
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

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

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 dans le descriptif de la publication 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	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. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 11 janvier 2024
Autres formats	Recommandations, synthèse et fiches outils

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

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – janvier 2024 – ISBN : 978-2-11-172113-5

Sommaire

1. Situations de vulnérabilité au cours de la grossesse et en postpartum et leurs conséquences	8
1.1. Définition des situations de vulnérabilité pour les mères et leurs nouveau-nés	8
1.1.1. Définitions de la vulnérabilité dans les précédentes recommandations de la HAS, la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant et le rapport des 1 000 premiers jours	9
1.1.2. Définitions de vulnérabilités d'après l'analyse de la littérature	12
1.2. Épidémiologie des situations de vulnérabilité en cours de grossesse et en postpartum : prévalence et facteurs de risque en France	14
1.2.1. Prévalence et facteurs de risque des vulnérabilités en rapport avec des éléments médicaux et psychiques	15
1.2.2. Prévalence et facteurs de risque des vulnérabilités sociales	15
1.2.3. Prévalence et facteurs de risque des situations de vulnérabilité particulières	16
1.3. Quelles sont les conséquences pour la mère associées à la vulnérabilité ?	16
1.3.1. Mortalité maternelle	16
1.3.2. Morbidité maternelle sévère	18
1.3.3. Grossesse à haut risque médical	18
1.3.4. Suivi prénatal inadéquat	19
1.4. Quelles sont les conséquences pour l'enfant associées à la vulnérabilité ?	19
2. Modalités de dépistage des situations de vulnérabilité	22
2.1. Faut-il faire un dépistage systématique ?	22
2.2. Quels moments pour dépister les situations de vulnérabilité ?	23
2.2.1. Consultation préconceptionnelle	23
2.2.2. Consultations médicales de la femme enceinte	23
2.2.3. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)	24
2.2.4. Hospitalisation en cours de grossesse	25
2.2.5. Visites à domicile	25
2.2.6. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	25
2.2.7. Bilan prénatal de prévention	25
2.2.8. Entretien postnatal précoce	25
2.2.9. Consultations postnatales et pédiatriques	25
2.2.10. Consultation du 15 ^e jour pour le nouveau-né	25
2.3. Qui sont les acteurs du dépistage des vulnérabilités ?	26
2.3.1. Les principaux acteurs	26
2.3.2. Formation des professionnels	27
2.4. Quels outils pour dépister ces situations ?	27
2.4.1. Entretien individualisé lors des consultations médicales	27

2.4.2. Grilles de dépistage	28
2.4.3. Auto-questionnaires	29
2.5. Modalités d'information de la femme enceinte/accouchée	34
3. Actions de prévention à mettre en œuvre pendant la grossesse et le postpartum	36
3.1. Quels sont les outils de prévention ?	36
3.1.1. Visites à domicile (VAD)	37
3.1.2. Les staffs médico-psycho-sociaux comme dispositifs de prévention	41
3.1.3. Partenariat ville-hôpital et structures d'accueil associatives	42
3.1.4. Les groupes de nouveaux parents	42
3.1.5. Les programmes d'éducation à la santé	43
3.2. Prévention secondaire chez les femmes, parents et enfants présentant des facteurs de risque de vulnérabilité	44
3.2.1. Prévention de la dépression périnatale	44
4. Prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et du postpartum, état des lieux à l'étranger	45
4.1. Québec, un dispositif spécifique : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	45
4.1.1. Les objectifs	45
4.1.2. Admission au sein du dispositif	46
4.1.3. Critères d'admission au sein du dispositif	47
4.1.4. Soutien à la décision de l'admission	47
4.1.5. Modalités d'intervention	48
4.2. Prévenir la grossesse à l'adolescence et offrir un soutien adapté aux jeunes parents	48
4.3. Les parents en cumul de vulnérabilités	49
4.4. Les grossesses issues de la procréation médicalement assistée (PMA)	49
4.5. Les naissances prématurées et le retard de croissance intra-utérin (RCIU)	49
4.6. Maladies congénitales des enfants	50
4.7. Conduites addictives	51
4.8. Violence	52
4.9. Vulnérabilité mentale	53
4.10. Grossesses multiples	53
4.11. Femmes en situation de handicap	54
4.12. Migrants et réfugiés	54
5. Prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et du postpartum, en France	56
5.1. Contexte en France	56
5.2. Identification des ressources et des différents acteurs pouvant intervenir auprès des femmes vulnérables en périnatalité en France	57

5.2.1.	Les professionnels de santé	57
5.2.2.	Autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre d'une prise en charge de patiente ayant une vulnérabilité	58
5.2.3.	Autres acteurs autour de la périnatalité	61
5.2.4.	Les institutions/organisations jouant un rôle dans le parcours des femmes en situation de vulnérabilité en ante et postpartum	62
6.	Les ressources propres aux femmes et aux familles	71
6.1.	Les besoins primaires selon l'OMS	71
6.1.1.	Définition	71
6.1.2.	Un dispositif spécifique pour le logement en France : le droit opposable au logement	71
7.	Organisation d'une prise en charge coordonnée en équipe pluridisciplinaire	74
7.1.	Modalités spécifiques permettant de répondre aux besoins des femmes en situation de vulnérabilité	74
7.1.1.	Le référent unique	74
7.1.2.	Les visites à domicile	74
7.1.3.	Inclusion positive du partenaire	80
7.1.4.	Accompagnement de la relation parents/enfants (soutien à la parentalité)	81
7.2.	Coordination et transmission entre les différents acteurs	81
7.2.1.	Les staffs médico-psycho-sociaux	82
7.2.2.	Le dossier médical partagé	86
7.2.3.	Fiche de liaison maternité/ville	88
7.2.4.	Rôle des réseaux et des réseaux de périnatalité	89
8.	Parcours de soins pour certaines situations de vulnérabilité	92
8.1.	Organisation d'un parcours de soins pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité	92
8.2.	Femmes en très grande situation de précarité	94
8.2.1.	Le dispositif « unité précarité errance »	94
8.3.	Femmes en situation de handicap	95
8.4.	Femmes incarcérées	96
8.5.	Femmes en situation d'addiction	97
8.6.	Prévenir la grossesse à l'adolescence et offrir un soutien adapté aux jeunes parents	98
8.6.1.	La concertation entre partenaires	98
8.6.2.	Suivi grossesse	98
8.6.3.	Hospitalisation	99
8.6.4.	Droit civil et droit pénal : les principaux repères juridiques	100
8.7.	Éviter les ruptures de parcours de soins	101
	Table des annexes	104

Références bibliographiques	114
Participants	123
Abréviations et acronymes	125

1. Situations de vulnérabilité au cours de la grossesse et en postpartum et leurs conséquences

1.1. Définition des situations de vulnérabilité pour les mères et leurs nouveau-nés

En préambule, alors que la notion de vulnérabilité semble appropriée pour traiter de la question posée, il est opportun en premier lieu de discuter de la terminologie employée.

La vulnérabilité est définie par l'Académie de médecine comme un « état traduisant l'impossibilité pour une personne de répondre de façon adéquate à une quelconque modification homéostatique ». Il s'agit ainsi d'une situation dans laquelle la personne peut être fragilisée du fait de circonstance médicale, psychologique ou sociologique et donc dans l'impossibilité de répondre de façon adéquate à toute situation menaçant sa sécurité physique ou mentale. Le mot vulnérable, quant à lui, possède deux définitions. La première, « au sens général, état d'une personne qui, quel que soit son âge, est sans protection, et donc plus particulièrement exposée à des conditions délétères externes : alcool, drogues, tabac, infections, stress, agressions, abus ou maltraitance ». La seconde, « en médecine gériatrique, état des malades le plus souvent les plus isolés, mal nourris, physiquement fragiles et limités sur le plan mental ». Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts.

Le terme de vulnérabilité permet donc de traiter le sujet de façon large.

Un colloque a été organisé en 2013 par l'Agence Nationale de Recherche et l'Institut de Recherche en Santé Publique sur les vulnérabilités sanitaires et sociales (1). Celui-ci a conclu que la notion de vulnérabilité permet de contribuer à dépasser la séparation entre social et sanitaire et à renforcer la synergie entre ces domaines de recherche et les communautés scientifiques concernées.

Le terme de vulnérabilité sera donc retenu dans ces recommandations.

Le terme de précarité est souvent employé en pratique. En sociologie, la précarité peut être une superposition de problématiques sociales. Elle est synonyme de pauvreté ou d'exclusion (2). Selon le dictionnaire Larousse, le mot « précaire » désigne « ce qui n'a rien de stable, qui peut être interrompu à tout moment ». La précarité n'est donc pas synonyme de pauvreté qui signifie « manque de ressources ». La précarité inclut non seulement des problèmes financiers, mais aussi des problèmes psychologiques.

En 1987, dans un rapport présenté au nom du Conseil économique et social publié au *Journal officiel*, Joseph Wresinski a proposé une définition de la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (3). Cette définition a depuis été régulièrement reprise dans la littérature.

Selon la définition de la classification internationale des maladies (CIM) 10, la précarité présente quatre dimensions :

- la précarité sociale (analphabétisme, acculturation, nécessité de soins d'hygiène, besoin d'assistance à domicile) ;
- la précarité de revenus (pauvreté extrême, faibles revenus, chômage) ;
- la précarité de logement (sans abri, logement inadéquat) ;
- la précarité d'accès aux droits (pas de couverture sociale, AME).

En tenant compte de ces définitions, la précarité pourrait se définir comme l'ensemble des situations de difficultés sociales ayant pour conséquence l'instabilité et apparaît comme une forme de vulnérabilité.

1.1.1. Définitions de la vulnérabilité dans les précédentes recommandations de la HAS, la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant et le rapport des 1 000 premiers jours

En 2005, la HAS avait publié des recommandations sur le thème « Préparation à la naissance et à la parentalité » dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. Ces recommandations avaient pour objectifs de préparer les couples à l'accueil de leur enfant, de repérer les situations de vulnérabilité pour proposer un accompagnement, de soutenir la parentalité et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal ([4](#)).

Ce document proposait une définition de la vulnérabilité et une liste de facteurs de vulnérabilité, susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant. La vulnérabilité était définie dans ces recommandations comme une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

Les facteurs de vulnérabilité identifiables pendant la grossesse dans les recommandations « Préparation à la naissance et à la parentalité » étaient les suivants :

- Problème de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage
- Antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse
- Violences domestiques, en particulier conjugales
- Le stress traduisant la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation (difficultés à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber). Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités
- L'anxiété étant un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme ou peut être exprimée par la femme enceinte
- Les troubles du sommeil de début de grossesse pouvant être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression
- Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérisant par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités

- La dépression du postpartum. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du postpartum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*)
- Les dépendances ou addictions (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraînant des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper
- La précarité étant l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités
- Le risque social étant lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé, ou rupture conjugale)
- Naissance à haut risque psycho-affectif (annonce pré ou postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap)
- Décès d'un proche au cours de la grossesse (père, mère, toute personne significative pour la femme)

Le groupe de travail de ces recommandations précisait alors que la liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité avait été établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail, sans parvenir à hiérarchiser les facteurs de vulnérabilité, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

En 2007 (avec actualisation en 2016), les recommandations de la HAS « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » ont proposé une définition de la grossesse « à bas risque » (5). Ainsi, la grossesse « à bas risque » est habituellement définie comme une grossesse dont le déroulement est dit « normal », soit « sans complications » avérées, chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande. Ces recommandations précisait ainsi que l'on ne peut considérer que la grossesse a été strictement « normale » qu'*a posteriori*, une fois l'accouchement passé et l'enfant né en bonne santé. Ces recommandations proposaient également une liste indicative et non exhaustive des situations à risque, pouvant être des situations de vulnérabilité, comprenant les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou liés à une grossesse précédente, les facteurs de risque médicaux, gynécologiques et obstétricaux ainsi que les facteurs sociaux et environnementaux.

Par la suite, en 2014, des recommandations ont été publiées par la HAS, « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », dans lesquelles une liste de critères a été établie afin d'identifier les femmes et les nouveau-nés à bas risque médical, psychique et social (6). Cette liste de critères porte sur des critères médicaux qui, lorsqu'ils existent, nécessitent une prise en charge spécifique et singulière en fonction de la pathologie observée. Ces différentes pathologies présentes au cours de la grossesse et du postpartum font déjà l'objet de recommandations spécifiques adaptées à la pathologie sous-jacente et dans lesquelles le suivi du couple-enfant fait partie de la prise en charge. Au-delà des critères médicaux, cette liste comprend des critères portant sur la vulnérabilité sociale, psychique, la coexistence de conduites addictives, et la parentalité à travers la notion de lien mère/enfant.

Plus précisément, à la lecture de ces recommandations, on peut identifier les critères de vulnérabilité suivants :

- Barrière linguistique

- Faible niveau de littératie en santé
- Instabilité psychique, antécédents de dépression du postpartum, prise de psychotropes
- Lien mère/enfant perturbé
- Manque d'autonomie pour réaliser les soins de base
- Déficience mentale
- Femme mineure
- Précarité
- Logement non adéquat
- Conduites d'addictions ou de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social inadéquat
- Défaut de suivi ou absence de suivi de grossesse ou postnatal

En 2014, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) a repris la définition de la précarité de Joseph Wresinski (3). Elle précisait que les situations de précarité en période périnatale se traduisent par un recours au système de santé plus rare et plus tardif, qui ne résulte pas du choix des femmes mais de leurs difficultés et d'un certain déficit d'information (7).

En 2020, le rapport de la commission d'experts sur les « 1 000 premiers jours » a aussi proposé une liste des situations de vulnérabilité constituant des situations particulièrement à risque et qui requièrent une réponse adaptée en termes d'accompagnement (8). Sont ainsi identifiées dans ce rapport les situations à risque suivantes :

- Naissance prématurée
- Enfants présentant des anomalies de trajectoire neurodéveloppementale pendant les 1 000 premiers jours
- La dépression périnatale et les troubles psychiques sévères des parents
- Les situations de violences conjugales

La violence conjugale étant un processus au cours duquel un partenaire exerce, dans une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles (9). La grossesse et la période périnatale sont des périodes très à risque concernant les violences subies par les femmes (10).

- Les parents en situation de handicap
- Les situations des familles en grande précarité

De plus, le « Cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger » publié par la HAS en 2021 a permis de définir les thématiques ou sous-thématiques à évaluer lorsqu'une information préoccupante a été émise concernant un enfant (11). Ces thématiques concernent l'enfant et ses relations avec son entourage, mais aussi le cadre de vie, la situation de chacun des parents et la relation entre les parents dans le but de repérer les difficultés ayant un impact sur l'enfant (difficultés financières et professionnelles, isolement social, problématique de santé, addiction, handicap, etc.).

Ces éléments issus de précédentes recommandations de la HAS, de la CNNSE et du rapport des « 1 000 premiers jours » permettent ainsi dès le début de cette contextualisation de souligner l'importance de la prise en charge dès la période anténatale et jusqu'à la période postnatale. Au sein des 1 000 premiers jours, la période de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois de vie de l'enfant est particulièrement cruciale car fragile.

1.1.2. Définitions de vulnérabilités d'après l'analyse de la littérature

S'agissant de la précarité sociale, une mise au point consistant en une synthèse de plusieurs études sur les inégalités sociales en santé a été publiée en 2015 (12). Elle rappelait que la condition sociale a un impact sur la santé des individus et qu'aux inégalités socio-économiques s'ajoutent des inégalités sociales de santé. Cette mise au point permettait également d'apporter des éléments sur la vulnérabilité associée à l'environnement géographique et à l'immigration.

Les conditions de vie des populations immigrées sont variables et dépendent du temps écoulé depuis leur arrivée sur le territoire. Particulièrement pour les femmes enceintes, les populations immigrées se distinguent de la population française par un niveau d'études plus faible, un isolement plus important, une dépendance plus fréquente vis-à-vis des allocations chômage et du revenu de solidarité active ainsi que des ressources moindres (13). Ces femmes sont vulnérables en raison de la situation économique dans laquelle elles se trouvent, mais aussi de l'isolement résultant de l'affaiblissement des appuis familiaux et sociaux liés au déracinement. Elles rencontrent également des difficultés d'accès aux soins plus fréquentes que les femmes non migrantes en rapport avec des barrières de communication linguistiques et culturelles, de la discrimination et des complexités administratives.

Le caractère non désiré ou non prévu de la grossesse peut également être considéré comme un indicateur de vulnérabilité. En effet, d'après les données de la cohorte prospective PReCARE conduite dans le nord de Paris et qui sera détaillée plus bas, une grossesse non désirée ou non prévue était le facteur de risque indépendant dont la force de l'association avec un suivi de grossesse inadéquat était la plus importante (14).

Une expérimentation « RéPAP » (Réfèrent Parcours Périnatalité) est actuellement pilotée par la direction générale de la Santé et préconisée par le rapport des 1 000 premiers jours. Cette expérimentation vise à mettre en place un accompagnement individuel et gradué des femmes, de la grossesse aux 3 mois de l'enfant. Cette expérimentation concerne environ 6 000 femmes au sein de quatre territoires partenaires identifiés (Guyane, Centre Essonne, Drôme, Pays Loire Touraine) pendant une durée de 18 mois.

L'évaluation de la vulnérabilité sera faite par le RéPAP lors du premier entretien faisant suite à l'inclusion de la femme dans le dispositif.

Le repérage des situations de vulnérabilité dans le cadre de cette expérimentation repose sur plusieurs types d'indicateurs. :

- Des indicateurs prioritaires : la présence d'un seul de ces indicateurs (comme le handicap, les conduites addictives, la vulnérabilité psychique, les violences) suffit pour justifier d'une inclusion directe ou secondaire dans le parcours renforcé et nécessite un accompagnement coordonné en lien avec le staff médico-psycho-social.
- Des indicateurs secondaires de repérage (liés au contexte social, logement, âge...) : organisés sous la forme d'un outil permettant de dégager un score, ces indicateurs cumulés permettent d'aider le référent parcours périnatalité à repérer des situations de vulnérabilité.

S'agissant des critères relatifs à une instabilité psychique, un antécédent de dépression du postpartum ou la prise de psychotropes, la prise en charge des femmes/couples concernés est traitée dans des recommandations dédiées de la HAS, « Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux ». La lettre de cadrage de ces recommandations précise que les pathologies traitées dans ces recommandations sont les troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles psychiques sévères, addictions et mésusages de l'alcool et des autres substances psychoactives et les troubles de la relation précoce (parents/bébé).

En synthèse, voici de façon non exhaustive les critères de vulnérabilité identifiables à la suite de cette première analyse, de la période prénatale à postnatale.

Vulnérabilités en rapport avec les facteurs de risque individuels de la femme enceinte et/ou de l'enfant

- **Très jeune âge de la mère**
- Antécédents médicaux
 - Troubles du comportement alimentaire
 - Obésité
 - Maladie psychiatrique
 - Pathologies médicales chroniques nécessitant une observance et une compliance régulière
- **Antécédents gynécologiques et obstétricaux**
 - Antécédent de deuil périnatal (par exemple : antécédent d'IMG, de MFIU¹)
 - Antécédents de dépression postnatale, syndrome de stress post-traumatique, évènement traumatisant au cours de la grossesse : décès, épisodes dépressifs
- **Situations obstétricales particulières**
 - Grossesse obtenue par PMA, grossesse multiple
 - Pathologies obstétricales, grossesse suivie au 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**
 - 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**
 - Séparation précoce mère/enfant (hospitalisation maternelle ou néonatale)
 - Difficultés relationnelles avec l'enfant (par exemple : 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 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**
- **Parcours traumatiques**

¹ MFIU : mort fœtale *in utero*.

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

Vulnérabilités en lien avec l'interculturalité

- Faible niveau de littératie² 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

1.2. Épidémiologie des situations de vulnérabilité en cours de grossesse et en postpartum : prévalence et facteurs de risque en France

De nombreuses données présentées ci-après sont issues de la dernière enquête nationale périnatale (ENP 2021). Celle-ci a permis de collecter les données périnatales au sein de toutes les maternités publiques et privées de l'ensemble du territoire français (DOM compris) ainsi que dans des maisons de naissance (17).

Le rapport correspondant décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques et les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que les lieux d'accouchement et l'environnement des naissances. Cette enquête a été mise en œuvre et financée par la Direction générale de la Santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Santé publique France (SPF) et l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'INSERM.

Les enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier et permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs périnatals relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Elles portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes en suites de couches après leur accouchement. L'enquête réalisée en mars 2021 a permis un recueil sur 13 631 naissances auprès de 13 404 femmes au sein de 480 maternités en activité en France, dont 8 maisons de naissance. Les données obtenues fournissent des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution.

La participation de quasiment toutes les maternités a permis d'obtenir un nombre de naissances très voisin de celui attendu selon les statistiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), et les caractéristiques des mères, des accouchements et des nouveau-nés sont

² 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 » (15).

« 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 » (16).

similaires à celles connues grâce aux statistiques sur les séjours hospitaliers issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

1.2.1. Prévalence et facteurs de risque des vulnérabilités en rapport avec des éléments médicaux et psychiques

Sur le plan psychologique, un peu moins d'un quart (25,6 %) des femmes répondant au questionnaire auto-administré ont déclaré qu'il leur était arrivé de vivre au cours de leur grossesse « une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir » et 19,1 % ont connu « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle elles avaient perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur donnent habituellement du plaisir ». Ces deux items correspondent aux symptômes principaux des troubles dépressifs selon le Manuel diagnostique des troubles mentaux. La part des femmes déclarant avoir consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques durant leur grossesse avait augmenté depuis 2010, de 4,8 % à 8,9 %.

Après l'accouchement, la dépression du postpartum est une pathologie fréquente et sous-diagnostiquée, et pouvant entraîner des effets potentiellement graves sur la mère et l'enfant, notamment en termes de développement. Sa prévalence est de l'ordre de 10 à 15 % selon les études, ce qui en fait un enjeu majeur de la période périnatale (18).

S'agissant des vulnérabilités en rapport avec des antécédents obstétricaux sévères, d'après l'ENP 2021, 13,1 % des femmes multipares avaient au moins un antécédent tel qu'une mort fœtale *in utero*, un décès néonatal, un accouchement prématuré ou la naissance d'un nouveau-né hypotrope.

En 2021, 12,2 % des femmes fumaient au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse. Parmi les femmes incluses dans l'ENP 2021 et ayant répondu au questionnaire auto-administré, 1,1 % déclaraient une consommation de cannabis pendant leur grossesse.

Parmi les situations à haut risque psycho-affectif, 0,4 % des femmes en 2021 accouchaient d'un nouveau-né mort-né et 0,3 % dans le contexte d'une interruption médicale de grossesse. Parmi les enfants vivants, 10,9 % étaient transférés en réanimation, soins intensifs, néonatalogie ou unité kangourou.

D'après l'ENP 2021, 7,0 % des femmes accouchaient prématurément (soit avant 37 SA) et 1,7 % des femmes présentaient un accouchement dans le contexte d'une grossesse multiple en métropole en 2021.

La part des femmes présentant une obésité a augmenté de manière significative entre les ENP 2010 et 2021, passant de 9,9 % à 14 %.

La proportion de femmes ayant eu recours à un traitement de l'infertilité a augmenté de 5,7 % en 2010 jusqu'à 6,9 % en 2016 puis était stable à 6,7 % en 2021.

1.2.2. Prévalence et facteurs de risque des vulnérabilités sociales

En France, en 2021, 67,9 % des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse. Une baisse du pourcentage de femmes au chômage a été observée entre 16,8 % en 2016 et 13,0 % en 2021.

À l'échelle du ménage, 27,4 % des femmes vivaient dans un ménage dont les revenus n'étaient pas liés à une activité professionnelle. Plus précisément, 16,4 % des ressources du ménage des femmes étaient en rapport avec l'allocation d'aide au retour à l'emploi, 6,9 % du revenu de solidarité active (RSA) ou prime d'activité.

Au sein des ménages dans lesquels ni la femme ni son partenaire n'avaient d'emploi, les femmes étaient plus jeunes, avaient eu plus fréquemment des enfants avant l'accouchement de 2016 et étaient plus souvent de nationalité étrangère.

En termes de couverture sociale en début de grossesse, 1,7 % des femmes bénéficiaient de l'Aide Médicale d'État (AME) et 1,0 % d'aucune couverture sociale.

La part des femmes vivant seules lors de la grossesse et de l'accouchement était de 7,9 % en 2021.

La proportion des femmes sans logement personnel au 3^e trimestre de la grossesse était de 6,4 % en 2016, en stabilité depuis 2010.

En 2016, l'enquête nationale périnatale avait proposé pour la première fois de présenter la répartition de la population des femmes ayant accouché sur la période selon un indice de précarité, qui sera présenté et développé plus bas (19). Parmi les femmes ayant accouché en France, 10,5 % des femmes présentaient au moins un indicateur de précarité, 7,2 % en présentaient deux et 3,8 % au moins 3 indicateurs de précarité parmi les 4 suivants : foyer recevant le RSA (Revenu de Solidarité Active), femme bénéficiant de la CMU ou n'ayant pas de couverture sociale, femmes n'ayant pas de logement personnel, femmes ne vivant pas avec un partenaire au cours de la grossesse.

En 2021, la part des femmes défavorisées (indice = 2) et très défavorisées (indice = 3) était en diminution, passant respectivement de 7,2 % à 3,9 % et de 3,8 % à 1,3 % entre 2016 et 2021.

D'après les données de l'ENP 2021, la part des femmes de nationalité étrangère accouchant en France a augmenté entre 2016 et 2021, passant de 14,1 % à 15,8 %. Le principal groupe de femmes étrangères en 2021 était composé de femmes d'Afrique du Nord (5,4 %), puis des femmes d'autres pays d'Afrique et d'Europe. Parmi les 21,0 % des femmes qui sont nées hors de France et qui résident en France au moment de l'accouchement, la part de celles arrivées en France dans l'année précédant leur accouchement a diminué entre 2016 et 2021, passant de 11,5 % à 6,1 % (17).

D'après les données de l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE), 23,5% des femmes ayant accouché en France en 2020 étaient nées ailleurs qu'en France (20).

1.2.3. Prévalence et facteurs de risque des situations de vulnérabilité particulières

D'après les données de l'ENP 2021, 1,3 % des femmes ayant accouché en France étaient mineures.

D'après l'ENP 2021, 1,3 % des femmes répondant au questionnaire auto-administré rapportaient avoir subi des violences physiques durant la grossesse. L'étude « Cadre de vie et sécurité » réalisée par l'INSEE rapportait un taux de 4,7 % dans les deux ans précédant l'enquête chez les femmes de 18 à 75 ans (21).

L'enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France, ENVFF, menée en 2002, a établi que dans les 12 mois précédents, 1 femme sur 10 avait subi des violences de son compagnon ou ex-compagnon (22).

1.3. Quelles sont les conséquences pour la mère associées à la vulnérabilité ?

1.3.1. Mortalité maternelle

La dernière enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période de 2013 à 2015 a confirmé le caractère migrant comme facteur de risque de mortalité maternelle (23). En

2013-2015, 31 % des morts maternelles sont survenues chez des femmes nées hors de France, pour 21 % des naissances vivantes.

Ce surrisque n'est cependant pas équivalent pour toutes les régions de naissance. Ainsi, les femmes d'Afrique du Nord ou d'autres pays européens ont un niveau de mortalité maternelle similaire à celui des femmes nées en France. À l'inverse, les femmes nées en Afrique subsaharienne ont le ratio de mortalité maternelle le plus élevé, 24,8 pour 100 000, près de trois fois celui des femmes nées en France. Cet écart par rapport aux femmes natives se maintient à un niveau stable depuis 2007-2009. Un groupe plus hétérogène, celui des femmes nées dans « d'autres pays » (c'est-à-dire hors Europe et Afrique) montre également un excès de risque de mortalité maternelle, multiplié par 2,7 par rapport aux femmes nées en France. Ces variations de risque de mortalité maternelle des femmes migrantes selon leurs pays de provenance reflètent possiblement des différences d'ancienneté des vagues migratoires et des conditions de migration et d'intégration.

De plus, le questionnaire de cette dernière ENCMM a permis de renseigner des dimensions variées du statut social : emploi, couverture sociale, logement, isolement, etc. Bien que ces items comportent encore une proportion importante de données manquantes (absence fréquente de ces données dans le dossier médical), ils permettent de mieux décrire le statut social des femmes décédées.

Deux approches ont été rapportées dans le rapport.

D'une part, une catégorisation à partir d'une variable composite identifiant les femmes ayant au moins un élément de vulnérabilité socio-économique parmi : CMU ou AME ou absence totale de couverture sociale, chômage, isolement social, logement précaire, vit sans conjoint pendant la grossesse. Cette approche épidémiologique présente l'intérêt d'être reproductible.

D'autre part, un jugement global du comité de l'ENCMM sur l'existence d'une vulnérabilité sociale au vu de l'ensemble des informations disponibles pour une femme ; ce jugement, en partie subjectif, a le mérite de faire une synthèse de l'impression globale sur un cas précis, en intégrant les données explicites et implicites ; sa reproductibilité et sa comparabilité sont cependant limitées.

Ainsi, en France au cours de la période 2013-2015, 26,5 % des morts maternelles sont survenues chez des femmes présentant au moins un critère de vulnérabilité socio-économique d'après la variable composite, *versus* 22 % dans la population globale des parturientes d'après l'ENP 2016. La barrière linguistique a été rapportée dans 22 cas (9 % des morts maternelles) et de la violence intrafamiliale chez 6 femmes décédées (estimations basses en raison des défauts de mention de ces caractéristiques dans les dossiers médicaux). L'analyse globale a identifié 54 femmes en situation de vulnérabilité sociale (21,7 %) dont 50 également identifiées par la variable composite.

On peut donc retenir qu'au moins un décès maternel sur 4 ou 5 survient dans un contexte de vulnérabilité sociale. Cette proportion globale semble différente selon la nature du décès. Ainsi, la proportion de femmes en situation de vulnérabilité socio-économique est plus importante pour certaines causes de décès ; 43 % parmi les suicides maternels. Elle est aussi deux fois plus grande parmi les décès évitables : 27,7 % parmi les décès maternels jugés évitables *versus* 13,7 % parmi ceux jugés non évitables. De plus, dans ce groupe des femmes vulnérables, les facteurs d'évitabilité impliqués relèvent souvent d'une inadéquation des soins comme dans l'ensemble des morts maternelles, mais également d'un défaut d'interaction de la patiente avec le système de soins dans 75 % des cas (« défaut d'observance », « non-venue à une consultation » et/ou « refus d'hospitalisation »), proportion bien supérieure à celle observée parmi l'ensemble des morts maternelles évitables, ce qui montre l'implication de la vulnérabilité sociale dans la chaîne des événements ayant conduit au décès.

D'autres facteurs de risque de mortalité maternelle ont été identifiés dans le rapport. L'obésité est un de ces facteurs. En France, la proportion de femmes obèses en début de grossesse est passée de

6 % en 1998 à 11,8 % en 2016 (24), et parmi les morts maternelles avec information disponible sur le statut d'obésité, 24,2 % sont survenues chez des femmes obèses, soit une proportion deux fois plus grande que dans la population générale des parturientes. Les grossesses multiples sont également un facteur de risque de complications obstétricales et de morbidité maternelle sévère. Les femmes avec grossesses gémellaires avaient un risque de mortalité maternelle multiplié par 2 par rapport aux grossesses monofoetales.

De plus, à l'échelle européenne, les femmes migrantes sont à risque plus élevé de complications maternelles et périnatales en comparaison des femmes nées dans le pays d'accueil, avec en particulier un risque plus élevé de mortalité maternelle et de morbidité maternelle sévère (25-28).

1.3.2. Morbidité maternelle sévère

De nombreuses données présentées ci-après sont issues d'études réalisées grâce à la cohorte PreCARE.

La cohorte prospective multicentrique PreCARE a été conduite entre octobre 2010 et mai 2012 dans 4 hôpitaux universitaires du nord de Paris et a inclus les femmes de plus de 18 ans ayant accouché après 21 semaines d'aménorrhée révolues dans ces hôpitaux sur cette période (n = 10 419) (14)

Afin d'évaluer la précarité maternelle, quatre indicateurs étaient recueillis : l'isolement social (aucune personne sur qui compter en début de grossesse pour avoir de l'aide en vue de la naissance ou soutien associatif uniquement), la précarité de logement (hébergement chez des amis/de la famille, hébergement en hôtel avec financement personnel, squat, sans domicile fixe, hébergement institutionnel ou autre hébergement précaire), la précarité de revenus (sources de revenus du foyer en début de grossesse : famille/amis, aides sociales ou aucune), la précarité de la couverture sociale (CMU, AME, urgence vitale). Un index de précarité était également établi à partir de ces quatre indicateurs : 0 pour absence d'indicateur de précarité, 1 pour un indicateur, 2 pour deux indicateurs et 3 pour trois ou quatre indicateurs (19)

En France, une étude réalisée en 2018, à partir de la cohorte PreCARE, a documenté l'association entre suivi prénatal inadéquat (défini par la réalisation de moins de 50 % des consultations recommandées) et la morbidité maternelle sévère (29). La morbidité maternelle sévère était le plus souvent en rapport avec une prééclampsie sévère, une déchirure périnéale sévère de degré 3 ou 4 ou une hémorragie du postpartum sévère.

Une autre étude réalisée en 2020, à partir de la cohorte PreCARE, a exploré plus spécifiquement le rôle de l'obésité avant grossesse comme médiateur de risque de prééclampsie sévère chez les femmes immigrées (30). Les femmes présentant une prééclampsie sévère dans la cohorte étaient plus souvent immigrées originaires d'Afrique subsaharienne, obèses, primipares, ne vivaient pas avec le père de l'enfant, présentaient une précarité sociale et une hypertension artérielle chronique. Après réalisation d'un modèle de médiation multivarié par régression logistique, les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne étaient à plus haut risque de développer une prééclampsie sévère (OR ajusté 2,53) avec un effet médié par l'obésité.

1.3.3. Grossesse à haut risque médical

D'après les données de la cohorte PreCARE, dans une étude publiée en 2017, 17,5 % des femmes avec un index de précarité de 3 présentaient une grossesse à haut risque en rapport avec des facteurs de risque médicaux en comparaison de 13,1 % des femmes ayant un index de précarité à 0 (14). L'index de précarité utilisé ici était le même que celui précédemment présenté et défini à partir des critères suivants : foyer recevant le RSA (Revenu de Solidarité Active), femme bénéficiant de la CMU

ou n'ayant pas de couverture sociale, femmes n'ayant pas de logement personnel, femmes ne vivant pas avec un partenaire au cours de la grossesse.

1.3.4. Suivi prénatal inadéquat

La première conséquence observable de la précarité maternelle est l'insuffisance du suivi des grossesses et que celle-ci peut être un facteur intermédiaire pouvant expliquer les risques maternels et périnataux associés aux inégalités sociales (12).

D'après la littérature sur le sujet, le risque de mauvais suivi de la grossesse est multiplié en l'absence de couverture sociale par un facteur 4 à 40 en fonction de l'origine étrangère ou non et de l'âge à la conception (31).

L'association entre suivi sous-optimal et risque périnatal n'est peut-être pas uniquement liée au défaut de suivi, mais elle peut aussi être en rapport avec les différences psychologiques et sociales existant entre les femmes se prêtant au suivi de grossesse et celles ne s'y prêtant pas ou n'y ayant pas accès (32).

L'enquête Enfants et familles sans logement (ENFAMS), réalisée en 2014 par l'observatoire du Samu social de Paris, a mis en évidence l'impact défavorable de l'hébergement temporaire dans des hôtels des familles étrangères sur la santé des enfants et des parents. Cette enquête a montré une proportion plus importante de grossesses tardives ou non déclarées dans cette population que dans la population générale (33).

Au sein de la cohorte PreCARE, la définition d'un suivi prénatal inadéquat était la suivante : début du suivi après 12 semaines d'aménorrhée, ou si moins de 50 % du nombre de consultations prénatales attendues compte tenu de la durée de la grossesse étaient réalisées, ou si l'échographie du 1^{er} trimestre ou à la fois l'échographie du 2^e et du 3^e trimestre étaient manquantes (14). Parmi les femmes incluses dans la cohorte, 23,3 % avaient un suivi prénatal inadéquat. En analyse univariée, chaque indicateur de précarité était associé avec un suivi prénatal inadéquat et un gradient de risque de suivi inadéquat existait selon l'index de précarité. Après ajustement et stratification par région de naissance, l'index de précarité était associé avec un suivi inadéquat pour les femmes nées en France et dans une moindre mesure pour celles nées en Afrique du Nord. Pour les femmes nées en Afrique subsaharienne, seul un index de précarité à 3 était associé avec un suivi inadéquat. Cette étude rapporte également des éléments pouvant expliquer ce suivi inadéquat. Les raisons les plus fréquemment rapportées par les femmes étaient la méconnaissance de leur grossesse et de l'intérêt du suivi de grossesse.

