).

²² Par exemple <https://facs-idf.fr/annuaire-dispositifs-regionaux-dsr/>

²³ Exemples d'outils de coordination : staff MPS, dossier médical partagé, des outils numériques de coordination : relevé de conclusion, actions mises en place (exemple : PARCEO Grand Est).

Carnet de grossesse ou carnet de santé maternité²⁴

- Remis à chaque femme par les services départementaux ou les établissements de santé.
- Outil particulièrement utile lorsque les femmes ont un suivi qui n'est pas/peu/pas encore coordonné.
- Il permet aux femmes qui pourraient être amenées à consulter dans des lieux de soins différents une transmission des informations importantes concernant leur suivi de grossesse aux équipes médicales qui assureront leurs soins.

3.2.1.1. Anticiper la sortie après l'accouchement

Il est recommandé d'organiser et d'anticiper les modalités de l'accompagnement du postpartum, de la mère et de l'enfant, le plus tôt possible au cours de la grossesse.

Pour assurer la qualité de la prise en soin en postpartum immédiat, il est recommandé de transmettre²⁵ les informations médicales et sociales, concernant la mère, aux professionnels qui assureront l'accompagnement lors du postpartum.

Cette préparation à la sortie nécessite un projet d'accompagnement qui peut être établi dans le cadre d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle, organisée au sein de la maternité ou en lien avec le staff MPS.

Un partenariat interne à la PMI entre la sage-femme et la puéricultrice permet d'anticiper la sortie et d'organiser la prise en soin dans le temps.

3.2.2. Place des staffs médico-psycho-sociaux (MPS) ou staffs de périnatalité

Il est recommandé que chaque maternité mette en place ou participe à des staffs médico-psycho-sociaux (MPS²⁶) ou staffs de périnatalité afin de partager les informations et coordonner le suivi de grossesse des femmes vulnérables.

Il est recommandé que ces staffs médico-psycho-sociaux (MPS) soient coordonnés par un professionnel qui sera clairement identifié par tous les professionnels participant à la prise en soin de la femme.

Ces staffs MPS comprennent des professionnels du secteur médical et médico-social. Ils sont constitués de professionnels hospitaliers et non hospitaliers (afin d'établir un relais ville/hôpital).

Il est recommandé que les informations soient partagées²⁷ entre tous les professionnels accompagnant la femme, qu'ils participent ou non physiquement au staff, afin de favoriser la transmission d'informations dans le réseau de soins (intrahospitalier ou en ville).

Il est recommandé que ces staffs se réunissent régulièrement afin de partager des informations actualisées.

Il est recommandé qu'à l'issue de ces échanges, des propositions de parcours de soins coordonnés soient établies et que ce projet d'accompagnement soit transmis aux familles.

²⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>

²⁵ Tout partage d'informations entre professionnels nécessite que la personne concernée par ces informations ait été prévenue au préalable de ce partage et ait donné son accord, dans les limites prévues par la loi du secret médical partagé, en particulier sur les risques pour l'enfant à naître.

²⁶ Il y a des feuilles de route de certaines ARS qui définissent les objectifs de ces staffs, c'est le cas en particulier en IDF où un appel à projets a été lancé pour financer la mise en place de ces staffs.

²⁷ Tout partage d'informations entre professionnels nécessite que la personne concernée par ces informations ait été prévenue au préalable de ce partage et ait donné son accord, dans les limites prévues par la loi du secret médical partagé, en particulier sur les risques pour l'enfant à naître.

3.2.3. Place du dossier médical de la femme enceinte

Il est recommandé de constituer un dossier médical papier ou numérique permettant de partager les informations²⁸ entre les professionnels accompagnant la grossesse et le postpartum.

Les informations médicales partagées comprennent :

- les critères de vulnérabilité ayant motivé une inclusion en staff MPS ;
- les ressources mobilisables de la femme et l'historique de la prise en soin ;
- les décisions émises lors des réunions du staff MPS (les éléments du suivi et la synthèse de la coordination) ;
- le document mentionnant l'autorisation de la patiente pour la présentation de son dossier en staff MPS.

Si cela est matériellement possible, il est recommandé que le dossier médical de la femme enceinte soit complété par tous les professionnels impliqués dans le suivi de grossesse de la femme, incluant la PMI²⁹ et qu'une copie de ce dossier médical soit conservée par la femme.

3.2.4. Identifier un référent de la femme enceinte vulnérable

Le référent a pour mission d'accompagner la femme vulnérable et sa famille tout au long de son parcours. Il est son interlocuteur privilégié, en assurant la coordination de la prise en soin entre les différents professionnels. Au cours de la grossesse, il s'assure de la mise en œuvre et de l'évaluation régulière du plan de suivi de la grossesse.

Dans la continuité du suivi de grossesse, le référent ne peut pas toujours assurer le suivi du postpartum, il y a donc, le plus souvent, deux référents qui se succèdent : un référent au cours de la grossesse puis un référent de suivi au cours du postpartum.

Ce référent est de préférence un professionnel médical (sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien ; exerçant en PMI, en établissement de santé ou en ville), mais peut aussi être un professionnel médico-social.

Il est recommandé que le suivi soit assuré par un nombre restreint de professionnels, en accord avec les recommandations HAS³⁰ ainsi que le rapport des 1 000 premiers jours³¹.

Il est recommandé que le choix du référent soit fait en accord avec la femme et le plus précocement possible dans le suivi de grossesse, idéalement à l'issue de la première réunion du staff MPS.

Il est recommandé que la femme soit informée du nom de son référent et que les coordonnées du référent figurent dans le dossier de suivi de maternité.

3.2.5. Collaboration avec la PMI

La PMI a un rôle essentiel et central dans la coordination du suivi de grossesse et du postpartum des femmes vulnérables.

²⁸ Tout partage d'informations entre professionnels nécessite que la personne concernée par ces informations ait été prévenue au préalable de ce partage et ait donné son accord, dans les limites prévues par la loi du secret médical partagé, en particulier sur les risques pour l'enfant à naître.

²⁹ Possibilité d'utiliser les outils de partage sécurisé, par exemple type SISRA (<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/dispositif-regional-dechanges-securises-monsisra>).

³⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

³¹ <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Les interventions précoces dès la période de grossesse ont montré leur efficacité en termes de prévention des risques et des vulnérabilités citées plus haut.

Les interventions au domicile des femmes par la PMI s'inscrivent dans les réseaux de proximité pour mettre en œuvre une prise en soin globale (médicale et sociale).

Il est recommandé que la PMI soit informée³², avec l'accord de la femme, d'une situation de vulnérabilité qui pourrait nécessiter son intervention, dès la période de grossesse, et qu'elle participe, si besoin, au suivi de grossesse en coordination avec l'établissement hospitalier.

Il est recommandé que la PMI propose son intervention ou des visites à domicile (VAD) en fonction des besoins de la femme, et en collaboration avec les différents intervenants autour de la femme (ville, hôpital).

3.3. Modalités d'accompagnement au cours de la grossesse

3.3.1. Répondre aux besoins primaires

Face à une situation de vulnérabilité, le premier objectif est de veiller à ce que les besoins primaires soient satisfaits pour la femme et le coparent, tout au long de la grossesse.

Il est recommandé de vérifier auprès de la femme enceinte qu'elle puisse accéder à une alimentation suffisante. Si besoin, il est recommandé de l'orienter vers un assistant de service social et/ou des associations de solidarité.

Il est recommandé de vérifier que la femme enceinte dispose d'un habitat digne³³ et pérenne.

En cas d'hébergement inadapté, il est recommandé de mettre en place un accompagnement social et de s'assurer qu'une demande d'hébergement/logement puisse être faite ([Annexe 4 Règlementation aide au logement](#)).

3.3.2. S'assurer du suivi médical de la femme enceinte

La période de la grossesse, nécessitant une prise en soin par des professionnels de santé, permet de réaliser un bilan médical dans cette population vulnérable, habituellement peu suivie.

Il est recommandé de s'assurer que la femme a accès aux soins médicaux, à l'ouverture des droits sociaux et à la délivrance de médicaments³⁴.

Dès le début de la grossesse, il est souhaitable de proposer aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité une consultation médicale comprenant un examen global et les actes de prévention habituels (état dentaire, couverture vaccinale, dépistages systématiques...).

3.3.3. Pallier le risque de rupture de prise en soin et/ou les difficultés d'accès aux soins

L'adhésion aux soins est un élément essentiel de la prise en soin des femmes en situation de vulnérabilité.

Certaines **ruptures de parcours sont liées aux vulnérabilités des femmes** :

³² Tout partage d'informations entre professionnels nécessite que la personne concernée par ces informations ait été prévenue au préalable de ce partage et ait donné son accord, dans les limites prévues par la loi du secret médical partagé, en particulier sur les risques pour l'enfant à naître.

³³ Absence de danger lié à l'habitat (accidents, plomb, monoxyde de carbone...).

³⁴ Cf. dispositif PASS (PASS maternité, PASS pédiatrie, etc.).

- difficultés à s'inscrire dans le suivi de grossesse (méconnaissance du parcours de soins, difficultés à se rendre aux rendez-vous, barrière de la langue) ;
- manque de confiance et méfiance vis-à-vis de certains acteurs comme la PMI, les travailleurs sociaux, l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- méconnaissance des soins psychiques ;
- contraintes quotidiennes liées à leur vulnérabilité sociale (sans-abrisme, pauvreté monétaire et difficultés de déplacements ou pour faire garder ses enfants, événements intercurrents...).

Certaines **ruptures de parcours sont liées à l'organisation proposée par les établissements** :

- manque de ressources adaptées, trop d'interlocuteurs rendant difficile d'établir un lien de confiance avec la femme ;
- manque de temps, pas toujours de possibilité d'hospitalisation lorsque cela est nécessaire.

Les femmes en situation de vulnérabilité sont plus à risque de rupture de prise en soin et il est recommandé d'être particulièrement vigilant à ce risque.

Afin de favoriser l'adhésion et de s'adapter aux difficultés liées aux vulnérabilités, il est recommandé d'adapter, si possible, le format des rendez-vous de consultation en fonction des besoins : créneaux spécifiques, rendez-vous disponibles en 24 h, rendez-vous groupés³⁵, hôpital de jour en situation complexe, consultations plus longues, créneaux de rattrapage, contact des femmes enceintes non venues au RDV (« aller vers »).

En cas de rupture totale ou partielle des soins, il est nécessaire que l'ensemble du réseau en soit informé afin d'adapter la prise en soin.

Dans certaines situations estimées à risque pour l'enfant à naître (enjeu de protection de l'enfance) associé à une rupture de suivi, il est possible de prendre contact avec les acteurs de la protection de l'enfance (CRIP).

3.3.4. Information de la femme concernant les modalités de partage entre les acteurs

Il est rappelé que dans une équipe de soin, les échanges et le partage d'informations se réalisent après information de la femme enceinte et avec son accord.

Le contenu des échanges et partages d'informations fait partie du dossier du patient, le patient peut donc demander à y avoir accès.

Il est recommandé d'informer la femme enceinte que les informations recueillies au cours de sa grossesse peuvent être partagées au sein de l'équipe de soin participant à son suivi, dans le respect de la législation³⁶.

Il est recommandé de s'assurer que la femme enceinte n'exprime pas d'opposition à ce partage d'informations, dans les limites prévues par la loi du secret médical partagé, en particulier sur les risques pour l'enfant à naître.

En cas d'opposition exprimée par la mère, il est recommandé de faire figurer ce choix dans le dossier médical.

³⁵ Rassembler les RDV sur des créneaux rapprochés.

³⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922455>

3.3.5. Visites à domicile (VAD)

3.3.5.1. Caractéristiques des visites à domicile

Compte tenu des situations de vulnérabilité, des visites à domicile dans le cadre du suivi de grossesse peuvent être organisées en fonction des besoins des femmes concernées.

Ces consultations ou visites à domicile peuvent être d'ordre médical, psychologique ou social ([voir Annexe 7](#)).

En fonction des besoins de la femme en situation de vulnérabilité, il est recommandé de proposer et de mettre en place des visites à domicile (VAD), dans le cadre du suivi de grossesse (Grade C)

Ces VAD peuvent être proposées à n'importe quel moment de la grossesse et elles sont réalisées avec l'accord de la famille, qui en est informée à l'avance.

Il est recommandé que les VAD soient réalisées par un professionnel de santé ou par un professionnel intervenant dans l'accompagnement social de la femme enceinte en situation de vulnérabilité.

Les VAD en période anténatale sont le plus souvent conduites par des sages-femmes de PMI ou libérales ou plus rarement par des infirmières puéricultrices, mais en fonction des besoins et des possibilités, ce peut être aussi des psychologues, des IDE spécialisées en psychiatrie, le médecin traitant, ou parfois des spécialistes en fonction des vulnérabilités (ex. : des addictologues), des assistants de service social, des éducateurs spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants, des TISF.

Chaque fois que cela est possible, il est recommandé de mettre en place au moins une VAD conjointe (sage-femme et puéricultrice), avec l'accord de la femme, afin d'anticiper et de faciliter la continuité de l'accompagnement après l'accouchement.

