

ANAP

appui santé & médico-social

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Suivi de grossesse et organisation des acteurs

Retour d'expériences et enseignements



JUIN 2016

Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Alain Arnaud

alain.arnaud@anap.fr

Leslie Valon-Szöts

Leslie.valon@anap.fr

Résumé

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. En matière de périnatalité, l'INSERM indique que « la France est bien placée en Europe mais ne se trouve jamais parmi les cinq meilleurs pays de l'Union européenne », ce propos étant nuancé par le fait que le taux de mortinatalité est en 2010 le plus élevé d'Europe (rapport Euro-Peristat données 2010).

Ce projet s'intéresse plus précisément à l'organisation des acteurs pour prendre en charge le suivi de grossesse, et précise comment les facteurs de risque populationnels identifiés par l'INSERM sont pris en compte au niveau organisationnel, partant de l'hypothèse que les résultats périnataux étaient également liés au déroulement de la grossesse et pas uniquement à la période autour de l'accouchement.

Les travaux conduits par l'INSERM ont mis en évidence des résultats périnataux péjorés en fonction de certaines caractéristiques populationnelles (âge des femmes, origine géographique et nationalité, situations de précarité, niveau d'études, etc.).

Cinq grandes catégories d'enseignements ont pu être tirées à partir de monographies réalisées sur cinq territoires (territoires de santé du Havre, du Vexin, de Saint-Denis-Plaine-Commune, de Briey en Meurthe-et-Moselle, bassin houiller autour de Forbach) :

- ▶ Caractériser la population périnatale;
- ▶ Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes;
- ▶ Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité;
- ▶ Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge;
- ▶ Établir des liens solides sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours.

3

Abstract

This work is part of an approach to assess the French situation regarding the perinatal period and more specifically from the organisational angle around pregnancy monitoring and its links with perinatal results. On the perinatal issue, INSERM states that "France is well placed in Europe but is never among the top five best countries in the European Union". This statement is influenced by the fact that the stillbirth rate in 2010 was the highest in Europe (Euro-Peristat data report, 2010).

This project is more specifically concerned with the organisation of bodies involved in handling pregnancy monitoring and how population risk factors identified by INSERM are considered at organisational level, starting from the assumption that the perinatal results were also linked to the progress of pregnancy and not only the period around the birth.

Work conducted by INSERM has highlighted perinatal results skewed as a function of population characteristics (women's ages, geographical origin and nationality, relative poverty, educational level, etc.).

Five main categories of lessons have been drawn from monographs carried out over five regions (health regions of Le Havre, Le Vexin, Saint-Denis-Plaine-Commune, Briey en Meurthe-et-Moselle, region of the coalmining basin around Forbach):

- ▶ Characterising the perinatal population;
- ▶ Preventing situations of increased vulnerability by implementing advance identification of women;
- ▶ Organising monitoring systems to respond to situations of increased vulnerability;
- ▶ Defining the role of bodies involved to handle monitoring and treatment;
- ▶ Establishing solid links over the region to limit 'Changes of course'.

Préambule

En matière de périnatalité, l'INSERM indique que « *la France est bien placée en Europe mais ne se trouve jamais parmi les cinq meilleurs pays de l'Union Européenne* ». Ce propos, nuancé par le fait que le taux de mortinatalité est en 2010 le plus élevé d'Europe (rapport Euro-Peristat données 2010), appelle des actions d'amélioration d'envergure.

Les travaux de la Cour des comptes ont montré que, malgré une restructuration importante dans le nombre des lieux de naissance et la production de contraintes normatives accrues par les décrets de 1998, les résultats de santé périnatale ne sont pas pleinement satisfaisants.