Une autre étude secondaire de la cohorte PreCARE a évalué l'association entre le statut légal de la mère migrante et le suivi prénatal inadéquat, mais aussi a exploré le rôle du lieu de naissance dans cette association (34). Cette étude montrait que les femmes migrantes, et en particulier celles sans papiers, étaient à plus haut risque de suivi prénatal inadéquat avec un *odds ratio* ajusté supérieur à 2. Le risque demeurait plus élevé quel que soit le lieu d'accouchement et était le plus élevé pour les femmes nées en Afrique subsaharienne.

1.4. Quelles sont les conséquences pour l'enfant associées à la vulnérabilité ?

Depuis plusieurs années, dans d'autres pays de niveau sanitaire équivalent à la France, un suivi sous-optimal a été montré comme associé à un risque accru d'accouchement prématuré ou de petit poids de naissance (35, 36).

De nombreux éléments dans la littérature documentent l'association entre la précarité sociale et le risque accru d'anomalies congénitales, d'accouchement prématuré ou de petit poids de naissance. Une étude ancienne rapportait des disparités majeures en termes de risque de prématurité ou de retard de croissance intra-utérin entre des pays de niveaux socio-économiques différents (37).

Une part importante de la morbidité et de la mortalité périnatale est liée aux anomalies congénitales, principalement non chromosomiques, comprenant des anomalies de fermeture du tube neural, des anomalies rénales et urinaires, musculosquelettiques, anencéphalies, anomalies des membres, de la paroi abdominale ou du diaphragme (38-40).

Un des facteurs pouvant expliquer ces constats est un recours au dépistage et au diagnostic prénatal susceptible d'être l'objet d'inégalités. Cependant, d'après les données du registre des malformations de Paris, les différences entre catégories socio-professionnelles en matière de diagnostic prénatal de la trisomie 21 se sont réduites au cours du temps, il existait en 2003 une différence de près de 12 % entre les catégories les plus hautes et les plus basses (41).

Ce phénomène n'est probablement pas seulement un problème d'accès aux soins, mais également en rapport avec un choix individuel de ne pas se prêter à certains dépistages et de ne pas choisir une interruption médicale de grossesse plus fréquemment dans certaines populations précaires où la part de migrants est plus importante que dans des groupes moins défavorisés (42).

D'autre part, la prématurité et l'hypotrophie à la naissance contribuent de façon majeure à la mortalité néonatale et infantile ainsi qu'à la morbidité à long terme et au handicap. Concernant les mécanismes unissant les situations de vulnérabilité psychosociale aux risques d'accouchement prématuré ou d'hypotrophie, un certain nombre de facteurs ont été identifiés comme facteurs intermédiaires, le tabac étant au premier rang. De plus, des travaux font état de liens entre accouchement prématuré et des événements de vie stressants, l'anxiété, la dépression ou le stress au travail. Parmi ces événements stressants, les facteurs environnementaux auxquels sont confrontées de manière chronique les femmes enceintes en situation de grande précarité (problème d'habitat, de revenus, d'isolement, de violence) pourraient être un mécanisme important reliant la précarité sociale au risque médical accru (43).

Les inégalités spatiales, indépendamment des caractéristiques individuelles, pourraient également avoir un lien avec le risque d'accouchement prématuré. Une étude menée aux États-Unis a montré que le risque d'accouchement prématuré était significativement associé au caractère défavorisé du territoire sur lequel vivaient les femmes (44). Des phénomènes de ségrégation raciale pourraient s'ajouter avec un effet délétère en cas d'isolement d'individus par rapport à leur communauté et plus favorable en cas de regroupement favorisant la cohésion et une certaine solidarité.

Les mêmes observations ont été faites en France dans le département de la Seine-Saint-Denis (45). Pour les femmes nées en France, le taux de prématurité augmentait de façon significative avec l'index de dénuement du territoire sur lequel elles résidaient. Cette tendance n'était pas retrouvée chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne où l'impact du dénuement semblait à l'inverse positif.

Une autre étude française réalisée en 2015, d'après les enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010 et les bulletins de naissance et certificats de décès néonataux entre 2000 et 2008, a rapporté des inégalités de santé périnatale (taux de mortinatalité, de mortalité néonatale et d'accouchement prématuré) selon les caractéristiques socio-économiques du lieu de résidence (46). Cette étude publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 24 février 2015 utilisait l'indice de désavantage social du CepiDc-INSERM (intitulé « Fdep »), dont les composantes étaient le taux de chômage, le revenu

médian par unité de consommation, le pourcentage de bacheliers et le pourcentage d'ouvriers. L'indice de désavantage social était associé aux trois indicateurs de santé périnatale avec un gradient linéaire.

Dans le même Bulletin épidémiologique hebdomadaire, un article visait à comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique avec l'exemple de la Seine-Saint-Denis. Les résultats présentés dans cet article mettaient en évidence les problèmes de suivi de la grossesse (début tardif et peu de consultations), en particulier pour les femmes étrangères et une mortinatalité en rapport avec des décès très précoces (22-26 semaines d'aménorrhée) et les pathologies hypertensives.

À l'échelle européenne, une étude a été réalisée en 2016 sur la mortinatalité de l'année 2010 associée à des indicateurs socio-économiques recueillis dans les systèmes de surveillance de routine de 19 pays participant au projet Euro-Peristat ([47](#)). Les facteurs socio-économiques étudiés étaient le niveau d'études de la mère, l'activité professionnelle de la mère et du père. Les taux les plus faibles de mortinaissances étaient observés dans le groupe des femmes ayant le plus haut niveau d'études dans tous les pays sauf la Slovénie. Dans la plupart des pays, les taux les plus bas de mortinaissance étaient observés chez les femmes ayant une activité professionnelle.

Des études canadiennes et américaines ont rapporté une augmentation de risque de mortinaissance de même magnitude pour les femmes avec un faible niveau d'études ([48](#), [49](#)).

En France, une étude réalisée en 2018, à partir de la cohorte PreCARE, a documenté l'association entre suivi prénatal inadéquat (défini par la réalisation de moins de 50 % des consultations recommandées ou par un index d'adéquation du suivi prénatal ou par la non-réalisation d'au moins une des trois échographies recommandées) et la morbidité périnatale sévère ([29](#)). La morbidité périnatale sévère était définie par la survenue d'au moins une des complications suivantes : naissance très prématurée (avant 32 semaines d'aménorrhée), poids de naissance en dessous du 3^e percentile, mort fœtale *in utero* (interruptions médicales de grossesse comprises), décès néonatal (avant 28 jours et avant la sortie), traumatisme néonatal, lésion du plexus brachial, inhalation méconiale, convulsions néonatales, score d'Apgar < 3 à 5 minutes, ou pH ombilical < 7,0.

2. Modalités de dépistage des situations de vulnérabilité

Une étude récemment publiée a permis d'identifier les stratégies de dépistage mises en place et de décrire les dispositifs et parcours de soins existants pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale dans les maternités françaises (50). Cette enquête a permis l'analyse des réponses de 309 maternités sur les 493 sollicitées. Dans 96,7 % des maternités, des questions en rapport avec des vulnérabilités psychosociales étaient systématiquement posées à l'ouverture du dossier de suivi prénatal. Cependant, moins de 10 % des maternités déclaraient utiliser un score ou une échelle de vulnérabilité psychosociale. L'entretien prénatal précoce était systématiquement proposé dans 64 % des maternités répondantes. Cette enquête faisait apparaître que chaque maternité possède des ressources et développe des initiatives pour faire face aux difficultés de prise en charge.

2.1. Faut-il faire un dépistage systématique ?

En 2014, la *Marcé International Society* a publié sa position sur l'évaluation psychosociale universelle et le dépistage de la dépression chez les femmes en période périnatale (51). *The International Marcé Society* est une société internationale pour la santé mentale périnatale formée lors d'une conférence internationale en 1980 devant la nécessité d'avoir un espace de discussion et de recherches sur la maladie mentale puerpérale au sens large. La publication citée fait suite à un débat sur les bénéfices *versus* les risques associés à une évaluation psychosociale universelle et un dépistage de la dépression et sur le fait de réaliser ce type de dépistage dans des endroits à ressources limitées. Cette publication concluait qu'il n'y a pas de réponse simple sur la place du dépistage universel sans des services de relais adéquats. Cependant, ne pas réaliser ce type de dépistage en raison de la complexité de la prise en charge et du manque de ressources met en évidence le rôle critique du bien-être psychosocial sur les issues maternelles et infantiles. Le point de vue de cette société est de plus en plus pour un dépistage universel à condition qu'il soit réalisé dans un modèle de soins organisés, chaque service de soins devant décider à son échelle comment le mettre en place.

Une revue de la littérature a été publiée en 2015 et avait pour objectif de faire la synthèse des recommandations émises par des institutions de pays occidentaux développés sur l'évaluation des risques médico-sociaux et le dépistage des situations à risque pendant la grossesse (52). Cette revue a permis l'analyse de 16 recommandations européennes, américaines, canadiennes et australiennes s'intéressant au dépistage de troubles mentaux et dépression, de consommation de toxiques, et de violences conjugales.

Cinq sociétés savantes recommandaient d'interroger systématiquement la femme en début de grossesse sur les antécédents familiaux et personnels de pathologie psychiatrique et sur la santé mentale actuelle. Les recommandations étaient contradictoires concernant le dépistage de la dépression en période prénatale et postnatale avec des recommandations en faveur (5 recommandations) d'un dépistage systématique et d'autres (2 recommandations) en défaveur d'un dépistage systématique mais pour une sensibilisation des cliniciens. S'agissant du dépistage de la consommation de toxiques, les recommandations étaient consensuelles et favorables pour le dépistage en début de grossesse de la consommation de tabac et d'alcool mais toutes les sociétés savantes ne recommandaient pas un dépistage systématique de la consommation de drogues illicites. Les recommandations étaient également contradictoires concernant le dépistage systématique des violences conjugales en début de grossesse. Il était précisé dans cette revue que les recommandations étaient le plus souvent de grade B ou inférieur, à l'exception des recommandations sur le dépistage de la consommation tabagique.

Compte tenu des données épidémiologiques précédemment présentées, des risques associés aux vulnérabilités, le groupe de travail s'accorde en faveur d'un dépistage systématique des vulnérabilités chez toutes les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et en postpartum.

Recommandations du groupe de travail

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.

2.2. Quels moments pour dépister les situations de vulnérabilité ?

2.2.1. Consultation préconceptionnelle

Les RPC HAS sur « le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », mises à jour en 2016, précisent :

« La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement. Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle) ou lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA). Cette anticipation vise à recommander précocement des changements dans les comportements à risque, à accompagner ces changements, à prévenir certains risques, notamment infectieux, et éventuellement des troubles métaboliques au cours de la grossesse. En cas de consultation préconceptionnelle, celle-ci peut être réalisée, selon le choix de la femme, par le médecin traitant, le gynécologue médical, le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme. Il est recommandé que tout autre spécialiste qui suit éventuellement la femme pour une pathologie chronique préexistante adopte la même démarche afin d'équilibrer cette pathologie ou d'adapter les traitements en cours (5). Dans le cadre d'un parcours d'assistance médicale à la procréation, cette consultation préconceptionnelle doit également être envisagée. »

2.2.2. Consultations médicales de la femme enceinte

Les situations de vulnérabilité sont à rechercher et doivent être évaluées dès la première consultation de la femme enceinte, quel que soit le professionnel de santé qui participe au suivi de la grossesse (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien).

Ces situations devront par la suite être réévaluées lors de chaque consultation ultérieure, tout au long de la grossesse et du postpartum.

Les femmes vulnérables, par les difficultés qu'engendre leur situation, peuvent se retrouver éloignées du parcours de soins habituel. Le dépistage de ces femmes peut donc avoir lieu en dehors des consultations de suivi de grossesse. Ainsi, tous les professionnels qui participent à la prise en charge et

au suivi d'une femme enceinte (service d'urgences compris) doivent être formés au repérage des vulnérabilités.

2.2.3. L'Entretien Périnatal Précoce (EPP)

L'Entretien Périnatal Précoce (EPP) ou entretien individuel ou en couple du 4^e mois de grossesse est une rencontre avec un professionnel de la périnatalité formé sans examen médical. Il a pour objectif de recueillir les demandes et craintes des femmes enceintes/couples au sujet du déroulement de la grossesse et de l'accouchement et de mettre en place selon la demande un projet de naissance. Il a été recommandé puis financé dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 (humanité, proximité, sécurité, qualité). La circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité en a prévu les objectifs et le déroulement. Un référentiel de formation des intervenants a été proposé dans la suite d'un autre document relatif à la préparation à la naissance et à la parentalité.

Cette consultation est distincte des consultations de soins, elle est uniquement dédiée à l'information de la femme et du coparent, au repérage des vulnérabilités et des ressources disponibles.

Les réseaux de santé en périnatalité (RSP), regroupés au sein d'une fédération (Fédération française des réseaux de santé en périnatalité, FFRSP), ont organisé en 2012 une enquête de prévalence de l'EPP auprès des RSP et de maternités volontaires et rapporté dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 24 Février 2014 (46). Les femmes accouchées devaient remplir un questionnaire après l'accouchement (53). Sur les 40 RSP de métropole, 26 ont participé (65 %) avec 253 maternités et 1 990 réponses. La proportion d'EPP déclarés était de 40,3 % (IC 95 % : [38,1-42,4 %]) avec des écarts selon les réseaux allant de 7,7 % à 70,0 %. Dans les cas où l'EPP n'avait pas été fait, les femmes ont rapporté dans près de 2/3 des cas qu'on ne leur avait pas proposé. Les sages-femmes libérales ou exerçant dans une maternité étaient celles qui réalisaient le plus d'EPP. Les femmes les plus en difficulté avaient un accès à l'EPP légèrement supérieur aux autres femmes (57 % vs 52 % ; p = 0,017). Les facteurs associés à la proposition ou à la réalisation de l'EPP étaient, en analyse multivariée, le fait d'être une femme jeune (30-34 ans), primipare, de suivre une préparation à l'accouchement et d'avoir reçu un carnet de maternité.

D'après les données de l'Enquête Nationale Périnatale 2016, seules 28,5 % des femmes déclaraient en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010 alors que 85 % des maternités déclaraient en organiser. Ce taux pouvait être sous-estimé si les femmes ne distinguaient pas bien l'EPP des consultations prénatales ou du début des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. L'EPP était plus souvent réalisé chez les primipares (39,5 %) que chez les multipares (20,5 %). Il était essentiellement réalisé par les sages-femmes en libéral ou à la maternité. L'entretien était souvent réalisé au 4^e mois mais la moitié des entretiens étaient cependant réalisés plus tard (49,7 %). À l'issue de l'entretien, 14,6 % des femmes disaient avoir été orientées vers un professionnel pour des raisons particulières (difficultés sociales, difficultés psychologiques, tabagisme, etc.) (24).

Depuis le 1^{er} mai 2020, l'EPP doit être obligatoirement proposé aux femmes enceintes selon la loi de financement de la sécurité sociale au même titre que les consultations de suivi de grossesse.

Cependant, la mise en œuvre de ce dispositif se heurte aux difficultés actuelles rencontrées par les professionnels et établissements de santé. Les principaux freins à l'utilisation de cet outil sont un manque de moyens alloués pour que des professionnels puissent mener ces entretiens et d'autre part la non-transmission d'un compte-rendu de l'EPP à l'équipe accompagnant la femme enceinte le plus souvent.

2.2.4. Hospitalisation en cours de grossesse

Toute hospitalisation d'une femme enceinte doit être l'occasion d'un dépistage des vulnérabilités.

2.2.5. Visites à domicile

Les visites à domicile réalisées au cours de la grossesse ou en postpartum sont également un moment privilégié de dépistage des vulnérabilités.

2.2.6. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les séances de PNP sont un moment privilégié pour le dépistage des vulnérabilités.

2.2.7. Bilan prénatal de prévention

Parmi les examens pris en charge par l'assurance maladie, la femme enceinte doit bénéficier depuis 2019 d'un bilan prénatal de prévention avec une sage-femme libérale ou de PMI qui fait le point sur l'alimentation et les comportements à risque (alcool, tabac, autres addictions, etc.). Ce bilan permet également d'informer la patiente sur l'importance de la vaccination et du suivi bucco-dentaire pendant la grossesse et de préparer l'accompagnement à la sortie de la maternité et au retour à la maison. Ce bilan peut être réalisé dès la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée.

2.2.8. Entretien postnatal précoce

Depuis le 1^{er} juillet 2022, les femmes venant d'accoucher doivent réaliser un entretien postnatal précoce avec un médecin ou une sage-femme entre 1 et 2 mois après l'accouchement. L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale précise qu'un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine qui suivent l'accouchement. 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.

2.2.9. Consultations postnatales et pédiatriques

Toutes consultations postnatales pour la mère et/ou l'enfant doivent être l'occasion du dépistage des vulnérabilités.

2.2.10. Consultation du 15^e jour pour le nouveau-né

Le Code de la santé publique prévoit une consultation obligatoire au 15^e jour du nouveau-né. Celle-ci est incluse dans le carnet de santé. Cette consultation doit également être l'occasion du dépistage des vulnérabilités.

La chronologie du suivi de grossesse et du nouveau-né est présentée dans l'annexe 1.

Recommandations du groupe de travail

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 préconceptionnelle³ ;
- 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.

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 grossesse⁴.

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.

2.3. Qui sont les acteurs du dépistage des vulnérabilités ?

2.3.1. Les principaux acteurs

Le dépistage peut être effectué par tous les professionnels participant à la prise en charge de la grossesse, mais aussi par tout professionnel acteur de la périnatalité (liste non exhaustive) :

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 ou libéral qui suit la femme - Infirmière - Infirmière puéricultrice - Auxiliaire de puériculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistante sociale - Psychomotricien - TISF⁵ - Travailleur social (structure d'hébergement...) - Educateur spécialisé - Psychologue - Ergothérapeute

³ 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.

⁴ Recommandations HAS 2016 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

⁵ TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale.

Prise en soin de l'enfant

- Médecin généraliste/PMI
- Pédiatre
- Pédopsychiatre
- Infirmière puéricultrice
- Auxiliaire de puériculture
- Éducateur de jeunes enfants
- Éducateur spécialisé
- Psychologue
- Psychomotricien
- TISF

Une étude australienne a été publiée en 2003 et avait pour objectif d'augmenter les connaissances et les outils des médecins généralistes pour la prise en charge des problèmes médicaux présentés par les femmes en postnatal au moyen d'un programme d'éducation multifacette (54). Ce programme de formation comprenait un audit, des ateliers interactifs, des jeux de rôle et des recommandations basées sur les preuves. Ce programme a été évalué auprès de 68 médecins généralistes et permettait d'améliorer les connaissances des médecins sur l'efficacité des thérapies cognitives pour la prise en charge de la dépression maternelle et d'améliorer les compétences pour détecter les problèmes de violences physiques, émotionnelles et sexuelles.

2.3.2. Formation des professionnels

Afin d'améliorer le dépistage et la prise en soin des femmes et des enfants en situation de vulnérabilité, il est déterminant de sensibiliser et de former les différents professionnels en contact avec ces femmes et ces enfants.

Une étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la métropole lyonnaise a été rapportée par l'observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes en 2019 (55).

Selon cette étude, une fois les femmes et les enfants dépistés, il semble essentiel que les professionnels soient formés à leur prise en charge et leur orientation. Pour ce faire, le rapport suggère qu'une formation des professionnels devrait être mise en œuvre. Cette formation pourrait aborder le cadre et les enjeux juridiques (migration, droit au séjour, ouverture de droits à une couverture maladie...), les dimensions culturelles à prendre en compte (rapport au corps, rapport aux traitements médicamenteux, alimentation...) et d'autres sujets à déterminer.

Recommandations du groupe de travail

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

2.4. Quels outils pour dépister ces situations ?

2.4.1. Entretien individualisé lors des consultations médicales

Le dépistage de situations de vulnérabilité nécessite d'aborder différentes sphères : médicale, psychologique et sociale/économique.

Des guides pour l'entretien prénatal précoce ont été élaborés pour aider le professionnel dans cette démarche. Ces documents présentent les étapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et constituent un outil pour repérer précocement les vulnérabilités. Ils peuvent servir de support pour toutes les consultations, lors d'un entretien individualisé (56).

2.4.2. Grilles de dépistage

2.4.2.1. Grilles vulnérabilités sociales et lien parents/enfants du Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble

En 2004, un groupe de travail « Grossesse et précarité », constitué au sein du Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble Pays de la Loire, a proposé la définition de critères de repérage des femmes en situation de précarité (ou en situation de vulnérabilité sociale) (57).

Il proposait deux méthodes de repérage : questions à poser en entretien face à face dans le respect de la confidentialité et l'intimité des personnes ou critères recueillis systématiquement par écrit lors de l'admission en consultation ou en hospitalisation. Les critères définis étaient les suivants :

- Avez-vous la couverture maladie universelle ou l'aide médicale d'État ? (clignotant = oui)
- Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ? (clignotant = non)
- Vivez-vous seule ou en couple ? (clignotant = seule)
- Avez-vous un emploi à l'heure actuelle ? À temps plein ? À temps partiel ? Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi à l'heure actuelle ? (clignotant = pas d'emploi, temps partiel, seule)
- Avez-vous un logement stable ? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ? (clignotant = pas de logement stable, type de logement comme hôtel, caravane, hébergement par un tiers)

Le Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble a également proposé une grille d'observation du lien parents/enfants.

Cet outil a été créé par les membres de la commission parentalité du Réseau Sécurité Naissance pour répondre à plusieurs objectifs :

- faciliter l'observation de la mise en place du lien d'attachement au cours de l'hospitalisation en postnaissance et le repérage de situations évoquant un trouble ;
- créer un outil commun utilisé par les différents membres d'une même équipe et par toutes les maternités de la région qui le souhaitent ;
- partager en équipe le sens des différents critères d'observation, en uniformiser la compréhension et ainsi créer une culture commune du repérage précoce ;
- aider les professionnels à tracer des informations factuelles et objectives et à les transmettre aux structures d'aval pour étayer le retour à domicile (PMI, ASE, CRIP, professionnels libéraux...);
- valoriser les observations des professionnels et permettre un échange en équipe.

Cette grille s'accompagne d'un guide d'utilisation. Elle s'adresse à tout professionnel intervenant en maternité (auxiliaire de puériculture, aide-soignant, sage-femme, infirmière, psychologue, médecin...).

Le Réseau Sécurité Naissance recommande l'utilisation de cette grille :

- pour tous les dossiers présentés en staff « parentalité » ou médico-psycho-sociaux et les situations repérées en anténatal à risque de perturbation du lien parents/enfants ;
- dans l'accompagnement des patientes mineures ;
- dans les situations de déni de grossesse ;
- pour toutes les situations qui posent question à l'équipe en matière d'interactions.

Pour ces situations ciblées, la grille d'observation doit être débutée précocement et si possible en salle d'accouchement dans les 2 heures qui suivent la naissance.

Pour toutes les autres situations, la grille peut être initiée à n'importe quel moment du séjour, dès que le professionnel est alerté, et cela quelle que soit sa fonction.

Toute grille débutée doit être complétée sur la durée du séjour.

Pour l'ensemble des critères, le professionnel devra renseigner la case oui (si observé) ou la case non (si non observé).

Si plusieurs critères ne sont pas observés, une cible doit être posée dans le dossier de soins « perturbation du lien parents/enfants » et il doit être décrit plus précisément ce qui est observé.

Pour chaque critère, le professionnel précise par un code couleur s'il a observé la maman, le coparent ou un tiers.

La grille comprend un chapitre interactions corporelles (réponses « adaptées » et expressions du visage « ajustées »), un chapitre interactions visuelles (« accroche » du regard) et un chapitre interactions vocales (continuité d'échange, position permettant l'échange, réaction à la voix, perception de l'orientation).

2.4.2.2. Grille de dépistage des vulnérabilités du réseau de périnatalité de Savoie (RP2S)

Une grille d'aide au dépistage des critères de vulnérabilité en prénatal et postnatal a été développée par le réseau de périnatalité de Savoie. Elle est disponible gratuitement sur son site ([58](#)).

Cette grille d'aide au dépistage est utilisée par 8, soit 36 %, des établissements d'Auvergne-Rhône-Alpes comme précisé par le rapport de décembre 2021 sur « l'évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables en maternités et centres périnataux de proximité d'Auvergne-Rhône-Alpes » ([59](#)).

2.4.2.3. Grille de repérage des vulnérabilités de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

En juin 2016, l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) a publié un document intitulé « Suivi de grossesse et organisation des acteurs – Retour d'expériences et enseignements » ([60](#)). Une grille de repérage des vulnérabilités qui est présentée ci-après.

2.4.3. Auto-questionnaires

2.4.3.1. Auto-questionnaires permettant le dépistage de plusieurs vulnérabilités

Auto-questionnaire ALPHA (Québec)

En 1998, un groupe multidisciplinaire a publié la mise au point et l'évaluation d'un questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale anténatale (ALPHA) ([61](#)).

La version finale du questionnaire a regroupé 15 facteurs de risque en quatre catégories – facteurs familiaux, facteurs maternels, abus des substances et violence familiale – et proposé des questions dans chaque domaine (45 items au total).

Le temps de remplissage de cet auto-questionnaire est de 15-20 minutes. Une étude randomisée a évalué l'efficacité de cet auto-questionnaire pour dépister des risques psychosociaux chez les femmes enceintes ([62](#)).

Cette étude randomisée a été menée dans 4 centres de l'Ontario et 48 soignants ont été randomisés pour utiliser l'auto-questionnaire ALPHA ou poursuivre leurs pratiques habituelles.

Après utilisation de l'auto-questionnaire auprès de 227 femmes, les praticiens du groupe intervention identifiaient plus souvent les problèmes psychosociaux, et les violences intrafamiliales en particulier, que ceux qui n'avaient pas utilisé l'auto-questionnaire ALPHA.

Une analyse secondaire de cette étude a montré que les praticiens utilisant cet outil identifiaient une proportion plus importante de femmes présentant des troubles psychosociaux à risque de dépression postnatale (63).

Auto-questionnaire Lille-Roubaix

Une autre initiative a été menée en 2008 à Lille et Roubaix avec l'élaboration d'un auto-questionnaire à remplir par les femmes en salle d'attente avant la première consultation de suivi de grossesse (quel que soit le terme) (64).

Cet auto-questionnaire comprend 17 questions portant sur les consommations de tabac (2 questions de la version courte du test de Fagerström appelé *Heavy Smoking Index*), d'alcool (4 questions du test *T-ACE Tolerance, Annoyed, Cut Down, Eye Opener*), de toxiques, la dépression (4 parmi les 10 questions de l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), le statut social (isolement social évalué par 3 questions parmi les 12 de *Social Support Questionnaire*) et les violences. Ce questionnaire était considéré comme acceptable par 88 % des femmes et 72 % des praticiens. Il permettait d'orienter les femmes vers des consultations spécialisées et/ou un suivi psychosocial le cas échéant. La pertinence des données recueillies à partir de ce même auto-questionnaire a été évaluée par rapport aux données consignées dans le dossier médical et rapportée dans une étude publiée en 2015 (65).

Cette étude a été réalisée chez 1 977 patientes des deux centres et 1 676 dossiers ont pu être comparés aux réponses aux auto-questionnaires. L'auto-questionnaire permettait de dépister beaucoup plus de consommations d'alcool à risque que le seul dossier médical ainsi que la consommation de drogues.

Ce même questionnaire a également été utilisé par le réseau périnatal régional Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon. L'évaluation de celui-ci au sein de ce réseau a montré une augmentation du nombre de femmes repérées par les professionnels. Par ailleurs, le projet a contribué à sensibiliser et à mobiliser les professionnels de maternité sur les problématiques addictives, mais aussi de faciliter la communication entre patientes et professionnels sur le thème des addictions et de leurs facteurs de risque.

Score EPICES

Le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé) a été développé en 2002 sous la forme d'un auto-questionnaire permettant d'obtenir un score de 0 à 100 à partir des questions binaires suivantes :

- Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- Vivez-vous en couple ?
- Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
- Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
- Vous est-il arrivé de faire un sport au cours des 12 derniers mois ?
- Êtes-vous allé à un spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Le seuil validé dans la population d'étude initiale permettant de dépister les situations de précarité était de 30,17 (66).

Une étude a été menée en 2017 au CHU de Clermont-Ferrand avec pour objectif de valider le questionnaire EPICES dans la population des femmes enceintes (67).

Les auto-questionnaires EPICES étaient soumis aux femmes pendant leur séjour en postpartum. La définition de référence choisie pour la précarité était celle de l'article 2 de l'arrêté français de 1992 : les jeunes de 16 à 25 ans exclus du système scolaire et en parcours d'insertion professionnelle, les chômeurs et les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, les personnes en contrat emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Après analyse des réponses de 700 auto-questionnaires complétés, le score EPICES moyen était significativement plus élevé dans le groupe défini précaire selon la définition de référence. Le seuil permettant de concilier précision et sensibilité était le seuil de 22 avec une sensibilité de 70,3 % et une valeur prédictive positive de 42,3 %.

Le questionnaire EPICES présente la limite d'avoir été conçu pour être auto-administré. Cet outil n'est donc pas utilisable pour les femmes ne parlant pas ou ne lisant pas le français, femmes étant plus souvent dans des situations précaires.

Ce questionnaire a cependant déjà été utilisé par téléphone ou dans des entretiens en face à face dans certaines études (68, 69).

Auto-questionnaire Bien naître en Nouvelle-Aquitaine

Dans le cadre de la labellisation des maternités « Prévenir pour bien grandir », l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS N-A) a demandé la formalisation d'outils à mettre à disposition des établissements de santé pour le repérage des vulnérabilités maternelles périnatales et la promotion de la santé des femmes.

Au sein du réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine (RPNA), le groupe de travail « vulnérabilités maternelles et parentales » a construit le projet « Bien naître en Nouvelle-Aquitaine » portant sur l'élaboration d'un outil d'aide à la pratique dans le repérage des vulnérabilités socio-économiques, psychiques et addictives, à destination des professionnels du suivi de la grossesse.

Il s'agit d'un auto-questionnaire, à l'attention des femmes enceintes, au service d'une stratégie globale de dépistage et d'accompagnement. Ce format auto-questionnaire a été choisi pour répondre au mieux à la préconisation de l'OMS de responsabiliser la femme enceinte en respectant notamment le thème de la confiance en soi, ainsi que des compétences et de l'autonomie des mères (70).

Un groupe « outils de repérage » a été constitué afin de mener ce travail dont l'objectif était :

- d'améliorer le repérage des vulnérabilités médico-psycho-sociales maternelles anténatales par un auto-questionnaire ;
- d'évaluer l'utilité et l'efficacité de l'outil dans certaines maternités répondant à des critères d'inclusion avant déploiement régional.

L'auto-questionnaire « Bien naître en Nouvelle-Aquitaine » comprend 9 questions couvrant les thématiques suivantes : santé mentale, addictions (tabac, alcool, toxiques), violences, précarité/soutien social.

Cet outil a été proposé à toutes les maternités de Nouvelle-Aquitaine dans le but de valider son utilité/efficacité dans l'aide au repérage des vulnérabilités maternelles et parentales. Parmi les 15 maternités candidates, 12 présentaient les critères d'inclusion.

Un pré-test qualitatif a été réalisé pour évaluer la recevabilité et l'acceptabilité de l'outil auprès d'un échantillon de femmes enceintes.

L'auto-questionnaire était distribué aux femmes enceintes en salle d'attente avant chaque consultation ou entretien prénatal précoce.

L'analyse principale de l'évaluation réalisée montrait que le taux de présentation de dossiers en staff MPS était de 1,57 % (IC 5 %, 1,32-1,94 %) en février 2020 avant l'utilisation de l'auto-questionnaire et de 1,72 % (IC 5 %, 1,46-2,16 %) en février 2021.

L'enquête de satisfaction réalisée auprès des professionnels ayant utilisé cet outil retrouvait que 84 % des professionnels se positionnaient vers une poursuite de l'utilisation de l'outil après la période d'évaluation pour l'inclure dans une pratique courante.

Outil dans le cadre de l'expérimentation RÉPAP

Dans le cadre de l'expérimentation RÉPAP, un outil commun permettant le repérage des situations de vulnérabilité est mis à disposition des territoires partenaires et a vocation à être utilisé par tous les RÉPAP (71). Cet outil commun dont les modalités pratiques exactes ne sont pas présentées dans le *Journal officiel* vise au repérage des situations de vulnérabilité reposant sur plusieurs types d'indicateurs : des indicateurs prioritaires (comme le handicap, les conduites addictives, la vulnérabilité psychique, les violences), justifiant une inclusion dans un parcours renforcé et un accompagnement coordonné en lien avec le staff médico-psycho-social, et des indicateurs secondaires de repérage (liés au contexte social, logement, âge...), organisés sous la forme d'un outil permettant le calcul d'un score.

Auto-questionnaire australien *ANtenatal Risk Questionnaire* (ANRQ)

Un auto-questionnaire a été développé et évalué en Australie, l'*Antenatal Risk Questionnaire* (ANRQ) (72).

Celui-ci a été développé à partir du *Pregnancy Risk Questionnaire* dans une version plus courte afin de proposer un outil permettant une évaluation brève et facile à utiliser en routine dans un contexte de charge de travail élevée, mais aussi présentant une utilité clinique permettant d'orienter les femmes pour une prise en charge adaptée à leur situation. Ce questionnaire comprend 12 items et a été évalué en termes de performances de dépistage et d'acceptabilité par les femmes et les sages-femmes. Le seuil de 23 permettait d'obtenir une sensibilité de 62 % pour l'identification de femmes à risque de développer une dépression postnatale, une spécificité de 64 % et une valeur prédictive positive de 30 %. Il était très acceptable par les femmes et les sages-femmes.

2.4.3.2. Auto-questionnaires permettant le dépistage de vulnérabilités spécifiques

Auto-questionnaire du Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA)

Le Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA) a proposé un auto-questionnaire pour le dépistage des addictions (73). Ce groupe propose des préalables à la mise en place de l'auto-questionnaire sur un établissement avec la création d'une cellule de pilotage avec au moins un professionnel du champ de la grossesse, un du champ pédiatrique et un du champ de l'addictologie. Il propose également de lister les personnes ressources de l'établissement et du bassin de naissance pour impulser un travail en réseau optimal et d'organiser des rencontres avec eux. Les structures concernées doivent recevoir rapidement les femmes enceintes (circuit court) et élaborer des outils pour aider les professionnels au repérage et à l'orientation ou adapter ceux existants à la dynamique locale. L'auto-questionnaire doit

être présenté à l'ensemble de l'équipe, y compris les agents d'accueil en leur proposant une sensibilisation.

Le questionnaire GEGA doit être donné en main propre à toutes les femmes enceintes lors de leur première consultation dans l'établissement, quel que soit le terme de grossesse, et rempli en salle d'attente. Il sera remis au consultant de la grossesse avec qui la patiente a rendez-vous. Le consultant doit examiner les réponses avec la femme enceinte lors de ce premier rendez-vous.

Le questionnaire est consultable en suivant le lien : http://www.asso-gega.org/docs/Auto-questionnaire_GEGA.pdf

Autres outils

D'après la revue systématique précédemment présentée sur les recommandations émises par des institutions de pays occidentaux développés sur l'évaluation des risques médico-sociaux et le dépistage des situations à risque pendant la grossesse, différentes méthodes et différents outils ont été recommandés par les sociétés savantes pour le dépistage des pathologies mentales et de la dépression, de la consommation de toxiques et des violences conjugales (52).

L'échelle de dépression d'Édimbourg

L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) est un outil psychométrique utilisé au niveau international dans l'aide au dépistage de la dépression postnatale (74). Cet auto-questionnaire est simple et rapide d'emploi. Il est constitué de 10 items cotés chacun sur une échelle de 0 à 3, le score total s'étendant donc de 0 à 30. Plus le score est élevé, plus élevés sont les symptômes dépressifs. Le score obtenu ne permet pas de confirmer le diagnostic de dépression mais au-delà d'un certain seuil, celui-ci indique un probable trouble dépressif. Cet auto-questionnaire a été validé en français pour une utilisation en postnatal (75, 76). Il est également largement validé et utilisé en prénatal au niveau international.