3.3.6. Hospitalisation de jour (HDJ) et Hospitalisation à domicile (HAD)

3.3.6.1. Hospitalisation de jour (HDJ)

Ce mode de soin est caractérisé par une admission, une prise en charge et une sortie dans la même journée. Il est particulièrement adapté à une prise en charge pluridisciplinaire qui peut être concentrée sur une journée ou une demi-journée.

Il est recommandé de proposer une hospitalisation de jour (HDJ) dans le suivi de grossesse d'une femme vulnérable, en cas de parcours de soins spécifique ou complexe nécessitant plusieurs rendez-vous avec différents intervenants.

Dans ce cas, l'HDJ permet de grouper les rendez-vous et de diminuer le risque de rupture de prise en charge.

3.3.6.2. Hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile repose sur une indication médicale. Ce mode d'hospitalisation permet d'assurer tous les soins médicaux et paramédicaux prescrits par un médecin au domicile du patient³⁷.

³⁷ Définis par la HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_fiche_de_synthese-4_pages.pdf

Dans un contexte de vulnérabilité au cours de la grossesse, il est recommandé de proposer une hospitalisation à domicile (HAD) en cas de nécessité de suivi médical chez la mère. L'HAD n'est pas indiquée pour pallier des difficultés sociales sans indication médicale.

Après l'accouchement, l'HAD peut être recommandée en cas de problème médical chez l'enfant, de prématurité ou de malformation chez l'enfant ou si l'état de santé de la mère nécessite un suivi médical prolongé.

3.3.7. Les interventions des TISF (et/ou AVS-AES)

Les TISF (Techniciens de l'intervention sociale et familiale) ainsi que les AVS (Auxiliaires de vie sociale) et les AES (Accompagnants éducatifs et sociaux) ont pour missions de soutenir et d'accompagner les familles à leur domicile et dans l'exercice de leur parentalité :

- en cas de fragilités familiales et/ou de difficultés d'insertion sociale ;
- en cas de handicap ou d'incapacité, temporaire ou pas, d'un parent ou d'un enfant.

Leurs champs d'intervention concernent aussi bien un soutien à la vie quotidienne que du soutien parental. Ils peuvent intervenir pendant la période de grossesse ou dans les suites de l'accouchement qu'il est important d'anticiper.

Les critères d'intervention qui justifient de recommander le soutien d'un TISF/AVS/AES auprès d'une femme enceinte ou d'une famille en situation de vulnérabilité peuvent être (liste non exhaustive) :

- évènement qui modifie et/ou fragilise le mode de vie : décès, abandon, incarcération de l'un des parents, maladie et/ou handicap du parent, enfant en situation de handicap, famille monoparentale... ;
- grossesse compliquée, naissances multiples ;
- nécessité d'améliorer l'insertion de la femme : en matière de logement ou dans le cadre professionnel ;
- famille nombreuse : soutien lié au surmenage, accompagnement possible auprès de l'ensemble des enfants du foyer ;
- soutenir une mère dans l'apprentissage de son nouveau rôle ;
- protection de l'enfant : en cas de problèmes de santé, aide à son éducation, pour favoriser sa sécurité, prise de relais avec l'enfant lorsque la situation de la mère l'impose (fatigue, débordement...).

Chez les femmes vulnérables, il est recommandé de proposer l'intervention de TISF ou AVS/AES lors du retour au domicile, en fonction des besoins de la femme.

Si nécessaire, il est recommandé de proposer l'intervention d'un TISF ou AVS/AES, dès la période de la grossesse.

Cette intervention permet d'apporter un soutien à la femme enceinte, pour s'occuper si besoin des aînés, gérer les tâches ménagères en lien avec l'enfant, préparer l'arrivée de l'enfant, l'aider à sortir d'une situation d'isolement familial par un accompagnement vers les services publics et les associations du quartier, ou encore l'aider dans les démarches administratives.

Cette intervention s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire.

Pour plus d'informations sur ces intervenants, [voir Annexe 8 Interventions des TISF/AVS/AES.](#)

3.3.8. Accompagnement au cours de l'accouchement

Les recommandations suivantes s'appliquent à toute parturiente, mais en situation de vulnérabilité, une attention particulière devra être portée aux points suivants.

Il est recommandé de préparer l'étape de l'accouchement avec la femme, en s'attachant à préserver les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et en proposant à la femme de construire un Projet de Naissance.

Il est recommandé d'informer la femme qu'elle peut exprimer ses choix concernant l'accouchement, par exemple, par l'expression d'un projet de naissance individualisé.

La réalisation d'un projet de naissance est recommandée, en France, depuis 2005. C'est un outil de communication parents-professionnels en vue de préparer le moment de la naissance de l'enfant. Les sociétés savantes de la périnatalité ont élaboré une directive qualité portant sur le contenu attendu d'un projet de naissance³⁸.

Lors de la préparation à la naissance et à la parentalité, il est recommandé de demander à la femme quelle personne l'accompagnera lors de son accouchement (ex. : le coparent, un proche) et si elle souhaite que certaines personnes ne soient pas présentes.

Pour rappel, une femme peut être informée de son droit à une admission permettant de préserver toute confidentialité concernant son séjour dans l'établissement vis-à-vis de l'entourage³⁹ (cette notion est à distinguer de la procédure de l'accouchement sous le secret).

Il est recommandé que, lors des staffs MPS, des propositions détaillées d'accompagnement spécifique de l'accouchement soient aussi précisées et que ces propositions soient facilement accessibles en salle de naissance.

Ces propositions sont élaborées en fonction de la situation médicale de la mère et de celle de son bébé, en tenant compte des souhaits exprimés par la mère.

Il est recommandé que ces propositions :

- **soient élaborées avec une sage-femme ou un obstétricien et si besoin avec un pédiatre de maternité (en cas de risque pour l'enfant) et ;**
- **soient transmises à l'équipe de pédiatrie, lors de l'accouchement.**

Les modalités d'accueil du nouveau-né sont à préciser dans ces propositions, par exemple : lieu d'hospitalisation, présence d'une personne tierce ou d'un personnel soignant auprès de la femme et de son nouveau-né.

Les situations dans lesquelles une hospitalisation néonatale est envisagée par le staff MPS sont à discuter en amont avec les parents, dans la mesure du possible.

Afin d'adapter au mieux l'accompagnement en postpartum, il est recommandé que les transmissions entre l'équipe de naissance, le service de suivi postpartum et l'équipe de pédiatrie comprennent une synthèse factuelle et écrite de l'observation des professionnels sur les aspects émotionnels (sidération, panique ou autre...) et interactionnels (interaction avec le

³⁸ Directive qualité portant sur le contenu attendu d'un projet de naissance – Juillet 2023.

<https://cngof.fr/app/pdf/FICHES%20D'INFORMATION%20DES%20PATIENTES/Obst%C3%A9trique//Directive%20Qualit%C3%A9%20Projet%20de%20Naissance%20-%20Texte%20Court%20-%20Juillet%202023.pdf>

³⁹ Des principes généraux posés par les textes, il résulte que, à l'exception des mineurs, tout patient hospitalisé peut demander à ce que sa présence ne soit pas divulguée à des tiers, ainsi que toute donnée en liaison directe ou indirecte avec sa santé (CSP, [art. R. 1112-45](#)) : c'est l'admission sous secret.

Cette disposition s'applique aux tiers (famille, employeur, etc.) et notamment au médecin traitant : le patient peut souhaiter que ce dernier ne soit pas informé de son hospitalisation.

nouveau-né, entre les parents, avec l'entourage), de la femme et du coparent, au moment de la naissance.

3.3.9. Anticipation de l'accompagnement du postpartum

Il est recommandé que les femmes soient informées, en cours de grossesse, des modalités nécessaires à la bonne organisation de leur retour à domicile, après l'accouchement.

Il est recommandé que les maternités établissent les partenariats et les conventions, avec les structures externes, nécessaires à la prise en soin des femmes en situation de vulnérabilité.

Il est recommandé d'anticiper dès la grossesse l'accompagnement nécessaire en postpartum, auprès des structures d'accueil des femmes enceintes et accouchées.

Ces structures peuvent être : PMI, centres parentaux, centre maternel, centre d'addictologie (CSAPA), centre éducatif pour les mineures, centre périnatal de proximité (CPP), services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) des familles (TISF), unités d'hospitalisation mère/bébé et les consultations parents/bébé.

Ainsi, il est recommandé que l'identification des professionnels intervenant, les modalités de transfert d'information entre ces professionnels (sanitaire et médico-social) et la mise en place des organisations soient anticipées durant la grossesse, dès que cela est possible, et précisées dans une fiche de synthèse.

Il est recommandé d'anticiper le mode d'accueil de l'enfant, si besoin.

Avant la sortie de maternité, il est recommandé de prendre connaissance des conditions d'hébergement de la dyade mère/enfant. En l'absence d'hébergement adapté et sécurisé et en collaboration avec le service social, il est envisageable :

- **de retarder la date de la sortie de la maternité si le taux d'occupation des lits le permet ;**
- **d'établir des procédures de partenariat avec les différents services de l'État et des collectivités, et avec le secteur associatif, afin de faciliter l'accès à un hébergement adapté.**

Des procédures de partenariat peuvent être établies sous l'égide du conseil départemental et de la DDETS⁴⁰ pour faciliter l'accès à un hébergement adapté.

Il est recommandé que la prise de rendez-vous pour le suivi postnatal (pédiatre, sage-femme, médecin généraliste, PMI, puéricultrice...) soit anticipée pendant la grossesse ou dès le séjour en maternité. Si possible, il est recommandé que le rendez-vous pour le suivi postpartum de la femme soit assuré par le praticien qui a suivi la grossesse.

Il est recommandé de préciser dans le dossier médical de la mère, ainsi que dans le carnet de santé de l'enfant, les coordonnées des praticiens ainsi que les dates de rendez-vous déjà fixées.

Il est recommandé de s'assurer que les consultations obligatoires pour le suivi du nouveau-né⁴¹ et de la mère soient programmées avant la sortie de maternité.

⁴⁰ Direction départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités.

⁴¹ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/537227/document/calendrier_des_examens_de_suivi_de_l'enfant_1_page.pdf

Les **consultations obligatoires** pour le suivi du nouveau-né et de la mère sont :

- examen néonatal obligatoire avant le 8^e jour (le plus souvent fait le 3^e jour en maternité) par un médecin ;
- examen pédiatrique obligatoire à J15 puis à 1 mois et puis une fois par mois jusqu'à 6 mois ;
- entretien postnatal précoce pour la mère dans les 4 à 8 semaines après l'accouchement (un deuxième entretien si besoin entre la 10^e et la 14^e semaine après l'accouchement) ;
- consultation médicale postnatale pour la mère à 6 à 8 semaines environ.

Il est aussi utile de s'assurer que soit mis en place un lien avec une PMI de secteur (par exemple, pour une pesée de l'enfant, une consultation médicale ou de puéricultrice) et un lien avec le médecin traitant de la femme. Ces rendez-vous seront programmés avant la sortie de maternité avec la femme.

Il est conseillé, en cas de présence d'un coparent, que les deux parents puissent assister aux examens pédiatriques obligatoires afin de renforcer le rôle du coparent et d'observer les interactions entre les parents.

4. Accompagnement lors du retour à domicile

4.1. Quelles modalités d'organisation pour le retour à domicile

Après l'accouchement, il est recommandé que la durée du séjour en maternité des personnes en situation de vulnérabilité soit adaptée aux besoins de la femme et du nouveau-né.

En cas de vulnérabilité maternelle ou néonatale, il est préférable de ne pas organiser de sortie précoce. Au même titre qu'en population générale, mais d'autant plus dans une population vulnérable, une prolongation de la durée d'hospitalisation peut être nécessaire pour permettre un temps d'accompagnement de la mère, du coparent et de leur nouveau-né, afin :

- d'accompagner la mise en place et d'apporter un soutien à la pratique de l'allaitement maternel si la mère souhaite allaiter, d'informer sur l'alimentation aux préparations pour nourrissons et proposer des ateliers pratiques sur la préparation et l'entretien des biberons ;
- d'accompagner les premiers soins à l'enfant ;
- de favoriser l'établissement du lien parent/enfant (par exemple, en aidant les parents dans la lecture des signaux et besoins de l'enfant) ;
- d'évaluer la qualité de l'environnement familial (conjoint, grands-parents, fratrie...) qui peut être aussi bien un facteur protecteur, s'il est présent et soutenant, que de vulnérabilité, s'il est absent ou conflictuel ;
- d'évaluer les ressources (matérielles et sociales) dont disposent la mère ou les parents et de mettre en place un accompagnement adapté ;
- d'organiser la sortie dans des conditions d'hébergement adaptées ;
- d'être attentif au risque de souffrance psychique (par exemple, baby blues prolongé ou intense, dépression postpartum, troubles anxieux, vécu difficile de l'accouchement...).

De la même façon, cette prolongation permet la mise en place de dispositifs spécifiques d'accompagnement, adaptés aux besoins de la femme et du nouveau-né, qui sont à envisager dès le séjour en suite de naissance.

Si possible, la femme et/ou le couple pourront être informés des modalités d'organisation qui leur seront proposées lors du retour à domicile.