Même si le Code de la santé publique dispose que « *toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement* », et si la Haute autorité de santé a formulé en 2007 des recommandations sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, les travaux conduits par l'INSERM et la DREES à l'issue de l'enquête nationale périnatale en 2010 montrent que l'accès à un suivi de grossesse conforme aux recommandations reste difficile pour certaines femmes en situation de vulnérabilité, du fait de conditions d'accès pouvant relever de facteurs sociaux ou économiques. La cinquième enquête nationale périnatale s'est déroulée en mars 2016, associant INSERM, DGS, DGOS, DREES et InVS; elle marque l'engagement sans faille des services du ministère de la santé pour assurer le suivi de ces enquêtes.

Les professionnels de la périnatalité s'organisent pour assurer le suivi de grossesse dans les meilleures conditions. Toutefois, la coordination et la capacité de mise en relation des professionnels relevant de modalités d'intervention et de financement différentes (sages-femmes et obstétriciens libéraux, médecins généralistes, Protection maternelle et infantile, établissements de santé publics et privés, acteurs du champ social) restent complexes à organiser et peuvent présenter, pour les femmes et leur nouveau-né, un risque de rupture dans les parcours de soins.

Préambule

La circulaire du 3 juillet 2015 actualise et harmonise les missions des réseaux de santé en périnatalité en leur confiant, notamment, un rôle particulier dans l'amélioration de l'articulation entre la ville et les établissements de santé afin de construire un parcours du *pre-* au *post-partum*, avec un accompagnement constant sans rupture d'information.

Les travaux conduits par l'ANAP sur les liens entre organisation du suivi de grossesse et résultats de santé périnatale, ainsi que les enseignements qui en sont tirés, s'appuyant sur les réalisations des professionnels de santé sur des territoires, constituent une première étape. Ils participent à cette recherche d'amélioration de l'organisation de l'accès à l'offre pour les femmes les plus vulnérables.

Comme l'a très justement rappelé la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, « *améliorer l'organisation des soins en faveur des femmes les plus démunies améliore le service rendu à toutes les femmes enceintes* ».

Benoît Vallet
DGS

Anne-Marie Armanteras-de-Saxcé
DGOS

Sommaire

Préambule	p. 4
Introduction	p. 9
Contexte et enjeux	p. 10
Quelques indicateurs Euro-Peristat	p. 12
Les indicateurs périnataux	p. 14
Enseignements	p. 16
Enseignement n°1 - Caractériser la population périnatale	p. 18
Enseignement n°2 - Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes	p. 24
L'avis de grossesse envoyé par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) au service départemental de PMI	p. 24
Les modalités d'inscription (et informations requises) dans le lieu d'accouchement	p. 24
Les consultations d'accueil et d'orientation	p. 25
La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	p. 25
L'entretien prénatal précoce (EPP) ou encore appelé « entretien du 4 ^{ème} mois »	p. 25
Enseignement n°3 - Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité	p. 32
Le référent unique	p. 32
Des visites à domicile	p. 34
L'accompagnement des violences faites aux femmes	p. 35
L'inclusion positive du père	p. 37
Dossier patient unique ou dossier partagé de suivi de grossesse	p. 39
Enseignement n°4 - Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge	p. 40
Les acteurs médicaux du suivi de grossesse	p. 40
Les acteurs du suivi psychologique de la grossesse	p. 40
Les acteurs sociaux de la grossesse	p. 41
Enseignement n°5 - Établir des liens solides entre les acteurs sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours	p. 46
Une comparaison avec quelques pays européens	p. 50
Quelques chiffres Euro-Peristat	p. 52
Ce que disent les recherches en Europe sur la périnatalité	p. 54
Le suivi anténatal en Europe : les débuts des recherches européennes	p. 54
Autres recherches européennes plus récentes	p. 56
Un zoom sur quelques pays	p. 57
Vers des recommandations européennes ?	p. 59
En synthèse	p. 59
Les modalités d'organisation de suivi de grossesse dans d'autres pays européens	p. 60
En France - Les causes influant sur les résultats périnataux	p. 66
Une organisation du suivi n'intégrant pas nécessairement les causes explicatives	p. 70
Quelques réponses possibles pour le suivi	p. 71
Remerciements	p. 73
Bibliographie	p. 76

Introduction

Le projet « filières de périnatalité » de l'ANAP 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. En effet, le rapport Euro-Peristat 2010 paru en 2013 fait état d'une situation française en matière d'indicateurs de santé périnatale relativement péjorée au regard de pays européens comparables, sans amélioration significative par rapport à l'enquête précédente (enquête périnatale 2010).