Les principaux outils d'aide au dépistage sont présentés en Annexe 2.

Recommandations du groupe de travail

Pour conduire le dépistage de situations de vulnérabilité, il est recommandé que chaque professionnel les recherche, lors d'un entretien individualisé en consultation⁶, 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.

⁶ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/04r23_proto_preparation_a_la_naissance_guide_d_entretien.pdf

Dès le dépistage, il est recommandé d'évaluer les ressources mobilisables (soutien matériel ou social⁷) 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.

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.

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 médical^{8,9}, et à défaut, à des outils de traduction numériques.

2.5. Modalités d'information de la femme enceinte/accouchée

Le facile à lire et à comprendre (FALC) est une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en un langage simplifié. Le FALC permet de rendre l'information plus simple et plus claire et est ainsi utile à tout le monde, notamment aux personnes en situation de handicap, dyslexiques, âgées ou encore maîtrisant mal la langue française.

Cette méthode peut être utilisée par tout le monde. Pour qu'un texte ou tout support de communication soit FALC, il doit avoir été lu et compris par des personnes en situation de handicap intellectuel.

Recommandations du groupe de travail

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 :

⁷ 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).

⁸ 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

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034602662>

- 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 législation¹⁰.

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

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922455>

3. Actions de prévention à mettre en œuvre pendant la grossesse et le postpartum

Dans le cadre de la stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 émise par la direction générale de la Cohésion sociale, plusieurs pistes de travail ont été proposées :

- améliorer la lisibilité de l’offre de soutien à la parentalité pour faciliter l’information de toutes les familles ;
- développer une offre de soutien à la parentalité dans les territoires où la présence de familles en situation de pauvreté est la plus importante, par exemple dans les quartiers prioritaires politique de la ville ;
- soutenir les partenaires et développer une offre en lien avec les lieux déjà connus et fréquentés par les familles, en particulier les centres de PMI, les crèches, les espaces d’animation de la vie sociale (centres sociaux, maisons des habitants, maisons de quartier, foyers ruraux, etc.) ;
- soutenir les acteurs de proximité en mettant en place une démarche active pour aller vers les familles, notamment les plus isolées (familles monoparentales, familles nouvellement arrivées en France...) et les acteurs formés à remettre en question leurs propres représentations et disposant d’outils spécifiques ;
- encourager les travaux de recherche sur la parentalité et la précarité (77).

Les premières actions expérimentales en prévention précoce remontent à plus de quarante ans. Une mise au point concernant les avancées de la prévention précoce dans les services publics a été publiée en avril 2022 (78). Les services de « prévention précoce » datent de la fin de la seconde guerre mondiale et procèdent depuis quelques années à une mise à jour de leurs compétences et missions, encouragés par les politiques de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé. Cette publication rappelle que de nombreuses recherches, bien que d’intérêt général, voient leurs résultats impossibles à intégrer dans le « monde réel » et bénéficient finalement plus aux chercheurs qu’aux publics concernés par ces interventions. Ceci conduit à redéfinir les objectifs en matière de prévention.

3.1. Quels sont les outils de prévention ?

Outils à développer déjà recommandés par les RPC 2014 :

- identification d’un référent de maternité et de contacts téléphoniques en maternité (numéro direct 7 j/7) pour chaque femme et nouveau-né, afin que le professionnel de ville puisse l’appeler si nécessaire (procédure de réorientation, demande d’information, etc.) ;
- fiche de liaison maternité/ville (cf. « Exemple » en annexe 2 du texte court des recommandations) facilitant la circulation de l’information entre les deux parties : transmise à la patiente à sa sortie de la maternité, elle mentionne les données médicales et non médicales nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né. Une copie est à conserver dans le dossier médical de la mère ;
- compte-rendu du suivi en postpartum immédiat (cf. « Exemple » en annexe 3 du texte court des recommandations) permettant le retour d’informations vers l’établissement (même en l’absence de complications survenues en postnatal), afin d’améliorer la qualité de la prise en charge et de renforcer la collaboration ville-hôpital ;
- conventions locales permettant la réhospitalisation conjointe de la mère avec son nouveau-né ; en cas de réhospitalisation de la mère, l’accueil du nouveau-né doit être organisé.

3.1.1. Visites à domicile (VAD)

3.1.1.1. L'exemple des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au Québec

Au Québec, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) s'adressent aux futurs ou aux nouveaux parents qui vivent des difficultés financières et qui sont sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles ou qui se sentent isolés ou seuls (79). Ces SIPPE sont organisés par les équipes des centres locaux de services communautaires (CLSC).

La première étape des SIPPE consiste en une rencontre à domicile afin de discuter du soutien nécessaire pour vivre en toute quiétude la nouvelle vie de parent. L'entrée dans les SIPPE se fait en trois étapes principales : le recrutement, le triage pour l'admissibilité au programme et la répartition des familles selon la nécessité et la faisabilité d'un suivi des SIPPE. Les portes d'entrée pour faciliter le recrutement sont le suivi de grossesse par les groupes de médecine familiale, les sages-femmes ou les gynécologues-obstétriciens, le suivi pédiatrique, les avis de grossesse, les organismes communautaires ou programme Olo, l'éducation prénatale de groupe ou en ligne, l'accouchement ou la vaccination de l'enfant. Une grille de sélection permet le triage de la population admissible au programme. Le triage est généralement effectué par l'équipe accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) ou par l'équipe de périnatalité.

3.1.1.2. Le programme Compétences Parentales et Attachement dans la petite enfance (CAPEDP) en France

En France, un programme de prévention intitulé Compétences Parentales et Attachement dans la petite enfance (CAPEDP) a été évalué par une étude randomisée contrôlée entre 2006 et 2011 à Paris et en banlieues parisiennes (80).

Cette étude randomisée a inclus 440 femmes de moins de 26 ans, à moins de 27 SA, parlant et comprenant suffisamment le français pour pouvoir bénéficier de l'intervention et ayant moins de 12 années d'enseignement, et/ou ayant suffisamment peu de revenus pour être éligibles à des soins gratuits, et/ou envisageant d'élever seule son enfant sans la présence du père. Les femmes et leurs familles étaient randomisées dans le groupe contrôle (soins usuels) ou dans le groupe intervention. L'intervention, dont l'objectif était la prévention des conséquences de la dépression postnatale et de troubles de la relation mère/bébé, consistait en des visites à domicile par des psychologues, du troisième mois de grossesse à l'âge de 2 ans de l'enfant. Un groupe de psychologues a fait les interventions et l'autre les évaluations, en aveugle du groupe d'appartenance des sujets. L'ensemble des psychologues a bénéficié d'une supervision en groupe et individuelle (81).

Le programme de visites à domicile utilisait un manuel d'intervention basé sur les services intégrés pour la périnatalité et la petite enfance (SIPPE), une adaptation canadienne du *Nurse Family Partnership Intervention Program*. Ce manuel proposait 39 brochures traitant d'un sujet de santé spécifique ou de santé mentale à utiliser lors des visites à domicile dans le but de promouvoir des relations mères/enfants de qualité. Ce manuel était également basé sur des recommandations de bonnes pratiques de visites à domicile. Ces brochures étaient complétées par six DVD présentant des films courts sur la grossesse, les soins des enfants et le développement des enfants ainsi qu'un document permettant de promouvoir le développement émotionnel de l'enfant et un attachement mère/enfant de qualité. Le critère de jugement principal était la dépression maternelle postnatale évaluée par l'échelle d'Édimbourg à 3 mois.

Le programme CAPEDP n'a pas été démontré comme associé à des scores inférieurs d'évaluation du risque de dépression postnatale par l'échelle d'Édimbourg pour toute la population étudiée.

Cependant, au sein de sous-groupes présentant moins de facteurs de risque de dépression postnatale (femmes présentant moins de symptômes dépressifs à l'inclusion, femmes ayant l'intention d'élever leur enfant avec son père, femmes avec un niveau d'éducation élevé), ce programme était associé à des scores inférieurs de l'EPDS (82).

Ce programme a contribué à faire avancer les connaissances concernant les relations parents/enfants. Il a également permis de contester la pertinence des interventions exclusivement expérimentales. Il a aussi mis en évidence la présence d'un « effet Matthieu » qui se caractérise par le fait que les personnes le moins en besoin tendent à bénéficier le mieux des ressources mises à disposition de tous.

3.1.1.3. Le dispositif Panjo en France

Par la suite, le projet Panjo (promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI) a été développé en 2011 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES, aujourd'hui Santé publique France) (83). Celui-ci a été développé sur la base de connaissances disponibles dans la littérature internationale, de la recherche expérimentale française (CAPEDP présenté plus haut) et de connaissances disponibles au sein des services de PMI, des écoles de formation des puéricultrices et du groupe de suivi du projet regroupant des corporations présentes en PMI (médecins, sages-femmes, infirmières et psychologues). L'objectif de Panjo est de proposer un service en gradient reposant sur l'idée d'« universalisme proportionné ».

Trois types d'actions étaient ainsi proposées :

- des actions en population générale (renforcement de l'information sur la PMI) ;
- des actions visant le renforcement communautaire (élaboration de groupes de parents ou activités de renforcement de la qualité de l'accueil physique en centre de PMI) ;
- des actions plus spécifiques, orientées vers des problématiques complexes (visites à domicile).

La première phase (2011-2015) de ce projet a visé à documenter l'appropriation du dispositif Panjo par des services de PMI de trois territoires français. La deuxième phase (2016-2018) a consisté en une évaluation de l'efficacité de l'intervention sur les relations mère/enfant de qualité, les comportements de santé des mères, l'inscription médico-sociale et le maintien auprès des services de PMI et la réduction de la maltraitance infantile.

La première phase de ce projet a consisté en une formation à la théorie et la clinique de l'attachement pour l'ensemble d'un service de PMI et une formation à l'intervention à domicile reposant sur l'attachement pour soutenir un dispositif de visites renforcées (6 à 12 visites). Les PMI de quatre conseils départementaux ont accepté de participer (Paris, Hauts-de-Seine, Loire-Atlantique et Rhône) et trois ont poursuivi la recherche après avoir reçu la formation. Les critères d'évaluation étaient les suivants : l'acceptabilité du projet dans les territoires sollicités (mesure du nombre de territoires implantant le projet au long de la démarche, de la satisfaction relative au projet selon les différents acteurs, de la volonté d'intégrer Panjo dans la politique départementale sur le long terme), l'implantation des différentes composantes initiales (nombre de professionnels ayant participé à la formation Panjo, leur satisfaction par rapport à la formation), la capacité des participants à mettre en œuvre les changements proposés (nombre de professionnels ayant effectivement implanté l'intervention auprès de familles en situation d'isolement social, la fidélité des interventions effectuées par rapport aux recommandations de la formation).

Les résultats de cette première phase montraient une forte adhésion des 112 professionnels formés au projet, un engagement vers la pérennisation du dispositif dans les services, mais une fidélité difficile à atteindre.

Une étude a évalué si le dispositif Panjo a produit des effets sur la pratique quotidienne d'intervenants à domicile travaillant en PMI, si les outils proposés en formation ont pu être utilisés au-delà d'un dispositif de VAD évalué, et si les professionnels mobilisaient et maîtrisaient les pratiques fondamentales en relation d'aide, telles que présentées en formation (84). Cette évaluation a été conduite au moyen de questionnaires soumis un an après la formation et a concerné 118 sages-femmes et puéricultrices avec un taux de réponse de 67 %. Un minimum des trois quarts des professionnelles utilisaient les outils Panjo un an après la formation. Bien que cela n'ait pas été l'intention initiale de l'équipe de développement du projet, l'utilisation d'outils prénataux restait l'apanage des sages-femmes tandis que les outils postnataux celui des puéricultrices. L'intention affichée des outils Panjo était pourtant de contribuer à rompre le clivage pré/postnatal en favorisant l'introduction d'un intervenant infirmier dès que possible durant la grossesse, afin d'assurer la mise en place d'une alliance de travail précoce, prénatale, pour renforcer l'action postnatale.

La principale limite de cette étude est de ne pas avoir évalué les pratiques de collaboration et d'écoute active avant la formation et ainsi de ne pas pouvoir répondre à l'efficacité de la formation sur ces aspects.

Les résultats de cette étude suggéraient le renforcement des formations spécifiques à la relation d'aide dans la suite de ce projet et que le développement de formations à la visite préventive à domicile et à l'accompagnement des parents devait être envisagé dans les formations initiales des sages-femmes et puéricultrices.

3.1.1.4. Action préventive supervisée

En Meurthe-et-Moselle, les recherches-actions Interreg (85), puis Petite enfance dans le Lunévillois (PERL) ont utilisé l'argument de l'universalité des interventions pour former des professionnels de PMI à l'action préventive supervisée, avec un angle théorique psychanalytique-psychodynamique. L'intervention visait à apporter un soutien non structuré à des familles qui en exprimaient le besoin, en l'ajustant à leurs demandes.

Le dispositif Petite enfance : recherche-action dans le Lunévillois (PERL) est un dispositif de prévention primaire en périnatalité débuté en septembre 2018 sur le territoire du pays Lunévillois, puis de Nancy Sud-Est en 2019 (86). Deux groupes y ont participé : l'un bénéficiant de l'intervention PERL (groupe intervention), l'autre n'ayant aucun suivi contrôlé par le dispositif (groupe témoin). PERL a été proposé aux familles volontaires sans qu'aucun critère de vulnérabilité n'ait été retenu. Il consiste en un accompagnement des familles et des professionnels de PMI. L'accompagnement des familles est réalisé par des visites à domicile régulières, réalisées par des puéricultrices de PMI, soutenues par une psychologue coordinatrice dépendant du secteur de pédopsychiatrie et proposées une fois par mois de la naissance au 1 an de l'enfant, puis une fois tous les 2 mois jusqu'à ses 2 ans, et une fois tous les 6 mois jusqu'à ses 4 ans. Les visites à domicile sont centrées sur 3 axes : le jeu, l'observation conjointe et l'échange avec les parents.

Toutes les puéricultrices prenant part au dispositif PERL ont bénéficié d'une formation d'une journée et demie. Elles participent également à une supervision mensuelle et groupale. Des temps supplémentaires de supervision individuelle sont possibles à la demande. Ces temps de supervision sont suivis d'une heure de formation continue durant laquelle les puéricultrices choisissent les sujets qu'elles souhaitent aborder ou les thématiques essentielles au bon déroulement du dispositif. Deux fois par an sont organisées des journées de formation et d'échanges.

Le dispositif PERL a eu un impact sur la pratique des puéricultrices de PMI grâce au travail en partenariat entre pédopsychiatre et PMI. Celui-ci permet une modification des pratiques institutionnelles et individuelles. Le fait d'avoir structuré les VAD autour de trois temps permet de replacer l'enfant au

centre et de valoriser les compétences parentales, afin qu'ils se sentent experts de leur enfant. La délivrance de recommandations de façon moins directive est rendue possible grâce au nombre de VAD systématisées. Les puéricultrices ont pu utiliser des outils pour les aider dans leurs évaluations dans le cadre d'informations préoccupantes.

L'échelle « alarme détresse bébé » est une échelle d'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant (87).

L'échelle d'évaluation de la dépression postnatale a également été proposée (88).

La grille d'évaluation du développement (GED) a été spécifiquement conçue pour être utilisée par des professionnels de l'enfance (89).

L'évaluation de ce dispositif pourra être réalisée une fois toutes les données recueillies, soit en décembre 2024.

3.1.1.5. La démarche Petits pas, Grands pas (PPGP)

Cette démarche est aujourd'hui implantée dans près d'un tiers des départements français. Petits pas, grands pas a été développé par l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé en 2017, en prenant appui sur les enseignements des recherches précédentes (90). L'objectif de cette démarche est de renforcer l'accessibilité et la qualité des interventions préventives de PMI. En capitalisant sur les forces des services de PMI, cette démarche permet de promouvoir les compétences individuelles des professionnels pour agir en prévention, tout en travaillant sur la restauration de l'universalisme de la PMI. La spécificité de PPGP s'articule autour de deux axes : la qualité des interventions et l'accessibilité à ces interventions par toutes les familles. La dynamique de ces initiatives actuelles consiste à investir dans la PMI pour soutenir l'action préventive en faveur notamment de la réduction de la détresse parentale périnatale et celle des mauvais traitements faits aux enfants.

Pour atteindre l'objectif d'accompagner la PMI dans la mise en œuvre de dispositifs préventifs précoces proportionnés aux besoins de tous les parents, quatre cibles d'interventions ont été définies :

- augmenter la capacité de la PMI à optimiser les services existants, en repérant les points d'amélioration possible et en capitalisant sur les forces des services ;
- accroître la possibilité de contacter systématiquement toutes les familles afin d'augmenter l'accessibilité aux services ;
- développer la capacité d'intervention précoce des professionnels auprès des familles, pour renforcer l'action préventive adaptée à leurs besoins ;
- maintenir la qualité des services et assurer la pérennité des apports de la démarche de manière continue, à travers un processus d'auto-évaluation et du temps d'échanges réflexifs parmi les professionnels intégrés à la démarche.

PPGP a évolué en 2021, à la suite des évaluations menées sur le terrain, pour proposer en formation l'approche préventive fondée sur la relation d'aide en PMI. Ces évolutions concernent principalement la formation et la pérennité des acquis pour engager un vrai changement, tant au niveau stratégique qu'opérationnel. La formation a été repensée. La formation était initialement constituée de deux modules : un premier module (2 jours) dédié à la théorie de l'attachement, et un second module (2 jours) consacré aux outils relationnels. Le premier module a été condensé dans un format vidéo *e-learning* permettant d'être un prérequis à la formation en présentiel devant le constat que le contenu du premier module était déjà acquis par les professionnels. Le second module a été revu sous un format différent de 3 jours et 1 jour supplémentaire quatre mois plus tard. Le contenu de la formation a également été révisé en se basant sur le concept de l'approche préventive fondée sur la relation d'aide s'appuyant sur les quatre piliers suivants : « être proactif », « savoir différer », « être empathique », « capitaliser

sur les forces des parents ». La formation met également en avant l'établissement d'une « chaîne de sécurité » pour renforcer l'action préventive. Celle-ci est souvent représentée par les « poupées russes » : l'enfant se sentira en sécurité et ses besoins seront d'autant plus pourvus que ses parents le seront eux-mêmes, pour cela, l'action du professionnel de prévention pourra être nécessaire. Cette démarche sera sécurisante si le soignant lui-même se sent en sécurité dans son cadre institutionnel.

Dans ce cadre, a également été développé le dispositif de contact prénatal universel Ariane, dont l'objectif est de fournir une information à tous les futurs parents autour du 4^e mois de grossesse par l'envoi d'un SMS à la réception de la déclaration de grossesse. Ce dispositif a été évalué en Moselle et cette évaluation a montré que le dispositif permet d'instaurer une relation de confiance entre les familles et les services (91). Ce dispositif est actuellement en phase de développement dans plusieurs départements.

3.1.2. Les staffs médico-psycho-sociaux comme dispositifs de prévention

Les staffs médico-psycho-sociaux ou staffs de périnatalité ou de parentalité ont pour objectifs communs de :

- repérer et accompagner les situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale pendant la grossesse et en postpartum ;
- permettre une prise en soin coordonnée entre professionnels pendant la grossesse et en postpartum ;
- mettre en œuvre une politique commune en faveur de la périnatalité et de la petite enfance.

En pratique, des professionnels de santé et médico-sociaux intervenant dans le champ de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues, pédiatres, médecins, infirmières, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, travailleurs sociaux...) se réunissent régulièrement à la maternité pour échanger autour de situations de vulnérabilité médicale et/ou psychologique et/ou sociale pré ou postnatale. Il peut s'agir de professionnels hospitaliers, de la PMI ou encore libéraux. À l'issue de ces échanges, des conduites à tenir et des mesures d'accompagnement à proposer à la famille sont établies. Ce dispositif a donc pour but d'anticiper la naissance de l'enfant et les difficultés potentielles à venir pour la famille (troubles de la relation parent/enfant, troubles du développement psycho-affectif, maltraitance de l'enfant), en proposant un accompagnement personnalisé et coordonné entre professionnels et institutions.

Les pratiques professionnelles autour de ces staffs varient en fonction des territoires et il existe à ce jour très peu de données concernant l'organisation, les ressources, les outils, les actions et le partage d'informations au sein de ce dispositif. De plus, l'évaluation des staffs MPS s'inscrit dans le contexte politique actuel. En effet, le secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles a annoncé en septembre 2020 que ces staffs MPS seront renforcés prochainement dans une centaine de maternités prioritaires en France.

Une enquête descriptive s'appuyant sur une méthodologie mixte a été réalisée en 2020 afin de réaliser un état des lieux des staffs MPS de la région Sud PACA (92). Une première phase de cette enquête a consisté en un questionnaire régional afin de recueillir des données descriptives concernant les staffs MPS. Le taux de participation à cette phase était de 83 %, quel que soit le type de maternité. La seconde phase de l'enquête a consisté en la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès des coordonnateurs des staffs MPS dans le département des Bouches-du-Rhône (10 entretiens semi-dirigés menés sur les 11 maternités du département organisant des staffs MPS). L'enquête a permis de décrire l'organisation de ces staffs et les professionnels y participant. Le cadre réglementaire concernant le partage d'informations apparaissait comme confus pour les coordonnateurs interrogés. Cette enquête

a également exploré les enjeux éthiques soulevés par ces situations de vulnérabilité (partage d'informations, modalités décisionnelles, représentations).

3.1.3. Partenariat ville-hôpital et structures d'accueil associatives

3.1.3.1. Le projet régional expérimental nutrition et allaitement maternel (PRENAP), Paris

Le projet régional expérimental nutrition et allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité (PRENAP) a été mené dans une maternité de type III à Paris dans le but de réduire les inégalités sociales territoriales de santé, en optimisant le parcours de santé des femmes enceintes ou des jeunes mères en situation de grande précarité entre la sortie de l'hôpital et la ville. Une étude a été menée avec pour objectif principal d'évaluer l'impact du programme PRENAP sur la durée moyenne de séjour des femmes en situation de précarité ayant accouché et pour objectif secondaire d'évaluer l'impact de ce programme sur le mode d'alimentation du nouveau-né à la sortie de la maternité (93). Cette étude a inclus les femmes ayant eu une grossesse monofoetale avec un accouchement au-delà de 22 semaines d'aménorrhée entre le 01/11/2013 et le 29/05/2015. La situation de précarité était définie par des difficultés sociales pour le logement et pour la prise en charge sociale (logement instable et sans sécurité sociale).

Le dispositif PRENAP était une expérimentation locale en partenariat avec l'hôpital (maternité Port-Royal) et la ville (via une structure associative d'Emmaüs, Espace solidarité insertion famille). Les femmes étaient repérées lors de leur inscription, lors des consultations ou d'hospitalisations et orientées vers les assistantes sociales ou la sage-femme coordinatrice de PRENAP puis incluses dans le dispositif. Les femmes incluses dans le dispositif se voyaient proposer un accompagnement en dehors de la maternité au sein de l'ESI famille (petits déjeuners améliorés, mise à disposition de vêtements pour les femmes et leurs enfants, ateliers de prévention, rencontres avec les acteurs sociaux afin de les soutenir dans leur demande de logement et d'ouverture de droit social) ainsi qu'un soutien régulier par la sage-femme. Sur la période de l'étude, 334 femmes ont accouché et répondaient à la définition retenue de précarité. Parmi elles, 145 ont été incluses dans PRENAP.

Après stratification sur la voie d'accouchement et ajustement sur les issues périnatales, la durée de séjour en suites de couches était plus longue dans le groupe PRENAP. L'allaitement maternel était plus fréquemment choisi par les femmes incluses dans le dispositif PRENAP.

3.1.4. Les groupes de nouveaux parents

Les groupes de nouveaux parents s'inspirent du modèle de pair-aidance développé en Australie (94).

Il s'agit d'un dispositif dans lequel le couple ou le parent est intégré dans un groupe de parents avant même la naissance de leur enfant. Après la naissance, chaque couple ou parent est invité à rejoindre un groupe de 10 parents dont les bébés sont nés le même mois dans le quartier. La Finlande a aussi adopté la systématisation de groupes de parents réguliers. En Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, les groupes se réunissent autour de thématiques. En Australie, chaque parent prend connaissance des adresses de centres de ressources appelés « Cottages » avant la sortie de la maternité. Les rendez-vous ont lieu 2 fois/semaine à horaire régulier pendant un an. Le groupe est accueilli à chaque séance par un facilitateur, professionnel de l'enfance expérimenté qui invite, en fonction des besoins et demandes, des spécialistes (pédiatre, orthopédagogue, psychologue, kiné...).

Cette organisation permettrait de favoriser le lien horizontal avec d'autres parents et ainsi de permettre à chacun de prendre confiance. Ces rencontres peuvent être régulières, pendant la première année,

entre parents du même quartier ayant eu un enfant à la même période, dans des lieux accessibles et, si elle existe, au sein de la maison des 1 000 jours du quartier.

Certaines séances seraient consacrées à des échanges libres entre parents, favorisant le partage de l'expérience et le soutien émotionnel par les pairs. D'autres pourraient être structurées autour de divers thèmes proposés par les parents lors de ces rencontres et/ou faisant partie d'un programme validé choisi par le réseau/la maison des 1 000 jours. Ces groupes se verraient enrichis par les participants et dynamisés par les liens qu'ils construiront au fil de ces temps de rencontre. Partager sur son expérience de parent, recevoir du soutien et des informations, développer de nouvelles approches permet au parent de se sentir de plus en plus confiant dans son rôle de parent. Cette approche paraît d'autant plus intéressante et pertinente pour les femmes issues de parcours migratoire ([95](#), [96](#)).

3.1.5. Les programmes d'éducation à la santé

Un programme d'éducation à la santé (PES) en puériculture est une approche personnalisée de la femme enceinte et/ou accouchée, pour le développement de compétences spécifiques à la maternité et de compétences personnelles de parent. Un PES en puériculture est fortement associé à de meilleures réponses d'adaptation, à un meilleur ajustement parental et à des résultats psychologiques et développementaux positifs pour le couple parents/enfant. La théorie de l'attachement de Bowlby montre que le PES, le soutien social et le bien-être émotionnel des parents sont essentiels à l'établissement précoce d'un lien parents/enfant, fondement d'un développement positif des relations sociales chez les nourrissons.

Les applications mobiles sont de plus en plus utilisées pour le partage d'informations sur la santé en période périnatale. Mais l'information web, les communautés de soutien en ligne ont un manque de fiabilité des sources et de modération professionnelle. Une revue récente montre une tendance à l'efficacité des PES « mobiles » (applications en ligne ou téléphone) pour améliorer l'auto-efficacité parentale, le soutien social, l'anxiété et la dépression mais les études de bonne qualité sont trop peu nombreuses pour conclure.

Un PES mobile français a été développé (Bébé@Home) et orienté sur la prévention en soins de puériculture. Cet outil est issu d'un travail pluridisciplinaire alliant science de l'éducation, de la santé et informatique visant : i. l'efficacité pédagogique, ii. la pertinence clinique avec formation et confiance en soi. La participation des utilisateurs est ludique, liée à leur motivation (jeu) avec un système de rétroaction (récompense), de progression et de levier d'engagement. La personnalisation et l'inclusion de fonctionnalités offrent une réelle plus-value.

Un projet d'essai randomisé contrôlé multicentrique régional est en cours d'instruction afin d'évaluer l'impact de ce PES mobile sur l'auto-efficacité parentale.

Par ailleurs, un programme d'éducation parentale précoce (PEPP) en maternité, formalisé et standardisé, a été développé à la maternité de l'hôpital Nord à Marseille afin d'améliorer les connaissances théoriques et pratiques des parents.

Ce PEPP réalisé lors du séjour à la maternité traite de nombreux sujets lors de sessions d'information proposées aux parents : alimentation du nouveau-né, sommeil et mode de couchage, pleurs ; soins d'hygiène (lavage oculaire, désobstruction rhino-pharyngée, soins du cordon) ; maladies et symptômes les plus fréquents (bronchiolite, coliques du nourrisson, diarrhée) avec leur prise en charge ; vaccinations et parcours de soins recommandés.

Un essai clinique randomisé contrôlé a été mené afin de comparer le PEPP aux soins de routine prodigués en maternité. Les résultats de l'étude (en cours de publication) ont montré que le PEPP permettait d'améliorer de façon significative les connaissances parentales et de diminuer l'anxiété

maternelle à court terme. En effet, à la sortie de la maternité, le PEPP permettait aux mères d'être moins anxieuses et de mieux connaître les soins à apporter à leur nouveau-né. Cependant, ces améliorations ne persistaient pas à 1 mois de vie, sauf en ce qui concernait la question précise du mode de couchage, essentielle pour la prévention de la mort inattendue du nourrisson. De plus, le recours aux soins dans le premier mois de vie (appel téléphonique pour conseil médical, consultation médicale et paramédicale, visites aux urgences pédiatriques) était similaire dans les 2 groupes (interventionnel et contrôle).

Il apparaîtrait que pour être optimal, un programme d'éducation parentale devrait être répété dans le temps (en anténatal et/ou en postnatal – postpartum immédiat et à distance de l'accouchement) et semblerait d'autant plus efficace qu'il s'intéresse à des thématiques ciblées, telles que mode de couchage et prévention de la mort subite du nourrisson.

3.2. Prévention secondaire chez les femmes, parents et enfants présentant des facteurs de risque de vulnérabilité

3.2.1. Prévention de la dépression périnatale

3.2.1.1. Recommandations américaines de l'US Preventive Task Force

En 2019, l'*US Preventive Task Force* a publié des recommandations basées sur les preuves concernant les interventions préventives de survenue d'une dépression chez les femmes enceintes ou en postpartum ou leurs enfants (97). Ces recommandations s'appliquent aux femmes enceintes ou aux femmes à moins d'un an de l'accouchement chez lesquelles un diagnostic de dépression n'a pas été posé mais qui sont à risque élevé de développer une dépression. L'évaluation du risque élevé de dépression était basée sur les critères suivants : antécédent personnel ou familial de dépression, antécédent d'abus physique ou sexuel, grossesse non planifiée ou non désirée, événements de vie stressants, diabète antérieur à la grossesse ou diabète gestationnel, et complications pendant la grossesse (comme un accouchement prématuré). Les facteurs sociaux suivants étaient également considérés comme à risque : faible statut socio-économique, absence de soutien social ou financier, et grossesse adolescente.

Les interventions de conseils étudiées pour prévenir la dépression périnatale étaient la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle.

Après analyse de 20 études réalisées sur le sujet (dont 12 conduites aux États-Unis), l'*US Preventive Task Force* recommandait (de façon modérée) que les femmes à risque soient orientées vers des interventions de conseils compte tenu du bénéfice démontré pour prévenir la dépression périnatale et les risques faibles associés.

4. Prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et du postpartum, état des lieux à l'étranger

Certains pays ou province de certains pays ont mis en place des recommandations et/ou différents outils pour définir la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité.

4.1. Québec, un dispositif spécifique : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Les grandes orientations du programme périnatalité au Québec de 2008-2018 soulignent l'importance de diriger les familles en situation de vulnérabilité vers un programme adapté à leur situation dès le début de la grossesse. Dans le programme périnatalité 2008-2018, différentes situations de vulnérabilité ont été définies avec un parcours de soins spécifiques adapté à chaque situation : grossesse à l'adolescence, situation de précarité, la prématurité et le retard de croissance intra-utérin, grossesses issues de la procréation médicalement assistée, anomalies congénitales, consommation d'alcool et de drogue, la violence, les abus et la négligence, la santé mentale, les soins de fin de vie et le deuil.

Le Québec dispose d'un service spécifique, le service intégré en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité ([98](#)).

Le SIPPE a vu le jour en 2004 à la suite d'une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de fusionner plusieurs programmes existants avec pour objectif un gain d'efficacité et une meilleure continuité de prise en charge pour les patients. Ce service a été établi afin de mieux soutenir les familles et de proposer des actions avec une intensité adaptée à chaque situation ([99](#)).

4.1.1. Les objectifs

Ce dispositif s'offre aux familles en situation de vulnérabilité, il agit à différents niveaux des déterminants de la santé et contribue à réduire les inégalités de santé. Il vise trois objectifs :

- diminuer la mortalité et la morbidité des bébés à naître, des enfants, des femmes enceintes et des parents se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables en améliorant :
 - les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille (alimentation, consommation de tabac, de drogues et d'alcool, activité physique),
 - les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille (planification des naissances, santé dentaire, couverture vaccinale, adoption de comportements sexuels sécuritaires) ;
- favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables :
 - en soutenant les parents dans une prise de décision éclairée par rapport à l'allaitement,
 - en développant et en renforçant le lien d'attachement parents/enfants,
 - en augmentant et en renforçant les pratiques parentales positives,
 - en stimulant le développement cognitif (y compris le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants ;

- améliorer les conditions de vie des parents et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables :
 - en renforçant les réseaux de soutien social,
 - en favorisant l'intégration socio-professionnelle des parents selon un projet de vie porteur de réussite,
 - en soutenant l'accès des familles à des services.

Au Québec, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (79) font partie de l'offre de services de santé publique dans le cadre du programme national de santé publique 2015-2025.

Les SIPPE sont offerts aux familles avec de jeunes enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité. Ils ont pour objectif de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la douzième semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant. Ils visent également à améliorer les conditions de vie des parents et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

Aperçu du programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) – modèle logique :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-836-04W.pdf>

4.1.2. Admission au sein du dispositif

L'admission au programme se fait à partir de la douzième semaine de grossesse ou le plus tôt possible après la naissance de l'enfant. Un père à la tête d'une famille monoparentale ou le principal responsable de l'enfant peuvent accéder à ce programme au même titre que la mère. Le terme « partenaire » désigne le conjoint ou la conjointe de la femme enceinte ou de la mère. L'accompagnement dans les SIPPE peut se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans.

Dans certains cas particuliers où les informations recueillies suscitent des doutes quant au respect des critères d'admissibilité, une équipe interdisciplinaire peut décider d'offrir le service sur la base du jugement clinique. Une décision basée sur le jugement clinique doit obligatoirement reposer sur une équipe et non sur une seule personne. Un arbre de soutien à la décision a été créé pour soutenir les équipes dans le processus de sélection et de priorisation de la population admissible au programme.

Pour intégrer le dispositif, la vulnérabilité est définie à partir du statut socio-économique, du niveau de scolarisation et de l'isolement social et/ou la solitude. Ils ont pour objet de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la douzième semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école. L'admission à ce dispositif SIPPE concerne toute femme enceinte ou le principal responsable d'un enfant de moins de 12 mois vivant sous le seuil de revenu faible et présentant au moins un facteur de risque suivant :

- sous-scolarisation ;
- isolement social et/ou solitude.

Afin de faciliter le dépistage, une grille de sélection (100) de la population admissible est proposée : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-836-04W.pdf>

4.1.3. Critères d'admission au sein du dispositif

4.1.3.1. Âge de l'enfant

L'accompagnement peut se faire jusqu'aux 5 ans de l'enfant mais l'entrée dans le programme se fait avant son douzième mois de vie. En effet, il est démontré que le bénéfice des interventions à domicile est plus important pour les familles qui commencent pendant la grossesse ou tôt après la naissance. Ce programme étant préventif, il doit s'installer avant que les difficultés ne surviennent ([101](#)).

4.1.3.2. Faible revenu

Dans le cadre des SIPPE, l'évaluation du statut de faible revenu de la famille est réalisée à partir de questions qualitatives (alimentation, logement, habillement). Ces questions sont incluses dans la grille de sélection de la population admissible.

4.1.3.3. Sous-scolarisation

La sous-scolarisation se définit par l'absence de diplôme d'études secondaires ou professionnelles.

4.1.3.4. Isolement social et/ou solitude

L'isolement social et la solitude sont deux phénomènes différents. Dans le cadre des SIPPE, l'identification des parents et des familles isolés socialement ou seuls est réalisée à partir de quatre catégories de questions. Ces questions, qui sont incluses dans la grille de sélection de la population admissible, permettent de capter le sentiment de solitude chez le parent, la disponibilité des relations sociales perçue par le parent, l'implication du parent dans ses relations avec les autres afin de quantifier celles-ci, ainsi que la satisfaction du parent face à ses relations sociales.