Après l'accouchement, au même titre qu'en population générale, en cas de nécessité d'hospitalisation du nouveau-né, il est recommandé de préserver la proximité entre la mère et le nouveau-né, en particulier en cas de transfert éloigné de l'enfant pour raison médicale.

4.1.1. Place du séjour prolongé en suites de couches ou unité mère/enfant

En cas de situations complexes comprenant une multivulnérabilité, un séjour prolongé en maternité peut être proposé pour aider à la mise en place des interactions précoces mère/enfant, organiser la sortie, permettre l'intervention des professionnels de la PMI ou de l'équipe de psychiatrie périnatale en vue d'éviter la rupture du suivi pré et postpartum.

4.2. Comment accompagner le retour à domicile ?

4.2.1. Quels sont les objectifs de cet accompagnement pour le retour au domicile ?

Les objectifs de l'accompagnement du retour à domicile sont à adapter en fonction des situations de vulnérabilité et de leur spécificité ([voir Annexe 9](#)) :

- assurer le suivi du nourrisson, évaluer son développement global (statur pondéral, psychomoteur et socio-affectif), informer les parents sur les rythmes et besoins des nourrissons, les accompagner dans les soins, donner des informations de prévention (bébé secoué, mort inattendue du nourrisson, plagiocéphalie, vaccinations...) ;
- assurer le suivi médical de la mère comme pour toute grossesse : s'assurer d'un accès aux soins et aux médicaments (par exemple, contraception), évaluer le risque de troubles psychiques du postpartum (prévention de la dépression postnatale) ;
- évaluer les connaissances du couple sur les besoins de l'enfant, évaluer les ressources du couple dans leur environnement ainsi que les sources de difficultés ressenties par la mère/les parents, être à l'écoute des parents ;
- valoriser les compétences parentales : encourager ce qui est correctement réalisé auprès de l'enfant, le verbaliser auprès du couple parental ;
- observer la cohérence des réponses que les parents apportent à l'enfant, la capacité du parent à prioriser les besoins de son enfant, la qualité des interactions (affectives, visuelles, vocales, corporelles) parents/enfants, la qualité du portage de l'enfant par les parents ;
- évaluer la qualité de l'environnement social et familial large et comme pour toute famille, considérer le risque de violences conjugales ou intrafamiliales⁴² ;
- s'appuyer sur une coordination entre les différents acteurs avant la sortie.

4.2.2. Les ressources pour cet accompagnement

4.2.2.1. Les ressources professionnelles

Les [ressources professionnelles](#) pour la période du postpartum sont identiques à celles identifiées durant la grossesse. Elles comprennent plus particulièrement pour l'enfant :

- les pédiatres ;
- les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture ;
- les éducateurs de jeunes enfants.

L'accompagnement du retour à domicile comprend :

- des visites à domicile permettant le suivi médical de la femme et de l'enfant, l'information et l'accompagnement de la parentalité ;
- des interventions régulières et plus longues permettant un accompagnement social de qualité.

Il se caractérise par une coordination et une complémentarité entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux, permettant de limiter les ruptures de suivi.

⁴² La périnatalité ainsi que le postpartum sont des périodes où le risque de violences au sein du couple est augmenté.

De la même façon qu'en période de grossesse, il est recommandé de favoriser la communication et la coordination entre l'ensemble des professionnels participant à l'accompagnement du retour à domicile.

Selon les situations de vulnérabilité, il est recommandé de :

- identifier les différents professionnels qui vont participer à ce suivi ;
- mettre en place un transfert d'information⁴³ entre les professionnels, en particulier de la maternité vers les professionnels assurant le suivi à domicile (mentionner, au minimum, le déroulé de la grossesse, de l'accouchement et du séjour postaccouchement à la maternité) ;
- préférer que le suivi postpartum soit effectué par le professionnel qui a déjà suivi la femme durant la grossesse ;
- assurer la transmission détaillée des informations en cas de changement d'intervenants entre la prise en soin pré et postnatale, afin d'éviter les ruptures de suivi.

4.2.2.2. Les documents de liaison

L'ensemble de ces documents de liaison est confidentiel et soumis au secret médical.

Carnet de santé

Pour l'enfant, le carnet de santé⁴⁴ est délivré lors de la déclaration de naissance (article 2132-1 du Code de la santé publique). C'est un document comprenant tous les événements relatifs à la santé de l'enfant depuis sa naissance, qui y sont inscrits, avec l'accord des parents, par les professionnels de santé qui interviennent pour la prévention et les soins.

Lettre de liaison (ex-compte rendu hospitalier)

À l'issue du séjour mère/enfant en postpartum (suites de couches, unités kangourou, unité mère/enfant (UME)...), il est recommandé d'assurer la continuité des soins en transmettant la lettre de liaison (LLS)⁴⁵ de la mère et de l'enfant qui comprend des informations portant sur l'ensemble des interventions qui ont eu lieu auprès de la mère et de l'enfant (comprenant aussi les interventions des psychologues, psychiatres, addictologues, psychomotriciens ou travailleurs sociaux) afin de partager les informations et de coordonner le suivi entre les acteurs.

Ces Lettres de liaison comprennent les coordonnées des correspondants pour l'accompagnement du postpartum (le médecin traitant et tous les professionnels concernés par le suivi de la mère et l'enfant) et sont remises à la femme lors de la sortie de maternité.

4.2.3. Les conditions d'hébergement

Lors de la sortie de la maternité, s'il n'y a pas de lieu d'hébergement identifié, il est recommandé que l'établissement de santé (la direction, l'équipe médicale et le service social de la maternité) soutienne la recherche d'hébergement des familles et signale aux institutions compétentes via

⁴³ Tout partage d'informations entre professionnels nécessite que la personne concernée par ces informations ait été prévenue au préalable de ce partage et ait donné son accord, dans les limites prévues par la loi du secret médical partagé, en particulier sur les risques pour l'enfant à naître.

⁴⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

⁴⁵ La lettre de liaison de sortie (LLS) <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres-hopitalisation>

le SIAO⁴⁶ l'absence d'hébergement, afin d'alerter sur les complications de santé liées à une mise à la rue d'un nouveau-né et d'une accouchée.

En l'absence d'hébergement, parallèlement à la mise en place d'actions pour la recherche d'un hébergement, il peut être envisagé de prolonger le séjour hospitalier.

Après la sortie de la maternité, en l'absence de domicile fixe, de fréquents changements de lieux d'hébergement peuvent entraîner une rupture de soins liée à l'errance géographique.

Il est recommandé d'informer la femme qu'elle peut contacter des structures de soins telles que les PMI qui existent sur tout le territoire et qui peuvent assurer son suivi et celui de son enfant (voir Règlementation aide au logement annexe 4).

4.2.4. Structures d'accueil pour les femmes en situation de vulnérabilité

En vertu de l'article 221-2 du Code de l'action sociale et des familles, chaque département doit disposer de structures d'accueil et d'accompagnement pour les femmes en situation de vulnérabilité. Ces différentes structures sont détaillées [en Annexe 9](#).

Parmi ces structures, les centres maternels sont des établissements qui proposent un hébergement et une aide aux femmes enceintes et aux mères isolées.

Des centres parentaux accueillent également les deux parents avec leur enfant (ou les futurs parents).

En pratique, le service social de maternité est compétent pour faire une demande d'admission dans un centre maternel ou parental :

- sur la base d'une évaluation sociale ;
- pour les enfants de moins de 3 ans accompagnés de leurs parents quand ceux-ci ont besoin d'un soutien éducatif dans l'exercice de leur rôle parental ;
- avec l'accord des parents.

Il est recommandé d'établir un dossier de demande d'admission dans des structures d'accueil de personnes vulnérables, le plus tôt possible au cours de la grossesse, voire dès que le projet est envisagé par la femme, afin d'assurer une concordance dans le temps entre la procédure d'admission, la place disponible dans l'établissement et la naissance de l'enfant.

4.2.5. Organisations pouvant être mises en place

4.2.5.1. Référent pour le retour à domicile^{47 48}

La désignation d'un professionnel, référent pour le retour à domicile, permet d'assurer :

- le relais d'information avec le référent de la grossesse ;
- la coordination de l'accompagnement à domicile avec les autres intervenants ;
- la transmission d'informations, de conseils à la femme et/ou au couple ;
- l'orientation vers un professionnel spécialisé si besoin.

⁴⁶ Opérateur de service public, le SIAO met en œuvre les orientations et décisions de l'État en matière d'hébergement et d'orientation des ménages sans domicile, dans le cadre de la convention État-SIAO. Le SIAO est l'interface partenariale qui permet de co-construire les parcours d'accompagnement et d'accès au logement avec les services de l'État, les collectivités territoriales, les associations et les bailleurs sociaux, et les représentants des personnes accompagnées, dans l'exercice de leurs compétences et missions respectives en matière de lutte contre l'exclusion.

⁴⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

⁴⁸ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/experimentation-referent-parcours-perinatalite-repap-pour-un-accompagnement#:~:text=L'objectif%20est%20de%20construire,'accompagnement%20d'un%20R%C3%A9PAP> .

Ce référent est de préférence un professionnel de santé : une sage-femme libérale ou une sage-femme d'un centre de protection maternelle et infantile (PMI), ou un médecin (généraliste ou spécialiste), ou une puéricultrice.

Pour le suivi de vulnérabilités principalement sociales, il peut s'agir d'un assistant de service social, ou pour une vulnérabilité liée à un handicap, un professionnel de confiance tel qu'un éducateur spécialisé ou une infirmière spécialisée.

Il est recommandé que ce référent soit désigné, dès la période anténatale, par la femme et/ou le couple et si cela est possible, il est recommandé de privilégier le professionnel de santé ayant suivi la femme en anténatal.

Il est recommandé que le nom et les coordonnées du professionnel référent soient mentionnés dans le dossier médical de la femme.

4.2.5.2. Organisation du suivi à domicile

Lors du retour à domicile, afin de mettre en place un accompagnement coordonné, il est recommandé de favoriser une articulation entre la maternité et les professionnels intervenant après la sortie (professionnels de PMI, médecin traitant, pédiatre).

Cette coordination a pour but d'inscrire la femme et son nouveau-né dans un parcours de soins et permet de s'assurer de la continuité de la prise en soin.

La PMI peut assurer le suivi médical de la femme en postpartum (sage-femme), le suivi de santé de l'enfant (médecin, puéricultrice) et l'accompagnement à la parentalité du couple (puéricultrice, psychologue), à domicile, en centre de PMI ou en établissement de santé.

Pour le suivi à domicile, il est recommandé de s'appuyer sur une coordination avec la PMI afin de mettre en place, en fonction des besoins et des possibilités de la femme et du couple, et de façon renforcée :

- **des visites à domicile d'un professionnel de santé (sage-femme ou puéricultrice) ;**
- **des interventions programmées des TISF.**

4.2.5.3. Les visites à domicile (VAD) et les interventions des TISF lors du postpartum

Les VAD et les interventions des TISF ont un rôle essentiel dans l'accompagnement des familles, lors du retour à domicile après l'accouchement.

Le soutien d'un TISF/AVS/AES à domicile permet d'apporter une aide ponctuelle aux familles rencontrant une situation de vulnérabilité avant et/ou après une naissance.

En période périnatale et plus spécifiquement en postnatal, l'intervention d'un(e) TISF peut être proposée. Il/elle est compétent(e) pour intervenir directement auprès des bébés, y compris en dehors de la présence des parents, et peut conseiller la mère sur les soins du bébé et contribuer à l'observation des relations parents/bébé.

Les recommandations figurant dans le [chapitre 3.3.5 consacré aux VAD](#) et dans le [chapitre 3.3.7 consacré aux TISF](#) sont aussi applicables lors du retour à domicile.

4.3. Comment soutenir la parentalité lors de l'accompagnement du retour à domicile ?

4.3.1. Informations sur le soutien à la parentalité

Le « soutien à la parentalité » consiste à accompagner les parents dans la responsabilité première de soin et d'éducation de leur enfant.

Les objectifs visés sont de :

- désamorcer les difficultés éducatives ;
- prévenir l'épuisement parental, en particulier le manque de sommeil, proposer des relais, surtout en cas d'isolement social ;
- soutenir les habiletés parentales ;
- renforcer la qualité des liens parents/enfant et conjugaux ;
- contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux ;
- maximiser le potentiel de santé et le bien-être des parents et enfants.

Lors du postpartum, les difficultés dans la mise en place des liens d'attachement parents/enfant sont principalement liées à d'éventuels manques :

- de sommeil propre à la période postnatale ;
- de connaissances et/ou de perception des besoins de l'enfant, de réponse adaptée du parent ;
- de confiance en ses capacités parentales ;
- d'entourage, situation d'isolement des parents ;
- de proximité physique et/ou de sérénité, par exemple en cas de pathologie chez l'enfant, de séparation précoce (naissance prématurée, handicap...) ;
- de disponibilité psychique parentale adéquate (trauma, pathologie, carences, transmission intergénérationnelle, problème de logement, conflit de couple...) ;
- d'interactions parents/enfant valorisantes ;
- de coordination entre les deux parents autour du bébé/manque de sérénité dans les relations conjugales.