Les travaux conduits par l'INSERM ont mis en évidence des résultats périnataux péjorés en fonction de certaines caractéristiques populationnelles (âge des femmes, origine géographique et nationalité, situations de précarité, niveau d'études, etc.).

L'ANAP a pour mission de venir en appui aux établissements de santé et médico-sociaux afin d'améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, ce projet s'intéresse plus précisément à l'organisation des acteurs de la périnatalité sur des territoires donnés pour prendre en charge le suivi de grossesse, et précise comment les facteurs de risque populationnels identifiés par l'INSERM sont pris en compte au niveau organisationnel, partant de l'hypothèse que les résultats périnataux étaient également liés au déroulement de la grossesse et pas uniquement à la période autour de l'accouchement.

Pour ce faire et afin de comprendre les enjeux français en matière de périnatalité, l'ANAP a été amené à conduire une revue de la littérature européenne et française. Elle a pour objet de mettre en lumière les problématiques rencontrées en matière de périnatalité en Europe et en France, et a permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risques populationnels pouvant influencer sur les résultats périnataux. Afin d'étoffer l'état des lieux français, il a semblé pertinent de regarder l'organisation du suivi de grossesse dans d'autres pays européens, permettant une mise en lumière des facteurs communs et des points divergents selon les contextes politico-socio-économico-culturels, notamment au niveau du suivi de la grossesse.

Toutefois, et cela constitue un point d'attention majeur, cette revue de littérature n'a pas vocation à être un classement comparé des différents pays d'Europe, de leur positionnement et de la place de la France par rapport à ces différents pays. Cette revue a une visée purement descriptive et non analytique et ne peut donner lieu à des conclusions exhaustives.

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. La majorité des professions intervenant dans le suivi de grossesse a été rencontrée, à un titre ou à un autre : gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, cadres de

santé, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales, aides-soignants, etc. Tous ont fait part de l'importance d'adapter les prises en charge à la situation de la population servie, médicalement bien évidemment, mais également socialement et psychologiquement.

Les territoires rencontrés ont été les suivants :

- ▶ Territoire de santé du Havre (Haute-Normandie);
- ▶ Territoire du Vexin (Ile-de-France);
- ▶ Territoire de Saint-Denis-Plaine-Commune (Ile-de-France);
- ▶ Territoire de Briey (Lorraine);
- ▶ Territoire du Bassin houiller (Lorraine).

Ils ont été choisis au regard de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leurs résultats de santé périnatale et de l'expérience de leurs acteurs.