4.1.4. Soutien à la décision de l'admission

L'arbre de soutien à la décision est un outil permettant de structurer la réflexion lors du processus décisionnel menant à la décision d'accompagner ou non une famille dans le cadre des SIPPE, et de maintenir ou non par la suite l'accompagnement selon l'évolution de la situation. Il a pour but de soutenir le jugement clinique, de diriger les familles vers le bon service selon les besoins observés par l'équipe clinique, et de circonscrire les SIPPE dans l'axe de prévention du continuum de services à l'intention des enfants et de leur famille.

Voir algorithme page 7 du Guide de pratiques pour accompagner les familles : à l'intention des intervenants des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE 2016) ([102](#)) :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-836-01W.pdf>

4.1.4.1. Intervenant pivot (services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – bases de l'intervention)

Un intervenant pivot est désigné pour chaque situation afin de créer un lien privilégié avec la famille, mais aussi afin d'assurer une communication avec différents professionnels de santé et permettre un suivi sur du long terme. Cet intervenant pivot effectue le lien avec les établissements de santé, les services sociaux et les partenaires intersectoriels. Cet intervenant est rattaché à un établissement de santé.

4.1.4.2. Accompagnateur clinique

Un accompagnateur clinique offre un soutien régulier aux intervenants pivots de façon individuelle, en groupe ou à l'aide d'ateliers de formation continue.

4.1.4.3. Équipe pluridisciplinaire

L'intervenant pivot travaille au sein d'une équipe interdisciplinaire qui le soutient dans son rôle auprès de la famille. L'interdisciplinarité est un mode d'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines et qui permet d'enrichir la compréhension d'une situation complexe grâce au partage des connaissances liées à chaque profession. L'équipe interdisciplinaire est formée de tous professionnels pouvant répondre aux besoins de la famille. Lorsque certaines expertises nécessaires à la prestation de services dans les SIPPE ne se retrouvent pas au sein des équipes interdisciplinaires, des ententes sont établies afin que ces professionnels puissent être consultés par les intervenants des SIPPE ou intervenir directement auprès de la famille.

4.1.5. Modalités d'intervention

Ainsi, les interventions agissent dans les différents milieux de vie. Les modalités d'intervention sont essentiellement basées sur des visites à domicile avec une fréquence adaptée aux besoins de la famille. L'accompagnement est centré sur les forces, les capacités et les ressources de la famille. D'autres modalités complémentaires peuvent appuyer la démarche, comme les groupes de parole, l'accompagnement vers les ressources de la communauté et l'intégration des enfants en service de garde.

L'admission dans le dispositif peut se faire dès la 12^e semaine de grossesse ou le plus tôt possible après l'accouchement, et ce jusqu'aux 5 ans de l'enfant. La fréquence des suivis se fait selon cinq niveaux d'intensité et se détermine en fonction des besoins de la famille.

4.2. Prévenir la grossesse à l'adolescence et offrir un soutien adapté aux jeunes parents

Au Québec, la politique périnatale 2008-2018 (99) souligne les répercussions négatives d'une grossesse sur la santé de l'adolescente comme la dépression et le fait que cela peut compromettre son intégration sociale. Les enfants issus de ces grossesses peuvent avoir un plus faible poids à la naissance, être plus souvent victimes d'abus, de négligences, de blessures et sont plus souvent pris en charge par les services de protection de l'enfance. Devant ce constat, en cas de poursuite de la grossesse, plusieurs intervenants du réseau public travaillant en collaboration entre eux peuvent intervenir et l'adolescente intégrera le dispositif SIPPE décrit plus haut (99).

En Australie, 47 % des femmes âgées de moins de 20 ans consultent avant 14 SA, contrairement à 66 % des femmes âgées de plus de 30 ans et 34 ans. Le faible niveau socio-économique, la prévalence importante de fumeuses, le haut niveau de violence conjugale dans cette tranche d'âge contribuent à un niveau de santé des femmes et des enfants moins élevé (103). Se basant sur les recommandations de l'OMS (104) en matière d'accessibilité chez les femmes enceintes adolescentes (services équitables, accessibles, appropriés, compréhensifs, efficaces et efficients), l'Australie recommande de former des professionnels dans le non-jugement face à ces jeunes femmes auxquelles il est important d'offrir un service accessible dans lequel elles se sentent non jugées, non stigmatisées. Il est important que ces femmes puissent accéder à des programmes anténataux de soutien à la parentalité.

En conclusion, un accompagnement spécifique et pluridisciplinaire est nécessaire pour ces femmes adolescentes enceintes. Les professionnels de santé intervenant auprès des femmes enceintes doivent avoir une formation adaptée.

4.3. Les parents en cumul de vulnérabilités

Au Québec, le cumul de vulnérabilités est pris en considération (niveau socio-économique, niveau scolaire, isolement social), ce cumul de vulnérabilités étant associé à un risque accru d’avoir un enfant présentant des problèmes de santé et de développement. Le dispositif SIPPE tente d’atténuer les effets négatifs de la situation des parents en offrant un soutien continu et privilégié auprès de ces familles. Les visites à domicile effectuées permettent des activités éducatives à l’intention des jeunes enfants et des actions qui visent la création d’environnements favorisant la santé et le bien-être des enfants et de leurs parents.

En conclusion, le cumul de vulnérabilités doit être pris en considération, des interventions précoces doivent être mises en place.

4.4. Les grossesses issues de la procréation médicalement assistée (PMA)

Le Québec, dans le plan périnatalité 2008-2018, prend en considération les risques associés à la PMA comme les grossesses multiples, une vulnérabilité psychologique plus importante, un risque accru en termes de travail prématuré, de prééclampsie, de diabète gestationnel. Dès l’entrée dans un service de PMA, ces familles sont particulièrement soutenues en recevant des renseignements pertinents et complets sur le sujet et en bénéficiant d’un soutien psychologique.

En conclusion, seul le Québec évoque les grossesses issues de la PMA comme une vulnérabilité. Un soutien psychologique est proposé à ces femmes.

4.5. Les naissances prématurées et le retard de croissance intra-utérin (RCIU)

La prématurité et le RCIU sont associés à divers risques pour la santé postnatale : croissance inférieure à la moyenne, problèmes respiratoires, problèmes neurologiques, cécité, surdité, problèmes de comportement et difficultés d’apprentissage ([105](#), [106](#), [107](#)).

Dans cette période particulièrement sensible, les parents ont besoin de soutien. Il paraît important d’organiser les soins et les services en tenant compte des besoins spécifiques de ces familles, notamment avec une fratrie déjà présente.

Au Québec, différents objectifs sont poursuivis avec différentes approches mises en place ([99](#)) :

- renforcer l’approche interdisciplinaire et interservices au sein des hôpitaux ;
- favoriser la relation d’attachement avec l’enfant en adaptant les différents lieux de soins (chambres d’accommodation ou de transition et chambres réservées aux parents, en vue de favoriser la relation d’attachement entre l’enfant et ses parents et de faciliter chez ces derniers l’apprentissage des soins qu’ils devront fournir à leur enfant) ;
- renforcer le lien affectif des parents envers l’enfant et développer l’attachement sécurisant de ce dernier par l’utilisation de diverses méthodes (méthode kangourou, contact peau à peau, etc.) ;
- organiser des services de garde pour la fratrie ;

- transférer l'enfant le plus rapidement possible dans son milieu de vie en veillant à ce que les conditions de retour soient le plus favorables possible ;
- offrir des services au plus près du milieu de vie du nourrisson ;
- accès du nourrisson au programme de développement (prévenir, dépister et traiter les problèmes de développement) ;
- assurer le lien après le post-hospitalier, notamment vers les services d'évaluation et de rééducation pédiatrique.

En cas d'extrême prématurité :

- assurer aux intervenantes et aux intervenants l'accès à un comité d'éthique ayant une expertise pédiatrique spécialisée ;
- assurer des services de répit pour les parents d'enfants présentant des déficiences ;
- assurer la présence d'une équipe de soins palliatifs pédiatriques, lorsque c'est nécessaire.

L'intégration des parents dans les soins aux nouveau-nés en unité de soins intensifs a montré de nombreux bénéfices pour les parents et les nouveau-nés (108).

Au Canada, l'étude O'Brien (109) est une étude de cohorte avec une méthode d'évaluation avant/après la mise en place du programme d'intégration des familles incluant 42 familles. Elle a montré que les mères ayant participé aux soins pendant l'hospitalisation de leur enfant en réanimation éprouvent à la sortie une plus grande confiance en elles, que les nouveau-nés ont augmenté leur poids et que le taux d'allaitement à la sortie est plus important.

En Suède, l'étude de Ortenstrand (110) est une étude randomisée concernant 366 enfants. Le programme d'intégration des parents en unité de soins a permis un raccourcissement de la durée d'hospitalisation de 5,4 jours.

Aux USA, l'Académie américaine pédiatrique recommande (108) :

- que les parents soient incorporés dans tous les soins avec l'équipe de réanimation néonatale avec du peau à peau aussi fréquemment que les conditions médicales le permettent ;
- que les parents participent aux transmissions des équipes médicales et possèdent un accès aux transmissions écrites ;
- que les parents reçoivent des conseils adaptés concernant le confort et la sécurité de leurs enfants, sur le sommeil, sur l'alimentation (encouragement de l'allaitement maternel quand cela est possible).

En conclusion, l'intégration dans les soins des parents en unité néonatale intensive est nécessaire. Les liens d'attachement parents/enfant doivent être travaillés (peau à peau, chambre kangourou spécifique). La coordination entre les différents professionnels doit être renforcée (au sein des différents services de l'hôpital, mais aussi entre les professionnels ville-hôpital).

4.6. Maladies congénitales des enfants

Le Québec, dans le plan périnatalité 2008-2018 (99), met l'accent sur une prise en charge holistique avec des interventions préventives (promouvoir une alimentation riche en acide folique, diminution de l'alcool, du tabac...). Il est important d'apporter une information adaptée à la situation des parents et d'offrir un soutien psychologique.

En lien avec l'hôpital, les parents et l'enfant doivent être orientés vers des services de réadaptation. Il est primordial de renforcer le lien et la communication entre les différents intervenants et institutions

travaillant auprès de ces familles, d'offrir un temps de répit aux parents et d'offrir des milieux de garde adaptés aux besoins spécifiques de chaque enfant.

En conclusion, le plan de périnatalité québécois recommande de mettre en place des interventions préventives permettant de prévenir l'apparition de ces maladies congénitales (prévention tabac, alcool, alimentation riche en acide folique).

4.7. Conduites addictives

Les femmes enceintes prenant des opioïdes sont plus à même de moins bien faire leur suivi de grossesse, de rater des rendez-vous et d'avoir des signes de manque ou d'intoxications. Les parents sous opioïdes ont plus de risque d'être négligents vis-à-vis de leur enfant et les enfants peuvent se retrouver en moins bonne santé ([111-113](#)).

Au Québec, le plan périnatalité 2008-2018 insiste sur le fait que les femmes en situation d'addiction craignent souvent la réprobation des services sociaux et craignent de perdre la garde de leur enfant. La précocité des interventions est déterminante pour réduire les conséquences de consommation de produits addictifs sur l'enfant à naître. Tous les professionnels de santé étant amenés à suivre une grossesse doivent connaître les critères de détection des femmes en situation d'addiction et doivent être en mesure de les orienter vers les services adaptés où des interventions précoces avec une intensité adaptée à chaque situation seront mises en place. Des critères ayant trait à la précocité et à l'intensité des interventions doivent être appliqués avec rigueur dans tous les services visés, afin de répondre aux besoins des femmes enceintes en situation d'addiction et, par le fait même, de protéger les enfants à naître.

Concernant les États-Unis, il y a une grande prévalence dans la population américaine de personnes prenant des opioïdes et notamment parmi les femmes en âge de procréer ([114](#)). Selon les recommandations américaines de 2018 ([115](#)), il est primordial de dépister le plus précocement possible les femmes souffrant de conduites addictives et de faire un point sur toutes les autres substances addictives. Un bilan physique et biologique doit être prescrit ([116](#), [117](#)). Il faut désigner une personne référente pouvant intervenir en cas d'urgence et de crise. Le choix des traitements doit être précautionneusement étudié dans le cadre d'une décision partagée avec le patient et un travail psychologique doit être mené en parallèle. Un partenariat doit se créer avec un spécialiste des addictions et un gynécologue, un document assurant les liens entre les différents professionnels doit être mis en place.

En Australie, selon les recommandations de 2019 ([118](#)), le statut de la femme vis-à-vis du tabac doit être discuté, des informations précises sur les répercussions du tabac sur l'enfant doivent être données. Si la femme présente une addiction au tabac, un échange doit être conduit en lui rappelant les bénéfices à arrêter le plus tôt possible pendant la grossesse. Des moyens pour arrêter de fumer comme les thérapies cognitives doivent être offerts à toute femme enceinte qui le désire.

En ce qui concerne l'alcool, il doit être rappelé qu'aucune boisson alcoolisée n'est sans risque pendant la grossesse. L'alcool peut avoir des effets néfastes chez le fœtus. Pour les femmes exposées, une coordination doit être menée avec différents intervenants : addictologue, obstétricien, diagnostic anténatal ([119](#)).

En conclusion, il est essentiel de dépister systématiquement toutes conduites addictives, le plus précocement possible pendant la grossesse. Des outils adaptés doivent être utilisés. Les professionnels de santé prenant en charge les femmes doivent être formés à ces outils.

4.8. Violence

Les conséquences de la violence conjugale peuvent être délétères sous plusieurs aspects : dans le déroulement et le suivi de la grossesse sur le plan physique et psychologique pour la mère, le développement de l'enfant (120). La détection précoce, à l'aide d'outils adaptés, par les professionnels intervenant auprès des femmes enceintes est indispensable. Il est primordial d'assurer une très bonne coordination entre les services pour permettre la détection, l'intervention précoce, le suivi et la protection des enfants exposés à la violence conjugale et pour être en mesure de les diriger rapidement vers les services appropriés, si le besoin s'avère présent. Les professionnels de santé et sociaux gravitant autour de la femme enceinte doivent avoir dans leur formation initiale une sensibilisation à la détection des violences conjugales.

Au Québec, chaque région présente une équipe médico-sociale spécialisée en protection de l'enfance regroupant des représentants du secteur médical, social et de la direction de la Protection de la jeunesse. Ces unités travaillent en étroite collaboration avec le SIPPE. Des rencontres prénatales et post-natales sont organisées. Ces visites permettent de détecter les premiers symptômes de négligences, de détecter les situations comportant des risques et d'aider les parents qui se sentent épuisés.

Selon les recommandations australiennes de 2019 (118), les femmes victimes de violence doivent être dépistées à la première visite médicale. Il faut expliquer aux patientes que le dépistage des violences familiales fait partie de la routine du suivi de grossesse. Il faut se référer à certains outils spécifiques pour dépister les violences et poser des questions uniquement quand la femme est seule.

Il est important que les professionnels de santé soient formés à ce dépistage et à la prise en charge de ces femmes. Les principaux points à retenir, selon les recommandations australiennes de 2019 (118) en cas de violences familiales :

- s'assurer que la femme est seule lorsque l'on procède au dépistage ;
- expliquer que la discussion va rester confidentielle ;
- ne pas juger ou blâmer le couple ;
- insister sur le fait que de parler de son expérience est déjà une première étape ;
- rappeler que les violences familiales sont punies par la loi ;
- réfléchir avec la femme pour trouver un endroit en sécurité (famille, amis, refuge pour femmes, hôpital) ;
- encourager la femme à se diriger vers les services de soutien aux victimes de violence familiale ;
- informer les femmes de leurs droits ;
- avoir à disposition tous les documents avec les informations utiles (contacts) pour répondre aux interrogations des femmes ;
- noter tout incident de violence pour de possibles explorations policières ou judiciaires.

Les États-Unis proposent plusieurs périodes de dépistage pendant la période périnatale : à la première visite, à la 28^e semaine de grossesse et à la visite postnatale.

En conclusion, la fréquence et les moments de dépistage durant la période périnatale varient selon les pays. Mais il doit se faire le plus précocement possible quand cela est possible. Plusieurs outils adaptés sont mis à disposition. Les questions de dépistage doivent être abordées lorsque la femme est seule.

4.9. Vulnérabilité mentale

Au Québec, un soutien adéquat aux femmes ayant des antécédents de troubles mentaux et/ou présentant des facteurs de risque est proposé, et ce dès la période prénatale.

Les professionnels de santé suivant les femmes enceintes doivent avoir la capacité de repérer les signes précoces indiquant la présence ou l'aggravation d'un trouble mental. L'orientation vers les services spécialisés le plus précocement possible doit être faite en offrant la possibilité d'un travail sur le long cours avec les familles concernées et une intensité adaptée à chaque situation. Il est important que les professionnels de santé puissent repérer ces situations de fragilité et que ces outils de repérage soient intégrés dès leur formation initiale.

Aux États-Unis, d'après les recommandations publiées dans JAMA en 2019 (97), un suivi psychologique doit être systématiquement proposé aux femmes présentant au moins un des critères susceptibles d'augmenter le risque de dépression du postpartum :

- antécédents de dépression, dépression pendant la grossesse, maladie mentale ;
- difficultés financières (faible revenu) pouvant ainsi être dans un environnement plus anxiogène ;
- mère isolée ;
- grossesse adolescente ;
- victime de violence conjugale.

Une fois ces critères identifiés par les professionnels de santé, des thérapies cognitives comportementales sont proposées. Ces thérapies reposent sur une domination des pensées négatives en augmentant les activités et les pensées positives. Aux États-Unis, devant le peu de preuves avancées, d'autres interventions n'ont pas été retenues comme : alimentation équilibrée, activités physiques, thérapie médicamenteuse. Les thérapies cognitives sont initiées la plupart du temps au deuxième ou troisième trimestre. Selon le besoin de la patiente, l'intensité varie, allant de quatre rendez-vous à une vingtaine. Les interventions peuvent se dérouler de façon individuelle ou en groupe (121).

Les recommandations australiennes de 2019 (118) spécifient que les femmes ayant une pathologie psychiatrique ont souvent des expériences traumatiques autour des soins et un accompagnement spécifique doit être envisagé. Un travail en équipe pluridisciplinaire est essentiel avec un plan écrit et planifié à l'avance permettant la continuité des soins. Les professionnels de santé doivent se former à ces prises en charge spécifiques.

En conclusion, un dépistage précoce selon des critères précis avec des outils spécifiques doit être envisagé. Un lien entre les différents professionnels doit être prévu. Un plan de prise en charge peut être écrit. L'expérience traumatique de ces femmes autour des soins doit être prise en considération.

4.10. Grossesses multiples

Les familles de naissances multiples sont plus souvent exposées à des difficultés financières, fatigue extrême, difficultés psychosociales et les enfants sont plus souvent exposés à des violences (122).

Différentes recommandations aux États-Unis en 2018 (115) ont été élaborées pour soutenir les familles de naissances multiples :

- une grossesse multiple doit être classée comme grossesse à haut risque psychosocial ;
- les congés maternité et paternité doivent être allongés en cas de grossesses multiples ;
- un support psychologique doit être systématiquement proposé ;

- les professionnels exerçant auprès des femmes enceintes doivent être vigilants sur les risques psychosociaux dans le cadre d'une grossesse multiple (assistantes sociales, médecins, sages-femmes, infirmiers...);
- un service interdisciplinaire adapté aux besoins des grossesses multiples a été développé dans les structures de soins : il propose des conseils adaptés à ces grossesses, des groupes de parole entre familles ayant eu des grossesses multiples, et des financements peuvent être développés pour les familles les plus précaires.

En conclusion, la fragilité des grossesses multiples doit être prise en considération et les professionnels de santé doivent être vigilants sur les risques psychosociaux.

4.11. Femmes en situation de handicap

Les femmes en situation de handicap ont plus de risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance et d'accoucher avant terme (123, 124). De plus, les femmes en situation de handicap reportent que les professionnels de santé n'ont pas le matériel adéquat pour suivre une femme en situation de handicap et ressentent une stigmatisation face à leur sexualité (125, 126).

Les recommandations américaines publiées en 2016 dans le *disability health* insistent sur le fait que les professionnels de santé doivent être formés dans une approche de non-jugement et doivent fournir aux femmes les informations nécessaires concernant le déroulement de leur grossesse. Un équipement spécialisé doit se trouver dans les hôpitaux et des séances de préparation spécifique (notamment pour les soins après la naissance) doivent être envisagées (123). Des recommandations établies après un entretien semi-directif auprès de 22 femmes handicapées ayant accouché d'un enfant dans les dix dernières années confirment à leurs pairs que (126) donner naissance est possible et qu'il ne faut pas hésiter à aller chercher l'information auprès d'obstétriciens. Les obstétriciens doivent être formés à ces populations spécifiques.

En conclusion, les institutions doivent être équipées de matériels permettant le suivi des femmes handicapées, les professionnels de santé doivent être formés pour répondre aux besoins spécifiques de ces femmes.

4.12. Migrants et réfugiés

Des recommandations ont été établies en 2019 en Australie (118) concernant les migrantes et réfugiées. Un tiers des femmes donnant naissance en Australie ne sont pas nées en Australie. Il y a une très grande diversité des migrantes qui doivent être prises en compte dans leur spécificité et cela dépend avant tout de leur pays d'origine. Différents problèmes peuvent affecter la santé des mères et des nouveau-nés (127, 128) :

- le manque de connaissance du système de santé dans lequel elles évoluent, les traumatismes subis dans le passé (stress post-traumatique, anxiété), le parcours migratoire ;
- la non-maîtrise de la langue d'accueil, les croyances autour de la grossesse (soins non nécessaires, séances de préparation à l'accouchement non nécessaires, peur des institutions gouvernementales) ;
- un faible niveau socio-économique et un faible niveau culturel ;
- le manque de soutien social ;
- l'accessibilité médicale ;
- le manque de connaissance des professionnels de santé sur la culture d'origine de la femme ;

- le manque de communication du professionnel de santé envers la femme enceinte pouvant être perçu comme un manque d'intérêt par la patiente.

L'aspect financier, sans couverture sociale, peut être un frein aux soins dans ces populations.

Certains sous-groupes de population migrante sont plus à risque de diabète, malnutrition ou risque de violence domestique. Un interrogatoire précis recherchant ces pathologies en plus des bilans sanguins doit être conduit. Les professionnels sont encouragés à être compréhensifs face à ces situations et à ne pas être dans le jugement.

Les femmes ayant eu des mutilations génitales doivent bénéficier d'une attention particulière, en plus du traumatisme psychologique engendré, cela peut entraîner des répercussions sur la naissance. Dans ce cas précis, ces femmes doivent être orientées vers des services spécialisés dans ce type de prise en soin.

Il est important d'avoir une approche centrée sur la femme :

- prendre le temps d'établir un rapport de confiance avec la femme ;
- ne pas faire de discriminations en fonction des origines culturelles, religieuses, ethniques ;
- considérer les problèmes qui peuvent interférer dans un suivi régulier (transport, charge de la famille, tarifs des consultations...) ;
- prendre en considération l'environnement social de la femme ;
- respectueusement explorer le parcours de la femme et l'emmener à échanger sur les points de préoccupations ;
- vérifier la compréhension de la femme des explications apportées.

En Australie, un travailleur multiculturel peut accompagner la femme dans ses démarches administratives et peut être un soutien dans l'approche de son parcours de soins. Un travailleur de santé multiculturel (un travailleur ayant une double culture) assiste les migrants et les réfugiés dans l'accès aux soins. Par exemple, il peut accompagner la patiente dans sa prise de RDV médicaux, l'aider à remplir les formulaires administratifs, l'assister dans le transport pour se rendre en rendez-vous médical. Il communique avec la femme dans sa langue de préférence, il apporte par rapport à un interprète des services en plus et notamment un réel accompagnement dans le suivi médical. Il y a peu de preuves sur le bénéfice d'un travailleur de santé multiculturel dans le suivi périnatal, toutefois d'après une revue systématique de la littérature en 2011 publiée dans *Health and Social Care* sur l'efficacité des interventions adaptées à la culture du patient, l'intervention d'un travailleur multiculturel peut permettre une meilleure participation des migrants dans les soins de prévention et assure une meilleure connaissance des migrants sur l'organisation des soins ([129](#)).

Les soins aux migrants et aux personnes réfugiées peuvent être complexes. La première visite est capitale et doit se passer si possible en présence d'un interprète. Ne pas utiliser un membre de la famille proche ou le partenaire comme interprète. Le parcours de soins doit être planifié en équipe pluridisciplinaire et être en coordination avec différents services : psychologie, services d'accueil aux migrants, services sociaux, équipe obstétricale.

En conclusion, le suivi des grossesses des femmes migrantes et réfugiées est complexe. Une prise en charge pluridisciplinaire doit être envisagée. La spécificité culturelle de ces familles est à prendre en considération. Un travailleur de santé multiculturel peut permettre un meilleur suivi des soins.

5. Prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité au cours de la grossesse et du postpartum, en France

5.1. Contexte en France

La stratégie nationale de santé 2019-2022 (130) accorde une importance particulière aux personnes vulnérables, notamment dans le recours aux services de santé. Certaines personnes, par leur situation précaire et la méconnaissance de leur droit, ont moins recours aux soins. Le non-recours au droit commun est plus fréquent chez les jeunes peu qualifiés, sans emploi (28 %), les parents (26 %) ainsi que les femmes (21 %) (131). Le public vulnérable cumule des difficultés (santé, logement, emploi...) et peut se retrouver face à des discriminations, ce qui rend le recours aux soins complexes. En plus de ce recours aux soins complexes, pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, les conditions de vie dans lesquelles elles évoluent peuvent avoir un impact important sur les enfants *in utero*, notamment dans le cadre de conduites addictives (tabac, alcool, substances psychoactives...) et de violence intrafamiliale. Ceci se traduit par un gradient social dans les indicateurs de périnatalité (indicateurs moins favorables pour les personnes les plus précaires) particulièrement marqué pour les femmes seules, très jeunes, d'un niveau socio-économique faible et récemment arrivées sur le territoire français (131, 132).

Afin d'améliorer la santé maternelle et infantile, la stratégie nationale de santé a donc comme principaux objectifs concernant les femmes en situation de vulnérabilité (133) :

- agir dès la grossesse, l'accouchement et la période néonatale sur les facteurs pouvant impacter le développement psychomoteur de l'enfant ;
- faciliter la coordination et le lien entre les différents acteurs médicaux et sociaux pour faciliter le parcours des publics vulnérables ;
- repérer les situations de handicap, de troubles psychiques et de perte d'autonomie des personnes incarcérées et organiser la continuité de la prise en charge lors de la sortie ;
- renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé envers ce public vulnérable afin d'améliorer le repérage de ces populations ;
- améliorer la qualité de la relation entre les différents acteurs intervenant dans les différents champs auprès des familles : sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire... ;
- renforcer le réseau PMI ;
- renforcer le repérage précoce des situations de violences et signes de maltraitements, notamment par les différents professionnels travaillant auprès des jeunes enfants.

De plus, les objectifs mis en place dans la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022 concernant les femmes vulnérables dans la période périnatale sont les suivants (130) :

- atteindre un taux de couverture de 20 % par la PMI des besoins en termes d'entretien prénatal précoce à horizon 2022 ;
- doubler d'ici 2022 le nombre de visites à domicile prénatales par les sages-femmes de PMI et le nombre de visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices juste après l'accouchement ;

- créer des dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap : 1 équipe mobile par département et 50 nouveaux dispositifs ou structures correspondant à cette approche d'ici 2022 ;
- développer les centres parentaux afin d'aboutir à 1 centre parental par département d'ici 2022 pour soutenir et accompagner les parents d'enfants protégés.

5.2. Identification des ressources et des différents acteurs pouvant intervenir auprès des femmes vulnérables en périnatalité en France

Différents acteurs, structures et organisations interviennent dans l'accompagnement de la grossesse et du retour à domicile des mères en situation de vulnérabilité, cette liste étant non exhaustive.

5.2.1. Les professionnels de santé

5.2.1.1. Les sages-femmes

Les sages-femmes exercent selon différents modes d'exercice au sein de structures (hôpitaux, PMI) ou en libéral.

- Libérales : elles interviennent au domicile des femmes ou dans leur cabinet. Elles peuvent être choisies par la femme durant sa grossesse ou sollicitées dans le cadre d'une organisation définie par l'établissement.
- Hospitalières : elles interviennent dans le cadre du suivi de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches immédiates et peuvent se rendre au domicile des femmes enceintes dans le cadre de l'HAD.
- PMI : selon les ressources du département, les sages-femmes peuvent se rendre au domicile des parents ou effectuer des consultations au sein des locaux de PMI.

En cas de pathologie maternelle ou néonatale durant le postpartum, la sage-femme orientera la patiente vers un médecin spécialiste et pourra éventuellement pratiquer les soins prescrits par celui-ci. En cas de découverte ou de suspicion de pathologie chez le nouveau-né, celui-ci devra être réorienté vers un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né (6).

5.2.1.2. Les médecins ambulatoires ou hospitaliers

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, endocrinologue, pédiatre, neurologue, médecin généraliste...

Un système de santé efficace s'appuie sur des soins primaires (promotion de la santé, prévention, dépistage) performants avec notamment le médecin généraliste s'inscrivant au cœur de ce processus (134). Au cœur du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant (désigné par le patient et il s'agit souvent d'un médecin généraliste) joue un rôle central dans le suivi médical personnalisé et coordonné du patient. En effet, les différentes missions du médecin traitant sont les suivantes :

- assure les soins et la prévention de 1^{er} niveau ;
- coordonne les soins et s'assure du suivi médical optimal du patient ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- centralise toutes les informations dans le dossier médical du patient ;
- établit le protocole de soins pour les patients atteints d'une affection longue durée.

Ainsi, le médecin traitant a une approche holistique du soin (biologique, psychologique, sociale) adaptée à la fragilité de ses patients. 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 patientes dans leur suivi et favoriser l'accès des patientes aux soins.

5.2.1.3. Les infirmières

- Libérales : peuvent se rendre au domicile des parents pour effectuer les soins nécessaires prescrits par un médecin.
- PMI : essentiellement des puéricultrices qui peuvent se rendre au domicile des familles afin de leur apporter un soutien et un accompagnement en fonction de leur besoin.

5.2.1.4. Psychologue

Il est un professionnel du fonctionnement psychique ainsi que du comportement humain, de la personnalité et des relations interpersonnelles. Il peut exercer en libéral ou en salarié dans les hôpitaux. L'intervention du psychologue en périnatalité est sollicitée quand des signes de souffrance et de vulnérabilités sont repérés par les différents professionnels de santé gravitant autour de la femme enceinte, du couple et/ou du bébé. Il peut contribuer à rendre présents et actifs les liens ténus qui se tissent entre les parents et l'enfant en devenir ([135](#)).

5.2.1.5. Kinésithérapeute

Professionnel de santé pratiquant la massothérapie, thérapie de la gestuelle humaine. Elle peut agir au niveau de l'ensemble des tissus concernés par le soin pratiqué (tégumentaires, musculaires, articulaires, nerveux, pulmonaires, cardiaques, vasculaires). Les techniques sont utilisées dans le but de la rééducation ou de la réadaptation de la personne. Le kinésithérapeute peut être amené à rencontrer des femmes en situation de vulnérabilité, notamment dans le cadre de la rééducation périnéale.

Différents moyens d'exercice peuvent être pratiqués en institution ou en libéral.

5.2.1.6. 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. Pour cela, il effectue des bilans réguliers dans son domaine d'activité.

La rééducation proposée par le psychomotricien peut prendre différentes formes : son intervention peut notamment porter sur le mouvement, l'action, la communication, les émotions et les représentations...

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, jusqu'aux personnes âgées.

5.2.2. Autres professionnels pouvant intervenir dans le cadre d'une prise en charge de patiente ayant une vulnérabilité

5.2.2.1. Conseiller en lactation

Professionnel de santé spécialisé dans les questions relatives à l'allaitement maternel.

5.2.2.2. Assistant de service social (ASS)

Il 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).

5.2.2.3. Technicien de l'intervention sociale et familiale

Les techniciens de l'intervention sociale et familiale effectuent une intervention sociale préventive, éducative et réparatrice visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement et à créer ou restaurer le lien social.

Le 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 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.

Il y a différents cadres d'intervention d'un TISF :

- 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 dans le cadre de la prévention de situation en lien avec la protection de l'enfance sur demande des professionnels ([132](#)).

Les compétences des TISF sont les suivantes :

- conduite du projet d'aide à la personne ;
- communication professionnelle et travail en réseau ;
- réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- transmission des savoirs et des techniques nécessaires à l'autonomie des personnes dans leur vie quotidienne ;
- contribution au développement de la dynamique familiale ;
- accompagnement social vers l'insertion.

Une brochure explique et référence les différentes missions des TISF ([136](#)).

5.2.2.4. Éducateur de jeunes enfants (EJE)

L'EJE est un professionnel du travail social et un spécialiste de la petite enfance. Il assure 5 fonctions :

- instauration de la relation et accompagnement du jeune enfant, dans une démarche éducative et sociale, globale, en coopération avec sa famille et dans son environnement social ;
- élaboration et mise en œuvre du projet social, éducatif et pédagogique en direction du jeune enfant, en coopération avec sa famille ;
- conception et conduite de l'action éducative au sein d'une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ;
- élaboration de l'action éducative en lien avec les cadres institutionnels et les partenaires ;
- contribution à la compréhension et à l'évolution du domaine éducatif et social de la petite enfance.

À partir de ses connaissances spécifiques du développement du jeune enfant, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet social, éducatif et pédagogique et il veille au maintien de la continuité éducative dans le respect du milieu familial, social et culturel de l'enfant.

De multiples lieux d'exercice sont possibles (associations, entreprises, fonctions publiques, crèches, centres de loisirs...), toutefois 60 % des EJE exercent dans la fonction publique territoriale.

5.2.2.5. Interprète

L'interprétation est le service dont le but est de permettre la communication verbale entre des personnes de langue différente. L'interprétariat est le métier des interprètes qui exercent cette fonction. La fonction publique territoriale peut avoir recours à des services d'interprétariat.

Si toutefois un interprétariat en physique ne peut pas être envisagé pour diverses raisons (financières ou autres), un interprétariat au travers d'une application pourrait être utilisé ([137](#), [138](#)).

5.2.2.6. Médiateur en santé

La « médiation en santé » consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention. Ce métier s'inscrit dans une réduction des inégalités sociales de santé ([139](#)).

Un référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques intitulé « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » a été publié par la HAS en octobre 2017. Ce référentiel, élaboré dans le cadre des articles L. 1110-13 du Code de la santé publique et L. 161-37 du Code de la sécurité sociale, précise les compétences requises et le socle minimal de formation pour l'exercice de la médiation en santé, ainsi que les bonnes pratiques à respecter.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec », dont les objectifs sont de renforcer :

- l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;
- le recours à la prévention et aux soins ;
- l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires ([140](#)).

La médiation en santé permet de renforcer les compétences des individus et accroît le pouvoir d'agir des personnes. La finalité est de permettre aux personnes accompagnées de s'engager dans des parcours de soins et de les mener à bien, en repérant et contournant les obstacles, tout en prenant en compte leur environnement de vie ([140](#)).

La médiation en santé vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes qui en sont éloignées. Reconnue par la loi de modernisation de notre système de santé, elle s'inscrit dans l'ambition de la Haute Autorité de santé de garantir à chacun des soins de qualité ([140](#)).

En conclusion, il est recommandé de faire intervenir un médiateur en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Recommandations du groupe de travail

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.

5.2.3. Autres acteurs autour de la périnatalité

5.2.3.1. Associations

Le rôle des associations d'usagers (131) en lien avec les réseaux locaux de santé en périnatalité peut avoir toute sa place pour 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 enfants issus de grossesse multiple, associations d'aide aux femmes migrantes...). Chaque établissement de santé, chaque professionnel libéral est invité à enrichir la liste des ressources disponibles au niveau local, en lien avec le réseau de santé de périnatalité auquel il participe, afin de la mettre à disposition des professionnels de santé et du social. Voici quelques exemples d'associations d'usagers, mais également de professionnels (7).