Ces difficultés à établir des liens parents/enfant peuvent aussi être accentuées en cas de TSA (Trouble du spectre autistique) ou d'un trouble du neurodéveloppement (TND) chez l'enfant.

Il est recommandé que l'accompagnement à la parentalité des parents débute dès la grossesse, lors des consultations périnatales (PNP, EPP, VAD par PMI, etc.).

4.3.2. Observation du lien parents/enfant

Lors des différentes consultations et rencontres postnatales, il est recommandé d'accorder une attention particulière à l'observation des interactions entre les parents et l'enfant et à la qualité des soins parentaux à l'enfant, et de rechercher d'éventuels signes de difficultés de l'enfant.

On recherchera chez l'enfant aussi bien des signes d'agitation, d'irritabilité, d'instabilité motrice, d'hyperextension, d'inconfort, que des signes de « retrait » : enfant passif, ne réclamant pas, dormant beaucoup, peu expressif (mimique, regard, vocalisation), ne relançant pas l'interaction avec le parent ni le professionnel.

Il est nécessaire de pouvoir observer cette relation, au moins sur un temps court de 5 min d'une « interaction libre » entre les parents et le bébé, que l'enfant soit en éveil calme, que le parent soit disponible pour interagir dans un lieu calme et adapté (sans interruption par les téléphones et autres écrans par exemple).

Une interaction ne peut pas être évaluée uniquement par le discours parental, par définition projectif de ses représentations et de son état émotionnel.

En cas de doute ou de préoccupations, il est important de renouveler l'observation dans de bonnes conditions.

Si ces difficultés d'interactions sont confirmées, il est recommandé de recourir à des soins spécialisés (unité de soins psychiatriques mère/enfant, service de psychiatrie périnatale, unité mobile de psychiatrie périnatale, HDJ de psychiatrie périnatale, hospitalisation conjointe mère/bébé).

Dans certains cas, la mise en place des mesures relevant de la protection de l'enfant peut être nécessaire.

Lorsqu'une situation de danger est observée, conformément à la législation, il est recommandé de transmettre une information préoccupante à la CRIP⁴⁹ ou de faire un signalement au procureur de la République⁵⁰, si possible (sauf urgence) après évaluation ou discussion multidisciplinaire conduite de préférence avec les partenaires intrahospitaliers et extrahospitaliers.

Il est nécessaire d'expliquer cette démarche aux parents pour rechercher leur adhésion, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant⁵¹.

4.3.3. Quels structures/professionnels proposer pour le soutien à la parentalité ?

Il est recommandé d'inciter les parents à participer à des démarches de soutien à la parentalité, portées par les structures dédiées à la parentalité (voir Annexe 10).

Afin de limiter ou de rompre l'isolement parental, il est recommandé de conseiller aux parents de participer à des groupes de parole, d'intégrer des associations de parents ou de fréquenter des lieux d'accueil enfant/parents.

L'inscription dans ces groupes peut se faire dès la grossesse dans le cadre d'une coordination ville-hôpital. Les parents en devenir peuvent ainsi bénéficier des expériences des couples ayant déjà leur enfant sur le modèle de la pair-aidance.

En cas de nécessité d'accompagnement à domicile pour le soutien à la parentalité, il est recommandé de mettre en place des visites à domicile par une puéricultrice et/ou une sage-femme (PMI ou libérale) et/ou un professionnel des services de psychiatrie, ainsi que des interventions d'un TISF et ceci dès la période anténatale si nécessaire.

Les missions de ces professionnels impliquent aussi l'amélioration des liens parents/enfant et de co-parentalité et leurs interventions sont recommandées quel que soit le lieu de vie, même en situation de précarité.

⁴⁹ CRIP : cellule départementale de recueil des informations préoccupantes.

⁵⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

⁵¹ <https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2022/11/Livret-de-formation-CIIVISE-version-compressee.pdf>

4.3.4. Comment préserver le lien parents/enfant en cas d'hospitalisation de l'enfant ?

Depuis 2021, la Charte du nouveau-né hospitalisé⁵² définit les besoins essentiels du nouveau-né, en s'appuyant sur la théorie de l'attachement qui démontre que pour avoir un développement optimal sur les plans social, affectif et cognitif, un nouveau-né doit établir une relation continue et sécurisée avec ses parents. Il est recommandé de mettre en œuvre les principes énoncés dans la Charte du nouveau-né hospitalisé⁵³.

Certaines situations de vulnérabilité sont plus à risque d'induire une naissance prématurée et/ou une pathologie périnatale, pouvant conduire à des hospitalisations de l'enfant et à une séparation parents/enfant. Dans ces situations, il est d'autant plus indispensable d'être attentif à préserver le lien parents/enfant.

Dans l'ensemble des structures d'hospitalisation du nouveau-né, l'intégration des parents dans les soins au nouveau-né et leur présence continue auprès de l'enfant ont montré de nombreux bénéfices pour les parents et les nouveau-nés.

La prolongation du congé parental pour enfant hospitalisé a permis de favoriser la présence des parents auprès de leur enfant hospitalisé⁵⁴.

Il est recommandé d'intégrer les parents dans la prise en soin de leur enfant en les considérant comme des partenaires de soins (soins centrés sur la famille) : leur présence continue lors du séjour dans les unités de néonatalogie et de pédiatrie favorise le lien parents/enfant, soutient les compétences parentales, prépare le retour à domicile et améliore le bon développement de l'enfant tout en réduisant la durée d'hospitalisation.

Le développement des structures d'hospitalisation mère/enfant, des unités kangourou et des chambres parents/enfant favorise la présence des parents auprès de leur enfant.

Il est recommandé d'informer les parents des bénéfices de l'allaitement maternel, et des possibilités pour le mettre en œuvre quelle que soit la situation.

Si la mère souhaite allaiter, il est recommandé de l'accompagner et de la soutenir dans cette démarche, y compris en cas d'hospitalisation de l'enfant.

D'autant plus en cas d'hospitalisation, il est recommandé de mettre en place des mesures favorisant le lien d'attachement parents/enfant (cohabitation mère/enfant, peau à peau, portage, stimulation sensorielle d'origine maternelle, unité mère/enfant type kangourou).

Il est recommandé de permettre un rapprochement parents/enfant permanent en favorisant le logement hôtelier des parents afin qu'ils puissent être à proximité de leur enfant, en particulier en cas de transferts éloignés de la maternité initiale (par exemple, la maison des familles).

4.4. Pour aller plus loin

Des informations complémentaires destinées aux parents sont accessibles sur des sites officiels nationaux :

J'attends un enfant | Service-public.fr (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16225>) :

⁵² [La Charte du nouveau-né hospitalisé | Gouvernement.fr](#)

⁵³ https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021_11_charte_du_nouveau_ne_hospitalise.pdf

⁵⁴ <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/conge-paternite-accueil-si-enfant-hospitalise-naissance>

site officiel de l'administration française, il informe sur les démarches et les aides en fonction de la situation de la femme.

Votre parcours naissance (mesdroitssociaux.gouv.fr)⁵⁵ : site officiel d'information sur les démarches réglementaires à faire mois par mois pendant la grossesse et après la naissance.

Je suis un parent – <https://monenfant.fr/> : site internet de la CNAF qui comporte de nombreuses informations pour les futurs parents, notamment sur les démarches à faire pendant la grossesse et à la naissance, concernant les modes de garde, etc. Il permet notamment au médecin ou à la sage-femme de faire la déclaration de grossesse en ligne.

Maternité, paternité, adoption : droits et démarches | ameli.fr | Assuré⁵⁶ : site internet de la CNAM. Un dossier complet est consacré à la maternité, la paternité et l'adoption. Des informations personnalisées sont disponibles sur l'espace personnel de l'assuré. Un espace prévention dédié propose une « *to-do list* » avec les rendez-vous et examens, aux dates personnalisées et qui évolue mois par mois. Une rubrique « bien vivre ma grossesse » donne de nombreux conseils personnalisés de prévention et promotion de la santé.

1 000 premiers jours – <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr> : ce site conçu par Santé publique France, en lien avec de nombreux partenaires (voir liste sur le site) initialement sous le nom « Agir pour bébé », est devenu officiellement le site de référence intégré au chantier interministériel des « 1 000 premiers jours » en 2021. Il a pour objectif d'informer les futurs parents et parents d'enfants de moins de 2 ans sur l'influence pendant la grossesse et la petite enfance des environnements (chimiques, physiques, sociaux, affectifs, etc.) sur leur santé et celle de leur enfant.

L'application des 1 000 premiers jours (social.gouv.fr)⁵⁷ : application pour smartphone qui propose un parcours de grossesse avec des contenus adaptés aux moments du parcours (conception, 1^{er} trimestre, 2^e trimestre, etc.). Ces contenus renvoient sur d'autres sites institutionnels comme celui des 1 000 premiers jours, de la CNAF ou de la CNAM. L'application comporte des vidéos et les textes sont disponibles en version audio.

Le programme Triple P (pratiques parentales positives)⁵⁸ : méthode utile et pratique pour aider les parents à apprendre à communiquer efficacement avec leurs enfants et à les élever en mettant l'accent sur les éléments positifs.

⁵⁵ <https://www.mesdroitssociaux.gouv.fr/vos-evenements-de-vie/parcours-naissance>

⁵⁶ <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption>

⁵⁷ <https://1000jours.fabrique.social.gouv.fr/>

⁵⁸ https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Triple%20P_brochure%20information%20%283%29.pdf

Table des annexes

Annexe 1.	Chronologie du suivi de grossesse	38
Annexe 2.	Principaux outils d'aide au dépistage	40
Annexe 3.	Consultations périnatales	43
Annexe 4.	Règlementation aide au logement	46
Annexe 5.	Ressources professionnelles	48
Annexe 6.	Outils de coordination en périnatalité	53
Annexe 7.	Visites à domicile (VAD)	55
Annexe 8.	Interventions des TISF/AVS/AES	56
Annexe 9.	Accompagnement lors du postpartum	58
Annexe 10.	Structures de soutien à la parentalité	60

Annexe 1. Chronologie du suivi de grossesse

Tableau 1. Chronologie des consultations médicales (médecin ou sage-femme) de suivi de grossesse

Avant grossesse	Avant fin 3 ^e mois de grossesse	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation grossesse	2 ^e consultation grossesse	3 ^e consultation grossesse	4 ^e consultation grossesse	5 ^e consultation grossesse	6 ^e consultation grossesse	7 ^e consultation grossesse
	Déclaration grossesse					Consultation d'anesthésie	
	1 ^{re} échographie		2 ^e échographie			3 ^e échographie	
		1 ^{re} séance de préparation à l'accouchement et à la parentalité			Début : 7 séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité		
Entretien préconceptionnel	Entretien prénatal précoce (EPP) ⁵⁹		Bilan prénatal				
Si désir de grossesse, pour dépister les situations de vulnérabilité qui nécessiteront une gestion adaptée au cours de la grossesse	Évaluer les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse Échanger sur le projet de naissance, pour la femme et le coparent		Avec une sage-femme De préférence avant la 24 ^e SA Information sur le suivi de la grossesse (mesures hygiéno-diététiques, conduites addictives...) Préparation des modalités de sortie de la maternité et du suivi à domicile				

⁵⁹ Depuis 2020 : doit être obligatoirement proposé à la femme.