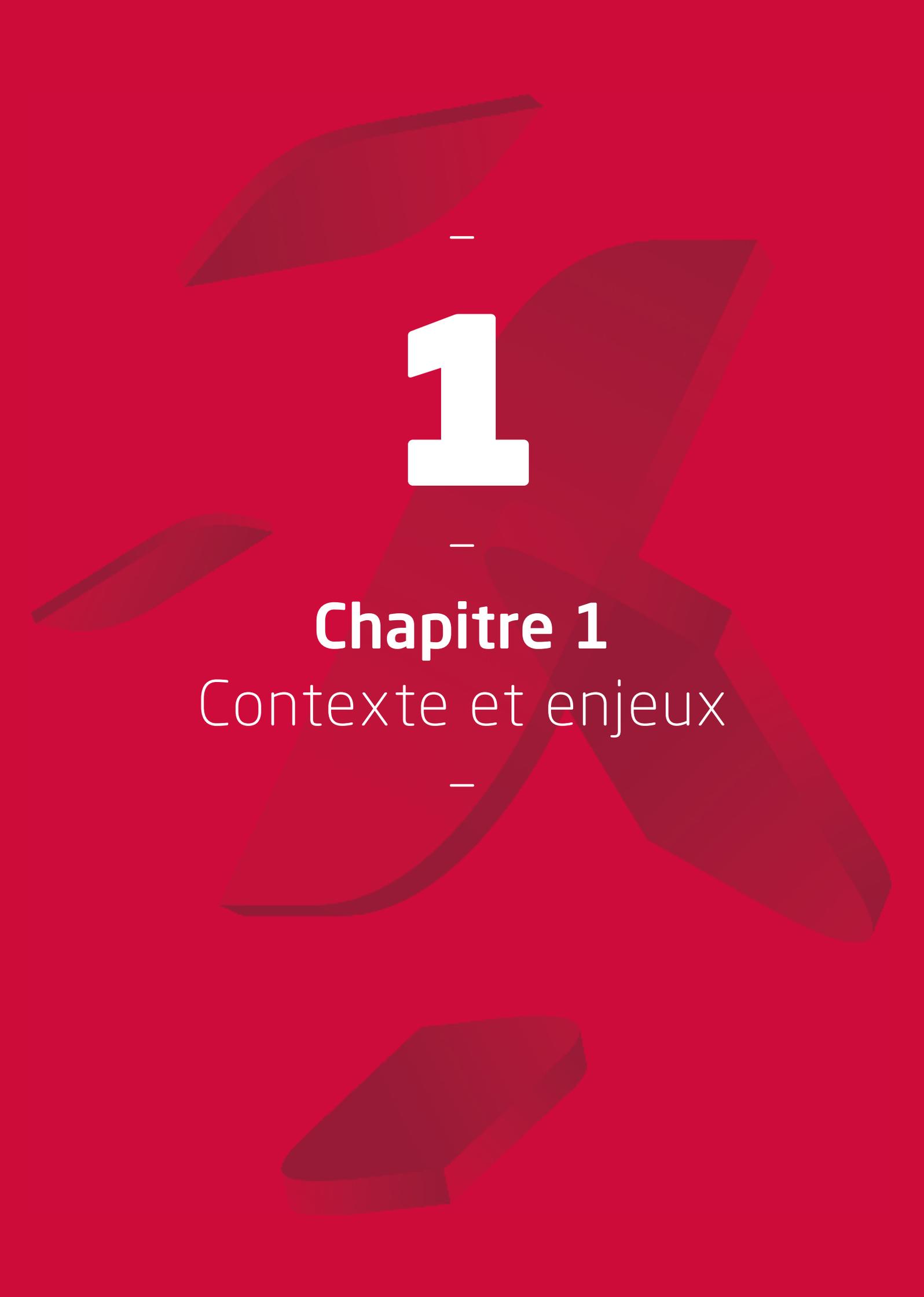
Les travaux conduits dans le cadre de ce projet ont permis de tirer cinq grandes catégories d'enseignements à partir des monographies réalisées :

- ▶ Caractériser la population périnatale;
- ▶ Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes;
- ▶ Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité;
- ▶ Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge;
- ▶ Établir des liens solides sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours.

Chacune de ces catégories d'enseignements est traduite sous la forme d'outils de mise en œuvre basés sur l'expérience des acteurs rencontrés dans le cadre des monographies territoriales. Ces enseignements ont pu, selon les situations, donner lieu à différents approfondissements permettant d'en saisir le contexte.

Après avoir lancé le programme Prado sorties standard, l'Assurance maladie développe le programme Prado sorties précoces, visant à permettre un retour au domicile dans un délai plus réduit qu'aujourd'hui, s'appuyant sur les recommandations de la Haute autorité de santé sur les sorties précoces. Un tel programme contribuera à rapprocher la durée de séjour post-accouchement française de la moyenne européenne. Un nombre de femmes en situation de vulnérabilité au moment de l'accouchement le plus réduit possible sera l'un des éléments concourant à sa réussite. Ainsi que l'a rappelé la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant dans son document « Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité », « améliorer l'organisation des soins en faveur des femmes les plus démunies améliore le service rendu à toutes les femmes enceintes ».