- Les membres de la Leche League assurent une permanence téléphonique, dispensent des informations en ligne à l'attention des parents et des professionnels, et organisent des réunions gratuites dans chaque département, animées par des bénévoles (coordonnées de chaque association sur le site internet <http://www.llfrance.org/>).
- L'association « Solidarilait » assure une écoute téléphonique 7 j/7 et organise régulièrement des réunions de parents et futurs parents.
- L'association « Maman Blues » (<http://www.maman-blues.fr/>) : des usagers et professionnels animent des forums et des groupes de parole pour les mères et couples en difficulté.
- Médecins du monde : au sein de ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), l'association Médecins du monde accueille des femmes enceintes. Des délégations régionales, au nombre de 15, assurent la mise en œuvre d'une stratégie adaptée aux spécificités locales, visant à défendre l'accès aux soins des populations vulnérables. Elles assurent en particulier des formations médicales et paramédicales en lien avec la précarité.
- Croix-Rouge française : dans le cadre des actions qu'elle mène sur le territoire national, la Croix-Rouge intervient par délégation de certains conseils généraux en matière de protection maternelle et infantile, d'accueil et d'hébergement, d'accueil du jeune enfant, de manière régulière, occasionnelle ou en urgence.
- Comité médical pour les exilés (COMEDE) : destinées aux exilés, réfugiés, migrants/étrangers en situation précaire et aux professionnels et personnes qui leur viennent en aide face à des problèmes de santé, les permanences téléphoniques sont assurées par les professionnels du COMEDE, médecins et psychologues référents. Pour ceux qui ne peuvent venir avec un accompagnant parlant français ou anglais, le centre de santé du COMEDE propose des consultations avec interprètes de différentes langues ou dialectes. Un centre de santé assure également un service d'accès aux soins de santé pour les patients encore dépourvus de

protection maladie suffisante ainsi que des consultations médicales et d’infirmières gratuites, et la délivrance de médicaments.

- SOS préma : l’association se veut porte-parole des familles et expert du terrain. Ainsi, en collaboration avec les équipes soignantes, elle fait remonter vers les pouvoirs publics ce qu’elle peut observer sur le terrain de façon à améliorer la prise en charge de la prématurité à tous les niveaux. Cette association œuvre pour améliorer la prise en charge de la prématurité en travaillant sur trois axes :
 - l’aide et le soutien aux familles ;
 - le dialogue avec les équipes médicales ;
 - la sensibilisation des pouvoirs publics.
- SPAMA : l’association soutient les parents face à la fin de vie de leurs enfants et la traversée du deuil. Pour cela, elle propose une ligne d’écoute, un forum des parents, des cafés-rencontres, des échanges avec les bénévoles.

Le guide de la solidarité est conçu et réalisé par certains conseils départementaux pour répondre aux difficultés des personnes en situation de précarité. Ce guide permet à chacun de s’informer sur ses droits, de savoir où trouver le service adéquat, de bénéficier des dispositifs d’aide alimentaire ou d’hébergement, de mieux connaître les possibilités d’accès aux soins ou encore les solutions de réinsertion sociale et professionnelle.

5.2.4. Les institutions/organisations jouant un rôle dans le parcours des femmes en situation de vulnérabilité en ante et postpartum

5.2.4.1. PMI

Historique

La protection maternelle et infantile (PMI) ([135-137](#)) est créée par une ordonnance du 2 novembre 1945 au lendemain de la seconde guerre mondiale. Elle vise prioritairement à lutter contre la mortalité infantile et, dès son origine, elle s’accompagne d’un ancrage territorial fort, dans une logique d’accessibilité et de proximité.

Dans les années 1970, la PMI a diversifié ses champs d’intervention : lutte contre la mortalité périnatale et la prématurité, création de centres de planification et d’éducation familiale, implication des services de PMI dans l’agrément et le suivi des crèches et des haltes-garderies, ainsi que dans l’agrément et le suivi des assistantes maternelles, participation de la PMI à la création des centres d’action médico-sociale précoce (CAMSP) ([141](#)).

Une circulaire du 16 mars 1983 oriente la PMI vers la promotion de la santé individuelle et collective, et vers la lutte contre les inégalités et les handicaps.

La loi du 18 décembre 1989 étend les missions de la PMI. On ne parle plus seulement de protection, mais aussi de promotion de la santé, qui ne concerne plus seulement la mère et l’enfant, mais la famille et l’enfance.

Un décret viendra, en 1992, préciser l’organisation du service départemental de PMI ainsi que les qualifications professionnelles de ses personnels, et définir des normes minimales d’activité et d’effectifs.

La loi relative à la santé publique d’août 2004 est venue renforcer et préciser le rôle de la PMI dans le champ de la périnatalité, avec la mise en place d’un système national d’information basé sur les certificats de santé, auquel les PMI participent.

Ces évolutions permettent de souligner que l'identité de la PMI est la résultante d'adaptations médicales et sociales, avec un maillage de proximité de l'institution depuis l'origine ([142](#)).

Financement de la PMI

Le financement de la PMI est un financement hybride. Avant 2012, les départements supportaient les dépenses de PMI et les inscrivaient dans leur budget, mais l'assurance maladie leur remboursait une partie de ces dépenses dans le cadre de conventions entre les CPAM et les départements. Le système a été modifié en 2012 et repose désormais sur un paiement à l'acte. L'assurance maladie rembourse aux départements les actes des médecins et des sages-femmes, qui sont cotés et inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), ainsi qu'une partie du coût des vaccins achetés par les PMI.

Ce financement hybride repose de manière prépondérante sur les départements. Concrètement, les services de PMI doivent s'en remettre à l'exécutif départemental pour obtenir les moyens dont ils ont besoin. Ils sont ainsi directement en concurrence avec l'ensemble des autres politiques que le département doit financer. Les activités de prévention sont ainsi vulnérables : les dépenses de prévention ne sont pas chiffrées (à la différence du tarif d'une journée d'hospitalisation) et elles ne résultent pas de décisions judiciaires exécutoires (à la différence de l'ASE).

Avec ce « modèle économique », les moyens dont la PMI aurait besoin pour assurer ses missions de prévention précoce ne sont pas aujourd'hui sécurisés ([141](#)).

Les objectifs de la PMI

Les objectifs de la PMI en rapport avec les vulnérabilités décrites pour ces recommandations sont les suivants :

- mesurer les besoins médicaux, psychologiques, sociaux et d'éducation pour la santé des futurs enfants et des futurs parents ;
- prévenir et dépister les enfants en situation de handicap, apporter des conseils aux familles pour la prise en charge.

Comme nous avons pu le voir dans la première partie, certaines vulnérabilités autour de la périnatalité, de la naissance et de l'accès aux soins sont évitables :

- enfants de petits poids ;
- extrême prématurité à risque de handicap ;
- précarité et suivi de grossesse (un suivi médiocre augmente par 5 le risque de trouble du développement ou du suivi de l'enfant) ;
- grossesse et addiction ;
- dépression maternelle.

La PMI, en luttant contre ces vulnérabilités évitables, contribue à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les interventions précoces dès la grossesse de la patiente ont montré leur efficacité en termes de prévention des risques et vulnérabilités citées plus haut. En effet, la littérature scientifique portant sur les moyens d'atteindre, de retenir et d'intervenir auprès de familles venant d'avoir un enfant suggère qu'il est nécessaire que ces interventions soient précoces et durables, qu'elles aient des objectifs définis et qu'elles soient menées par des intervenants formés et supervisés ([143](#)).

Les missions de la PMI

La PMI 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. Les missions des PMI sont définies par le Code de la santé publique (le Code de la santé publique (CSP) liste les

missions imparties au service départemental de PMI (articles L. 2112-2, L. 2112-7, L. 2324-2, R. 2112-1)) et mobilisent au sein des départements des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales...).

Les missions de la PMI comprennent :

- des consultations médicales préventives (en direction des femmes enceintes, des enfants de la naissance à 6 ans, des femmes et des jeunes dans le cadre de la planification familiale) ;
- des visites à domicile de puéricultrices et de sages-femmes, des bilans de santé en école maternelle ;
- des actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiales ;
- des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ;
- des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance ;
- le traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

Public prioritaire

Le public prioritaire de la PMI répond aux critères suivants :

- les enfants de moins de 6 ans ;
- les femmes enceintes ;
- les adolescents et les jeunes ;
- les populations vulnérables ;
- les enfants confiés à l'ASE.

Les actions de la PMI

Les actions de prévention menées par la PMI sont centrées sur la famille et sont à l'interface des acteurs de prévention sociaux, éducatifs, culturels, des acteurs de soins et des acteurs de protection judiciaire. Elles visent, en partenariat, la prise en charge globale de la femme : santé physique, mentale et sociale de l'enfant, de l'adolescent, des parents et futurs parents.

Les actions de la PMI sont les suivantes.

Périnatalité :

- réception des avis de grossesse ;
- consultations médicales prénatales ;
- visites à domicile (VAD) par les sages-femmes et les puéricultrices de PMI ;
- entretien prénatal précoce du 4^e mois de grossesse ;
- actions collectives pour les futurs parents : « préparation à la naissance et à la parentalité », « autour de la naissance » ;
- entretiens de conseil conjugal et familial.

En période post-natale :

- visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices, consultations des puéricultrices ;
- consultations médicales.

Santé infantile :

- consultations médicales préventives ;
- participation aux staffs hospitaliers : pédiatrie, maternité, pédopsychiatrie ;

- permanences et visites à domicile (VAD) des puéricultrices.

La spécificité de la PMI

La valeur ajoutée de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et administrative. Elle offre un personnel disponible et présent aux moments clés et précoces du développement et de l'établissement des liens parents-enfants. Le personnel de la PMI est attentif aux facteurs de risque et de protection ainsi qu'à la survenue d'affections ou de déficiences chez le nouveau-né. Ainsi, la PMI propose une double approche, individuelle centrée sur le soutien à la personne, et collective centrée sur l'organisation, la promotion de la santé. Elle possède une réelle compétence spécifique pour accompagner les parents vulnérables au long d'un dialogue de santé vers un engagement actif et des changements comportementaux conduisant à l'accès aux soins.

Les caractéristiques de l'approche clinique développée par les personnels de PMI ont été finement décrites dans un rapport de la DGCS de 2016 ([144](#)) :

- une approche de la santé prise de manière globale, en lien avec le contexte de vie ;
- une continuité des actions entre la périnatalité, la planification et la santé du nourrisson puis de l'enfant. Les missions de soutien à la parentalité, notamment, vont s'exercer dès la grossesse et se poursuivre au cours des premières années de l'enfant ;
- des modalités de travail basées sur une approche pluridisciplinaire liée à la composition pluridisciplinaire des équipes : médecins, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, éducateurs, psychomotriciens, etc., et travail en interdisciplinaire.

La PMI a développé un savoir-faire et des compétences dans l'accueil et l'accompagnement des personnes et des familles vulnérables qui se traduisent par :

- des actions collectives et animations dans les salles d'attente pour établir la confiance et rejoindre les personnes les plus éloignées du système de soin ; un accueil non stigmatisant des personnes les plus vulnérables ;
- des modalités d'accueil souples et adaptées aux besoins de certaines populations : permanences sans RDV de puéricultrices ou d'infirmières, durées de consultations plus longues que chez les médecins de ville et à l'hôpital, consultations itinérantes (bus PMI), appels téléphoniques aux familles pour leur rappeler les dates des consultations, des actions d'« aller vers » ;
- des modalités administratives et financières faciles : accueil inconditionnel, y compris en l'absence de droits ouverts à l'aide médicale d'État ou à la protection universelle maladie, gratuité des consultations et des vaccins, accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ;
- l'édition de brochures et d'affiches accessibles (dessins, pictogrammes, supports facile à lire et à comprendre) et le recours si nécessaire à de l'interprétariat avec les familles migrantes.

La PMI s'inscrit dans de multiples réseaux de proximité pour mettre en œuvre une prise en soin globale (médicale et sociale).

Ces spécificités de la PMI sont reconnues par les pouvoirs publics et la loi de modernisation de santé de 2016 a confirmé cette inscription des PMI dans les politiques nationales de santé.

Les méthodes et outils utilisés en PMI :

- établissement de la relation et du dialogue parents-professionnels, actions en salle d'attente, questionnaire auprès des parents ;
- évaluation des capacités parentales ;
- évaluation du développement de l'enfant ;

- dépistage précoce des troubles d'établissement des liens d'attachement (sensibilité maternelle, indices d'insécurité, indices de troubles de l'attachement) ;
- participation aux staffs de parentalité dans les maternités ;
- transmission d'informations entre maternités (liaisons maternités-PMI, liaisons avec l'HAD (hospitalisation à domicile)) ;
- dépistage précoce des troubles mentaux de l'enfant ;
- actions collectives (groupes de parole, lieux d'accueil enfants/parents, ateliers...).

Importance de la PMI : constatations et leviers (141)

Par lettre de mission datée du 26 juillet 2018, le Premier ministre a confié à Madame Michèle Peyron, députée de Seine-et-Marne, une mission sur la protection maternelle et infantile (PMI). Deux membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été désignés en appui, Madame Bénédicte Jacquy-Vazquez et Monsieur le docteur Pierre Loulergue.

La mission s'est rendue dans quatorze départements et a organisé une cinquantaine d'auditions et de réunions. Elle s'est également appuyée sur plusieurs rapports publics, sur des articles scientifiques et sur les résultats de travaux de recherche conduits notamment sous l'égide de l'INSERM-INED et de Santé publique France.

De ce rapport, il est issu le constat suivant : alors que l'efficacité de la prévention précoce est bien établie scientifiquement et que la PMI constitue un levier de prévention adapté pour réduire les inégalités sociales de santé, cette politique publique est confrontée depuis le début des années 2000 à une combinaison de facteurs défavorables :

- la PMI a été peu investie par l'État et par l'assurance maladie en termes d'objectifs explicites de taux de couverture depuis la décentralisation ; il a manqué une vision stratégique commune entre les pouvoirs publics et une fonction d'animation et de régulation ;
- l'assurance maladie finance peu la PMI alors qu'il s'agit d'une politique sanitaire préventive avec un fort retour sur investissement en termes de gestion du risque ;
- le financement local de la PMI par les départements crée de fortes disparités et reste parfois insuffisant ;
- déficit croissant des médecins devant le manque de revalorisation salariale.

Il en résulte un rétrécissement marqué de l'activité sanitaire de la PMI en direction des publics fragiles, entre 1995 et 2016 :

- une baisse de -45 % des consultations pédiatriques, focalisation sur la tranche d'âge 0-2 ans alors que la PMI est compétente jusqu'à 6 ans ;
- une baisse de 50 % des VAD par les infirmières puéricultrices, une baisse de 28,8 % des VAD par les sages-femmes ;
- la PMI couvre environ 6 % des besoins en termes d'entretien prénatal précoce ;
- le bilan de santé en école maternelle se maintient avec un taux de couverture national de 70 % mais des écarts de 10 % à 98 % selon les départements.

La mission a constaté qu'une partie croissante des visites à domicile infantiles de la PMI se fait à la demande de l'aide sociale à l'enfance, dans le cadre d'informations préoccupantes. Ces visites relevant de l'urgence sociale tendent à se substituer aux visites de prévention et fragilisent le lien de confiance entre la PMI et les familles. Cette gestion des informations préoccupantes absorbe environ 10 % du temps des équipes. Au total, 30 % à 40 % des moyens humains sont donc « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI, obligeant les équipes à pratiquer un hyper-ciblage sur les publics les plus vulnérables et les enfants les plus jeunes.

Ainsi, le rapport de 2019 « Pour sauver la PMI, agissons maintenant », présenté par Michèle Peyron (députée), recommande une clarification des rôles et une organisation différente des circuits de financement.

5.2.4.2. Réseau périnatalité

L'objectif des réseaux de périnatalité (7, 145) est d'optimiser la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né grâce à la mutualisation des professionnels et établissements de santé. Les réseaux de périnatalité permettent le partage de leurs compétences afin que les femmes soient accompagnées au mieux dans leur projet de grossesse. Ils favorisent un accompagnement global de la mère (et du père) et de l'enfant dès le début de la grossesse : organisation de l'accompagnement médico-psycho-social de la grossesse, repérage et prise en charge des vulnérabilités psychosociales en amont et suivi à long terme du nouveau-né présentant notamment une vulnérabilité d'origine périnatale et susceptible de développer un handicap.

En cas de vulnérabilité ou pathologie identifiée, les professionnels adhérant aux réseaux de périnatalité s'engagent à orienter la femme enceinte ou le nouveau-né vers d'autres professionnels afin de répondre au mieux aux besoins des familles et d'avoir une prise en charge adaptée. Les professionnels intervenant dans cette démarche sont les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, anesthésistes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, échographistes, radiologues, pédopsychiatres, psychiatres, et les psychologues. Ils travaillent en cabinet libéral, en PMI, dans des maternités publiques ou privées et dans les services de néonatalogie.

Le réseau est également au service des femmes qui peuvent faire appel à la coordination sociale et/ou médicale à tout moment de leur parcours de soins.

Il garantit une coordination réseau au service des professionnels de santé, pour assurer une action territoriale pluridisciplinaire concertée et adaptée à chaque situation. Il offre une plateforme d'informations et d'échanges entre professionnels de santé pour optimiser l'impact de leurs actions sur la population vulnérable considérée.

5.2.4.3. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS regroupent les professionnels (professionnels de santé, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié, des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) d'un même territoire qui souhaitent se coordonner pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

À défaut d'initiative des professionnels, l'ARS pourra être amenée à susciter, en concertation avec les unions régionales de professionnels de santé (URPS) et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé.

Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent.

Les équipes de protection maternelle et infantile sont par exemple des acteurs fréquemment sollicités dans cette démarche qui associe étroitement prévention et soins. L'action coordonnée des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé est un facteur essentiel d'amélioration des parcours de santé en proximité, notamment pour les patients atteints de maladies

chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

5.2.4.4. HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation. Elle permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Les soins délivrés en HAD se différencient des soins à domicile par leur complexité, la fréquence et la durée des actes. L'HAD est pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'état de santé du patient. L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant. C'est lui qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour. L'HAD est remboursée par l'assurance maladie. La HAS a publié des recommandations sur les situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du postpartum (pathologie psychiatrique, diabète, HTA...) (6).

Recommandations du groupe de travail

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.

5.2.4.5. Les établissements de santé

Les établissements de santé (7) 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. La Haute Autorité de santé enjoint les établissements de santé à adapter leur organisation en vue de la prise en charge de personnes présentant une vulnérabilité et précise que le management d'un établissement de santé doit assurer la mise en place de politiques et d'organisations permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces populations (146).

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.

Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. 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 élargi.

5.2.4.6. CAMSP

Un CAMSP est un établissement médico-social chargé de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans. Il s'agit d'enfants présentant ou susceptibles de présenter un retard psychomoteur, des troubles sensoriels, neuromoteurs ou intellectuels, troubles

du neurodéveloppement, des difficultés relationnelles. Les professionnels intervenant en CAMSP font partie d'une équipe pluridisciplinaire (pédiatre, professionnels de la rééducation, professionnels éducatifs, assistant de service social...).

La prise en charge de l'enfant est globale et prend en compte à la fois sa problématique médicale et son environnement. La prise en charge précoce des retards de développement vise à atténuer l'installation des troubles et faciliter l'intégration de l'enfant dans son environnement.

5.2.4.7. Structures d'addictologie (7)

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non). Ils fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux dont la mission est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants. Ils visent à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs.

5.2.4.8. Aide sociale à l'enfance (ASE) et justice (7)

CRIP

La cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation est un dispositif lié à la protection de l'enfance, créé par la loi du 5 mars 2007. Les professionnels de la santé et du social et les établissements de santé doivent identifier le numéro d'appel de la cellule de leur département afin d'être en mesure de demander un avis ou conseil lorsqu'ils sont confrontés à une situation susceptible de relever de l'ASE.

L'ASE

L'ASE est chargée d'« apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre » (Code de l'action sociale et des familles, article L. 221-1).

Lorsqu'un juge des enfants prononce une Ordonnance Provisoire de Placement, il place l'enfant concerné sous la responsabilité du président du Conseil départemental. Ce placement peut être ordonné à la suite d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement au 119.

Les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du département prennent alors en charge l'enfant : ils identifient le lieu de placement le plus adapté à ses besoins et établissent avec la structure en question les conditions dans lesquelles l'enfant sera accueilli.

Un référent ASE est nommé pour suivre le projet individuel de chaque enfant et échanger avec les équipes du lieu d'accueil. Le référent peut être amené à donner son accord sur des documents relatifs à l'enfant en cas d'absence des parents ou de retrait partiel de l'autorité parentale.

Il existe différentes structures de placement en protection de l'enfance :

- les familles d'accueil ;
- les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) ;
- les Lieux de Vie et d'Accueil (LVA) ;
- les Villages d'Enfants et d'Adolescents

Centres maternels ou parentaux

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 du 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. Un accompagnement en centre parental favorise la stabilisation du parcours des familles tant matériellement qu'affectivement, ce qui a un impact fort sur le devenir et le bien-être des enfants (147).

5.2.4.9. Maisons de santé pluriprofessionnelles

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné créé en 2007. Il s'agit d'une équipe pluriprofessionnelle de professionnels de santé de soins primaires et/ou secondaires d'une même zone géographique autour d'un projet commun, témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune.

5.2.4.10. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Les 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. Il s'agit notamment de victimes de violence, de personnes confrontées à l'alcoolisme et aux toxicomanies ou de personnes sortant de prison.

5.2.4.11. Les centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF)

Les centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) sont les antennes territoriales de la Fédération nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF). Il s'agit d'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.

6. Les ressources propres aux femmes et aux familles

6.1. Les besoins primaires selon l'OMS

6.1.1. Définition

Différentes ressources personnelles de la femme et de son entourage sont présentes et mobilisables : des ressources matérielles comme les besoins primaires décrits par l'OMS (accès à l'eau potable et assainissement, aliments nutritifs, logement décent, éducation, conditions de travail sûres et accès aux soins), mais également des ressources plus psychologiques comme le soutien social.

6.1.2. Un dispositif spécifique pour le logement en France : le droit opposable au logement

6.1.2.1. Définition

Le droit au logement opposable (148) a été mis en place en 2007. Après 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.

Proclamé avec la loi Quilliot du 22 juin 1982 – qui fait du droit à l'habitat un droit fondamental – et consacré quelques années plus tard par la loi Besson de 1990 (« Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation »), le droit au logement est longtemps resté inappliqué, en l'absence de tout dispositif contraignant.

C'est à la suite de la mobilisation autour des campements de sans-abris, installés sous l'impulsion de l'association « les Enfants de Don Quichotte » dans plusieurs grandes villes de France durant l'hiver 2006, que l'opposabilité du droit au logement a acquis un fondement juridique.

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. Lorsque l'État est défaillant, sa responsabilité peut être engagée, y compris sur le plan indemnitaire.

Sept critères sont susceptibles de conférer l'éligibilité au Dalo :

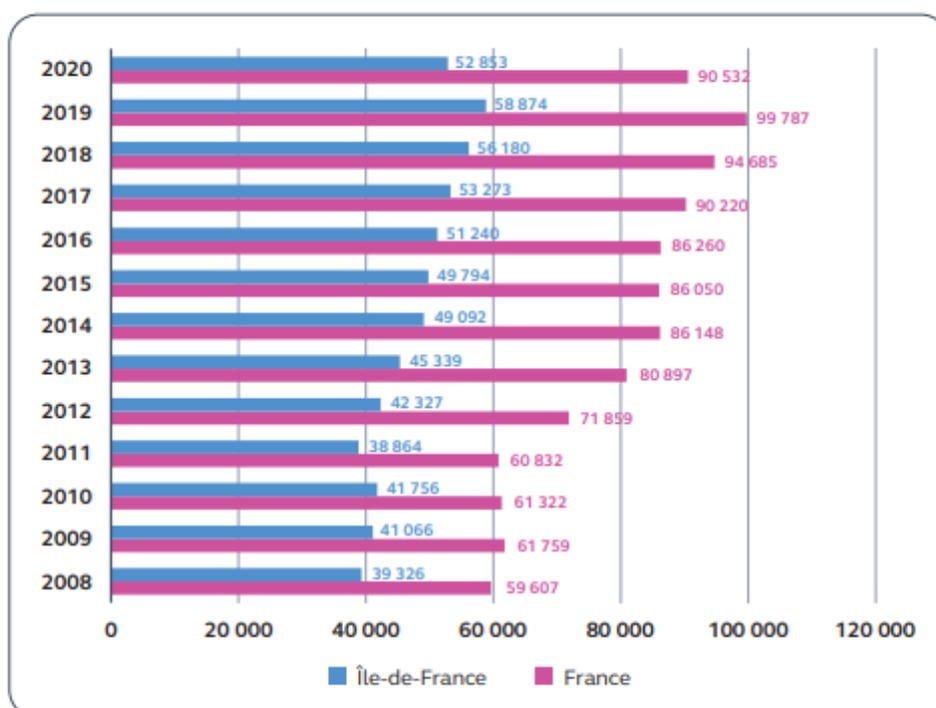
- l'absence de domicile ;
- la menace d'une expulsion sans solution de relogement ;
- l'hébergement dans une structure d'hébergement ou une résidence hôtelière à vocation sociale de façon continue depuis plus de six mois, ou dans un logement de transition ou un logement foyer depuis plus de 18 mois ;
- 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 fait d'avoir demandé un logement social depuis un délai « anormalement long ».

6.1.2.2. État des lieux

Unique en Europe depuis sa création au 1^{er} janvier 2008, Dalo a enregistré un nombre croissant de sollicitations. Entre 2008 et 2022, plus de 60 % des demandes sont enregistrées en IDF.

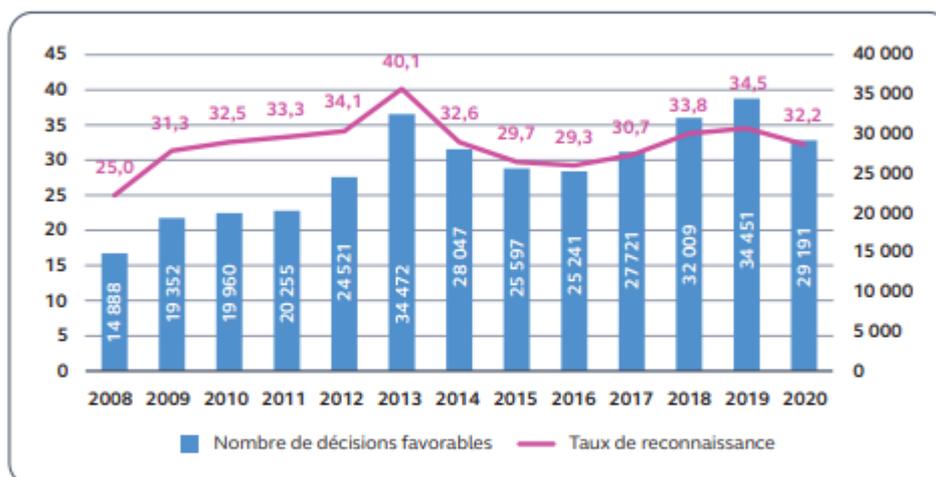
Graphique n° 1 : évolution du nombre de demandes de reconnaissance au titre du Dalo entre 2008 et 2020



Source : Cour des comptes d'après les données de la DHUP. Un même ménage peut déposer plusieurs demandes

Le pourcentage de décisions favorables rendues par les commissions de médiation était, en 2019, de 34,5 % contre 25,0 % en 2008. Être reconnu éligible au Dalo ne représente pour un ménage qu'une première étape. L'effectivité de ce droit acquis réside dans la capacité de l'État, seul débiteur, à proposer rapidement une offre de logement ou de relogement adaptée aux besoins de ces ménages. Ce rapport de la Cour des comptes (CC) 2022 notait également qu'entre 2008 et 2020, 333 724 ménages ont été reconnus éligibles à un relogement urgent et prioritaire au titre du Dalo, dont 62,8 % ont bénéficié d'une offre adaptée de relogement proposée par l'État. Toutefois, 78 016 d'entre eux, soit 23,4 % du total, n'avaient pas encore été relogés fin février 2021. La situation s'est dégradée depuis 2015 : on comptait alors 60 000 ménages en attente d'une offre. Elle est particulièrement difficile en Île-de-France, où près d'un tiers des 65 000 ménages reconnus éligibles au Dalo, depuis 2008, est toujours en attente d'une offre de relogement par l'État. Le relogement s'effectue presque exclusivement dans le parc social, alors même que le parc privé conventionné peut également être mobilisé.

Graphique n° 2 : évolution du nombre de décisions favorables et du taux de reconnaissance



Source : Cour des comptes d'après les données InfoDaLo communiquées par la DHUP. Données extraites au 24 février 2021, incomplètes, pour les années 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012 pour les Bouches-du-Rhône. Lecture : nombre de décisions favorables annuelles rapportées au nombre de demandes reçues. Certaines décisions peuvent porter sur les recours reçus les années précédentes.

6.1.2.3. Mises en cause de l'État

La loi Dalo désigne l'État comme le garant du droit au logement et institue deux voies de recours :

- le recours amiable s'exerce devant une commission de médiation départementale qui, si elle juge la demande de logement urgente et prioritaire, demande au préfet de procurer un logement sur le contingent préfectoral ;
- le recours contentieux (nouvelle fenêtre) peut être engagé devant le juge administratif pour contester une décision défavorable de la commission de médiation ou pour défaut d'application d'une décision favorable avec le prononcé d'une astreinte, et le recours indemnitaire.

6.1.2.4. Difficultés croissantes résultantes d'une conjonction de facteurs

La principale difficulté relatée par les acteurs locaux est l'accessibilité difficile au logement social. Toutefois, il ne s'agit pas du seul frein. Le nombre d'objectifs, avec une augmentation des critères de priorisation au logement depuis l'instauration de la loi Dalo, constitue une autre difficulté majeure. La CC dans son rapport 2022 alerte : « Ces injonctions multiples ont pour conséquence de faire perdre au Dalo son caractère de priorité supérieure, au point de le reléguer au rang de priorité parmi d'autres. L'effort toujours insuffisant des collectivités territoriales et des bailleurs pour participer à l'effort de relogement aux côtés de l'État en constitue une illustration. » Une attribution de points en fonction de certains critères d'urgence est généralisée depuis 2023 et devrait être un outil d'aide à la prise de décision. Toutefois, à la vue du nombre de demandes, la CC s'inquiète d'une orientation significative des demandeurs avec un risque que la priorité de Dalo ne soit plus respectée.

7. Organisation d'une prise en charge coordonnée en équipe pluridisciplinaire

L'organisation de la prise en soin des femmes en situation de vulnérabilité doit prendre en compte la double nécessité d'identifier un interlocuteur unique pour la femme et de disposer d'une prise en charge multidisciplinaire, mobilisable rapidement (7). Il existe des modalités spécifiques à mettre en place permettant de répondre aux besoins des femmes en situation de vulnérabilité (60).

Le plan de suivi de grossesse doit être établi avec l'ensemble des différents intervenants gravitant autour de la femme. Cette co-construction du plan avec les différents intervenants est fondamentale devant la complexité des situations des femmes en situation de vulnérabilité.

7.1. Modalités spécifiques permettant de répondre aux besoins des femmes en situation de vulnérabilité

7.1.1. Le référent unique

Le référent unique 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. Différentes études et expériences rapportées dans la littérature attestent son efficacité (60, 100). Les avantages mis en avant du référent unique 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 unique représente donc le point d'ancrage des femmes. Il doit avoir été formé aux repérages des situations vulnérables et être capable d'orienter vers les spécialistes et avoir accès à un répertoire de professionnels pouvant travailler en coordination avec lui.

Les objectifs identifiés dans la littérature du référent unique sont les suivants (60) :

- 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.

En conclusion, désigner un référent unique est nécessaire (sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien ; exerçant en PMI, en établissement de santé ou en ville) pour assurer et coordonner le suivi de la femme.

7.1.2. Les visites à domicile

Des événements ayant lieu tôt dans l'enfance peuvent entraîner des répercussions sur du long terme, que cela soit sur le plan émotionnel ou physique. Les visites à domicile sont l'approche la plus

répandue en prévention et promotion de la santé et représentent la stratégie la plus prometteuse pour améliorer la santé maternelle et infantile et réduire les inégalités.

Des visites à domicile dans le cadre du suivi de grossesse peuvent être organisées comme modalités spécifiques de suivi si cela est nécessaire pour répondre aux besoins des femmes concernées. Ces consultations ou visites à domicile peuvent être d'ordre médical, psychologique ou social. Selon les cas, ce ne sera pas forcément le même professionnel qui réalisera les visites à domicile (VAD).

La visite à domicile peut revêtir différents aspects (149) ; c'est un moyen de développer un service et non une approche théorique. Différents types de VAD sont donc possibles, que cela soit par le type de personnes intervenant au domicile (professionnel, bénévole...), que par la fréquence des visites, l'intensité des visites ou le contenu des visites (60).

7.1.2.1. Les objectifs des VAD

Les objectifs des VAD retrouvés dans la littérature sont les suivants (60) :

- évaluer les conditions de vie de la femme, ses relations familiales et les futures conditions de vie du nouveau-né ;
- répondre à un besoin particulier de la femme ;
- elles visent les femmes ne pouvant pas se déplacer, les femmes pour qui les horaires des consultations ne sont pas accessibles ou qui ont des difficultés d'accès aux soins ;
- 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.) ;
- permettre d'accompagner la femme à mieux connaître le système de soins, créer une relation de confiance, appréhender son environnement pour permettre des interventions ;
- permettre une augmentation du lien d'attachement mère/enfant et accroître le sentiment de sécurité ;
- diminuer les violences intrafamiliales.

7.1.2.2. Les principaux programmes de VAD et soutien à la parentalité

The Nurse Family Partnership (NFP) est un des programmes de VAD le mieux évalué aux USA. Les VAD sont effectuées par des infirmières spécialisées dans les familles vulnérables (<https://www.nursefamilypartnership.org/>). Ces visites débutent pendant la grossesse et se déroulent de manière continue jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Le programme NFP encourage les comportements plus sains pendant la grossesse, le renforcement des compétences parentales. Lors des visites prénatales, le premier mois qui suit l'introduction au programme, les VAD sont toutes les semaines puis deux fois par semaine jusqu'à la naissance de l'enfant. Durant les 6 semaines suivant la naissance de l'enfant, les VAD sont organisées deux fois par semaine. Ensuite, jusqu'aux 20 mois de l'enfant, les VAD sont organisées deux fois par semaine. Le programme a débuté en 1996 en Elmira parmi 400 mères adolescentes vivant en zone rurale. L'évaluation du programme a été effectuée jusqu'aux 15 ans des enfants. Il a ensuite été développé dans plusieurs États. En 2006, le programme bénéficiait à plus de 20 000 familles et en 2017, l'objectif était que ce programme puisse bénéficier à 100 000 familles.

En ce qui concerne l'évaluation menée en 1997 auprès de 1 139 mères avec deux facteurs de vulnérabilité (moins de 12 ans passés à l'école, sans emploi, mère célibataire), les femmes ayant bénéficié

des VAD en période prénatale ont moins d'hypertension (13 % vs 20 % ; P = 0,009), jusqu'aux 2 ans de l'enfant, les enfants sont moins vus aux urgences pour blessure ou ingestion (0,43 vs 0,55 ; P = 0,05) et moins hospitalisés (0,03 vs 0,16 ; P <0,001) que le groupe contrôle. D'autres effets sont observés comme une amélioration du langage des enfants à 2 ans, une diminution des femmes fumeuses enceintes, un taux d([150](#)) d'initiation à l'allaitement maternel supérieur ([151-153](#)).

Family Nurse Partnership (FNP) ([154](#))

Ce programme s'appuie sur l'évaluation du précédent développé aux USA. Il a été débuté en Angleterre en 2006. Les participantes sont des nullipares âgées de 19 ans ou d'un âge inférieur et dont c'est la première grossesse. Les femmes incluses l'étaient avant 25 semaines de grossesse et étaient suivies jusqu'aux 2 ans de l'enfant. La fréquence des visites n'est pas clairement expliquée mais elle a été établie en fonction du programme NFP. Nous savons que 64 VAD ont été faites en tout dont environ 39 après la naissance.

Ces VAD ont été effectuées par des infirmières qualifiées. L'accent des VAD est mis sur la santé maternelle et l'augmentation des compétences parentales. L'évaluation du programme a été faite entre juin 2019 et juillet 2010. Le programme incluait 829 femmes et le groupe contrôle 822 ([155](#)). Le programme ne démontre pas de bénéfices en ce qui concerne la diminution des fumeurs (OR 0,90, 97,5 % CI 0,64-1,28), ni de différence en ce qui concerne le poids de naissance des enfants (groupe bénéficiant FNP 3 217,4 g (SD 618,0) vs groupe contrôle (3197,5 g (SD 581,5)). Le taux de consultations aux urgences durant les deux premières années de l'enfant était de 81 % pour le groupe FNP et 77 % pour le groupe contrôle (OR 1,32, 97,5 % CI 0,99-1,76). Cependant, des bénéfices secondaires sont observés pour cette étude : intention d'allaiter supérieure dans le groupe FNP ainsi qu'un meilleur soutien social et une meilleure relation avec le partenaire. La conclusion de l'étude Robling *et al.* 2015 était que sur le court terme, il n'y avait pas de bénéfices du programme observés mais que des études sur le long terme devaient être menées.