Tableau 2. Chronologie des consultations médicales de suivi postaccouchement

Pour la mère	Pour le nouveau-né	Pour le nouveau-né	Pour la mère	Pour la mère	Pour la mère
Dans les 8 jours après la sortie	Entre le 6 ^e et le 10 ^e jour postnatal	Entre le 11 ^e et le 28 ^e jour postnatal, puis tous les mois jusqu'à 6 mois	4 à 8 sem après accouchement	8 sem après accouchement	10 à 14 sem après accouchement
Consultation post-natale	Consultation médicale	Consultation médicale		Consultation postnatale	
			Entretien postnatal précoce		2 ^e entretien postnatal
			Repérer les premiers signes de la dépression post-accouchement ou les facteurs de risque qui y exposent Évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement	Assurer le suivi médical de la femme à distance de l'accouchement	Primipares En cas de constatation de signes de dépression post-accouchement ou si facteurs de risque qui y exposent
			Obligatoire		Facultatif

Annexe 2. Principaux outils d'aide au dépistage

Grilles de dépistage	
Grilles vulnérabilités sociales et lien parents-enfant du réseau sécurité naissance – Naître ensemble	https://www.reseau-naissance.fr/categorie-documents/guides-pratiques/
Une grille d'aide au dépistage des critères de vulnérabilité en prénatal et postnatal a été développée par le réseau de périnatalité de Savoie	https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/grille-criteres-vulnerabilite-mise-a-jour-2022_04-.pdf
Grille de repérage des vulnérabilités de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)	Rapport 2016 : « Suivi de grossesse et organisation des acteurs – Retour d'expériences et enseignements » (voir texte de l'argumentaire)
Auto-questionnaire	
Auto-questionnaire RPNA ; Bien naître en Nouvelle-Aquitaine	https://rpna.fr/outils-daide-au-reperage-des-vulnerabilites/
Auto-questionnaire Lille-Roubaix	Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/bc/v7s7cnf8vqlxfrb8rqofir3az4g5yu-org.pdf
Score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé)	https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf Indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité
Auto-questionnaire ALPHA (Québec)	Questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale anténatale (ALPHA)
Auto-questionnaire australien <i>ANtenatal Risk Questionnaire</i> (ANRQ)	https://www.cope.org.au/health-professionals/clinical-tools-health-professionals/
Outils spécifiques	
Addictions	
Auto-questionnaire du Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA)	http://www.asso-gega.org/docs/Auto-questionnaire_GEGA.pdf
Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève alcool, cannabis, tabac chez l'adulte (HAS)	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_c
Dépression pré et postnatale	

EPDS (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>) ⁶⁰	Échelle de dépression postnatale
PSAS (<i>Postpartum Specific Anxiety Scale</i> [PSAS-FR]) ⁶¹	Évaluation de l'anxiété postnatale
PPSSI (<i>Parents' Postnatal Sense of Security Instrument</i>) ⁶²	Évaluation du sentiment de sécurité postnatal
PRAQ-R2 (échelle d'anxiété spécifique à la grossesse) ⁶³	Évaluation de l'anxiété prénatale
QEVA (échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement) ⁶⁴	Évaluation du vécu de l'accouchement
Lien parental en postnatal	
PBQ (<i>Post-Partum Bonding Questionnaire</i>) ⁶⁵	Évaluation du lien mère/bébé, du <i>bonding</i> postnatal
MIBS (<i>Mother to Infant Bonding Scale</i>) ⁶⁶	Évaluation du lien mère/nouveau-né en maternité
BIS (<i>Baby Interaction Scale</i>) ⁶⁷	Évaluation des interactions précoces parents/enfant
Violence familiale	
WAST (<i>Woman Abuse Screening Tool</i>) ⁶⁸	Outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes ⁶⁹
DAS 16 (<i>Dyadic Adjustment Scale</i>) ⁷⁰	Questionnaire sur le couple

⁶⁰ EPDS: Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83-9. doi: 10.1016/S0924-9338(98)80023-0. PMID: 19698604.

⁶¹ PSAS: Infante-Gil, L, Silverio, S., Fallon, V., Wendland, J. (2021). Postpartum specific anxiety in a French population: Validation of the French version of the Postpartum Specific Anxiety Scale [PSAS-FR], *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 418–428. <https://doi.org/10.1111/ppc.12808>

⁶² PPSSI : Schaming, C., Wendland, J. (2021). Évaluation du sentiment de sécurité postnatal chez les mères : adaptation et validation en langue française du *Parents' Postnatal Sense of Security Instrument* (PPSSI). *Devenir*, 33 (3), 181-207. DOI : 10.3917/dev.213.0181. URL : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2021-3-page-181.htm>

⁶³ PRAQ-R2 : Reymond, C., Derguy, C., Wendland, J., Loyal, D. (2020). Validation française d'une échelle d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ-R2), *Pratiques psychologiques*, 26, 231–240. DOI:10.1016/j.prps.2018.11.008. (hal-03483548)

⁶⁴ Chabbert, M., Devouche, E., Rozenberg, P., Wendland, J. (2021). Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. *L'Encéphale*, 47(4), 326-333. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.06.016>

⁶⁵ PBQ : Demanche, A., Michel, L., Chabbert, M., Wendland, J. Version française du *Post-Partum Bonding Questionnaire*, *Devenir*, 33 (4), 287-310. DOI : 10.3917/dev.214.0287. URL : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2021-4-page-287.htm>

⁶⁶ MIBS : Bienfait Marjorie, Haquet Armelle, Maury Michèle *et al.* (2017). Traduction française de l'auto-questionnaire MIBS (*Mother to Infant Bonding Scale*) et validation comme évaluation du lien mère/nouveau-né en maternité, *Devenir*, 2017/4 (Vol. 29), p. 233-253. DOI : 10.3917/dev.174.0233. URL : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2017-4-page-233.htm>

⁶⁷ Échelle *Baby Interaction Scale* bis© Viaux-Savelon S, Beaupuy M, Couturier-Michel C, Camon Sénéchal L, Fidry E (en cours de publication)

⁶⁸ WAST : Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (*Woman Abuse Screening Tool*) – Guiguet-Auclair Candy, Boyer Baptiste, Djabour Keltoume, Ninert Mehdi, Verneret-Bord Estelle, Vendittelli Françoise, Debost-Légrand Anne *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2021, n° 2, p. 32

⁶⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/article/2021/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>

⁷⁰ DAS-16 – Antoine P., Christophe V., & Nandrino J.-L. : « Échelle d'ajustement dyadique : intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée ». *L'Encéphale*, 2008 ; 34(1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.12.005>

Autres outils :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/703309/document/alcool-et-autres-consommations-a-risques-informer-et-accompagner-les-femmes-enceintes_assurance-maladie.pdf

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/703312/document/tabac-informer-et-accompagner-les-femmes-enceintes_assurance-maladie.pdf

Annexe 3. Consultations périnatales

Consultations périnatales au cours desquelles effectuer le dépistage de vulnérabilités

Consultation préconceptionnelle ⁷¹	<p>La consultation préconceptionnelle a lieu avant le début de la grossesse, dans le cadre du suivi, gynécologique ou non gynécologique, de la femme quand elle exprime son désir de grossesse.</p> <p>Celle-ci peut être réalisée, selon le choix de la femme, par le médecin traitant, le gynécologue médical, le gynécologue-obstétricien, la sage-femme ou le médecin spécialiste, que ce professionnel suive ou non la grossesse par la suite. En cas d'antécédents de troubles psychiques, cette consultation peut aussi être réalisée par le service psychiatrique qui suit la femme, par exemple, dans le cadre de consultation d'information, de conseil et d'orientation (CICO) qui sont des consultations d'expertise dédiées aux parents présentant un trouble psychique.</p> <p>Cette consultation préconceptionnelle est destinée, entre autres, à rechercher des situations de vulnérabilité et à proposer des mesures de prévention permettant d'anticiper le suivi de la grossesse, en fonction de ces vulnérabilités.</p>
Consultations médicales de la femme enceinte	<p>Le dépistage des situations de vulnérabilité peut être effectué dès la première consultation avec la femme enceinte, quel que soit le professionnel de santé qui participe au suivi de la grossesse (sage-femme, MG, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien).</p> <p>Ces situations devront par la suite être réévaluées lors de chaque consultation tout au long de la grossesse et du postpartum.</p>
L'entretien prénatal précoce (EPP) ⁷²	<p>Depuis le 1^{er} mai 2020, l'entretien prénatal précoce (EPP) doit être obligatoirement proposé aux femmes enceintes au même titre que les consultations de suivi de grossesse.</p> <p>L'entretien prénatal précoce (EPP) ou entretien individuel du 4^e mois de grossesse est une rencontre avec un professionnel de la périnatalité formé à cet entretien, sans examen médical.</p> <p>Il a pour objectif de recueillir les demandes et craintes des femmes enceintes, et du coparent, au sujet du déroulement de la grossesse et de l'accouchement et de mettre en place selon la demande un projet de naissance.</p> <p>Cet entretien est distinct des consultations de soins, il est uniquement dédié à l'information de la femme et du coparent, au repérage des vulnérabilités et à une réflexion et à des échanges sur le projet de naissance.</p>
Bilan prénatal Consultation de prévention des sages-femmes (avant la 24^e SA)	<p>L'avenant 4 à la Convention nationale des sages-femmes libérales, signé le 29 mai 2018, a créé un nouvel acte : le bilan prénatal.</p>

⁷¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

⁷² Outil pour guider l'entretien : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/04r23_proto_preparation_a_la_naissance_guide_d_entretien.pdf

	<p>Le bilan prénatal valorise les missions de prévention des sages-femmes dans le cadre du parcours de soins. Il est réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée.</p> <p>Ce bilan de prévention a principalement un rôle de prévention auprès des couples. Il permet d'informer les femmes enceintes sur le suivi de la grossesse, sur les mesures hygiéno-diététiques (toxoplasmose, listeria, salmonelle), sur les conduites addictives (tabac, alcool et drogues), etc.</p> <p>Il est aussi l'occasion de préparer les modalités de sortie de la maternité avec un suivi à domicile dans les 12 premiers jours par la sage-femme.</p>
<p>Consultations lors de visites à domicile</p>	<p>Les visites à domicile tous cadres confondus (HAD, PMI, exercice libéral) permettent d'appréhender l'environnement social et familial des femmes.</p> <p>Elles permettent aussi le renforcement du lien de confiance avec le soignant favorisant la révélation de situations de vulnérabilité.</p>
<p>L'entretien postnatal précoce</p>	<p>Depuis le 1^{er} juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP) est devenu une étape obligatoire du parcours de soins des femmes en postpartum (article L. 21226 du CSP).</p> <p>Il est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement.</p> <p>Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risque qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.</p> <p>Un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risque qui y exposent.</p>
<p>Consultations suivi mère et enfant en postnatal⁷³ (consultation de moins de 8 jours, 2^e semaine, fin du 1^{er} mois, 1^{er} et 2^e mois)</p>	<p><u>Pour la mère :</u></p> <p>1^{re} visite : systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.</p> <p>2^e visite : à réaliser selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.</p> <p>Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.</p> <p><u>Pour les nouveau-nés :</u></p> <p>Un examen à réaliser lors de la deuxième semaine de vie par un pédiatre, ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.</p>

⁷³ HAS 2014 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

Un autre examen doit être organisé avant la fin du premier mois selon l'appréciation du médecin ayant réalisé l'examen pédiatrique précédent.

Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice).

Annexe 4. Règlementation aide au logement

Le Code de l'action sociale et des familles (4° de l'article L. 222-5) prévoit que sont prises en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance « les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile ».

En effet, la prise en charge et l'accompagnement de nourrissons ainsi que le soutien à la parentalité en situation de détresse sociale sont des compétences exercées à titre principal par les conseils départementaux (grâce aux centres de protection maternelle et infantile notamment).

Le droit opposable au logement

Le droit au logement opposable a été mis en place en 2007. Par la suite, le plan d'aide au relogement de 2014, la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (Alur) de 2014 et la loi égalité et citoyenneté de 2017 contiennent des dispositions pour rendre ce droit plus réel.

Instauré par la loi du 5 mars 2007, le droit au logement opposable (Dalo) constitue pour les requérants un recours ultime face à des difficultés graves de logement. Il vise à confier à l'État l'obligation de loger ou de reloger les ménages qui y sont reconnus éligibles, de façon prioritaire, urgente et avec une offre « adaptée » au sens de la loi (répondant aux besoins et caractéristiques des ménages).

Si l'État est seul débiteur de ce droit, les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux et Action Logement ont l'obligation de contribuer à l'effort de relogement.

L'éligibilité au Dalo repose sur sept critères :

- l'absence de domicile ou la menace d'une expulsion sans solution de relogement ;
- l'hébergement dans une structure d'hébergement ou une résidence hôtelière à vocation sociale de façon continue depuis plus de 6 mois, ou dans un logement de transition ou un logement foyer depuis plus de 18 mois ;
- le fait d'être logé dans des locaux impropres à l'habitation ou présentant un caractère insalubre et dangereux ;
- le fait d'être logé dans un logement non décent, à condition d'avoir à charge au moins un enfant mineur ou une personne handicapée ou de présenter soi-même un handicap ;
- le fait d'être logé dans un logement suroccupé, à condition d'avoir à charge au moins un enfant mineur ou une personne handicapée ou de présenter soi-même un handicap ;

Le SIAO (service intégré de l'accueil et de l'orientation)

Le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) est le service clé du dispositif de veille sociale pour l'accueil et l'orientation de personnes en difficulté ayant des besoins d'hébergement d'urgence ou de logement adapté.

Créé en 2010 par circulaire dans le cadre de la stratégie nationale pour la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées, le SIAO a été consacré juridiquement par la loi Alur comme plateforme unique départementale de régulation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile. Ces missions sont désormais précisées aux articles L. 345-2 et L. 345-2-4 du CASF.

Le Code de l'action sociale et des familles prévoit que « dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'État, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état.

Cette orientation est assurée par un service intégré d'accueil et d'orientation, dans les conditions définies par la convention conclue avec le représentant de l'État dans le département prévue à l'article 345-2-4 du CASF ».

Ce dispositif comprend les acteurs mentionnés à l'article D. 345-8 de ce code : le service d'appel téléphonique dénommé 115, géré par le SIAO depuis la loi n° 2014-366 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (Alur), les accueils de jour, les équipes mobiles (Samu sociaux, maraudes) et les services d'accueil et d'orientation (SAO). L'ensemble de ces acteurs sont coordonnés par le SIAO.

Dans chaque département, une convention est conclue entre l'État et une personne morale unique pour assurer le fonctionnement du SIAO. Cette convention doit être pluriannuelle et ne pas excéder cinq ans. Elle comporte des indicateurs d'activité et doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Un modèle est annexé à la circulaire du 17 décembre 2015 relative aux SIAO qu'il convient d'adapter au territoire. Aucune forme juridique n'est prescrite concernant la personne morale chargée du SIAO, il peut s'agir d'une association, d'un groupement d'associations, d'un GCSMS ou d'un GIP.