Ces retours d'expérience et les enseignements qui en sont tirés participent de cette démarche d'amélioration des organisations pour le suivi des femmes les plus vulnérables.



1

Chapitre 1

Contexte et enjeux

Chapitre 1

Contexte et enjeux

Le rapport Euro-Peristat 2010 paru¹ en 2013 fait état d'une situation française en matière d'indicateurs de santé périnatale relativement péjorée au regard de pays européens comparables, sans amélioration significative par rapport à l'enquête précédente. À ce titre, quelques chiffres peuvent être retenus :

- ▶ Taux de mortinatalité (naissances d'enfants sans vie) : 9,2 pour 1 000 naissances (taux le plus élevé d'Europe, expliqué pour partie par le poids des interruptions médicales de grossesse);
- ▶ Mortalité néonatale (décès dans les 27 premiers jours après la naissance) : 2,3 pour 1 000 naissances vivantes (17^{ème} rang européen);
- ▶ Prématurité (naissance avant 37 semaines d'âge gestationnel) : 6,6 % des naissances vivantes (10^{ème} rang européen),
- ▶ Mortalité maternelle : 9,1 pour 100 000 naissances (milieu de tableau);
- ▶ Un certain nombre de facteurs de risque ont d'ores et déjà été identifiés, et certains sont en progression : pourcentage de femmes de 35 ans et plus établi à 19,2 % (15,9 en 2003), femmes obèses (IMC supérieur ou égal à 30) à 9,9 % (7,4 % en 2003), femmes fumant pendant la grossesse de 17 %.

Les différents travaux conduits en complément de l'enquête Euro-Peristat montrent une hétérogénéité forte de ces chiffres entre les régions françaises, à la fois entre DOM et métropole et au sein des régions métropolitaines. À titre d'exemple, le taux de prématurité est de 13,9 % dans les DOM, de 7,6 % en petite couronne francilienne et de 6,0 % dans le Sud-Ouest. Malgré les progrès importants réalisés dans le suivi de grossesse et dans l'orientation des parturientes en fonction des risques obstétricaux et fœtaux identifiés, environ 8 % des accouchements sont compliqués d'un résultat indésirable pour la mère ou l'enfant.

Par ailleurs, des maternités en France métropolitaine et dans les DOM rencontrent des difficultés pour recruter et assurer la permanence médicale imposée par la réglementation aux obstétriciens, anesthésistes et pédiatres, notamment dans des zones isolées.

De nombreux travaux sur la périnatalité ont déjà été conduits au cours des dernières années :

- ▶ Plan périnatalité 2005-2007 et son évaluation;
- ▶ Rapports de la Cour des comptes en 2011 et 2012;

- ▶ Études (Euro-Peristat, Enquêtes nationales périnatales 2010, 2003, 1998 [volet naissances et volet maternités]);
- ▶ Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle;
- ▶ Recommandations de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandations relatives à la sortie de maternité après accouchement, indications de la césarienne programmée à terme, recommandations relatives aux situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum*, guide méthodologique relatif à la qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance;
- ▶ Recommandations professionnelles émises par les sociétés savantes concernées (CNGOF...);
- ▶ Travaux de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant;
- ▶ Travaux de recherche (équipe de recherche EPOPÉ de l'INSERM, DREES...);
- ▶ Etc.

À partir de ces travaux et études ont été dégagées plusieurs observations, ayant déjà fait l'objet de recommandations :

- ▶ Une augmentation de l'âge des mères;
- ▶ Une progression du taux de naissances prématurées notamment induites;
- ▶ Une progression des grossesses multiples [stabilisée depuis];
- ▶ La part du nombre d'enfants nés de femmes de nationalité étrangère et de femmes en situation de précarité;

Ces observations ont été récemment confortées par de nouveaux travaux :

- ▶ La mortalité infantile des enfants de mères françaises et des mères de 25 à 35 ans stagne depuis 2005;
- ▶ Une progression de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité;
- ▶ Un accroissement de la part des déclarations tardives de grossesse.