Prokind ([156-159](#))

Ce programme a débuté en Allemagne en 2006. La population cible concerne les femmes dont c'est la première grossesse avec un facteur de risque économique (sans emploi, en dessous du seuil de pauvreté) et un facteur social associé (faible niveau d'éducation, antécédent de violences subies, isolement social, grossesse chez une adolescente, antécédents médicaux). Les femmes intègrent le programme entre 12 et 28 semaines de grossesse, et ce jusqu'aux 2 ans de l'enfant. La fréquence des visites étant toutes les semaines en anténatal, le mois suivant la naissance, les VAD sont également toutes les semaines, de 1 mois jusqu'aux 18 mois de l'enfant, elles sont bimensuelles et de 18 à 24 mois tous les mois. Les visites sont effectuées par des sages-femmes et des travailleurs sociaux. L'accent des visites est mis sur la santé maternelle pendant la grossesse et les compétences parentales. L'évaluation de ce programme était réalisée par essai contrôlé randomisé. 394 femmes étaient assignées au groupe Prokind et 361 au groupe contrôle. Plusieurs bénéfices du programme sont retrouvés comme : une meilleure santé dentaire, un meilleur développement cognitif jusqu'aux 3 ans de l'enfant, un meilleur sentiment d'attachement, un plus grand soutien social, un meilleur sentiment d'efficacité.

Voorzorg ([159-161](#))

Le programme a été mis en place en 2007 aux Pays-Bas. La population cible est les femmes âgées de moins de 25 ans dont c'est la première grossesse et qui ont au moins un risque associé (femme sans partenaire, violence domestique, facteurs psycho-sociaux, grossesse non désirée, faible niveau d'éducation, difficultés financières, conduites addictives). Les femmes intègrent le programme avant 28 semaines de grossesse et sont suivies jusqu'aux 2 ans de l'enfant. La fréquence des visites n'est

pas retranscrite mais le nombre de visites s'élevait à 10 pendant la grossesse, 20 visites entre la naissance et les 12 mois de l'enfant et 20 visites entre les 12 mois et les 2 ans de l'enfant. Les visites sont effectuées par des infirmières. L'accent est mis sur la santé en prénatal et les compétences parentales. L'évaluation est basée sur un essai contrôlé randomisé, 223 femmes ont été assignées au groupe contrôle et 237 ont été intégrées au programme. Le pourcentage d'enfants ayant eu recours aux services de protection de l'enfance est plus faible dans le groupe avec l'intervention Voorzorg que dans le groupe contrôle (19 % vs 11 % ; RR/MD 0,58, 95 CI (0,28-0,96)). *The Home Observation Measurement of the Environment (IT-HOME)* évalue l'environnement de l'enfant et est évalué à 6, 18 et 24 mois. Des effets positifs de l'intervention sont observés avec des enfants moins exposés à la fumée de cigarette, une prolongation de l'allaitement maternel, une diminution des violences intrafamiliales.

Une revue systématique de la littérature (162) évalue 7 programmes de visites à domicile dont les 4 présentés plus haut font partie. Elle conclut que les programmes de VAD ont généralement plusieurs critères de jugement principal concernant l'enfant et les risques psychosociaux, notamment parce que les VAD renforcent les compétences parentales et améliorent les conditions de vie de l'enfant. En théorie, ces répercussions immédiates devraient avoir de vraies répercussions sur le long terme de la vie de l'enfant comme : meilleurs résultats scolaires, diminution des difficultés psychologiques et amélioration du niveau économique. Les évaluations sont plus mitigées sur du court terme mais une récente étude du programme NFP sur un très large échantillon (n = 27 195) (163) trouve une réduction significative des risques d'avoir un enfant de petit poids de naissance, d'un accouchement prématuré et de développer une pathologie mentale. Ces résultats suggèrent une limitation du pouvoir statistiques qui pourrait masquer les effets de certains critères du jugement principal dans les essais contrôlés randomisés.

Exemple d'un programme français : Panjo

Un projet appelé Panjo a été débuté par Santé publique France (SPF) en 2014, centré sur le lien d'attachement entre l'enfant et les parents. Panjo est un projet d'intervention précoce de prévention basé sur des entretiens avec des professionnels de la PMI et des résultats du projet CAPEDP. Panjo est à destination des femmes primipares qui présentent un critère de vulnérabilité, notamment le sentiment d'être isolées. La stratégie de Panjo repose sur le soutien des parents de la grossesse aux 12 mois de l'enfant. Les interventions sont centrées sur le renforcement des compétences parentales. Les professionnels de PMI pratiquant les VAD ont bénéficié d'un dispositif spécifique d'harmonisation des pratiques (formation Panjo, référentiel d'intervention et supervisions). Les infirmières puéricultrices ou sages-femmes de PMI réalisent 6 (minimum) à 12 visites au domicile des futurs et jeunes parents. La particularité des visites à domicile Panjo réside dans le fait de consacrer systématiquement un temps long à l'observation des liens d'attachement parents/enfants et au soutien des parents dans le développement de liens sécurisants pour le bébé.

Le principal objectif de l'intervention est de mesurer l'impact de ces VAD sur le comportement des parents ainsi que l'impact sur le lien mère/enfant.

La première phase, Panjo 1 (2014-2015), mise en œuvre par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé devenu Santé publique France en mai 2016), a eu pour objectif de créer et de tester l'acceptabilité de l'intervention Panjo auprès des professionnels des services de PMI et des familles bénéficiaires de trois départements. Cette première étape a permis de confirmer la très bonne acceptation du dispositif par les professionnels et les familles et d'optimiser celui-ci.

La deuxième phase, Panjo 2 (2016-2019), a permis d'évaluer la pertinence des stratégies d'implantation de cette intervention innovante et d'en mesurer l'efficacité. Pour ce faire, Santé publique France a

signé une convention de recherche et développement avec l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (l'ANISS).

L'étude d'efficacité de Panjo 2 a porté sur 330 femmes enceintes de leur premier enfant exprimant un sentiment de solitude pendant la grossesse. Les 159 femmes accompagnées suivant la méthode Panjo constituent la cohorte exposée. La cohorte contrôle est constituée de 171 femmes bénéficiant des soins courants disponibles en France pendant la période périnatale. Les participantes étaient interviewées une fois en fin de grossesse au moment de leur recrutement, une fois aux 6 mois de l'enfant et une dernière fois aux 12 mois.

Les données recueillies doivent permettre de mesurer l'efficacité des visites à domicile Panjo, en matière de promotion du sentiment d'efficacité parentale (critère principal), de diminution des comportements parentaux coercitifs, de promotion des comportements protecteurs de santé et d'amélioration de l'usage à bon escient des services médico-sociaux. Ces critères d'efficacité à court terme sont en effet des éléments prédictifs de l'efficacité de l'intervention à plus long terme sur le développement physique, cognitif et psychoaffectif de l'enfant. L'évaluation de ce programme est en cours.

Programmes de vidéos interactives présentées lors des VAD (101)

Trois études ont été menées aux Pays-Bas évaluant l'effet des vidéos interactives à la suite des VAD ([152](#), [164](#), [165](#)).

L'intervention en 2006 de Velderman *et al.* comporte 8 séances. Les participantes ont été sélectionnées par leur niveau d'études (entre 8 et 14 ans) et pour être primipares. 81 femmes ont été randomisées. Les patientes ayant reçu l'intervention sont plus sensibles à la réception des signaux de leur enfant que celles dans le groupe contrôle. Une amélioration de la qualité de la relation mère/enfant est observée, même si une amélioration de l'attachement n'est pas observée. L'intervention de Moss *et al.* en 2011 a été mise en place pendant 8 semaines à raison d'une fois par semaine pour une population de 67 parents dont les enfants, âgés entre 1 et 5 ans, ont été maltraités. L'intervention se déroule selon un échange sur l'attachement et les émotions, et là encore, une vidéo de retour d'information est produite et discutée afin d'augmenter la sensibilité des parents aux signaux des enfants. Une augmentation significative est observée dans le groupe ayant eu l'intervention concernant l'augmentation de la sensibilité des parents aux signaux de leurs enfants, un meilleur lien d'attachement et une réduction dans la désorganisation psychique des enfants ([166](#)).

Ces résultats se retrouvent dans une méta-analyse ([167](#)) démontrant l'efficacité des vidéos de retour d'information sur les mères d'un premier enfant et se sentant en insécurité ainsi que dans une autre méta-analyse analysant les répercussions sur des enfants plus âgés. Les mères d'enfants réactifs (souriant plus et qui répondent plus vigoureusement à tout changement dans l'environnement) bénéficient plus de l'intervention et le score d'attachement des enfants est plus associé à une augmentation de la sensibilité des mères à la réception de leurs signaux.

En conclusion, les vidéos de retour d'information pratiquées à domicile avec un professionnel de santé augmentent la sensibilité des mères à la réception des signaux de leur enfant, une augmentation du lien d'attachement est observée et une diminution des comportements externalisés et internalisés (agressivité, anxiété, délinquance) chez les enfants plus âgés est observée.

7.1.2.3. Les VAD réalisées par des volontaires (non professionnels de santé)

Trois programmes évalués ressortent dans la littérature, deux en Angleterre (*Starting Well* ; *Home Start*) et un en Irlande (*Peer mentoring programmes*). Ces programmes sont majoritairement délivrés par des professionnels non médicaux.

Le programme *Starting Well* (2000) intègre les femmes habitant dans les quartiers défavorisés et cible toutes les mères (et non pas les mères de leur premier enfant, comme le FNP par exemple). Le projet a pour objectifs de développer, en plus des VAD, des liens pour les communautés avec les moyens de garde et de développer de nouvelles ressources au sein de la communauté.

Le programme *Home Start* (2004) comprend des visites par des volontaires deux fois par semaine à destination des femmes anxieuses et stressées.

Le programme *Peer mentoring* (2008 et 2011) a été mis en place pour réduire les inégalités de santé. Il s'adresse aux femmes vivant dans des quartiers défavorisés. Il comporte des visites mensuelles pendant la première année de vie de l'enfant. L'implémentation du programme a été difficile, notamment dans le recrutement de personnes susceptibles de pouvoir en bénéficier.

En conclusion, sur ces visites organisées par des volontaires, il y a peu de bénéfices observés dans la littérature, notamment par un défaut d'organisation et de structuration des programmes. Toutefois, si les volontaires sont encadrés, un effet peut se faire ressentir.

7.1.2.4. Les VAD en pratique

Les travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (60) participent à une recherche d'amélioration de l'organisation de l'accès à l'offre pour les femmes les plus vulnérables. Le projet « filières de périnatalité » s'inscrit dans une démarche d'état des lieux de la situation française en matière de périnatalité et plus spécifiquement sous l'angle de l'organisation du suivi de grossesse et de ses liens avec les résultats périnataux. Pour ce faire et afin de comprendre les enjeux français en matière de périnatalité, l'ANAP a été amenée à conduire une revue de la littérature européenne. De plus, les travaux menés dans le cadre de ce projet se sont appuyés sur des rencontres avec les acteurs des différents territoires : acteurs libéraux, acteurs des centres de protection maternelle et infantile, acteurs hospitaliers publics et privés, acteurs des réseaux. Ainsi, d'après le rapport réalisé en juin 2016 « Suivi de grossesse et organisation des acteurs – Retour d'expériences et enseignements », le dispositif des VAD doit être proposé dans les situations suivantes :

- aux femmes ne pouvant se déplacer pour diverses raisons (ruralité, non-accès à un moyen de transport privé, frein financier, handicap, horaires des consultations) ;
- aux femmes ayant des enfants en bas âge, pour qui les consultations ne sont pas facilement accessibles (horaires) ;
- aux femmes vulnérables nécessitant un accompagnement et une préparation à la naissance personnalisés et individualisés.

Les modalités des VAD sont les suivantes :

- ces visites peuvent être des consultations d'ordre médical (sage-femme), d'ordre social (assistante sociale) et d'ordre psychologique (psychologue clinicien) ;
- ces visites peuvent être le fait des professionnels de la maternité, de la PMI ou des libéraux qui doivent reporter auprès du référent unique ou des autres intervenants. Les moyens utilisés pour les transmissions sont : les staffs médico-psycho-sociaux, le dossier unique de suivi ou d'autres modalités de communication mises en place localement ;
- 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).

En conclusion, la littérature atteste le bénéfice des VAD sur du long terme pour les enfants. Sur le court terme, les bénéfices d'une VAD ne sont pas toujours significatifs même si une étude récente sur

un large échantillon atteste des répercussions positives sur du court terme. Les VAD s'avèrent avoir plus d'impact si elles sont réalisées par un professionnel de santé. Le suivi à domicile peut être proposé à n'importe quel moment de la grossesse. Il est important que les risques psycho-sociaux soient repérés, évalués et réévalués de manière régulière afin d'ajuster le suivi pour répondre au mieux aux besoins identifiés des femmes et de leurs nouveau-nés. Des fiches de liaison doivent être établies afin de coordonner le parcours de soins de la femme entre les différents intervenants qui gravitent autour d'elle.

Recommandations du groupe de travail

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

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.

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).

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.

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.

7.1.3. Inclusion positive du partenaire

L'ANAP, dans son rapport « Suivi de grossesse et organisation des acteurs » publié en 2016, insiste sur l'importance de l'inclusion positive du partenaire. Cette inclusion pouvant être faite lors de l'entretien prénatal précoce. Un travail autour de l'amélioration des représentations maternelles et paternelles autour du lien parent/bébé peut être amorcé. Ce travail d'inclusion des partenaires a pour objectif de créer un lien partenaire/bébé et de prévenir les risques dans la relation. Ce travail permet également d'accroître les compétences parentales, en préparant les changements inhérents à l'arrivée d'un nouveau-né dans un couple et de modifier la triade (parents/enfant) positivement. Impliquer le partenaire permet donc un apprentissage commun, une définition et une réflexion sur les rôles et la parentalité, le partenaire servant de relais lorsque la mère est épuisée.

Les objectifs de l'inclusion du partenaire :

- améliorer les représentations parentales autour du lien parent/bébé ;
- créer un lien partenaire/bébé pour mieux prévenir les risques dans la relation et modifier le schéma familial ;
- développer les compétences parentales de manière conjointe ;
- contribuer à l'éducation à la parentalité ;

- accroître les connaissances du partenaire sur les besoins des nouveau-nés et les besoins des mères ;
- modifier positivement la triade ;
- mieux accompagner la mère et prévenir la dépression postnatale ;
- améliorer les perceptions des équipes et des professionnels sur la place du partenaire et son importance dans le bon déroulement du suivi de grossesse, de l'accouchement et du postpartum.

Les modalités opérationnelles de cette inclusion sont les suivantes :

- associer le partenaire, dès les premières rencontres, au suivi des grossesses, que ce soit les temps d'entretien, de préparation à la naissance, les consultations médicales ou encore les échographies ;
- l'entretien prénatal précoce systématiquement proposé a une place privilégiée dans ce dispositif. C'est un temps d'évaluation du contexte psychosocial et du projet parental, où la patiente peut être reçue seule (famille monoparentale, violences conjugales) ou avec son partenaire ;
- proposer en petit groupe des rencontres sur le thème de soutien à la parentalité. Les futurs parents peuvent ainsi découvrir et entendre ensemble leur « rôle » auprès de leur enfant (l'observer et s'adapter à ses besoins) et la nécessité de pouvoir se relayer et prévenir ainsi des situations de burnout familial ;
- présence du partenaire durant les consultations du suivi de grossesse et l'accouchement sous réserve de l'autorisation de la patiente ;
- sensibiliser tous les acteurs de l'équipe à cette démarche. Travail de sensibilisation auprès de l'équipe et de réflexion sur l'inclusion du conjoint.

En conclusion, inclure le partenaire a un effet positif sur l'amélioration des relations familiales. L'inclusion du partenaire doit se faire en équipe pluridisciplinaire associant notamment le psychologue. Le professionnel travaille avec la famille sur la parentalité, l'amélioration ou le développement du lien avec le nouveau-né.

7.1.4. Accompagnement de la relation parents/enfants (soutien à la parentalité)

Le CNNSE, dans son rapport « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité » publié en 2013, insiste sur les besoins des parents qui peuvent être de plusieurs ordres (132) :

- conseils en puériculture : déroulement des tétées, préparation et prise des biberons, couchage (conditions qui favorisent le sommeil de l'enfant, prévention de la mort inattendue du nourrisson...), rappel des conseils concernant la prévention du syndrome du bébé secoué ; informations autour des gestes et soins : bain, soins de cordon, change, nettoyage du nez et des oreilles, portage... ;
- accompagnement du développement de la relation parents/enfants : cet accompagnement permet d'écouter les parents, de les soutenir et de fournir les explications qui leur sont nécessaires.

7.2. Coordination et transmission entre les différents acteurs

Un accompagnement après la sortie de la maternité doit être proposé et organisé le plus tôt possible au cours de la grossesse. Pour assurer la qualité de la prise en charge en postpartum immédiat, une transmission des informations médicales et sociales concernant la mère et le nouveau-né, ainsi que celles relatives à leur environnement de vie et aux circonstances de l'accouchement, doit être faite aux

professionnels qui assurent l'accompagnement des parents et de la dyade mère/enfant pendant cette période.

Ces outils interdisciplinaires sont indispensables pour un travail coordonné autour d'un enfant et de ses parents. L'anticipation, la transmission personnalisée, la coordination permettent d'établir une continuité dans la relation parents/enfants/professionnels (168).

7.2.1. Les staffs médico-psycho-sociaux

Les staffs de parentalité ont été créés à Paris en juin 1998 sur le modèle d'une expérience conduite par un gynécologue obstétricien à la maternité de l'hôpital de Draguignan, dans le Var, à la suite d'une volonté politique.

Les staffs médico-psycho-sociaux sont des réunions en équipe multidisciplinaire. La mise en place de ces réunions multipartenariales, interdisciplinaires, organisées, régulières, permet de créer du lien 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 richesse 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...) (92).

Elles permettent ainsi de faciliter les échanges ville/PMI/hôpital, de favoriser un travail collaboratif et restent une interface de choix dans l'amélioration de l'accès aux soins.

7.2.1.1. Objectifs

Objectif général (92)

Renforcer et optimiser la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité, prévenir l'aggravation de leur situation, en améliorant la coordination entre les différents acteurs de la périnatalité dans une relation de confiance, de continuité, de cohérence et dans le respect de chacun.

- Repérer et accompagner les situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale.
- Permettre une prise en charge coordonnée entre professionnels.
- Permettre un soutien des professionnels par l'échange pluriprofessionnel et collectif dans les situations complexes.
- Mettre en œuvre une politique commune en faveur de la périnatalité et de la petite enfance qui s'intègre dans le champ de réflexion actuel de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 et de la commission des 1 000 premiers jours.

Objectifs spécifiques

- Mettre en place une instance de réflexion multipartenariale, multidisciplinaire autour de la naissance pour aider les professionnels à avoir des pistes de réflexion et mettre en place les stratégies (de prévention et de prise en charge) les mieux adaptées à la situation MPS, notamment autour du partum.
- Garantir une bonne transmission de l'information et respecter le secret professionnel et médical ainsi que le droit des usagers.
- Favoriser l'articulation entre les différents partenaires internes et externes et enrichir la réflexion autour de la coordination des parcours de soins et des modalités de collaboration interprofessionnelle.

7.2.1.2. Organisation d'un staff MPS

Des conventions types entre les différentes institutions et différents professionnels peuvent être établies. Elles prévoient en particulier la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat périnatal et de prévention (D3P), se traduisant par ces réunions en équipe pluridisciplinaire et multipartenariale.

En pratique, des professionnels de santé et médico-sociaux intervenant dans le champ de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues, pédiatres, médecins, infirmières, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, travailleurs sociaux...) se réunissent régulièrement à la maternité pour échanger autour de situations de vulnérabilité médicale, psychologique, sociale. Les professionnels exercent en milieu hospitalier, en PMI ou en libéral. À l'issue de ces échanges, des mesures d'accompagnement à proposer à la famille selon ses besoins sont établies. Ce dispositif a donc pour but d'anticiper la naissance de l'enfant et les difficultés potentielles à venir pour la famille telles que citées plus haut, en proposant un accompagnement personnalisé et coordonné entre professionnels et institutions.

Exemple d'organisation de réunions multidisciplinaires et multipartenariales, Paris 2005 (169)

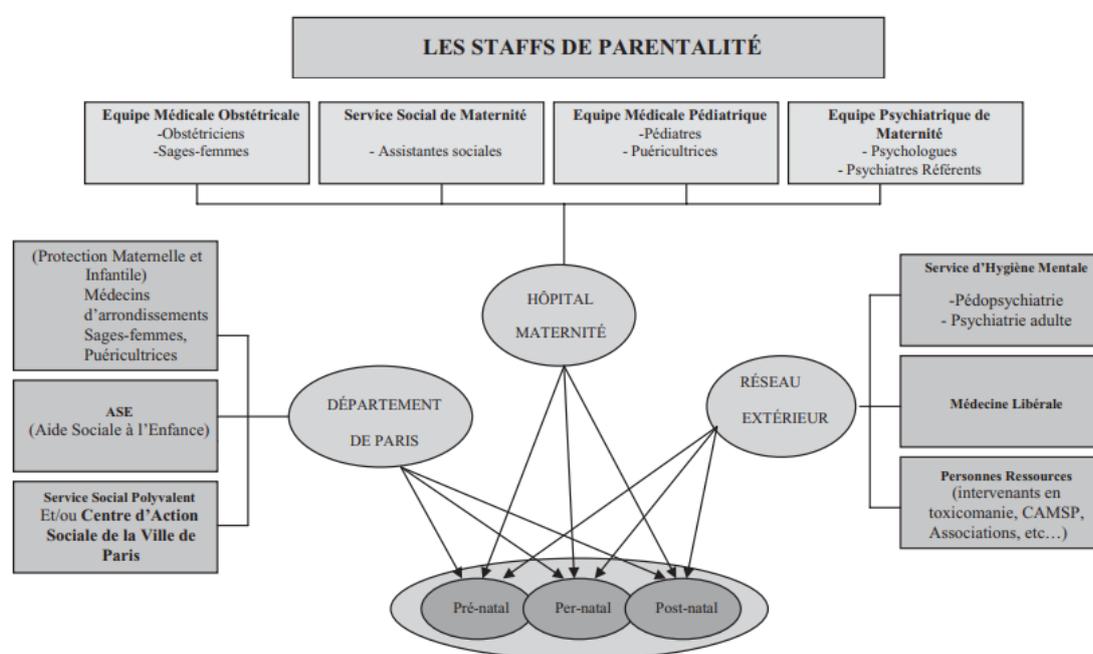


Figure 1 Les différents acteurs des staffs de parentalité.
Active members of the parentality staff.

Les pratiques professionnelles autour de ces staffs MPS varient en fonction des territoires.

Exemple d'une proposition d'organisation et de fonctionnement de staffs MPS réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine : Charte de collaboration multidisciplinaire et soutien personnalisé en période périnatale dans un contexte de vulnérabilité, proposée aux maternités de Nouvelle-Aquitaine.

Afin d'avoir une base commune de réflexion au sein de la région Nouvelle-Aquitaine, une charte des SMPS a été établie en 2013. Celle-ci a été élaborée grâce à la réflexion et au travail préalable des membres du comité scientifique du réseau périnatal de Nouvelle-Aquitaine et des professionnels participant au groupe de travail.

Voir Charte de collaboration multidisciplinaire et soutien personnalisé en période périnatale dans un contexte de vulnérabilité, proposée aux maternités de Nouvelle-Aquitaine <https://rpna.fr/wp-content/uploads/2022/05/A1-FICHE-METHODOLOGIQUE-SMPS-MAJ-21-04-2022-1-1.pdf>

7.2.1.3. Évaluation des staffs MPS

Il existe à ce jour très peu de données concernant l'organisation, les ressources, les outils, les actions et le partage d'informations autour de ce dispositif. L'évaluation des staffs MPS s'inscrit dans le contexte politique actuel et devra être renforcée. En effet, le secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles a annoncé en septembre 2020 que ces staffs MPS seront renforcés.

Toutefois, une évaluation récente de ce dispositif a été réalisée par la région PACA en 2021 (92).

Trente maternités ont répondu au questionnaire et 29 ont indiqué avoir un staff MPS. La fréquence des réunions était mensuelle pour 64 % des maternités. Les réunions comportent en moyenne 2,9 membres, il est soulevé une faible participation des gynécologues-obstétriciens ainsi que des psychiatres adultes. Au cours des entretiens, les coordonnateurs ont indiqué que le repérage des situations de vulnérabilité anténatales était fait soit en milieu hospitalier, soit par la PMI. Les « critères » de vulnérabilité cités pouvant amener à présenter la situation en staff étaient assez généraux : critère de vulnérabilité médico-psycho-sociale sans précision (17/29) ; violence (12/29) ; dépendant du professionnel qui propose la situation en staff (9/29) ; patiente mineure (7/29) ; addiction (7/29) ; isolement (4/29) ; handicap maternel (4/29) ; antécédent de placement dans la fratrie (4/29). L'orientation vers le staff MPS était moins réalisée par les gynécologues-obstétriciens suivant la grossesse que par les autres professionnels hospitaliers (sages-femmes, psychologues, assistantes sociales...). L'entretien prénatal précoce (EPP) apparaît comme une véritable porte d'entrée au dispositif MPS. Plusieurs coordonnateurs ont expliqué qu'il existait parfois des situations repérées uniquement en postnatal, en salle d'accouchement ou suites de couches. Différents outils ont été cités : une fiche spécifique, une fiche de liaison utilisée habituellement pour la liaison avec la PMI (fiche de liaison PMI), une base de données informatisée, la synthèse de l'EPP. Le questionnaire interrogeait les coordonnateurs de staff MPS sur les actions pouvant être mises en œuvre à l'issue de la présentation d'une situation. Les réponses étaient libres. Les actions les plus citées étaient par ordre de fréquence (n = 29) : un suivi PMI (66 %), une orientation vers la psychiatrie adulte ou un psychologue (48 %), une observation du lien mère/enfant en suites de couches (45 %), des actions de soutien à la parentalité ou la mise en place de techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) (35 %), un allongement de l'hospitalisation postnatale (31 %), la recherche d'un relogement (28 %), un accompagnement social (24 %) ou la réalisation d'une information préoccupante (24 %). Ces actions étaient le plus souvent des actions mises en place après la sortie de la maternité (86 %), puis des actions menées en suites de couches (72 %) et enfin l'item des actions prénatales (66 %) a été cité comme véritable point fort lors des entretiens.

En ce qui concerne le recueil du consentement de la patiente :

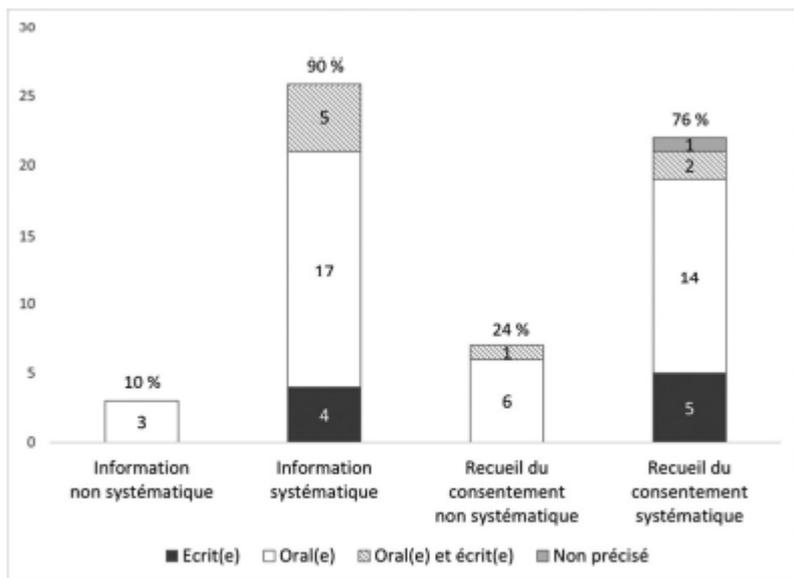


Fig. 2 Systématisation de l'information et du recueil du consentement de la patiente pour discuter de sa situation en staff MPS ($n = 29$)

Systématisation de l'information et du recueil de consentement Paris 2005 (169)

Au cours des entretiens, les modalités de partage de l'information étaient hétérogènes. La conduite à tenir décidée en staff pouvait être : en majorité reportée dans le dossier médical de la patiente ; parfois reportée dans un « cahier de staff » spécifique ; reportée dans une section confidentielle du dossier médical informatisé, accessible uniquement à certains professionnels de santé (médecins, sages-femmes, psychologues) pour une maternité ; non tracée dans le dossier médical pour une maternité, où la seule information accessible est de « prévenir le psychologue ou la PMI référente ». La méconnaissance du cadre réglementaire sur le partage d'informations semble représenter une difficulté importante pour les coordonnateurs.

Tableau 3 Principaux freins rencontrés et principaux leviers identifiés pour la mise en œuvre du staff MPS (*n* = 22)

	Nombre de citations
Principaux freins	
Manque de temps	11
Assiduité des membres	6
Retour d'information (devenir des enfants, impact des actions)	4
Absence d'outil d'évaluation	3
Manque de psychiatrie, pédopsychiatrie ou psychologie	3
Recueil et traçabilité du consentement	3
Manque de moyens humains	3
Repérage des patientes	2
Nombre important d'accouchements	2
Manque de moyens financiers	2
Principaux leviers	
Implication des membres	5
Augmentation du temps de coordination et d'évaluation	5
Retour d'information systématique sur prise en charge (hospitalier, domicile, aide sociale à l'enfance)	4
Amélioration de la coordination interprofessionnelle	3
Réunions hors staff avec moins de membres	3
Dossier partagé	3
Formations	2
Outil d'évaluation	2
Augmentation disponibilité prise en charge hospitalière	2
Outrepasser le consentement de la patiente	2

Principaux freins et leviers identifiés Paris 2005 (169) :

En conclusion, cette enquête portant sur un dispositif de prévention des vulnérabilités périnatales, traduit par les staffs MPS organisés dans les maternités de la région PACA, révèle des axes d'amélioration (repérage anténatal, lien avec la psychiatrie adulte, meilleur accès aux règlementations sur le partage de données...). Les enjeux éthiques soulevés par ces situations de vulnérabilité restent nombreux et soulignent l'importance de ces temps d'échanges pluriprofessionnels et pluri-institutionnels afin d'accompagner la famille de manière continue et cohérente.

7.2.2. Le dossier médical partagé

Le 21 avril 2023, le HCSP se prononce en faveur du maintien de l'obligation de fournir un carnet de santé maternité à toutes les femmes enceintes et du maintien d'un double objectif d'information et de recueil des éléments du dossier médical dans le carnet de santé maternité avec un contenu révisé et adapté ([170](#)).

Le dossier médical partagé (DMP) est un service public français, lancé en 2011, permettant de créer un dossier médical en ligne, gratuit et sécurisé. Mon espace santé, remplaçant le DMP, fut annoncé en début d'année 2022.

Le DMP doit permettre une cohérence des données de santé du patient, autour de quatre objectifs clairs :

- donner au patient la connaissance et le contrôle sur ses données de santé ;
- se faire accepter comme un outil utile à la pratique médicale, comme le fut le carnet de santé cartonné pour plusieurs générations ;
- partager les documents de santé nécessaires au parcours de soins ;
- donner aux professionnels et établissements de santé l'information médicale nécessaire au traitement du patient dans une logique de parcours de soins coordonné.

Selon la définition de l'ANAP (60), le dossier partagé de suivi de grossesse doit contenir toutes les informations médicales, psychologiques et sociales de la femme enceinte. Ce dossier doit intégrer également le plan d'action, l'identité des intervenants, les modalités et objectifs d'intervention. Ce dossier peut exister sous forme papier ou informatisée. Il a pour objectif d'être utilisé par tous les professionnels. L'avantage du dossier informatisé est qu'il permet un accès en temps réel à la situation de la femme enceinte et de son entourage permettant de prendre en compte les changements et d'ajuster le plan de prise en charge et d'accompagnement pour mieux prévenir les situations à risque. Toutefois, la femme enceinte doit donner son accord à chaque intervenant pour que son dossier médical soit partagé entre les intervenants « en fonction de leur niveau d'accessibilité » (secret médical, secret médical partagé entre plusieurs médecins et sages-femmes, dossier paramédical...), tous les intervenants ne pouvant pas avoir accès à tout (dossier informatisé partagé à accès règlementé sécurisé) (60).

L'ANAP propose toutefois qu'une première étape peut être la mise en place d'un dossier commun papier « dossier ville-hôpital », dossier commun à tous les acteurs du territoire et en possession de la patiente ou de la femme. Il vient compléter le carnet de santé maternité prévu par l'article L. 2122-2 du CSP.

La HAS recommande en 2007 « afin d'améliorer la centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique et partagé, d'informatiser le dossier médical et que les femmes détiennent leur dossier elles-mêmes » (171).

Les objectifs du dossier partagé du suivi de grossesse sont les suivants :

- permettre le partage des données de santé (et pas seulement les données médicales de suivi de grossesse) entre les différents intervenants autour de la femme ;
- permettre une mise à jour des informations en temps réel ;
- faciliter la transmission et l'échange d'informations.

Les éléments pouvant constituer le dossier partagé du suivi de grossesse :

- des informations générales administratives (identité de la patiente, 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) ;
- un résumé de chaque consultation ;
- les orientations vers un autre professionnel de santé (diététicienne, assistante sociale, psychologue clinicien, etc.) ;
- les fiches de liaison pour le suivi du postpartum à domicile.

Une étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la métropole lyonnaise a été financée par l'ARS et a été publiée en février 2019 : « Évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables » (55). L'objectif principal de l'étude qualitative était d'identifier les leviers et freins existants à une bonne prise en charge des femmes en très grande

précarité au cours de leur grossesse et après leur accouchement (jusqu'à 6 mois après l'accouchement) sur la métropole lyonnaise. Pour atteindre les objectifs tels que définis, cette étude s'est appuyée sur une analyse documentaire et sur une enquête qualitative menée auprès de professionnels accompagnant des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 6 mois. Il y a eu 20 entretiens auprès de femmes et un entretien auprès de 10 professionnels de santé accueillant, suivant et accompagnant les femmes. Il a été mis en exergue l'importance de créer un fichier informatique médical spécifique pour les femmes enceintes précaires à l'échelle de l'agglomération. Ce fichier permettrait de pallier les difficultés de conservation des dossiers médicaux par les femmes en errance ou mal-logées (perte des dossiers, dossiers incomplets) et les difficultés que cette perte d'informations peut entraîner lorsque les accouchements ont lieu en urgence. Les informations ainsi conservées et accessibles seulement à certains acteurs (PASS notamment) faciliteraient une prise en charge optimisée et une meilleure coordination entre les différents professionnels. Il existe toutefois certains points de vigilance sur le consentement des femmes et la confidentialité des données : le secret professionnel partagé.

À ce titre :

- l'article R. 4127-64 prévoit que « lorsque les médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés » ;
- l'article R. 4127-45 du CSP stipule que « à la demande du patient, ou avec son accord, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins ». Il transmet toujours uniquement ce qui est nécessaire pour cette prise en charge et non tout ce que le patient lui a confié.

En conclusion, un dossier commun, informatisé ou non, doit être établi par l'établissement en lien avec les réseaux locaux afin de permettre une cohérence dans le parcours de la femme et fluidifier les informations. Ce dossier permet un partage d'informations entre les professionnels gravitant autour de la femme. Le partage de ces informations doit être fait après avoir informé la femme. Un fichier commun informatisé doit être privilégié. Si une version papier subsiste, la femme doit garder son dossier.