- le fait d'avoir demandé un logement social depuis un délai « anormalement long ».

La principale difficulté concerne l'accessibilité au logement social.

Une augmentation des critères de priorisation au logement social depuis l'instauration de la loi Dalo constitue une autre difficulté majeure. Un système de *points a débuté à partir de 2023 et devrait aider à la priorisation.*

Annuaire des SIAO : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/10/dihal_-_annuaire_siao_ecran.pdf

Annexe 5. Ressources professionnelles

Les professionnels de santé	
Les sages-femmes	Exercent au sein de structures (hôpitaux, PMI) ou en libéral.
Les médecins spécialistes en ambulatoire ou en hospitalier	Selon les besoins des parents et en rapport avec la pathologie constatée, différentes spécialités médicales sont susceptibles d'assurer le suivi de la mère et du nouveau-né : gynécologue, obstétricien, psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neurologue, endocrinologue...
Les médecins (spécialistes de médecine générale/de PMI)	Le médecin traitant, par son rôle de pivot auprès des patients dans les parcours de soins, est un acteur clé pour dépister les situations à risque, accompagner les femmes enceintes dans leur suivi et favoriser l'accès des femmes enceintes aux soins.
Les infirmières puéricultrices Les auxiliaires de puériculture	<p>Les infirmières puéricultrices peuvent assurer des consultations, des visites à domicile ou des actions collectives de soutien à la parentalité, au cours de la grossesse et après la naissance, sans limite d'âge.</p> <p>Elles exercent dans tous les secteurs d'activité, hospitalier et extrahospitalier (PMI, modes d'accueil, libéral, CAMSP...).</p> <p>Ces consultations d'infirmière spécialisée en pédiatrie et puériculture sont essentiellement centrées sur le suivi de santé de l'enfant, sur l'accompagnement à la parentalité (conseils de puériculture), l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique.</p> <p>Les auxiliaires de puériculture accompagnent les mères dans l'apprentissage des soins aux nouveau-nés. Elles participent à la mise en place et à la conduite de l'allaitement, avec les sages-femmes et les puéricultrices.</p>
Les psychologues	L'intervention du psychologue en périnatalité est sollicitée quand des signes de souffrance et de vulnérabilités sont repérés par les différents professionnels de santé autour de la femme enceinte, des parents ou du bébé.
Masseur kinésithérapeute	Il peut intervenir à différents moments de la grossesse, pour soulager les troubles musculaires et articulaires ou en postpartum dans le cadre de la rééducation périnéale ou de la réadaptation de la personne. Différents moyens d'exercice peuvent être pratiqués en structures ou en libéral.
Psychomotricien	Dans le cadre de séances de rééducation individuelles ou collectives, ce professionnel de santé évalue les capacités psychomotrices de son patient et recherche l'origine de ses problèmes. Il contribue ainsi à la réhabilitation et à la réinsertion psychosociale du patient et l'accompagne, ainsi que son entourage, tout au long d'un projet thérapeutique. La psychomotricité a plusieurs champs d'action : l'éducation thérapeutique, la prévention et la rééducation. Elle s'adresse donc à un large public allant du bébé et ses parents, aux jeunes enfants, adolescents, adultes.
Autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre d'une prise en charge de femmes ayant une vulnérabilité	
Assistant de service social (ASS)	<p>Intervient auprès de personnes confrontées à diverses difficultés : économique, d'insertion, familiale, de santé, de logement. Il accueille, soutient, oriente et accompagne la construction de projets. Il intervient essentiellement au sein d'établissements (hôpital, collectivité, mairie).</p> <p>A un rôle majeur pour les questions d'hébergement, d'orientation en cas de violences faites aux femmes, voire dans le cadre d'IP pour adulte ou mineur vulnérable.</p>
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)	Le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) intervient au domicile des familles autour des activités de la vie quotidienne. Il élabore son intervention en échange avec les familles et en partant de leurs besoins. Il contribue ainsi au développement de la

	<p>dynamique familiale et soutient tout particulièrement la fonction parentale. Il intervient notamment auprès de familles en situation de vulnérabilité (précarité, séparation, handicap, maladie...) afin de renforcer les compétences parentales et de rendre les familles autonomes.</p> <p>Il a différents cadres d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit financement CAF sur demande des parents : dans ce cadre, les TISF peuvent aussi intervenir sur des tâches ménagères (courses, préparation de repas...); - soit financement ASE sur demande des professionnels de santé, dans le cadre de la prévention de situation en lien avec la protection de l'enfance.
Éducateurs spécialisés	Éducateur spécialisé des personnes en situation de handicap et dans le champ de la protection de l'enfance.
Médiateur en santé	<p>Interface entre institution et personne en situation de vulnérabilité (interprétariat, accompagnement global de la femme enceinte en fonction de ses besoins). Le médiateur en santé est un professionnel intervenant dans le champ de la santé.</p> <p>Son rôle consiste à créer une interface entre les populations vulnérables en difficulté sur leur parcours de soins et les différents acteurs du système de santé, les objectifs étant d'améliorer l'accès aux soins préventifs et curatifs et de favoriser l'autonomie des personnes.</p>
Interprète professionnel	Un interprète professionnel est tenu de respecter le secret médical. Il est à privilégier pour la traduction. Les proches peuvent représenter un frein pour la libération de la parole de la femme.
Les institutions/organisations jouant un rôle dans le parcours des femmes en situation de vulnérabilité en ante et postpartum	
Associations	<p>Il existe plusieurs types d'associations : des associations prestataires de services publiques et des associations d'usagers.</p> <p>Les associations prestataires de services publiques sont réglementées et leurs salariés sont soumis au secret professionnel.</p> <p>Les associations d'usagers en lien avec les réseaux locaux de santé en périnatalité peuvent apporter un soutien aux familles en situation de vulnérabilité (soutien à l'allaitement et à la parentalité, écoute en cas de difficultés, services d'aide à domicile, associations d'aide aux parents d'enfants issus de grossesse multiple, associations d'aide aux femmes migrantes...).</p>
Protection maternelle et infantile (PMI)	<p>La PMI regroupe des personnels sociaux et sanitaires et réalise à la fois des interventions individuelles et collectives. La PMI offre une prise en charge de proximité ouverte à tous, facilement accessible aux plus démunis, ne nécessitant pas d'avance de frais ou la preuve de l'ouverture de droits sociaux.</p> <p>Les missions de la PMI comprennent notamment le suivi médical prénatal et postnatal des femmes enceintes, le suivi de santé des nouveau-nés et enfants jusqu'à l'âge de 6 ans ainsi que des actions de prévention.</p> <p>En matière de périnatalité, les mesures de prévention englobent l'accompagnement médical, psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères, en particulier des plus démunies.</p> <p>Les services de PMI participent aux réseaux de santé en périnatalité, travaillent en lien avec les établissements de santé et participent aux réunions et staffs qui sont organisés.</p>
	<p>Les réseaux de santé en périnatalité deviennent les dispositifs spécifiques régionaux (DSR) en périnatalité.</p> <p>Concernant les populations vulnérables, les réseaux de santé en périnatalité viennent en appui aux acteurs sanitaires et médico-sociaux pour l'élaboration de parcours coordonnés visant à éviter les ruptures de soins, lesquelles constituent un risque majeur pour la santé des mères et de leurs enfants.</p> <p>Ils viennent également en aide aux acteurs de l'offre de soins en santé périnatale :</p>

Dispositifs spécifiques régionaux (DSR) en périnatalité (ex-réseaux de santé en périnatalité (RSP))⁷⁴	<ul style="list-style-type: none"> — en apportant une aide méthodologique, notamment pour l'organisation de staffs de parentalité/périnatalité ; — en mettant à disposition des professionnels des formations, notamment sur l'entretien prénatal (et désormais postnatal) précoce, et sur le dépistage et la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité ; — en diffusant des informations et des outils, notamment en lien avec la thématique des vulnérabilités.
Unités de psychiatrie périnatale mère/enfant	Rattachées aux hôpitaux, services de psychiatrie ou pédopsychiatrie. Elles prennent en soin les troubles du lien mère/enfant, les difficultés dans la parentalité et les troubles du développement précoce.
Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent différents professionnels (santé, médico-sociaux, sociaux, en secteur libéral ou institutionnel ou en centre de santé) d'un même territoire qui souhaitent se coordonner, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé.
HAD (hospitalisation à domicile)⁷⁵	<p>L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. L'HAD est établie pour une période limitée mais peut être renouvelée en fonction de l'état de santé du patient. L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant.</p> <p>Le suivi des femmes enceintes admissibles en HAD permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> — un retour à domicile précoce chez une population qui accepte difficilement l'hospitalisation ; — d'évaluer l'environnement personnel des femmes enceintes, leur contexte familial ; — de mettre en évidence des vulnérabilités qui n'apparaîtraient pas autrement. <p>L'HAD est une continuité de soins ne nécessitant plus une hospitalisation conventionnelle, définis par un projet thérapeutique transmis à l'équipe relais. Ce projet reprend l'ensemble des éléments propres à garantir continuité et sécurité, y compris le volet psychosocial.</p>
HDJ (hospitalisation de jour)⁷⁶	<p>L'hospitalisation de jour (HDJ) permet la coordination, sur un temps limité, de l'intervention de tous les professionnels nécessaires au suivi médico-psycho-social d'une femme enceinte.</p> <p>L'HDJ donne lieu à un compte rendu synthétisant l'ensemble des interventions réalisées, ainsi que l'orientation préconisée vers les partenaires adaptés (handicap, addictologie, psychologue, PMI).</p>
Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	<p>Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné créé en 2007 et développé pour répondre au besoin de « travailler ensemble » et aux problématiques de santé actuelles.</p> <p>Il s'agit d'une équipe de professionnels de santé de soins primaires (de premier recours, éventuellement de second recours) d'une même zone géographique regroupés autour d'un projet de santé commun, témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune*.</p>

⁷⁴ Voir texte réglementaire des DSR 1^{er} trimestre 2023.

⁷⁵ Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Entrée en vigueur : le texte est entré en vigueur le 1^{er} juin 2023.

⁷⁶ Arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000041661434>

Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2020/09/DGOS-DSS_Instruction_10.09.2020.pdf

Les établissements de santé	<p>Les établissements de santé constituent l'une des principales portes d'accès aux soins pour les publics en situation de vulnérabilité, notamment par le biais des services d'urgences.</p> <p>À l'intérieur de ces établissements, il existe des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Il s'agit d'un dispositif adapté aux personnes en situation de précarité qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.</p>
L'hébergement non médicalisé⁷⁷	<p>Les établissements de santé peuvent proposer à leurs patients, sur prescription médicale d'un praticien exerçant en leur sein, une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins. Le dispositif est encadré tant sur l'éligibilité des femmes enceintes que sur la durée de l'hébergement.</p> <p>Il prend en compte des critères d'éloignement, d'autonomie, mais également d'isolement social rendant le domicile inadéquat à l'état de santé et/ou aux soins nécessaires.</p> <p>Ce dispositif s'articule avec deux prestations nouvellement instaurées au bénéfice des femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes de la maternité la plus proche : « hébergement temporaire non médicalisé à proximité d'une maternité », et « prise en charge des transports correspondants ».</p>
PASS ambulatoires	<p>Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) existent au sein des établissements. Il s'agit d'un dispositif adapté aux personnes en situation de précarité qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.</p> <p>Une PASS permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> — offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels il apparaît au moment de la réalisation des actes qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ; — agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel.
Structures d'addictologie	<p>Ce sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. Ils fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement.</p>
Les centres maternels/les centres parentaux	<p>Un centre parental a pour mission d'accueillir le nouveau-né avec ses deux jeunes parents en difficultés multiples, que cela soit dans le cadre de la protection de l'enfance (loi 14 mars 2016 article L. 222-53) ou non. Le cadre du centre parental permet d'associer un accompagnement de la parentalité et de la conjugalité. L'accueil vise à permettre à ces parents vulnérables de développer une sécurité affective, d'assumer leurs responsabilités parentales, de vivre au plus près de la vie réelle, de s'insérer dans la société et de sortir des dispositifs de l'aide sociale.</p> <p>Les centres maternels assurent la prise en charge pré et/ou postnatale de la (future) mère et de son enfant jusqu'à l'âge de 3 ans.</p>
Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	<p>Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale.</p>

⁷⁷ Décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé.

Décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants.

CIDFF (centres d'information sur les droits des femmes et des familles) : lutte contre les violences

Ils sont les antennes territoriales de la Fédération nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF) (ex-CNIDFF), qui est un relais essentiel de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Annexe 6. Outils de coordination en périnatalité

Staffs médico-psycho-sociaux

Les staffs médico-psycho-sociaux (MPS) sont des réunions en équipe multidisciplinaire, au sein d'un établissement de santé. La mise en place de ces réunions multipartenariales, interdisciplinaires, organisées et régulières permet de créer du lien entre les professionnels et de développer une cohérence et une continuité des soins pour la femme et son nouveau-né.