En revanche, certains indicateurs semblent refléter une amélioration du système :

- ▶ Une amélioration du suivi avec une augmentation du nombre de consultations et d'échographies, mais qui semble profiter majoritairement à une population déjà bien plutôt suivie, d'où un risque de surmédicalisation de la grossesse;
- ▶ Une diminution de la consommation d'alcool et de tabac;
- ▶ Une stabilisation du taux de césarienne;
- ▶ Une progression dans la mise aux normes des maternités;
- ▶ La mise en réseau des maternités.

1 - European perinatal health report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.

Chapitre 1 Contexte et enjeux

Ces observations s'inscrivent dans un contexte de concentration des maternités.

À ce titre, les chiffres de regroupement en France métropolitaine (1 747 en 1972, 1 128 en 1981, 816 en 1995, 535 en 2010) s'inscrivent dans une tendance similaire en Europe. Ainsi, en 2010, 48 % des naissances ont eu lieu dans des maternités de 2000 accouchements et plus, contre 16 % en 1995.

Toutefois, la distance parcourue et le temps nécessaire pour aller à la maternité n'ont pas changé au cours des années 2000, mais les choix possibles pour une parturiente se sont réduits².

Dans ce cadre, plusieurs éléments ont été identifiés :

- ▶ Études sur le taux de mortalité fœtale en fonction de la distance domicile-maternité montrant qu'habiter loin d'une maternité ne constitue pas un facteur de risque significatif;
- ▶ Confirmation de l'influence des conditions d'âge sur la mortalité néonatale, celle-ci étant supérieure pour les femmes de moins de 25 ans et de 40 ans et plus;
- ▶ Confirmation de l'influence des conditions socio-économiques (taux d'emploi, mères isolées, mères étrangères) sur les indicateurs périnataux.

Plusieurs interrogations apparaissent et n'ont pas encore été analysées de façon approfondie :

- ▶ Un accueil différent dans les maternités de grande taille avec plus de difficultés à admettre, ou inscrire, des femmes par manque de lits, une durée de séjour en *post-partum* plus courte, moins de suivi prénatal intégral des femmes inscrites et de moindre disponibilité pour proposer une préparation à la naissance pour l'ensemble des femmes;
- ▶ Une concentration des grandes maternités sur l'acte technique, la question étant de savoir si celle-ci se fait au détriment du suivi;
- ▶ Une qualité de prise en charge des femmes assez largement dépendante de la coordination entre grandes maternités et les autres services et professionnels de santé du même réseau.

1. Quelques indicateurs Euro-Peristat

Figure 1 : Quelques indicateurs Euro-Peristat

Indicateur Euro-Peristat	France 2003	France 2010	Évolution 2010/2003	Premier européen en 2010	Dernier européen en 2010	Rang France
C1 - Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances [vivants et morts nés])	10,7 ‰	9,2 ‰	-14,0 %	3,5 ‰ (Islande)	9,2 ‰ (France)	34 / 34
C1 - Taux de mortinatalité >= 1 000 gr (pour 1 000 naissances [vivants et morts nés])	4,1 ‰	3,9 ‰	-4,9 %	1,3 ‰ (République Tchèque)	4,3 ‰ (Belgique, région de Bruxelles)	30 / 33
C1 - Taux de mortinatalité >= 28 SA (pour 1 000 naissances [vivants et morts nés])	4,9 ‰	4,3 ‰	-12,2 %	1,5 ‰ (République Tchèque)	4,3 ‰ (France)	33 / 33
R2 - Score APGAR à 5 minutes < 4 (pour les naissances vivantes à partir de 22 SA)	-	0,2 %	-	0,1 ‰ (Chypre 2007, Lituanie, Luxembourg)	0,5 ‰ (Grande-Bretagne Écosse)	4 / 23
R2 - Score APGAR à 5 minutes < 7 (pour les naissances vivantes à partir de 22 SA)	-	0,8 %	-	0,3 ‰ (Lituanie)	2,4 ‰ (Finlande)	3 / 23
C2_A - Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes de 22 SA et plus)	2,6 ‰	2,3 ‰	-11,5 %	1,2 ‰ (Islande)	5,5 ‰ (Roumanie)	18 / 34

2 - DREES, Études et résultats n°814, octobre 2012.