7.2.3. Fiche de liaison maternité/ville

La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) s'est saisie en 2013 de la problématique de l'organisation de la sortie de la maternité. Il s'agissait de proposer un retour à domicile dans les conditions optimales à chaque femme selon ses besoins. Les membres du groupe de travail ont élaboré un document en s'appuyant sur 21 interrogatoires incluant des professionnels et des usagers. Dans ce cadre, pour assurer la qualité de la prise en soin des femmes et particulièrement dans le postpartum, une transmission des informations médicales, sociales et environnementales doit être faite aux professionnels travaillant auprès de la femme. Une fiche de liaison peut être un outil à proposer. Afin d'améliorer la qualité de la prise en soin des femmes, un retour des professionnels de santé exerçant en ville vers les professionnels de santé exerçant dans l'établissement prenant en charge la femme doit être établi. Ce retour doit contenir les principales caractéristiques du suivi et les difficultés rencontrées dans la prise en soin. De manière générale, la CNNSE insiste sur l'importance de prévoir l'organisation de transmissions systématiques entre professionnels et encourage à remonter à l'établissement de santé les informations concernant le suivi, y compris en l'absence de complications. En effet, cette pratique est de nature à renforcer la collaboration entre l'établissement de santé et les professionnels de santé et à améliorer la prise en soin de la dyade mère/enfant. Face à la diversité des acteurs potentiellement impliqués, l'organisation du suivi de grossesse et l'accompagnement

du retour à domicile doivent essayer autant que possible de s'inscrire dans les réseaux déjà existants, susceptibles d'assurer de manière fluide et efficace la coordination entre l'ensemble de ces acteurs.

Les recommandations HAS de 2014 (172) insistent sur la nécessité d'établir une feuille de liaison maternité/professionnel référent du suivi, afin d'assurer une continuité des soins et dans un souci de sécurité. Il est important d'y notifier les éléments médicaux et non médicaux nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né. Une copie de cette feuille de liaison devrait être gardée dans le dossier médical de la mère (traçabilité de l'information). L'autre copie serait remise à la patiente avant la sortie pour transmission au professionnel référent du suivi choisi. La création d'une feuille « retour » vers la maternité ou le réseau de périnatalité ville-hôpital peut être prévue afin que chaque service puisse évaluer ses pratiques.

En conclusion, une fiche de liaison ville/hôpital doit être envisagée, de manière informatisée ou non. Devant l'implication de multiples intervenants, une réflexion sur le partage choisi d'informations doit être menée. Les informations de la maternité vers les professionnels exerçant en ville sont indispensables pour la qualité du suivi de la patiente. Le retour d'informations des professionnels exerçant en ville concernant la dyade mère/enfant vers la maternité est indispensable pour améliorer la qualité des pratiques professionnelles.

7.2.4. Rôle des réseaux et des réseaux de périnatalité

Les réseaux de santé en périnatalité se sont mis en place de façon progressive, tout d'abord de façon expérimentale depuis le début des années 2000, puis progressivement pour couvrir l'ensemble du territoire français en 2009. Ils s'inscrivent dans des échelles différentes (régionale, infrarégionale ou locale avec les communautés périnatales) et présentent des modes de fonctionnement variables. Les organisations existantes actuellement sont diverses et dépendent pour une grande part des ressources locales disponibles.

Le réseau de santé en périnatalité a un rôle important à jouer dans la définition du rôle des acteurs, dans l'articulation des missions de chacun et dans la création de liens territoriaux solides pour améliorer les prises en charge. Ses missions ont été redéfinies par l'instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

L'ENP de 2016 stipule que la quasi-totalité des maternités (99 %) déclarent appartenir à un réseau de santé en périnatalité formalisé, incluant le service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) et des professionnels libéraux (mentionnés par 90 % des maternités), mais moins souvent des représentants des usagers (48 %). Ces résultats sont très proches de ceux observés en 2010. Les réseaux mettent à disposition des maternités de nombreux outils : des formations et des protocoles de prise en charge (respectivement pour 86 % et 83 % des maternités), des outils pour faciliter les collaborations interprofessionnelles et la coordination des soins entre les maternités et avec les soins de ville. Un répertoire des professionnels de santé est notamment utilisé dans deux maternités enquêtées sur trois. Toutefois, seules 22 % des maternités indiquent utiliser un dossier médical commun aux maternités du réseau.

Selon les recommandations 2014 de la HAS « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (172), le travail en réseau ville-hôpital et le recours aux réseaux en périnatalité existants sont à privilégier. Les avantages sont multiples, notamment en termes d'organisation de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. Une bonne coordination des services hospitaliers avec ceux de ville est en effet indispensable à une bonne continuité des soins et au bon fonctionnement d'un programme de suivi des femmes à la sortie

de la maternité. Les réseaux de santé en périnatalité sont les plus à même de connaître les spécificités de leur territoire et leur communauté (professionnels et structures de soins vers lesquels peuvent être orientés les femmes et/ou les nouveau-nés). Le travail en réseau permet également de développer des liens de confiance entre les différents intervenants (hospitaliers ou de ville) : il permet aussi d'assurer une cohérence du discours et des pratiques, et facilite les réorientations pour avis médical le cas échéant.

La CNSSE en 2013 indique que l'organisation mise en place doit reposer sur des partenariats forts entre l'établissement de santé et tous les acteurs susceptibles d'être impliqués dans l'accompagnement à domicile afin d'améliorer la qualité de la prise en soin. Ces partenariats doivent permettre des échanges concrets et opérationnels pour une bonne qualité d'évaluation de la situation de définition des besoins et des modalités de suivi, ils peuvent se traduire par des dispositifs variés : dossiers partagés au moins en partie, staffs réguliers, réunions régulières d'échange pluridisciplinaire, échanges téléphoniques...

Pour L'ANP (60), le réseau et tous les outils de coordination des acteurs doivent permettre aux acteurs du territoire de se percevoir comme contributeurs au sein d'un système dans lequel ils jouent un rôle avec d'autres et sans lesquels ils ne peuvent résoudre les difficultés médicales, psychologiques et sociales des populations les plus vulnérables. En apportant des éléments populationnels de territoire par des indicateurs, et en les mettant à disposition des acteurs, le réseau participe au développement d'une approche territoriale en matière de santé périnatale. De plus, travailler en coopération avec chaque acteur permet de prendre en compte la grossesse de manière globale dans ses différentes dimensions, c'est-à-dire médico-psycho-sociales.

En conclusion, il est important pour la coordination du parcours de soins de la femme en situation de vulnérabilité de s'appuyer sur les réseaux déjà préexistants, formels ou informels. Les réseaux de périnatalité, ayant une connaissance fine du territoire, peuvent être d'un grand appui dans la coordination du parcours.

Recommandations du groupe de travail

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).

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 transmettre les informations médicales et sociales, concernant la mère, aux professionnels qui assureront l'accompagnement lors du postpartum.

Il est recommandé que chaque maternité mette en place ou participe à des staffs médico-psycho-sociaux (MPS) ou staffs de périnatalité afin de partager les informations et de 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.

Il est recommandé que les informations soient partagées 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 soin (intra-hospitalier 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.

Il est recommandé de constituer un dossier médical papier ou numérique permettant de partager les informations entre les professionnels accompagnant la grossesse et le post-partum.

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 PMI et qu'une copie de ce dossier médical soit conservée par la femme.

8. Parcours de soins pour certaines situations de vulnérabilité

8.1. Organisation d'un parcours de soins pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité

Un parcours peut se définir selon trois phases : une phase de repérage des vulnérabilités, une phase de coordination et une phase de mise en place d'un suivi adapté. Ce parcours se caractérise par sa pluridisciplinarité. Les collaborations et le travail en partenariat interviennent à toutes les étapes du parcours. La notion de coordination apparaît donc comme centrale dans le parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Une évaluation sur le parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité a été conduite sur la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2021 (92). L'étude a été financée par l'ARS et conduite auprès d'établissements de santé (72) et réseaux de périnatalité (5). Cette évaluation a mis en exergue la pluridisciplinarité dans ce parcours des femmes en situation de vulnérabilité et l'importance de la coordination avec notamment : un professionnel dédié à cette coordination et les staffs médico-psycho-sociaux (MPS). Dans 54 % des établissements, un professionnel a du temps dédié à la coordination, et 68 % ont mis en place un staff MPS.

Les missions du professionnel dédié à la coordination sont les suivantes :

- il est un relais pour les professionnels qui repèrent des femmes vulnérables ;
- il assure les transmissions entre les différents acteurs ;
- il coordonne le suivi des femmes, veille au bon déroulement de ce suivi ;
- il est l'interlocuteur de référence des femmes. La coordination est également assurée par un staff psycho-social pluridisciplinaire. 68 % des établissements l'ont mis en place.

Cette évaluation a permis de mettre en lumière les difficultés des établissements, notamment les risques de ruptures de parcours qu'ils identifient.

Les conclusions et les recommandations de l'étude sont les suivantes :

- bien définir les vulnérabilités ;
- repérage des vulnérabilités selon certaines grilles ;
- l'adhésion des patientes (véritable point fort de la prise en soin des femmes vulnérables) ;
- formations à l'EPP pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles ;
- afin de renforcer la coopération médico-psychologique, intégration des psychologues des maternités aux formations dispensées par les réseaux périnataux et à la formation à l'EPP ;
- coordination du parcours de la patiente et temps dédié d'une personne sur cette question ;
- mise en place de staffs MPS ;
- suivi conjoint entre PMI et hôpitaux durant les six premiers mois ;
- impulser une dynamique régionale, en diffusant des outils référencés et en favorisant des rencontres autour de la réflexion sur le parcours des femmes en situation de vulnérabilité.

Le CNNSE en 2014 décrit l'organisation adéquate de la prise en soin d'une femme enceinte en situation de vulnérabilité. Cette organisation doit s'appuyer dans la mesure du possible sur :

- un référent unique avec un numéro dédié ;

- une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les femmes en situation de vulnérabilité, souvent adressées par l'équipe obstétricale ;
- une démarche de sensibilisation et d'information au sein des équipes des établissements à la notion de vulnérabilité ;
- des conditions de travail favorables pour l'accueil : rendre visibles les lieux et les circuits grâce à une signalétique précise et essayer de prévoir une flexibilité possible dans les RDV (plages horaires dédiées) ;
- l'évaluation du dispositif mis en place et la possibilité de le faire évoluer si nécessaire.

L'identification des vulnérabilités

Cette identification des vulnérabilités ne doit pas conduire à stigmatiser ces femmes mais seulement à organiser une prise en soin rapide correspondant au mieux à leurs besoins. Un certain nombre d'outils peuvent être considérés au sein de chaque établissement :

- intégration d'items dans les dossiers médicaux ;
- un dialogue personnalisé doit s'engager entre chaque femme et le professionnel de santé suivant la grossesse afin de recueillir les attentes et de repérer d'éventuelles difficultés.

Les modalités d'organisation de la prise en soin par une équipe pluridisciplinaire peuvent être variées :

- signature de convention entre PMI et les établissements de santé ;
- procédures de partenariat entre un établissement et le secteur associatif pour définir par exemple les modalités de demandes d'hébergement ;
- définir l'articulation entre les établissements de santé, les professionnels de ville et les professionnels de la PMI ;
- organisation des formations des professionnels de santé et de tous intervenants gravitant autour de la femme en situation de vulnérabilité.

En conclusion, les vulnérabilités à considérer doivent être clairement définies dans chaque établissement. La coordination de l'équipe pluridisciplinaire est capitale pour une bonne cohésion et organisation du parcours de soins de la femme enceinte en situation de vulnérabilité. Un professionnel de l'établissement doit avoir un temps dédié à cela. Un référent unique doit être désigné. Les équipes des établissements doivent être sensibilisées et formées aux situations de vulnérabilité. Un suivi conjoint entre la PMI et les établissements doit être envisagé. Les staffs MPS doivent être instaurés dans chaque établissement afin de renforcer ce partenariat et de permettre les échanges d'informations autour des patientes en situation de vulnérabilité.

De même, une étude de cohorte rétrospective publiée en 2022, conduite en France sur 4 000 femmes environ en situation de vulnérabilité sociale et comparant un suivi de grossesse personnalisé à une prise en charge standard, a montré une diminution de la prématurité à l'issue des grossesses. Le suivi de grossesse personnalisé est conduit par une unité multidisciplinaire comprenant des sages-femmes, des obstétriciens, des travailleurs sociaux, des psychologues et des psychiatres. Tous ces acteurs sont formés au repérage des vulnérabilités et cette unité prend en charge la prise de rendez-vous des consultations et propose à la patiente un suivi personnalisé en fonction de ses besoins. En termes de résultat, le suivi personnalisé s'est avéré un facteur protecteur indépendant de l'accouchement prématuré (avant 37 SA [aOR = 0,66], IC 95 % (0,49-0,89) et avant 34 SA [aOR = 0,53], IC 95 % (0,34-0,79). Les auteurs concluent que cette étude suggère que le suivi personnalisé réduit le risque de morbidité en améliorant l'accès aux soins médicaux et la coordination entre professionnels ([173](#)).

8.2. Femmes en très grande situation de précarité

Expérimentation d'un dispositif de soin pluridisciplinaire dédié aux femmes enceintes en errance « unité précarité errance » – région IDF – centre hospitalier de Saint-Denis (174)

Le centre hospitalier de Saint-Denis est une maternité de niveau 3 implantée sur un territoire où sont constatés des taux de pauvreté trois fois plus élevés que la moyenne nationale. Un nombre important de femmes enceintes viennent consulter au terme d'un parcours de migration très récent. Ces parcours sont fréquemment marqués par des expériences traumatiques violentes et répétées.

En réponse à un appel à initiatives lancé par l'agence régionale de santé Île-de-France en septembre 2018 dans le champ de la promotion de la santé périnatale, le centre hospitalier de Saint-Denis a considéré que l'absence de domicile constituait une condition très défavorable en termes de prévention pour la santé de l'enfant à venir. Un projet dédié aux femmes enceintes en errance a été déposé et financé. Il a permis la mise en place d'un dispositif l'« unité précarité errance » (UPE). Il offre une porte d'entrée privilégiée et un parcours pluridisciplinaire intégré. Trois interventions s'associent : médicale, sociale et psychologique.

8.2.1. Le dispositif « unité précarité errance »

Lorsqu'une femme en errance se présente à la maternité, elle bénéficie d'un rendez-vous sous 10 jours au cours duquel elle rencontre simultanément deux intervenants : la sage-femme et l'assistante sociale. Ce premier temps lui permet d'exposer sa situation, dans l'ordre de récit qui est le sien, qu'elle évoque en premier lieu sa situation sociale ou au contraire ses questions obstétricales. L'un ne prime pas sur l'autre pour une mère, les difficultés étant étroitement intriquées et constituant un cumul de vulnérabilités. Au terme d'un premier temps de récit, l'assistante sociale quitte l'entretien pour laisser la patiente avec la sage-femme pour réaliser l'examen médical mais elle lui donne un prochain RDV et mentionne son début de l'action sociale (ouverture des droits, logement). La sage-femme en deuxième partie de rendez-vous procède à la première évaluation obstétricale. Si nécessaire, elles proposent à la patiente une orientation vers la troisième professionnelle de l'équipe, psychologue, disponible pour la recevoir rapidement. La psychologue pourra intervenir jusqu'aux 12 mois de l'enfant et propose un soutien psychologique, un étayage de la parentalité, une évaluation des interactions précoces pouvant conduire à une orientation vers des structures d'aval, unités d'hospitalisation mère/bébé, hôpitaux de jour parents/enfant, CATTP, CMP, centres maternels, consultations post-traumatiques, etc.

8.2.1.1. Évaluation du dispositif

Entre juin et décembre 2019, le dispositif a accueilli 160 patientes majoritairement du continent africain :

- bien que sans domicile, 59 % vivaient en couple ;
- le suivi obstétrical a majoritairement débuté avant 27 SA ;
- la situation somatique a pu être prise en considération ;
- la moitié des patientes présentaient une pathologie, le diabète gestationnel étant le plus fréquent ;
- 30 % des accouchements par césarienne (20 % moyenne nationale) ;
- 78 % des patientes sont sorties moins de 10 jours après accouchement (19 jours en moyenne avant le dispositif) (50 % des patientes sorties avec le 115, 25 % centre parental, 25 % chez des tiers ou dans des associations d'hébergement temporaire) ;
- 1/3 ont accepté un suivi psychologique régulier ;

- 30 % ont bénéficié d'un accompagnement vers une unité de psychiatrie périnatale ou à vocation psychosociale renforcée. Orientation plus facilement acceptée par les mères quand elle a été proposée tardivement après l'accouchement.

La finalité du travail avec le psychologue reste celle de toute psychothérapie, mais la posture de clinicien se voit ici remaniée. Une présence empathique doit dépasser la « simple » neutralité bienveillante. Lors des premières rencontres, la fonction de la psychologue de ce dispositif peut être rapprochée de celle de « témoin », qui recueille un récit portant sur une situation de violences extrêmes. L'accompagnement par l'ensemble de l'équipe de l'UPE est dans un premier temps porteur d'une fonction essentielle de « réhumanisation ».

Pour certaines patientes, une hospitalisation en unité périnatale s'est avérée indispensable pour offrir un cadre contenant et rompre avec les effets dévastateurs immédiats de l'errance tant sur le plan psychique que celui obstétrical.

Conclusion : le dispositif expérimental de l'unité précarité errance a donc permis la mise en place pré-natale d'interventions conjointes médicales, sociales et psychologiques. Ce cadre a facilité la mise en place d'un suivi obstétrical permettant le dépistage des comorbidités. Les démarches administratives ont conduit à l'obtention d'un logement et d'une affiliation sociale en prénatal. Malgré les conditions sociales défavorables, les patientes ont pu bénéficier d'une prise en charge psychologique qui a pris en compte les effets spécifiques de la situation sociale et des psychotraumatismes sur le déroulement de la grossesse. Seules 20 % des femmes ont été perdues de vue.

8.3. Femmes en situation de handicap

Peu d'études et de recommandations sont retrouvées en France concernant le parcours des femmes enceintes en situation de handicap. La grossesse est une situation de transition dans la vie d'une personne en situation de handicap. Différentes étapes sont à aborder dans cette situation afin d'anticiper les besoins et de rendre le parcours fluide. Le professionnel référent de la personne en situation de handicap doit (175) :

- anticiper les besoins particuliers que nécessitent les transitions ;
- évaluer les besoins, attentes et aspirations de la personne et de son entourage ;
- identifier les acteurs de la dynamique du projet de vie de la personne (les professionnels ressources de l'ESSMS, les acteurs ressources) ;
- mettre en œuvre des réponses du dispositif ressource selon le type d'accompagnement pour la personne.

Il est important, lors des consultations, de tenir compte du choix de la personne et des critères relevant de l'analyse de la situation de la personne. Rechercher son adhésion et celle de sa famille autant que possible est indispensable.

Au moment de la prise du rendez-vous, il est recommandé de s'informer sur la situation et les besoins de la personne afin d'anticiper les modalités et la durée de la consultation : mode de vie, nature du handicap pour évaluer les besoins en termes d'accessibilité, première consultation gynécologique ou de suivi, difficultés à attendre en salle d'attente, besoin d'un interprète en langue des signes française (LSF), tutelle, curatelle...

Lors des consultations conjointes avec un professionnel de santé (médecin ou sage-femme) et l'assistante sociale, le déroulé de la consultation et les différents éléments à aborder peuvent être les suivants (la consultation peut avoir lieu dans un établissement ou au sein d'un ESSMS) :

- rassurer la patiente, lever les freins d'accessibilité en mentionnant la collaboration possible des professionnels aidant pendant la consultation, possibilité de coupler plusieurs consultations par le professionnel au sein de la structure ;
- dépister les violences ;
- aborder la contraception : expliquer les modalités et les effets secondaires, choix du moyen de contraception ultérieur à décider avec la patiente ;
- échanger avec la patiente et l'aider à définir systématiquement la place qu'elle souhaite donner à ses aidants et à son entourage pour son accompagnement, et celle que ceux-ci veulent/peuvent prendre tout au long de cet accompagnement. S'assurer que son choix s'effectue hors de toute pression et non pas dans le but d'éviter un conflit ;
- recueillir auprès de la femme sa connaissance et sa perception de son entourage, et réaliser un « état des lieux » des parties prenantes ;
- identifier les prestations, les ressources (matérielles et humaines) et les pratiques de l'ESSMS dans divers domaines ;
- planifier la coordination et le rôle de chaque acteur : sage-femme, médecin, assistante sociale, TISF...

Dans certaines situations, une téléconsultation ou une « consultation blanche » pourra être pertinente : rencontre du praticien et du lieu de consultation, rassurer la patiente, permettre une appropriation de l'espace, du matériel et la reconnaissance des personnes en présence.

Si la femme est accueillie dans un ESSMS, il est recommandé de prévoir une fiche de liaison ou un compte-rendu, avec les prochains rendez-vous et les examens à effectuer.

En conclusion, il est recommandé de planifier le parcours de soins avec le référent de la situation et tous les acteurs et parties prenantes concernés.

Il est recommandé d'inclure, dans le processus de transition, une rencontre de planification de la transition et faire en sorte qu'elle soit réalisée avec tous les acteurs pertinents. Il est à privilégier un processus de transition dans le nouveau lieu (si c'est le cas) par étapes progressives, de manière à rassurer et familiariser la personne aux nouveaux repères (humains, spatio-temporels, etc.).

Il est recommandé de s'interroger sur la pertinence d'associer un aidant (membre de la famille, professionnel de l'établissement médico-social) ; toujours le faire avec l'accord de la patiente.

Il peut être envisagé de transmettre des éléments préparatoires sur le déroulé de la consultation (photos des lieux et/ou du professionnel, explication du matériel, schémas anatomiques, supports pédagogiques accessibles (fiches Santé BD pour le patient, fiche HandiConnect pour le professionnel)).

8.4. Femmes incarcérées

Il y a peu d'études retrouvées sur le suivi des grossesses des femmes incarcérées en France. Cette situation concerne environ 50 grossesses par an.

Le suivi de la grossesse doit être régulier et adapté, identique à celui possible en milieu ouvert. L'établissement pénitentiaire signe un protocole de santé avec un établissement public hospitalier de proximité et l'accouchement se déroule en maternité de niveau adapté à la prise en charge de la mère et de l'enfant selon la situation clinique (article D. 400 du Code de procédure pénale). L'article 38 de la loi pénitentiaire prévoit que l'établissement qui héberge une femme enceinte passe convention avec le département pour assurer l'accompagnement social nécessaire. Pendant l'accouchement, la parturiente ne doit en aucun cas être menottée et les surveillantes doivent rester à l'extérieur de la salle d'accouchement. Il en est de même pour la chambre en service de suites de couches (circulaire de

l'administration pénitentiaire du 10 février 2004). De plus, à partir du 3^e trimestre de la grossesse et tout le temps où l'enfant reste avec sa mère, les femmes doivent bénéficier de conditions de détention appropriées (article D. 400-1 du Code de procédure pénale). Elles sont installées dans des quartiers spéciaux appelés « nurseries » où les cellules doivent répondre à un certain nombre de conditions garantissant sécurité et confort : superficie plus importante qu'une cellule classique, espace mère/enfant distinct, cours ou jardin séparés des autres détenues... (176). La loi française permet que des mères qui ont commis des infractions et sont, pour ce motif, incarcérées comme prévenues ou détenues puissent être emprisonnées avec leur enfant. Les femmes peuvent garder leur enfant auprès d'elles jusqu'aux 18 mois de celui-ci (article D. 401 du Code de procédure pénale).

Peu d'études ont été menées sur le sujet, mais il ne semble pas que l'incidence des pathologies gravidiques soit plus élevée en milieu pénitentiaire ; cependant, ces grossesses peuvent être considérées comme à risque sur bien d'autres motifs : prévalence augmentée des pathologies préexistantes (VIH, hépatites), facteurs psychologiques liés à l'enfermement et à l'isolement...

La littérature grise (Salomé 2017) souligne certains points de vigilance. Cette étude était une étude quantitative, descriptive et monocentrique (maison d'arrêt* des femmes (MAF) des Baumettes, Marseille) avec un recueil rétrospectif des données à partir de dossiers médicaux concernant 62 femmes. Globalement, pour les femmes qui disposent d'un suivi médical et plus précisément d'un suivi gynécologique régulier et satisfaisant avant leur incarcération, celle-ci va entraîner une rupture de ce suivi et donc avoir un impact essentiellement négatif. En revanche, pour les femmes précaires, très peu ou pas du tout suivies en milieu ouvert, l'incarcération va souvent permettre la réalisation des examens de dépistage et de diagnostic nécessaires à une bonne prise en charge de leur santé.

Cependant, l'accompagnement et le développement de la parentalité semblent être détériorés par l'incarcération : aucune séance de préparation à la naissance et à la parentalité n'a été réalisée pour les deux femmes qui ont mené leur grossesse à terme pendant la détention et toutes deux ont été séparées de leur enfant dès la naissance.

En conclusion, pour les femmes incarcérées, il est recommandé d'être vigilant au suivi psychologique et de proposer à ces femmes en systématique les séances de préparation à l'accouchement.

8.5. Femmes en situation d'addiction

Il est primordial de dépister le plus précocement possible les femmes souffrant de conduites addictives et de faire un point sur toutes les autres substances addictives. Un bilan physique et biologique doit être prescrit (115-117). Une évaluation de la situation doit être proposée avec une mise en place d'interventions adaptées. Cette évaluation peut être réalisée par n'importe quel professionnel de santé une fois celui-ci formé.

Le choix des traitements doit être précautionneusement étudié dans le cadre d'une décision partagée avec le patient et un travail psychologique doit être mené en parallèle. Un partenariat doit se créer avec un spécialiste des addictions et un gynécologue, un document assurant les liens entre les différents professionnels doit être mis en place.

Une fois réalisée, cette démarche doit être poursuivie régulièrement tout au long du suivi par les professionnels intervenant.

Il est recommandé de favoriser au plus vite une orientation évaluative et/ou thérapeutique addictologique sur une structure ou une équipe de référence de proximité, en lien avec les réseaux conseils locaux (CSAPA, ELSA, structures d'hébergement spécialisées en périnatalité/addictologie, consultations hospitalières, réseau périnatalité...).

Il faut désigner une personne référente pouvant intervenir en cas d'urgence et de crise.

En conclusion, il est essentiel de dépister systématiquement toutes conduites addictives, le plus précocement possible pendant la grossesse. Des outils adaptés doivent être utilisés. Les professionnels de santé prenant en charge les femmes doivent être formés à ces outils.

8.6. Prévenir la grossesse à l'adolescence et offrir un soutien adapté aux jeunes parents

Devant la proportion de jeunes filles mineures enceintes supérieure à la moyenne nationale française (0,6 % en 2017), un groupe de travail a été constitué pour établir un guide de prise en soin de la personne mineure par le département de la Seine-Saint-Denis en 2018 ([177](#)).

8.6.1. La concertation entre partenaires

La concertation est une étape clé de la prise en soin des patientes mineures. Elle doit avoir lieu le plus tôt possible pendant la grossesse puis pendant l'hospitalisation et enfin en postnatal.

8.6.1.1. Lors de la grossesse, les objectifs sont les suivants :

- apprécier de façon globale la situation de la jeune fille ;
- travailler sur les projets avec la jeune et sa famille : suivi de grossesse, hébergement, scolarité, éventuellement mode d'accueil... ;
- anticiper la sortie et le retour à domicile.

Lors de ces concertations, une personne référente de la situation de la jeune doit être choisie, en tenant compte du choix de la jeune elle-même et de la situation. Cette référence peut être double, médicale et sociale.

8.6.1.2. Lors de l'hospitalisation, les objectifs sont les suivants :

- prendre en compte le jeune âge de l'adolescence et les angoisses liées à l'accouchement ;
- anticiper le retour à la maison ou la sortie en centre maternel ;
- faire une nouvelle évaluation du projet avec la réalité de l'arrivée du bébé ;
- évaluer le niveau de soutien familial et la qualité des relations ;
- organiser éventuellement le retour à l'école.

8.6.1.3. En postnatal, les objectifs sont les suivants :

- apprécier l'évolution de la situation pour réajuster l'accompagnement en fonction des besoins du bébé, de la mère et du couple ainsi que de l'entourage familial ;
- observer la relation mère/enfant.

La femme enceinte mineure doit être informée systématiquement des concertations.

8.6.2. Suivi grossesse

La prise en soin d'une mineure désirant garder sa grossesse doit être holistique et prendre en compte l'ensemble des éléments médicaux, sociaux et psychologiques, sans oublier certains éléments spécifiques tels qu'un contexte de violence, l'existence d'une mesure ASE ou un suivi psychologique...

8.6.2.1. Aspect médical

Les jeunes doivent être orientées vers un établissement médical le plus rapidement possible, de préférence dans un lieu connu du professionnel pour faciliter l'adresse et les contacts ultérieurs. Cette orientation n'est pas un frein à un suivi conjoint hospitalier/ville.

Un accompagnement par la PMI doit être proposé car il permet de regrouper un suivi médical (avec gratuité de la prise en charge), un soutien psychologique et social.

8.6.2.2. Aspect social

Le lien avec une assistante sociale doit être fait de façon systématique (assistante sociale scolaire si la jeune est scolarisée et si sa grossesse est connue de l'établissement, services sociaux de secteur selon le domicile de la jeune ou de son compagnon, assistante sociale de la maternité d'accouchement si le terme est tardif ou, au contraire, si la grossesse est suivie à l'hôpital très précocement).

- Il est utile d'avoir pour chaque jeune un référent social qui sera en lien avec la mineure et les différents professionnels intervenant. Selon la situation, il sera issu de l'un des trois services précités.
- L'accès aux droits sociaux (sécurité sociale, CAF, RSA) doit être particulièrement étudié.

8.6.2.3. Aspect psychologique

Un suivi psychologique est souhaitable mais peut s'avérer difficile tant les jeunes sont réticentes à ce type de prise en charge. Il sera facilité par l'existence de liens entre les professionnels (PMI, services hospitaliers).

8.6.2.4. Cadre de la protection de l'enfance

Si la mineure est connue de l'ASE, lui demander les coordonnées de son éducateur et l'appeler systématiquement.

En conclusion, il est essentiel de rencontrer les partenaires au courant de la situation et de partager les informations nécessaires à la prise en charge la plus adaptée à chaque jeune fille (réunions de synthèse, RPP, staffs médico-psycho-sociaux...). Au cours de ces rencontres, il est souhaitable de nommer un référent de la situation qui peut être médical et/ou social. La complémentarité entre professionnels, le maillage autour de ces jeunes très vulnérables et l'analyse régulière de la situation doivent permettre d'anticiper et d'organiser la sortie de maternité, le retour à domicile ou l'accueil en centre maternel.

8.6.3. Hospitalisation

Pendant l'hospitalisation en maternité, les référents hospitaliers ont en charge les liens avec les différents partenaires :

- les professionnels qui ont eu la charge de la grossesse ;
- la PMI et tout particulièrement les puéricultrices ;
- les services sociaux de secteur et l'assistante sociale scolaire, si elle est impliquée ;
- l'ASE, si la jeune femme est connue ou si la situation le nécessite.

8.6.4. Droit civil et droit pénal : les principaux repères juridiques

8.6.4.1. L'autorité parentale : les parents de la mineure

Les parents gardent l'autorité parentale sur leur fille pendant sa grossesse jusqu'à sa majorité, et ce même après la naissance du bébé. Article 371-1 du Code civil : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. » Les parents prennent les décisions et signent les documents liés à la grossesse de leur fille (ouverture des droits à la CAF, ouverture d'un compte, suivi médical...).

En cas de désaccord des parents entre eux, en dehors de tout suivi par l'aide sociale à l'enfance, il convient d'inviter les parents à saisir le juge aux affaires familiales pour trancher le différend. En cas de désaccord des parents avec leur fille, une information préoccupante peut être transmise à la CRIP. Quand les parents refusent de signer les documents liés à la grossesse et dans le cadre d'un suivi par l'aide sociale à l'enfance exercé sous mandat judiciaire, le service gardien demande l'autorisation au juge des enfants pour signer les documents nécessaires à son suivi.

En cas d'absence d'autorité parentale sur le territoire (mineurs non accompagnés), le service de l'aide sociale à l'enfance sollicite auprès du juge aux affaires familiales le déferrement de la tutelle au président du conseil départemental. En attendant, le juge des enfants est compétent pour prendre les décisions ou pour déléguer partiellement les attributs de l'autorité parentale au service de l'ASE.

8.6.4.2. Autorité parentale : les parents du bébé à naître

Point sur la filiation : la filiation par l'effet de la loi est établie par l'inscription de la naissance de l'enfant sur les registres de l'état civil. Lorsque les parents ne sont pas mariés, la filiation s'établit différemment à l'égard du père et de la mère. Pour la mère, il suffit que son nom apparaisse dans l'acte de naissance pour que sa maternité soit établie. En revanche, le père doit faire une reconnaissance. Durant la grossesse, le père et la mère peuvent reconnaître leur enfant avant la naissance, ensemble ou séparément. La démarche se fait dans n'importe quelle mairie. Les parents de l'enfant à naître ont l'autorité parentale sur le bébé, même s'ils sont mineurs. Ils peuvent donc prendre toutes les décisions le concernant, pour peu qu'ils le reconnaissent dans le délai imparti par la loi.

D'une façon globale, dans le cadre d'une prise en charge médicale en milieu hospitalier, le recueil du consentement nécessite une autorisation de soin qui doit être soumise à l'un ou aux deux parents.

8.6.4.3. Confidentialité et secret professionnel

- La mineure enceinte a droit au secret médical au même titre que toute femme enceinte.
- La consultation est un acte de la vie ordinaire qu'une mineure peut faire sans autorisation ni information de ses parents.
- Le secret s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé mais peut être partagé entre professionnels. Ne seront partagés que les éléments utiles pour la prise en charge et avec le consentement de la jeune.
- Si la mineure refuse les visites médicales qu'impose son état de santé, le professionnel doit mobiliser les titulaires de l'autorité parentale.

8.7. Éviter les ruptures de parcours de soins

La continuité des soins est un devoir. Article R. 4127-47 du CSP : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée [...] ». »

L'évaluation du parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité en Auvergne-Rhône-Alpes a identifié certains éléments dans les ruptures de parcours de soins (5 réseaux périnatalité et 72 maternités) (59).

Certaines ruptures de parcours sont liées aux vulnérabilités des femmes :

- difficultés à s'inscrire dans le suivi de grossesse (retards, absences aux rendez-vous) ;
- manque de confiance et méfiance vis-à-vis de certains acteurs comme la PMI, l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la prise en charge psy.

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

- manque de ressources adaptées ;
- trop d'interlocuteurs ;
- difficulté pour établir le lien de confiance avec les femmes.

Les établissements identifient d'autres difficultés :

- manque de temps ;
- pas toujours de possibilité d'hospitalisation lorsque cela est nécessaire ;
- barrière de la langue.

L'étude a montré un risque de rupture important pour le suivi des femmes en postpartum. Des séjours plus longs en maternité peuvent s'avérer utiles lorsque des critères de vulnérabilité sont identifiés.

Le réseau représente la pierre angulaire de la coordination entre les acteurs, et donc la base de liens solides pour prévenir les ruptures en associant les acteurs de manière active, proposant des formations, proposant des outils de coordination, les documents de suivi de grossesse, etc.

Recommandations du groupe de travail

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'informations¹¹ 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 post-accouchement 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.

¹¹ 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.

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).

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.).

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.

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 CRIP¹² ou de faire un signalement au procureur¹³, si possible (sauf urgence) après évaluation ou discussion multidisciplinaire conduite de préférence avec les partenaires intrahospitaliers et extrahospitaliers.

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 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.

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.

Depuis 2021, la « Charte du nouveau-né hospitalisé » 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 hospitalisé.

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.

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.

¹² CRIP : cellule départementale de recueil des informations préoccupantes.

¹³ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

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.

Table des annexes

Annexe 1.	Méthode de travail	105
Annexe 2.	Recherche documentaire	108

Annexe 1. Méthode de travail

Méthode recommandations pour la pratique clinique

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 ».

La méthode recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture) et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (auto-saisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origines géographiques ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un (ou plusieurs) chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. 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 et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site unique DPI-Santé : <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire

La recherche a été faite sur les sujets et les types d'études définis en accord avec les chargés de projet, jusqu'à novembre 2021, sans limite inférieure de date et a été limitée aux publications en langue anglaise et française. Une veille a ensuite été réalisée jusqu'à décembre 2023.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature francophone : les bases Cairn.Info et LiSSa (Littérature scientifique en santé) ;
- pour la littérature internationale : les bases de données EmCare et Medline ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique, éthique ou économique ;
- les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Résultats

Nombre de références identifiées dans les bases de données, veille incluse : 309

Nombre de documents identifiés par la recherche sur les sites internet : 105

Nombres de références analysées : 317

Nombre de références retenues : 177

La stratégie de recherche et la liste des sources interrogées sont détaillées ci-après.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans les bases de données EmCare et Medline.