Ces réunions permettent de proposer une prise en charge globale et personnalisée à chaque femme et chaque couple en situation de vulnérabilité, à n'importe quel moment de la grossesse. Elles sont basées sur la diversité des échanges, la confrontation des avis et le partage des connaissances et des compétences de chaque acteur, quel que soit son champ d'activité (libéral, territorial, hospitalier, associatif, institutionnel...).

Le Dossier médical

Le dossier médical partagé entre professionnels de santé permet de colliger les données de santé du patient et porte sur les éléments suivants :

- des informations générales administratives (identité de la femme enceinte, situation familiale et professionnelle, couverture sociale, informations sur le conjoint) ;
- les antécédents médicaux et obstétricaux ;
- des informations sur la grossesse actuelle (médicales, psychologiques, concernant l'environnement de la femme).

Carnet de grossesse ou carnet de santé maternité⁷⁸

Le carnet de santé maternité comporte plusieurs volets :

- un livret avec des informations, des conseils et des espaces pour reporter les examens ou pour noter des questions ;
- des fiches thématiques ;
- un dossier médical « prénatal » : dossier médical indépendant.

Il a pour objectifs de :

- communiquer une information sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, les droits, les obligations, les aides diverses ;
- améliorer le suivi de la grossesse ;
- faciliter la communication entre les professionnels de santé et du champ social qui suivront la femme jusqu'à l'accouchement.

L'Annuaire interactif des ressources territoriales

Les annuaires interactifs des ressources territoriales contiennent des informations précises sur les rôles et missions de chacun.

Objectifs :

- améliorer l'interconnaissance des différents acteurs ;
- donner une vision globale sur le territoire ;
- permettre une coordination territoriale des missions des acteurs ;
- fluidifier les échanges ;
- alimenter le dossier partagé et les staffs médico-psycho-sociaux.

⁷⁸ [file:///C:/Users/Public/Downloads/hcspr20230228_acducadesademarepaobfoetmodedi%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Public/Downloads/hcspr20230228_acducadesademarepaobfoetmodedi%20(2).pdf)

Rôle du référent ou d'une équipe référente

Le référent permet la coordination de la prise en charge et l'accompagnement des femmes et de leurs familles. Il s'occupe de l'articulation avec les autres intervenants autour de la femme et il s'assure de la mise en œuvre et de l'évaluation régulière du plan de suivi de la grossesse.

Les avantages du recours à un référent sont : une bonne connaissance du dossier de la femme en situation de vulnérabilité dans sa globalité et un lien de confiance établi avec celle-ci permettant une meilleure adhésion au parcours de soins.

Le référent doit avoir été formé aux repérages des situations vulnérables et être capable d'orienter vers les spécialistes et avoir accès à un répertoire de professionnelles pouvant travailler en coordination avec lui.

Les principaux objectifs du référent sont de :

- suivre les grossesses à risque et complexes ;
- coordonner et articuler les intervenants et les professionnels de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes et leurs familles ;
- créer une relation de confiance avec la femme pour une meilleure évaluation des risques en permettant un dialogue ;
- connaître les difficultés psychologiques et sociales et leur impact sur la grossesse ;
- évaluer de manière régulière le plan de suivi de grossesse établi de manière partagée par les différents intervenants ;
- évaluer les composants médico-psycho-sociaux de la grossesse ;
- avoir un dossier unique de suivi et un interlocuteur privilégié pour la femme et pour les professionnels intervenant.

Annexe 7. Visites à domicile (VAD)

Les visites à domicile sont une démarche de soin largement utilisée en prévention et promotion de la santé, elles représentent, en effet, une stratégie adaptée pour améliorer la santé maternelle et infantile et réduire les inégalités. Le bénéfice des VAD sur du long terme pour les enfants a été démontré dans la littérature.

Différents types de VAD sont possibles en fonction du type de personnes intervenant au domicile (professionnel, bénévole...), de la fréquence des visites ou de leur contenu.

Les visites à domicile peuvent être proposées à n'importe quel moment de la grossesse et du postpartum. Elles peuvent être initiées à la demande de tout soignant participant au suivi ou à la demande de la femme elle-même.

Les principaux objectifs des VAD sont de :

- rencontrer la femme/l'enfant dans son milieu de vie, dans son environnement, afin d'adapter au mieux la prise en soin aux besoins particuliers de la femme/de l'enfant, de la famille ;
- favoriser le lien de confiance autour du soin et renforcer l'alliance thérapeutique ;
- permettre un dépistage précoce de troubles psychiques périnataux ;
- évaluer les relations familiales, l'entourage, le soutien familial ;
- estimer les conditions de vie du nouveau-né ;
- permettre l'accès à la prise en charge des femmes/dyades mère/enfant ne pouvant pas se déplacer (handicap, éloignement du système de soin) ;
- permettre de travailler sur la mise en place du lien d'attachement mère/enfant ;
- accompagner la pratique de l'allaitement ;
- répondre aux besoins des femmes vulnérables nécessitant un accompagnement et une préparation à la naissance individualisés (mère adolescente, mère sans emploi en précarité financière, mère isolée, violence conjugale, antécédents de violence, problèmes d'hébergement et sociaux lourds, handicap, anxiété et phobie sociale, cadre de la protection maternelle et infantile, etc.) ;
- participer à la prévention des violences intrafamiliales.

Les visites à domicile peuvent être des consultations d'ordre sanitaire (sage-femme, puéricultrice), d'ordre social (assistante sociale) et d'ordre psychologique (psychologue clinicien). Ces visites peuvent être effectuées par des professionnels de la maternité, de la PMI ou des professionnels exerçant en libéral.

Pour chaque visite, un *reporting* (via le dossier médical de la femme enceinte par exemple) est mis en place auprès du référent ou des autres intervenants des staffs MPS. Des fiches de liaison sont à compléter afin de coordonner le parcours de soins de la femme entre les différents intervenants.

Ces visites s'articulent avec les autres interventions de manière complémentaire et doivent faire partie du plan de suivi individualisé, clarifiant les intervenants au domicile, à quel moment et pour répondre à quel besoin.

Annexe 8. Interventions des TISF/AVS/AES

Le TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale)/AVS (auxiliaire de vie sociale)/AES (accompagnant éducatif et social) joue un rôle clé dans l'accompagnement auprès des familles. Le soutien d'un TISF/AVS/AES à domicile permet d'apporter une aide ponctuelle aux familles rencontrant une situation de vulnérabilité avant et/ou après une naissance.

Les champs d'intervention s'articulent autour de différentes missions, tant au niveau de la vie quotidienne que du soutien parental. L'objectif étant d'accompagner les parents, ainsi que de les soulager pour faire face aux difficultés rencontrées.

Les missions principales d'un TISF/AVS/AES se déclinent comme suit :

- soutien à la fonction parentale ;
- soutien à l'intégration et à la réinsertion ;
- accompagnement du parent et aide au développement de son autonomie (soit par un accompagnement individuel, soit dans le cadre d'actions collectives) ;
- apporter une aide dans les tâches de la vie quotidienne : aide à la préparation des repas, entretien du logement, entretien du linge, aide aux courses, prise en charge ponctuelle des aînés... ;
- participer à la prévention de la protection de l'enfant ;
- favoriser le développement, la restauration de relations au sein du groupe familial et/ou avec l'environnement ;
- informer les personnes pour l'accès aux droits ;
- assurer le relais entre individus, collectivités et structures instituées ;
- aider à la gestion du budget.

Le TISF établit au besoin le relais avec les autres intervenants médico-sociaux afin d'aider les familles dans leur quotidien et leur permettre de gagner en autonomie.

Le TISF/AVS/AES soulage la famille dans l'ensemble des tâches quotidiennes, ainsi qu'éventuellement dans l'accompagnement scolaire des aînés au cours de la grossesse pathologique afin de permettre le repos de la mère. Soutien qui peut être maintenu après la naissance du ou des enfants.

Les demandes d'interventions d'un TISF/AVS/AES peuvent se faire par différents réseaux, soit directement par les familles intéressées, soit par les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (centres maternels, service maternité, PMI, ASE) et la CAF, ainsi que par les mutuelles (par exemple : RMA, Maaf Assistance, Fidelia...).

Le financement des services proposés est assuré, d'une part par la participation des familles en fonction de leur quotient familial (avec une déduction fiscale de 50 %), d'autre part par la CAF, les conseils généraux ou les instances départementales (ASE, PMI), suivant un taux horaire défini.

Les prises en charge et droits des familles vulnérables pour la mise en place d'un soutien à domicile en TISF/AVS/AES sont définis comme suit :

Motifs d'interventions CAF	PEC en AVS-AES	PEC en TISF
Grossesse pathologique	Aide à partir du 3 ^e mois Nombre d'heures accordé : 100 h jusqu'au terme	Aide à partir du 3 ^e mois Nombre d'heures accordé : illimité jusqu'au terme
Naissance simple	Nombre d'heures accordé : 100 h sur un an	Nombre d'heures accordé : illimité sur un an
Naissance multiple	Nombre d'heures accordé : 200 h sur un an	Nombre d'heures accordé : illimité sur un an
Maladies	Maladie courte durée : pathologies qui ne nécessitent pas un traitement lourd (fatigue, surmenage, problème de dos, intervention chirurgicale, césarienne...)	Maladie courte durée : pathologies qui ne nécessitent pas un traitement lourd (fatigue, surmenage, problème de dos, intervention chirurgicale, césarienne...)

	<p>Nombre d'heures accordé : 80 h sur 6 mois</p> <p>Maladie longue durée : handicap parent ou enfant, et pathologies qui nécessitent un traitement lourd</p> <p>Nombre d'heures accordé : 500 h sur 2 ans maximum</p>	<p>Nombre d'heures accordé : 80 h sur 6 mois</p> <p>Maladie longue durée : handicap parent ou enfant, et pathologies qui nécessitent un traitement lourd</p> <p>Nombre d'heures accordé : 500 h sur 2 ans maximum</p>
--	---	---

En fonction de la situation familiale, l'ASE octroie des enveloppes d'heures d'aide de 120 h dans un premier temps et la PMI 40 h (possibilité de renouvellement selon les travailleurs sociaux qui suivent la famille).

Annexe 9. Accompagnement lors du postpartum

Objectifs de l'accompagnement pour le retour au domicile

Les objectifs de l'accompagnement du retour à domicile sont à adapter en fonction des situations de vulnérabilité et de leur spécificité.

Assurer le suivi du nourrisson	Plus particulièrement sur les soins et les mesures de prévention : <ul style="list-style-type: none">– Les soins quotidiens d'hygiène et de confort du nourrisson, son alimentation (allaitement maternel ou alimentation aux préparations pour nourrissons) son couchage, ses rythmes de sommeil, sa sécurité...– Les mesures de prévention : de la mort inattendue du nourrisson, du syndrome de bébé secoué, du risque de maltraitance ou de négligence, plagiocéphalie, écrans, respect du calendrier vaccinal...
Assurer le suivi médical de la mère	<ul style="list-style-type: none">– Évaluer le risque de survenue d'une dépression du postpartum ou autre détresse psychologique– Évaluer le risque de violences conjugales ou intrafamiliales– Discuter des modalités de contraception pour le postpartum (notamment le DIU qui est un dispositif contraceptif qui peut être posé juste après l'accouchement)– Accompagner l'allaitement maternel, dans le respect des souhaits de la mère
Accompagnement à la parentalité du couple	<ul style="list-style-type: none">– Évaluer les connaissances du couple sur les besoins de l'enfant, et leur apporter les informations complémentaires pour leur permettre d'y répondre de façon adéquate– Écouter les sources de difficultés ressenties par la mère/les parents depuis leur retour à domicile, par exemple la fatigue qui est la première source de difficulté ressentie– Rechercher avec eux les ressources de l'environnement de la mère/les parents (personnes proches ou professionnelles qui peuvent être sollicitées en cas de difficultés, psychiques ou matérielles)
Orientation vers d'autres professionnels en fonction des besoins	<ul style="list-style-type: none">– Vers des consultations spécialisées si besoin :<ul style="list-style-type: none">• Consultation de santé mentale• Consultation en addictologie, tabacologie, alcoologie• Consultation de nutrition– Vers des lieux de soutien à la parentalité ou des consultations spécialisées pour le soutien à la parentalité– PMI, CMP unité petite enfance et parentalité, CAMSP, UPP (unité pédopsychiatrique), maison des 1 000 jours...
Accompagnement social	<ul style="list-style-type: none">– Orientation vers des services sociaux, qu'ils soient à la maternité, centre 115 ou au sein des collectivités territoriales

Entretien postnatal précoce

L'entretien postnatal précoce est devenu une étape obligatoire du parcours de soins des femmes en postpartum depuis le 1^{er} juillet 2022.

Comme l'entretien prénatal précoce (EPP), il s'agit d'un temps d'échanges qui, sauf situation particulière, ne doit pas comporter d'examen clinique.

Il peut se réaliser individuellement ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, en cabinet libéral, en PMI ou à la maternité.

Les objectifs de cet entretien sont les suivants :

- prévenir et dépister la dépression du postpartum ;
- partager le vécu de l'accouchement et de la naissance, les ressentis des jeunes parents ;
- comprendre le rythme du nouveau-né ;

- répondre à toutes les questions des parents ;
- faire en sorte que les parents sachent comment être aidés.