Chapitre 1

Contexte et enjeux

Indicateur Euro-Peristat	France 2003	France 2010	Évolution 2010/2003	Premier européen en 2010	Dernier européen en 2010	Rang France
C2_B - Taux de mortalité néonatale gestation >=24 SA (pour 1 000 naissances vivantes de 24 SA et plus)	-	2,1 ‰	-	0,8 ‰ (Islande)	4,3 ‰ (Roumanie)	17 / 27
C3 - Taux de mortalité infantile gestation >=22 SA (pour 1 000 naissances vivantes de 22 SA et plus)	3,9 ‰	3,5 ‰	-10,3 %	2,3 ‰ (Islande)	9,8 ‰ (Roumanie)	17 / 30
C4_A - Pourcentage de naissances de moins de 1 500 gr (enfants vivants et morts nés)	0,9 %	1,3 %	+44,4 %	0,6 % (Islande)	1,9 % (Belgique, région de Bruxelles)	20 / 32
C5_A - Part des naissances à un âge gestationnel <28 SA (enfants vivants et morts nés)	0,9 %	0,7 %	-22,2 %	0,2 % (Roumanie)	0,9 % (Belgique, région de Bruxelles)	28 / 32
C5_B - Part des naissances vivantes à un âge gestationnel <32 SA (enfants vivants et morts nés)	0,3 %	0,8 %	+166,7 %	0,7 % (Islande)	1,4 % (Belgique, région de Bruxelles)	2 / 32
C6_A - Taux de mortalité maternelle 2006-2010 pour 100 000 naissances vivantes	7,0	8,4	+20,0 %	0,0 (Islande)	24,5 (Lettonie)	20 / 29
C7 - Taux de naissances multiples pour 1 000 femmes	16,1 ‰	17,7 ‰	+9,9 %	9,1 ‰ (Roumanie)	26,5 ‰ (Chypre 2007)	20 / 32
C8 - Pourcentage des mères moins de 20 ans (âge à la naissance)	2,6 %	2,5 %	-3,8 %	1,1 % (Suisse)	10,6 % (Roumanie)	15 / 34
C8 - Pourcentage des mères de 35 ans et plus (âge à la naissance)	15,9 %	19,2 %	+20,8 %	11,8 % (Pologne)	34,7 % (Italie)	15 / 34
C10 - Taux de césariennes programmées	12,9 %	11,3 %	-12,4 %	3,8 % (Roumanie)	38,8 % (Chypre 2007)	14 / 25
C10 - Taux de césariennes pendant le travail ou en urgence	7,3 %	9,7 %	+32,9 %	8,2 % (Suède)	33,1 % (Roumanie)	4 / 25
R11 - Part des femmes d'origine étrangère (selon le lieu de naissance, à défaut la nationalité, à défaut l'ethnie)	-	18,3 %	-	2,6 % (République Tchèque)	66,2 % (Belgique, région de Bruxelles)	11 / 29
R12 - Pourcentage de femmes dont l'IMC est >=30	-	9,9 %	-	7,1 % (Pologne)	20,7 % (Grande-Bretagne, Écosse)	3 / 13
R14 - Pourcentage de femmes ayant une visite au 1 ^{er} trimestre de grossesse	-	92,1 %	-	97,9 % (Pologne)	66,8 % (Malte)	10 / 19
R16 - Pourcentage de naissances intervenues dans des maternités de moins de 500 accouchements	-	2,5 %	-	0,0 % (Belgique, région de Bruxelles - Irlande)	18,3 % (Suisse)	10 / 30
R16 - Pourcentage de naissances intervenues dans des maternités de 3 000 accouchements et plus	-	19,1 %	-	89,3 % (Malte)	1,7 % (Pays-Bas)	20 / 27