Tableau 1. Stratégie de recherche dans les bases de données EmCare et Medline

Type d'étude/sujet	Période	Nombre de références
Termes utilisés		
Grossesse/postpartum et mères adolescentes		
Recommandations	Pas de limite – 11/2021	27

Étape 1	(Puerperium ! OR Postnatal Care !)/EMB OR (Prenatal Care ! OR Pregnancy !)/EMB maj OR (Postpartum Period ! OR Postnatal Care OR Prenatal Care)/MESH OR Pregnancy ! /MESH maj OR (postpartum OR postnatal OR pregnant OR pregnanc*)/ti OR (postnatal visit* OR newborn discharge OR prenatal care OR antenatal care OR mother discharge)/ti,ab OR (Hospital Discharge/EMB maj OR Patient Discharge/MESH OR patient discharge/ti,ab OR follow-up visit*/ti) AND ((Mothers OR Infant, Newborn)/MESH maj OR (Adolescent Mother OR Mother OR Newborn)/EMB maj OR (mother OR mothers OR newborn OR newborns OR infant OR infants)/ti)		
ET			
Étape 2	Adolescent Pregnancy/EMB OR Pregnancy in Adolescence/MESH OR (adolescent pregnan* OR teenage pregnan* OR teen pregnan* OR preteen pregnan* OR teenage motherhood OR adolescent motherhood)/ti,ab		
ET			
Étape 3	(consensus OR guideline* OR position paper OR recommendation* OR statement*)/ti OR Health Planning Guidelines/Mesh OR (Consensus Development OR Practice Guideline)/Emb OR (Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH OR Guideline OR Practice Guideline)/pt		
Grossesse/postpartum et grossesse à risque ou non désirée			
Recommandations		Pas de limite – 11/2021	54
Étape 4	(Pregnancy, High-Risk OR Pregnancy, Unwanted)/MESH OR (High Risk Pregnancy OR Unwanted Pregnancy)/EMB OR (high risk pregnanc* OR « at risk pregnancy » OR unwanted pregnanc*)/ti,ab		
ET	Étape 1 ET Étape 3		
Grossesse/postpartum et facteurs socio-économiques			
Recommandations		Pas de limite – 11/2021	51
Étape 5	Emigrants and Immigrants !/MESH maj OR (Unemployment OR Socioeconomic Factors ! OR Sex Workers OR Race Factors OR Health Literacy OR Vulnerable Populations OR Homeless Persons ! OR Prisoners)/MESH OR (Migrant ! OR Unemployment OR Socioeconomics ! OR Ethnic or Racial Aspects ! OR Health Literacy ! OR Housing)/EMB maj OR (Sex Worker OR Race OR Vulnerable population OR Homeless woman OR Homeless Youth OR prisoner)/EMB OR (immigrant* OR migrant* OR foreign* OR refugee* OR immigration status OR unemployed women OR unemployed mother* OR socioeconomic factor* OR social inequalit* OR health inequalit*OR less educated OR low socioeconomic OR socially deprived OR sex worker* OR female prostitute* OR race factor* OR racial factor* OR ethnic disparit* OR racial disparit* OR health literacy OR marginalised mother*OR marginalised women OR marginalized mother* OR marginalized women OR		

	underserved mother* OR undeserved women OR vulnerable mother* OR vulnerable women)/ti,ab OR (disadvantaged OR indigent OR indigence OR poverty OR low-income OR precariousness OR housing OR lodging OR homeless OR prison* OR incarcerated OR imprison*)/ti		
ET	Étape 1 ET Étape 3		
Grossesse/postpartum et support social			
Recommandations		Pas de limite – 11/2021	20
Étape 6	Social Support !/MESH OR Social Support !/EMB OR (social support OR social care)/ti,ab		
ET	Étape 1 ET Étape 3		
Grossesse/postpartum et addictions			
Recommandations		Pas de limite – 11/2021	62
Étape 7	(Substance-Related Disorders ! OR Alcohol-Related Disorders ! OR Tobacco Use Disorder)/MESH OR (Drug Dependence ! OR Alcoholism ! OR Tobacco Dependence)/EMB OR (substance related disorder* OR drug abuse OR drug use OR substance use OR substance dependen* OR chemical dependence* OR alcohol dependen* OR tobacco dependen* OR nicotine dependen* OR addicted women OR addicted mother*)/ti,ab OR (addiction OR addicted OR alcoholism OR alcoholic)/ti		
ET	Étape 1 ET Étape 3		
Grossesse/postpartum et violence domestique			
Recommandations		Pas de limite – 11/2021	17
Étape 8	(Intimate Partner Violence ! OR Domestic Violence !)/MESH OR (Partner Violence ! OR Domestic Violence !)/EMB OR (partner violence* OR violent partner* OR partner abuse* OR abusing partner* OR domestic violence* OR family violence* OR domestic abuse* OR family abuse* OR OR battered woman OR battered women OR battered mother*)/ti,ab		
ET	Étape 1 ET Étape 3		
Grossesse/postpartum et mère handicapée			
Recommandations		Pas de limite – 11/2021	4
Étape 9	((Amputees OR Persons with Mental Disabilities OR Visually Impaired Persons OR Mentally Ill Persons OR Disabled Persons)/MESH OR (Physically Disabled Person OR Mentally Disabled Person OR Disabled Person)/EMB maj) AND ((Mothers OR Women OR Pregnant Women)/MESH OR Female/EMB OR (Adolescent Mother OR Mother OR Pregnant Woman)/EMB maj) OR (disabled mother* OR women disabilit* OR mother* disabilit*)/ti,ab		
ET	Étape 1 ET Étape 3		

MESH : descripteur Medline ; EMB : descripteur Embase ; MESH maj : descripteur Medline majoré ; EMB maj : descripteur Embase majoré ; ti : titre ; ab : résumé ; ! : explosion du terme générique ; pt : type de publication

Sites consultés

Dernière consultation : février 2023

- Agence des nouvelles interventions sociales et de santé
- Agence nouvelle des solidarités actives
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMeF
- Collectif interassociatif autour de la naissance
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français – CNGOF
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
- Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – DREES
- Expertise collective INSERM
- Haut Conseil de la santé publique – HCSP
- Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du monde
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies – OFDT
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale – ONPES
- Samu social Paris
- Santé publique France
- Secours catholique – Caritas France
- Société française de médecine générale – SFMG
- Société française de médecine périnatale

- *Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*
- *Alberta Medical Association*
- *Allied Health Evidence*
- *American College of Nurse-Midwives*
- *American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG*
- *American College of Physicians – ACP*
- *Australian Clinical Practice Guidelines*
- *BMJ Best Practice*
- *British Association of Perinatal Medicine*
- *British Columbia Guidelines*
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH*
- *Canadian Task Force on Preventive Health Care*
- *Centers for Disease Control and Prevention – CDC*

- Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE
- *Centre for Clinical Effectiveness*
- *Centre for Effective Practice*
- *CMA Infobase*
- *Cochrane Library*
- *European Association of Perinatal Medicine*
- *European Midwives Association*
- *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare*
- *Guidelines International Network – GIN*
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS
- Institut national de santé publique du Québec
- *Institute for Clinical and Economic Review – ICER*
- *Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI*
- *Institute for Health Economics Alberta*
- *International Confederation of Midwives supports midwives*
- *International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO*
- *International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA*
- *International Planned Parenthood Federation*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- *National Health and Medical Research Council*
- *National Health Care for the Homeless Council*
- *National Health Services Evidence*
- *National Institute for Health and Care Excellence – NICE*
- *New Zealand Guidelines Group – NZGG*
- *Perinatal Services British Columbia*
- *Perinatal Society of Australia and New Zealand*
- *Public Health Agency of Canada*
- *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*
- *Royal Australian College of General Practitioners*
- *Royal College of Midwives*
- *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN*
- *Singapore Ministry of Health*
- *Social Care Institute for Excellence*
- Société canadienne de pédiatrie
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- *Society for Maternal-Fetal Medicine*
- *South Australia Health*
- *Tripdatabase*
- *U.K. Department of Health*
- *U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF*
- *Veterans Affairs, Dep. of Defense Clinical practice guidelines*

- *World Health Organization – WHO*

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à décembre 2023 dans EmCare et Medline, sur la base des équations du tableau 1.

Références bibliographiques

1. Agence nationale de la recherche, Institut de recherche en santé publique. Colloque "Vulnérabilités sanitaires et sociales", bilan et perspectives. 14 et 15 novembre 2013 - Paris. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013. <https://anr.fr/fileadmin/documents/2013/booklet-colloque-vulnerabilites-14-15-nov-2013.pdf>
2. Briant G. Politiques de lutte contre la pauvreté. ; 2011.
3. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale » présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 Février 1987. Paris: Conseil économique et social; 1987. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
4. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Fiche de synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine; 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Synthèse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1728877/fr/fiche-de-synthese-sortie-de-maternite-apres-accouchement
7. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Paris: CNNSE; 2014. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_prekarite_ou_de_vulnerabilite.pdf
8. Taquet A, Cyrulnik B. Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
9. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre délégué à la Santé. Paris: La Documentation française; 2001. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
10. Saurel-Cubizolles MJ. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. Bull Epidémiol Hebdo 2005;(9-10).
11. Haute Autorité de Santé. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_synthese.pdf
12. Azria E. Inégalités sociales en santé périnatale. Arch Pediatr 2015;22(10):1078-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2015.07.006>
13. Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier Colle M. Santé périnatale des femmes étrangères en France. Mis à jour le 29 août 2019. Bull Epidémiol Hebdo 2012;(2-4):30-4.
14. Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharoux C, Blondel B, Alfaïate T, Schmitz T, et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):126. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1310-z>
15. Rootman I, Gordon-EI-Bihbety D. Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du groupe d'experts sur la littératie en matière de santé. Ottawa: ACSP; 2008. https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/portals/h-l/report_f.pdf
16. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(1):80. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
17. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Santé publique France. Les naissances , le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Paris: INSERM; 2022. https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2023/06/ENP2021_Rapport_MAJ_Juin2023.pdf
18. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005;106(5 Pt 1):1071-83. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
19. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles MJ. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. BMJ Open 2016;6(4):e009511. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009511>

20. Institut national de la statistique et des études économiques. Les naissances par mois en 2021, 2022 et 2023 [En ligne]. Paris: INSEE; 2023. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6041515?sommaire=5348638>
21. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence : les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint. INSEE première 2013;1473.
22. Jaspard M, Brown E, Condon S. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris: La Documentation française; 2003.
23. Santé publique France, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM) 2013-2015. Saint-Maurice: SPF; 2021.
24. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Paris: INSERM; 2017. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapport_Perinat_2016.pdf
25. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AM, Rich-Edwards J. Maternal mortality among migrants in Western Europe: a meta-analysis. *Matern Child Health J* 2014;18(7):1628-38. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-013-1403-x>
26. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2016;32:26-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.016>
27. Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Deneux-Tharaux C. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Epidémiol Hebdo* 2017;19-20:389-95.
28. Almeida LM, Santos CC, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;126(3):244-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.023>
29. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Luton D, Oury JF, et al. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort. *BJOG* 2018;125(5):587-95. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14794>
30. Siddiqui A, Deneux-Tharaux C, Luton D, Schmitz T, Mandelbrot L, Estellat C, et al. Maternal obesity and severe pre-eclampsia among immigrant women: a mediation analysis. *Scientific reports* 2020;10(1):5215-. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-020-62032-9>
31. Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(8):501-6. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.8.501>
32. Kramer MS, Séguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14(3):194-210. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-3016.2000.00266.x>
33. Guyavarch E, Le Méner E, Vandentorren S. ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France Premiers résultats de l'enquête quantitative. Mis à jour le 7 juin 2019. Paris: Observatoire du Samu social de Paris; 2014. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>
34. Eslier M, Deneux-Tharaux C, Sauvegrain P, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, et al. Association between migrant women's legal status and prenatal care utilization in the PreCARE cohort. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(19). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph1719174>
35. Wilcox MA, Smith SJ, Johnson IR, Maynard PV, Chilvers CE. The effect of social deprivation on birthweight, excluding physiological and pathological effects. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(11):918-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1995.tb10882.x>
36. Barros H, Tavares M, Rodrigues T. Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal. *J Public Health Med* 1996;18(3):321-8. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024513>
37. Villar J, Belizán JM. The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143(7):793-8. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(82\)90012-6](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(82)90012-6)
38. Neasham D, Dolk H, Vrijheid M, Jensen T, Best N. Stillbirth and neonatal mortality due to congenital anomalies: temporal trends and variation by small area deprivation scores in England and Wales, 1986-96. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15(4):364-73. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2001.0379a.x>
39. Wasserman CR, Shaw GM, Selvin S, Gould JB, Syme SL. Socioeconomic status, neighborhood social conditions, and neural tube defects. *Am J Public Health* 1998;88(11):1674-80. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.88.11.1674>
40. Grewal J, Carmichael SL, Song J, Shaw GM. Neural tube defects: an analysis of neighbourhood- and individual-level socio-economic characteristics. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009;23(2):116-24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2008.00992.x>
41. Khoshnood B, De Vigan C, Blondel B, Vodovar V, Cadio E, Goffinet F. Long-term trends for socio-economic differences in prenatal diagnosis of Down syndrome: diffusion of services or persistence of disparities? *BJOG* 2008;115(9):1087-95. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01794.x>

42. Smith LK, Budd JL, Field DJ, Draper ES. Socioeconomic inequalities in outcome of pregnancy and neonatal mortality associated with congenital anomalies: population based study. *BMJ* 2011;343:d4306. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4306>
43. Marmot MG, Fuhrer R, Ettner SL, Marks NF, Bumpass LL, Ryff CD. Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Q* 1998;76(3):403-48. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.00097>
44. O'Campo P, Burke JG, Culhane J, Elo IT, Eyster J, Holzman C, et al. Neighborhood deprivation and preterm birth among non-Hispanic black and white women in eight geographic areas in the United States. *Am J Epidemiol* 2008;167(2):155-63. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwm277>
45. Zeitlin J, Combier E, Levaillant M, Lasbeur L, Pilkington H, Charreire H, et al. Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for migrant and non-migrant women: a study in a French district. 2011;25(4):347-56. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2011.01201.x>
46. Institut de veille sanitaire. Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France. *Bull Epidemiol Hebdo* 2015;(6-7):89-131.
47. Zeitlin J, Mortensen L, Prunet C, Macfarlane A, Hindori-Mohangoo AD, Gissler M, et al. Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:15. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0804-4>
48. Auger N, Delézière P, Harper S, Platt RW. Maternal education and stillbirth: estimating gestational-age-specific and cause-specific associations. *Epidemiology* 2012;23(2):247-54. <http://dx.doi.org/10.1097/EDE.0b013e31824587bc>
49. Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. *JAMA* 2011;306(22):2469-79. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1798>
50. Haab E, Werschuren C, Parquet C, Sauvegrain P, Blanc J, Crenn-Hebert C, et al. Dépistage et parcours de soins en cas de vulnérabilités psycho-sociales maternelles : une enquête nationale française. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2022.07.002>
51. Austin MP. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):179-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.016>
52. Reinsperger I, Winkler R, Piso B. Identifying sociomedical risk factors during pregnancy: recommendations from international evidence-based guidelines. *J Public Health* 2015;23(1):1-13.
53. Branger B. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France. *Bull Epidemiol Hebdo* 2015;(6-7):123-31.
54. Gunn J, Southern D, Chondros P, Thomson P, Robertson K. Guidelines for assessing postnatal problems: Introducing evidence-based guidelines in Australian general practice. *Fam Pract* 2003;20(4):382-9. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmg408>
55. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. Étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise. Lyon: ARS Auvergne-Rhône-Alpes; 2019. http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Rapport_Femmes_enceintes_precaires_Metropole_Lyon.pdf
56. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
57. Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire, Philippe HJ. Groupe de travail « Grossesse et précarité ». Propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité (ou en situation de vulnérabilité sociale). Nantes: RSN; 2006. <https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/rx/si2939woawgtm7tnewx4om2f9m1tx3-org.pdf>
58. Réseau de périnatal des 2 Savoie. Grille d'évaluation des critères de vulnérabilité en prénatal et post natal. Annecy: Le département Haute-Savoie; 2018. https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/grille-criteres-vulnerabilite-mise-a-jour-2022_04-.pdf
59. Agence régionale de santé Auvergne Rhône-Alpes. Évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables en maternité et Centres périnataux de proximité (CPP) en Auvergne-Rhône-Alpes. Lyon: ARS Auvergne-Rhône-Alpes; 2021.
60. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Arnaud A, Valon-Szöts L. Suivi de grossesse et organisation des acteurs. Retour d'expériences et enseignements. Paris: ANAP; 2016. <http://ressources.anap.fr/parcours/publication/1737>
61. Reid AJ, Biringer A, Carroll JD, Midmer D, Wilson LM, Chalmers B, et al. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Antenatal psychosocial health assessment*. *CMAJ* 1998;159(6):677-84.
62. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial

concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2005;173(3):253-9.
<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1040610>

63. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringer A, Glazier RH, Midmer D, et al. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(10):873-8.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)32268-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32268-x)

64. Therby D. Repérage des situations à risque médicosocial en cours de grossesse : de l'intérêt d'une consultation d'orientation et d'un autoquestionnaire. Colloque Violences faites aux femmes Lille, le 16 Avril 2015. Roubaix: CH de Roubaix; 2015.
<https://gynsf.org/vc/20150416therby.pdf>

65. Fline-Barthes MH, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015;44(5):433-42.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.03.004>

66. Sass C, Moulin J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score EPICES: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006;14:93-6.

67. Zadeh SM, Léger S, Guiguet-Auclair C, Gallot D, Celse MP, Vendittelli F, et al. Validation of the 'EPICES' social deprivation score in a population of women who have just given birth: a French cross-sectional study. *Public Health* 2021;201:19-25.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2021.09.027>

68. Cosson E, Bihan H, Reach G, Vittaz L, Carbillon L, Valensi P. Psychosocial deprivation in women with gestational diabetes mellitus is associated with poor fetomaternal prognoses: an observational study. *BMJ Open* 2015;5(3):e007120.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007120>

69. Henrotin JB, Vaissière M, Etaix M, Dziurla M, Radauceanu A, Malard S, et al. Deprivation, occupational hazards and perinatal outcomes in pregnant workers. *Occup Med* 2017;67(1):44-51.
<http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqw148>

70. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG* 2016;123(4):529-39.
<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13819>

71. Réseau Périnat Aquitaine. Charte de collaboration multidisciplinaire et soutien personnalisé en période périnatale dans un contexte de vulnérabilité, proposée aux maternités de Nouvelle-Aquitaine. Mise à jour février 2022. Bordeaux: RPNA; 2020.
<https://rpna.fr/wp-content/uploads/2022/05/RPNA-Charte-Staffs-MPS-V2-MAJ-21-04-2022.pdf>

72. Austin MP, Colton J, Priest S, Reilly N, Hadzi-Pavlovic D. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth* 2013;26(1):17-25.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.002>

73. Groupe d'Etude Grossesse et Addiction. Expérimentation de l'auto-questionnaire du GEGA. Conseils préalables à l'expérimentation [En ligne]. Paris: Association GEGA; 2022.
<http://www.asso-gega.org/auto-questionnaire22.htm>

74. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

75. 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.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)

76. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(2):89-95.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-005-0077-9>

77. Direction générale de la cohésion sociale. Dessine moi un parent. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf

78. Saïas T, Poissant J. Avancées de la prévention précoce dans les services publics. *Cahiers de la Puéricultrice* 2022;59(356):12-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cahpu.2022.03.003>

79. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance [En ligne]. Québec: MSSS; 2022.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/sippe/#:~:text=Les%20SIPPE%20sont%20offerts%20aux,%C3%A9cole%20de%20l'enfant.>

80. Saïas T, Greacen T, Tubach F, Dugravier R, Marcault E, Tereno S, et al. Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Glob Health Promot* 2013;20(2 Suppl):66-70.
<http://dx.doi.org/10.1177/1757975913483335>

81. Welniarz B, Saïas T, Excoffon E, Purper-Ouakil D, Wendland J, Tereno S, et al. La supervision individuelle des intervenants à domicile dans le programme CAPEDP de prévention en périnatalité : le point de vue des intervenantes supervisées sur les recommandations de bonnes pratiques de leurs superviseurs. *Devenir* 2016;28(2):73-90.
<http://dx.doi.org/10.3917/dev.162.0073>

82. Dugravier R, Tubach F, Saïas T, Guedeney N, Pasquet B, Purper-Ouakil D, et al. Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on

- postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PLoS ONE* 2013;8(8):e72216.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0072216>
83. Saïas T, Delawarde C, Colson S, Planche M, Vallée V, du Roscoât E, et al. Le projet Panjo, de l'expérimentation scientifique à l'implantation dans les services publics. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 2016;2(4):232-41.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2016.08.001>
84. Saïas T, Kargakos S, Bodard J, Dugravier R, Bonnard A, Rolland du Roscoât E, et al. Soutenir les compétences des intervenantes de prévention précoce en France : usages et effets du dispositif Panjo. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 2019;5(3).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2019.06.004>
85. Fidry E, Claudon P, Saad Saint-Gilles S, Sibertin-Blanc D. Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62(3):154-62.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.007>
86. Buchheit S, Cuvelier G, Maure N, Kabuth B, Ligier F. Impact du dispositif PERL sur la pratique des puéricultrices de PMI. *Cahiers de la puéricultrice* 2022;59(356):20-4.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cahpu.2022.03.005>
87. Guedeney A, Vermillard M. L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine & enfance* 2004;367-71.
88. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi J, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne. A propos de la validation de la traduction et de la traduction de l'EPDS. *Devenir* 1995;7:69-92.
89. Moreau J, Précourt S, Dupuis G, Wendland J. La GED : un outil francophone pour la détection des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans. *Devenir* 2020;32(2):69-86.
<http://dx.doi.org/10.3917/dev.202.0069>
90. Eury C, Bodard J. Petits pas, grands pas, une démarche globale de prévention en PMI. *Cahiers de la Puéricultrice* 2022;59:16-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cahpu.2022.03.004>
91. Saïas T, Mörch CM, Comtois J, Girard I, Bodard J, Gerhard JL. Évaluer les besoins des femmes enceintes : une étude-pilote du dispositif Ariane. *Sante Publique (Bucur)* 2021;33(4):483-92.
<http://dx.doi.org/10.3917/spub.214.0483>
92. Roth B, Einaudi M-A, Tardieu S, Bernard O. Évaluation des pratiques d'un dispositif de prévention des vulnérabilités périnatales : les staffs médico-psycho-sociaux. *Périnatalité* 2021;13(4):173-82.
<http://dx.doi.org/10.3166/rmp-2021-0113>
93. Vigoureux S, Goffinet F, Tessier V, Boulinguez V, Saurel-Cubizolles MJ, Azria E, et al. Étude observationnelle d'un dispositif d'aide aux femmes en situation de précarité pendant la grossesse et le post-partum. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(9):460-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2017.07.005>
94. NSW Government. Parent groups and playgroups [En ligne]. Sydney: NSW Government; 2021.
<https://www.nsw.gov.au/family-and-relationships/having-children/having-a-baby/support-for-parents/parent-groups-and-playgroups>
95. Probst Favret M. Mère et enfant, construire des racines en migration. Un groupe thérapeutique avec des mères migrantes et leur enfant *Psychothérapies* 2018;38:179-87.
<http://dx.doi.org/10.3917/psys.183.0179>
96. Rtimi-Mazouri O, Rochat M, Dacqui L, Body-Lawson F, Roussery S. Grandir en contexte de migration. Un groupe thérapeutique mères-enfants *L'Autre* 2020;21(1):83-93.
97. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to prevent perinatal depression: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2019;321(6):580-7.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.0007>
98. Ministère de la santé et des services sociaux, Painchaud Guérard G, Motard-Bélanger A. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence. Québec: MSSS; 2021.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-836-03W.pdf>
99. Direction générale des services de santé et médecine universitaire. Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Québec: MSSS; 2008.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
100. Ministère de la santé et des services sociaux, Painchaud Guérard G, Motard-Bélanger A. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Balises de l'intervention. Québec: MSSS; 2021.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002358/>
101. McMillan A, Barnes J, Barlow J. Primary study evidence on effectiveness of interventions (home, early education, child care) in promoting social and emotional wellbeing of vulnerable children under 5. London: NICE; 2012.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph40/documents/social-and-emotional-wellbeing-early-years-expert-report-12>
102. Ministère de la santé et des services sociaux. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Québec: MSSS; 2016.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-836-01W.pdf>

103. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's mothers and babies 2014. Canberra: AIHW; 2016. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/68429bae-ebcd-4edb-9861-73d5fbc258c/20210.pdf.aspx?inline=true>
104. Organisation Mondiale de la Santé. Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020. Genève: OMS; 2014. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337285/64wd12f-InvestChildAdolescHealth-140440.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
105. Kilbride HW, Thorstad K, Daily DK. Preschool outcome of less than 801-gram preterm infants compared with full-term siblings. *Pediatrics* 2004;113(4):742-7. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.4.742>
106. Hack M, Taylor HG, Klein N, Mercuri-Minich N. Functional limitations and special health care needs of 10- to 14-year-old children weighing less than 750 grams at birth. *Pediatrics* 2000;106(3):554-60. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.106.3.554> %J *Pediatrics*
107. Saigal S, Hoult LA, Streiner DL, Stoskopf BL, Rosenbaum PL. School difficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 2000;105(2):325-31. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.105.2.325> %J *Pediatrics*
108. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol* 2015;35(S1):S5-S8. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.142>
109. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, et al. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13 Suppl 1:S12. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>
110. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, et al. The Stockholm neonatal family centered care study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics* 2010;125(2):e278-85. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-1511>
111. Ecker J, Abuhamad A, Hill W, Bailit J, Bateman BT, Berghella V, et al. Substance use disorders in pregnancy: clinical, ethical, and research imperatives of the opioid epidemic: a report of a joint workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine, American College of Obstetricians and Gynecologists, and American Society of Addiction Medicine. *Am J Obstet Gynecol* 2019;221(1):B5-B28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.03.022>
112. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl* 2011;35(2):96-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.09.003>
113. Barth RP, Gibbons C, Guo S. Substance abuse treatment and the recurrence of maltreatment among caregivers with children living at home: a propensity score analysis. *J Subst Abuse Treat* 2006;30(2):93-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.008>
114. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP. The changing face of heroin use in the united states: a retrospective analysis of the past 50 years. *JAMA Psychiatry* 2014;71(7):821-6. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.366>
115. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Management of pregnancy. VA/DoD clinical practice guidelines ; 2018. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/VADoDPregnancyCPG4102018.pdf>
116. Krans EE, Campopiano M, Cleveland LM, Goodman D, Kilday D, Kendig S, et al. National partnership for maternal safety: consensus bundle on obstetric care for women with opioid use disorder. *Obstet Gynecol* 2019;134(2):365-75. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003381>
117. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Interventions fortobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2021;325(3):265-79. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.25019>
118. Australian government, Department of Health. Pregnancy care. Clinical practice guidelines. Canberra: Australian Government; 2019. <https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines>
119. Australian Institute of Health and Welfare. Measuring risky drinking according to the Australian alcohol guidelines. Canberra: Australian Government; 2021. <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol/measuring-risky-drinking-aus-alcohol-guidelines/contents/measuring-risky-drinking>
120. Peterson L, Brown D. Integrating child injury and abuse-neglect research: common histories, etiologies, and solutions. *Psychol Bull* 1994;116(2):293-315. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.116.2.293>
121. Tandon SD, Leis JA, Mendelson T, Perry DF, Kemp K. Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Matern Child Health J* 2014;18(4):873-81. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-013-1313-y>
122. Malmstrom PM, Biale R. An agenda for meeting the special needs of multiple birth families. *Acta Genet Med Gemellol* 1990;39(4):507-14.
123. Mitra M, Long-Bellil LM, Iezzoni LI, Smeltzer SC, Smith LD. Pregnancy among women with physical disabilities: unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disabil Health J* 2016;9(3):457-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007>
124. Signore C, Spong CY, Krotoski D, Shinowara NL, Blackwell SC. Pregnancy in women with physical disabilities. *Obstet Gynecol* 2011;117(4):935-47. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182118d59>

125. Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB, Wells AS, Green KL, Windom MO, et al. Access to subspecialty care for patients with mobility impairment: a survey. *Ann Intern Med* 2013;158(6):441-6.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00003>
126. Lezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Recommendations about pregnancy from women with mobility disability to their peers. *Womens Health Issues* 2017;27(1):75-82.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.004>
127. Carolan M. Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. *Midwifery* 2010;26(4):407-14.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.11.002>
128. Boerleider AW, Wiegers TA, Manniën J, Francke AL, Devillé WL. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:81.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-81>
129. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Community* 2011;19(3):225-49.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x>
130. Ministère des solidarités et de la santé. Tout comprendre sur les 1000 premiers jours. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000_jours_4_pages_2019_vweb.pdf
131. Costa-Lascoux J. Les actions de soutien à la parentalité : enquête auprès des professionnels. Paris: ADRIC; 2015.
<https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/698/partenaires%20locaux/actions%20dans%20le%20champ%20de%20la%20parentalit%C3%A9/enqu%C3%AAte%20aupr%C3%A8s%20des%20professionnels/CDPPEL-%20entretiens%20Pro%20Parentalit%C3%A9%20.pdf>
132. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. Paris: CNNSE; 2013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_s_ortie_maternite.pdf
133. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 ; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
134. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
135. Bailleau B, Pirc H. Interventions du psychologue en prévention périnatale. *Le Journal des psychologues* 2008;9(262):32-6.
<http://dx.doi.org/10.3917/jdp.262.0032>
136. Aide à domicile en milieu rural. Technicien.ne.s de l'intervention sociale et familiale. TISF. Paris: ADMR; 2022.
https://www.admr.org/system/files/webmaster/pdf/brochure_branche_aad_tisf_2022_web.pdf
137. Chang D, Thyer I, Hayne D, Katz D. Using mobile technology to overcome language barriers in medicine. *Ann R Coll Surg Engl* 2014;96:e23-e5.
<http://dx.doi.org/10.1308/003588414X13946184903685>
138. Müller F, Schröder D, Noack EM. Overcoming language barriers in paramedic care with an app designed to improve communication with foreign-language patients: nonrandomized controlled pilot study. *JMIR formative research* 2023;7:e43255.
<http://dx.doi.org/10.2196/43255>
139. Santé publique France. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *La Santé en action* 2022;(460).
140. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_de_s_systemes_de_preve....pdf
141. Peyron M, Jacquey-Vazquez B, Loulergue P, Poissy C. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
142. Inspection générale des affaires sociales, Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Etude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse. Tome 1. Paris: IGAS; 2006.
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000139.pdf>
143. Kahn J, Moore KA. What works for home visiting programs: lessons from experimental evaluations of programs and interventions. Washington: Child Trends; 2010
<https://cms.childtrends.org/wp-content/uploads/2005/07/2010-17WWHomeVisit.pdf>
144. Direction générale de la cohésion sociale. Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil. Paris: DGCS; 2016.
https://assureravenirpmi.org/Old/Doc/Rapport%20PMI_DGCS_mai2016.pdf
145. Structure Régionale d'Appui et d'Expertise. Réseau « Sécurité naissance-naitre ensemble » des Pays de Loire. Rapport d'activité. Nantes: SRAE; 2016.
https://www.reseau-naissance.fr/medias/2018/10/RA-SRAE_RSN_bilan-2016_VD.pdf

146. Haute Autorité de Santé. LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours. Recommandation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf
147. Chatoney B, Van der Borgh F. Protéger bébé et ses deux parents, dès sa vie prénatale. Toulouse: Érès; 2019.
148. Cour des comptes. Le droit au logement opposable. Une priorité à restaurer. Paris: CC; 2022.
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220126-droit-au-logement-opposable.pdf>
149. Howard KS, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Future Child* 2009;19(2):119-46.
<http://dx.doi.org/10.1353/foc.0.0032>
150. Olds DL. Preventing child maltreatment and crime with prenatal and infancy support of parents: the nurse-family partnership. *J Scand Stud Criminol Crime Prev* 2008;9(S1):2-24.
<http://dx.doi.org/10.1080/14043850802450096>
151. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, Jr., Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278(8):644-52.
152. van Doesum KT, Riksen-Walraven JM, Hosman CM, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev* 2008;79(3):547-61.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01142.x>
153. Miller TR. Projected outcomes of nurse-family partnership home visitation during 1996-2013, USA. *Prev Sci* 2015;16(6):765-77.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-015-0572-9>
154. Corbacho B, Bell K, Stamuli E, Richardson G, Ronaldson S, Hood K, et al. Cost-effectiveness of the Family Nurse Partnership (FNP) programme in England: evidence from the building blocks trial. *J Eval Clin Pract* 2017;23(6):1367-74.
<http://dx.doi.org/10.1111/jep.12799>
155. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387(10014):146-55.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00392-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00392-x)
156. Brand T, Jungmann T. Implementation differences between two staffing models in the German home visiting program 'Pro Kind'. *J Community Psychol* 2012;40(8):891-905.
<http://dx.doi.org/10.1002/jcop.21489>
157. Jungmann T, Ziert Y, Kurtz V, Brand T. Preventing adverse developmental outcomes and early onset conduct problems through prenatal and infancy home visitation: the German pilot project "Pro Kind". *Int J Dev Sci* 2009;3:292-8.
158. Jungmann T, Brand T, Dähne V, Herrmann P, Günay H, Sandner M, et al. Comprehensive evaluation of the Pro Kind home visiting program: a summary of results. *Mental Health & Prevention* 2015;3(3):89-97.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2015.06.001>
159. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PLoS ONE* 2015;10(4):e0120182.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0120182>
160. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE* 2013;8(10):e78185.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0078185>
161. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Crone M, Crijnen A, HiraSing RA. Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery* 2014;30(6):688-95.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.006>
162. Molloy C, Beatson R, Harrop C, Perini N, Goldfeld S. Systematic review: effects of sustained nurse home visiting programs for disadvantaged mothers and children. *J Adv Nurs* 2021;77(1):147-61.
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.14576>
163. Thorland W, Currie DW. Status of birth outcomes in clients of the nurse-family partnership. *Matern Child Health J* 2017;21(5):995-1001.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-017-2267-2>
164. Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IMH. Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: differential susceptibility of highly reactive infants. *J Fam Psychol* 2006;20(2):266-74.
<http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.266>
165. Kersten-Alvarez LE, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KT, Hoefnagels C. Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(10):1160-70.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02268.x>
166. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol* 2011;23(1):195-210.
<http://dx.doi.org/10.1017/s0954579410000738>
167. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The importance of parenting in the development of

disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(3):263-74.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00353.x>

168. Molénat F. La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Contraste* 2013;1(37):185-207.

169. Dufour V. Aspects périnataux de la maltraitance - Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : quelle réponse pour quel type de difficultés ? *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2005;34(1 sup):74-7.
<http://dx.doi.org/JGYN-02-2005-34-S1-0368-2315-101019-ART13>

170. Haut Conseil de la santé publique. Actualisation du carnet de santé de maternité. Première partie : Objectifs, format et modalités de diffusion. Paris: HCSP; 2023.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1283>

171. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour Mai 2016. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

172. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

173. Crequit S, Bierry G, Maria P, Bouali S, La Tour AD, Sghiouar N, et al. Use of pregnancy personalised follow-up in case of maternal social vulnerability to reduce prematurity and neonatal morbidity. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2023;23(1):289.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05604-7>

174. Burksaityte G, Chapelain M, Barbereau C, Sarrazin P, Khomri O, Benoit J-P. « Unité précarité errance » : expérimentation d'un dispositif de soin pluridisciplinaire dédié aux femmes enceintes en errance. 2021;97(5):360-6.
<http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2021.2263>

175. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf

176. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 8 août 2013 (publication au JO du 3 septembre 2013) du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues. Paris: CGLPL; 2013.
http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2013/09/AVIS-JO_nurseries_20130903.pdf

177. Le département Seine-Saint-Denis, Académie de Créteil, Caisse d'allocations familiales. Accompagnement pluriprofessionnel des mineures enceintes. Saint-Denis: CAF; 2018.
https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/guide_mineures_enceintes_1er_octobre_final-1.pdf

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

AE	Accord d'experts
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	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
CMP	Centre médical, psychologique et social
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP	Code de la santé publique
Dalo	Droit au logement opposable
DMP	Dossier médical partagé
DSR	Dispositifs spécifiques régionaux 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
NP	Niveau de preuve

OR	<i>Odds Ratio</i>
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PEC	Prise en charge
PICO	<i>Population, Intervention, Comparison and Outcome</i>
PMA	Procréation médicalement assistée
PMI	Protection maternelle et infantile
RBP	Recommandations de bonne pratique
RCT	Étude contrôlée randomisée
RPNA	Réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine
RR	Risque relatif
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