À l'issue de cet entretien, la sage-femme ou le médecin pourra, si cela est nécessaire, orienter la femme enceinte vers d'autres professionnel(le)s.

Comme pour l'entretien prénatal précoce, une feuille de synthèse sera remise à la femme enceinte.

Si besoin, cet entretien pourra être renouvelé entre 10 et 14 semaines après l'accouchement.

Structures d'accompagnement et de soin pour les femmes en situation de vulnérabilité

En vertu de l'article 221-2 du Code de l'action sociale et des familles, chaque département doit disposer de structures d'accueil pour les femmes en situation de vulnérabilité.

Principales structures d'accueil pour les femmes en situation de vulnérabilité	
Lieux ressources de soins	
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	Il est rattaché à un service public. Il favorise l'interaction entre les femmes enceintes et permet une réadaptation sociale.
Centre de soins psychiatriques CMP : centre médico-psychologique	Destiné à toute personne en difficulté psychique.
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	Il a pour mission de dépister et proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.
Lieux d'accompagnement ou d'hébergement	
Centre maternel ou centre parental	Un centre maternel est un établissement qui propose un hébergement et une aide aux femmes enceintes, mineures ou majeures, et aux mères isolées en situation difficile. Une équipe propose un accompagnement, une aide matérielle, éducative et psychologique pour des jeunes filles et des femmes en situation de grande fragilité. Le dossier d'admission doit être réalisé par un travailleur social. Centre maternel : accepte plus rarement le couple.
ESMS : établissements et services médico-sociaux	Ils accompagnent les personnes en situation de handicap. Ils sont attribués à la suite d'une orientation MDPH mais n'accueillent pas forcément les femmes avec enfants.
SAVS	Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont pour mission de soutenir les personnes adultes handicapées dans la réalisation de leur projet de vie. Les SAVS offrent à leurs usagers un accompagnement pour maintenir ou restaurer leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires et professionnels, et facilitent leur accès aux services offerts par la collectivité.
Foyer de vie	Foyer proposé à des personnes en situation de handicap ayant très peu d'autonomie.
Foyer d'hébergement	Il peut laisser plus ou moins de place à l'autonomie sociale. Il peut être annexé à un service d'aide pour le travail (ESAT).
Lieu accueil enfant/parent (LAEP)	Espace conçu pour accueillir parents et jeunes enfants jusqu'à 6 ans pour soutenir la parentalité.
Centre d'hébergement d'urgence (CHU)	Assure l'accueil, le logement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale.

Annexe 10. Structures de soutien à la parentalité

Structures de soutien à la parentalité	
PMI Visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices du secteur	<p>Actions collectives de soutien à la parentalité (groupes de parole, de pair-aidance) Consultations (MG, SF, puéricultrice)</p> <p>Objectifs des VAD : Observer les interactions parents/enfant régulièrement Conseiller les parents en s'appuyant sur leurs compétences, les orienter vers des consultations spécialisées si besoin (par exemple, consultation infantile en cas de problème médical de l'enfant)</p>
Unité pédopsychiatrie de parentalité (CMPP)	<p>En cas de grande difficulté d'interaction, trouble psychiatrique de la mère En ambulatoire, en hôpital de jour ou en hospitalisation temps plein ou en unité mobile</p>
Lieu d'accueil enfants/parents (LAEP) ⁷⁹	<p>Espace de rencontres, d'écoute et d'échange pour les parents (groupe de parole entre pairs) et leurs jeunes enfants, âgés de 0 à 6 ans. La structure accueille les familles de manière anonyme et volontaire.</p> <p>Les principaux objectifs sont de participer à l'éveil et à la socialisation de l'enfant, apporter un appui aux parents dans l'exercice de leur rôle par des échanges avec d'autres parents ou avec des professionnels.</p>
Maison des parents	Gérée par la ville : parfois en lien avec un LAEP, comprend des ateliers et a pour objectif le soutien à la parentalité
Maison des 1 000 jours	<p>Créée dans les suites du rapport de septembre 2020 sur les 1 000 premiers jours C'est un lieu de rencontre pour les parents et les professionnels. Les usagers bénéficient d'un accompagnement ponctuel, selon leurs besoins, comme une « étape de parentalité » à un ou différents moments de leur parcours de la préconception aux 3 ans de l'enfant. Groupes de pair-aidance avec un facilitateur.</p> <p>https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/les-maisons-des-1000-premiers-jours</p>
Établissements d'accueil du jeune enfant (halte-garderie)	<p>Accueil ponctuel ou régulier des enfants dans un lieu dédié (halte-garderie, crèche, multiaccueil, microcrèche, MAM...) ou au domicile d'une assistante maternelle agréée (indépendante ou crèche familiale)</p> <p>Offre un temps de repos aux parents, permet la recherche ou le retour à l'emploi Apporte des informations et conseils en matière de développement de l'enfant et parentalité</p> <p>Accord possible entre structure d'accueil et PMI, y compris dans le cadre de la protection de l'enfance</p> <p>Parfois, dans certains départements, il existe des dispositifs d'accueil, d'éveil conventionnés pour accueillir des enfants et travailler avec les parents sur un projet de soutien à la parentalité, en présence d'un référent PMI.</p>
Relais petite enfance	À disposition des familles pour préparer, choisir le mode d'accueil de l'enfant, propose également de l'accompagnement à la parentalité sous forme individuelle ou collective
Des supports d'information sont accessibles sur les sites institutionnels ou par le biais d'associations	Santé publique France – Les 1 000 premiers jours de SPF : https://www.santepublique-france.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours

⁷⁹ Exemples d'associations ayant un pôle parentalité :

- Les Papillons blancs (pour les parents handicapés) : apporte un soutien à la parentalité adapté au handicap des parents
- L'association la Maison verte <https://www.lamaisonverte.asso.fr/>
- Maman blues
- SOS Préma
- Jumeaux et plus

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association nationale des assistants de service social (Anas)*

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS)*

Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)*

Association Nationale des Sages Femmes Territoriales*
CMG*

Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)*

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)*

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO)*

Conseil national professionnel de la pédiatrie (CNPP)*

Conseil national professionnel des infirmières/infirmiers puéricultrices/teurs*

Fédération de l'aide à domicile/Confédération syndicale des familles (FNAAFP/CSF)*

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)*

Fédération nationale ADEDOM*

Fédération nationale des centres parentaux (FNCP)

Fédérations nationales de la branche de l'aide et de l'accompagnement à domicile (ADEDOM, FNAAFP/CSF, UNA, UNADMR)*

Service d'accompagnement à la parentalité des personnes handicapées (SAPPH)*

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Service d'accompagnement et de soutien à la parentalité (SASP)

Société française de médecine périnatale*

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)*

Société française de psychologie*

Union nationale ADMR*

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)*

Union nationale de l'aide, des soins et des services au domicile (UNA)*

Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI)*

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)*

* **Organismes ayant proposé des noms d'experts**

Groupe de travail

Dr Solène Vigoureux, présidente, gynécologue-obstétricienne, Nantes

Mme Céline Audiger, chargée de projet, sage-femme-épidémiologiste, Joinville-le-Pont

Dr Julie Blanc, chargée de projet, gynécologue-obstétricienne, Marseille

Dr Christine Revel-Delhom, cheffe de projet HAS, Saint-Denis

Pr Élie Azria, gynécologue-obstétricien, Paris

Mme Pascale Basset, sage-femme coordinatrice réseau périnatal, Nancy

Mme Sandrine Cabourg, éducatrice spécialisée, Orléans

Dr Jean-Louis Chabernaude, pédiatre-réanimateur, Paris

Dr Jacques Cheymol, pédiatre, Clichy

Dr Marianne Coicaud, gynécologue-obstétricienne, Bordeaux

Mme Catherine De Kervenoael, représentante d'usagers, UNAFAM, Paris

Mme Jobine Djo, technicienne de l'intervention sociale et familiale, Paris

Mme Florie Frechard, responsable de secteur du service à domicile, Paris

Mme Fabienne Galley-Raulin, sage-femme, Verdun

Dr Maud Giacomelli, médecin santé publique et médecine sociale, Bobigny
Mme Carinne GOMIS, infirmière puéricultrice PMI, Pantin
Mme Candie Grangé, sage-femme, Paris
Dr Élisabeth Jude-Lafitte, pédiatre, Watrelos
Dr Jean-Philippe Lang, psychiatre et addictologue, Strasbourg
Mme Estelle Ledon, infirmière puéricultrice, Besançon

Dr Sohela Moussaoui, médecin généraliste, Villejuif
Mme Nébia Nemiche, assistante sociale, Marseille
Mme Marianne Nouhaud, sage-femme, Nantes
Mme Alison Passieux, représentante d'usagers, Versailles
Mme Manon Praca, cheffe de projet DIQASM – HAS, Saint-Denis
Dr Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre, Lyon
Pr Jaqueline Wendland, psychologue, Boulogne-Billancourt

Groupe de lecture

Mme Laurence Almerich, sage-femme, Aix-en-Provence
Mme Muriel Athlani, sage-femme, Marseille
Mme Claire Audouin, sage-femme, Pirae, Polynésie française
Dr Bérengère Beauquier-Maccotta, pédopsychiatre, Noisy-le-Sec
Mme Sarah Benjlany, sage-femme, Enghien-les-Bains
Dr Claire Boithias, pédiatre néonatalogie, Le Kremlin-Bicêtre
Mme Micheline Boivineau, sage-femme, Nantes
Mme Maud Bonfils, sage-femme, Grenoble
Dr Catherine Bonnet, pédopsychiatre, Paris
Dr Véronique Brévaut, pédiatre, Marseille
Dr Henri Bruel, pédiatre néonatalogiste, Le Havre
Dr Carillo Floriane, pédopsychiatre, Lille
Dr Emmanuel Cixous, pédiatre, Roubaix
M. Jean-Laurent Clochard, TISF, représentant de la FNAAFP, Paris
Dr Anne-Laure Colas-Charlap, médecin généraliste, Villejuif
Dr Gilbert Dahan, pédiatre, Colombes
Mme Catherine Delnevo, puéricultrice, Croix-Nobillon
Dr Alice Domerc, médecin généraliste, Villejuif
Dr Guillaume Ducarme, gynécologue-obstétricien, La Roche-sur-Yon
Dr Romain Dugravier, pédopsychiatre, Paris
Mme Élixa Étienne, sage-femme, Tournon sur Rhône
M. Charles Eury, Infirmier puériculteur, Angers
Mme Anne Evrard, représentante d'usagers, Lyon
Mme Sarah Ferrandi, responsable enfant et parentalité ADM, Paris

Dr Laurence Foix L'Helias, pédiatre, Paris
Mme Marie Gerard, sage-femme, Nantes
Dr Nancy Grime, pédiatre de PMI, Lyon
Mme Sophie Guillaume, sage-femme, Bastia
Mme Gwenola Guyon, psychologue, Créteil
Dr Ghada Hatem, gynécologue-obstétricienne, Saint-Denis
Mme Audrey Lalanne, sage-femme, Grenoble
Dr Rémi Laporte, pédiatre, Marseille
Mme Vanessa Lasne, consultante en lactation, Saint-Martin-d'Ordon
Mme Muriel Legendre, sage-femme, Rouen
Mme Élise Marcende, représentante d'usagers, Lyon
Mme Fabienne Menjoz, sage-femme, Chambéry
Mme Sandrine Millones, sage-femme, Albi
Mme Alison Nayrolles, sage-femme PMI, Nantes
Mme Sabine Paysant, sage-femme, Le Cateau-Cambrésis
Dr Annie Poizat, psychiatre périnatale, Grenoble
Mme Marie Jeanne Richard, représentante d'usagers, Grenoble
M. Sébastien Riquet, sage-femme, Marseille
Mme Priscille Sauvegrain, sage-femme, Paris
Pr Loïc Sentilhes, gynécologue-obstétricien, Bordeaux
Mme Fanny Sikora, sage-femme hospitalière, Lille
Mme Camille Thomas, psychomotricienne en PMI, Romainville
Mme Françoise Zammit Massei, puéricultrice néonatalogie, Marseille

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AES	Accompagnant éducatif et social
Alur	Accès au logement et un urbanisme rénové
AME	Aide médicale de l'État
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASS	Assistant de service social
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CMP	Centre médical, psychologique et social
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CSP	Code de la santé publique
Dalo	Droit au logement opposable
DMP	Dossier médical partagé
DRSP	Dispositifs régionaux de santé en périnatalité
EPNP	Entretien postnatal précoce
EPP	Entretien prénatal précoce
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hospitalisation de jour
IMG	Interruption médicale de grossesse
LAEP	Lieu accueil enfant/parent
MFIU	Mort fœtale <i>in utero</i>
MG	Médecin généraliste
MPS	Médico-psycho-social
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelles
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé

PEC	Prise en charge
PMA	Procréation médicalement assistée
PMI	Protection maternelle et infantile
RBP	Recommandations de bonne pratique
RPNA	Réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine
SA	Semaine d'aménorrhée
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SF	Sage-femme
SIAO	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
UPP	Unité pédopsychiatrique
VAD	Visite à domicile

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