Sources :

- European Perinatal Health Report - Data from 2004
- European Perinatal Health Report - Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010

Chapitre 1

Contexte et enjeux

2. Les indicateurs périnataux

L'enquête Euro-Peristat présente la situation des différents états selon plusieurs indicateurs, sans que soit mis en évidence un classement basé sur un indicateur composite unique. Au-delà des modalités de recueil différentes selon les pays, avec, dans certains cas, des définitions légèrement divergentes, il semble difficile de proposer un indicateur unique reflétant la situation périnatale d'un pays.

À l'échelle de la France, la diversité des indicateurs utilisés se décline dans les comparaisons inter-régionales qui, associées à des échantillons relativement modestes, rendent délicates les observations qui peuvent en être tirées, d'où l'importance de travailler sur des données pluriannuelles de sorte à disposer d'effectifs plus significatifs.

L'analyse de la littérature permet de retenir plusieurs indicateurs significatifs³ :

► Le **taux de mortalité périnatale** est défini par le nombre d'enfants décédés de 22 semaines d'aménorrhée à la naissance pour 1 000 naissances totales (vivants et mort-nés); Toutefois, il faut noter que le statut du mort-né, initialement défini par la circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance⁴, a évolué en 2008 et 2009, la circulaire du 19 juin 2009 donnant une nouvelle définition d'un enfant né sans vie (à partir de 15 SA et selon la demande des parents).

Aussi, le nombre de mort-nés est déterminé, d'une part, par l'ensemble des fœtus à partir d'un terme de 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids de 500 grammes et, d'autre part, par les enfants nés sans vie entre 15 et 22 semaines d'aménorrhée en fonction du souhait des parents (déclaration non obligatoire).

De fait, cet indicateur est difficilement utilisable pour des comparaisons car trop dépendant des pratiques individuelles des parents.

► Le **taux de mortalité néonatale** est défini par le rapport du nombre d'enfants décédés avant 28 jours pour 1 000 naissances vivantes;

Cet indicateur se subdivise en deux sous-indicateurs :

– Le taux de mortalité néonatale précoce qui correspond au nombre de décès néonataux survenus de 0 à 6 jours révolus sur le nombre de naissances vivantes;

– Le taux de mortalité néonatale tardive qui correspond au nombre de décès néonataux survenus de 7 à 27 jours sur le nombre de naissances vivantes.

► Le **taux de mortalité infantile** est défini par le nombre d'enfants décédés à moins d'un an rapporté à 1 000 naissances vivantes;

Le taux de mortalité infantile inclut dans son calcul les décès néonataux qui servent au calcul du taux de mortalité néonatale.

► Le **taux de mortalité maternelle** est défini par le rapport du nombre de décès maternels observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année (sur 100 000). Le décès maternel est défini par le « *décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours / sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite* » (CIM 9).

En complément des indicateurs périnataux, une attention particulière doit également être portée sur la relation entre les soins périnataux et les handicaps de l'enfant. Même si cette relation a été explorée sans être, à ce stade des analyses, conclusive, il est observé que le contexte périnatal reste préoccupant (pas de diminution de la prématurité, accroissement des grossesses multiples, augmentation de l'âge maternel de la première grossesse...). Il est toutefois observé⁵ que « *ces facteurs préoccupants voient bien sûr leur effet contrecarré par l'amélioration des techniques diagnostiques (imagerie prénatale) et thérapeutiques, mais ces dernières ne sont pas toujours sans danger (par exemple tocolyse prolongée, corticothérapie postnatale). Et, à l'heure où les taux de mortalité périnatale et infantile ont beaucoup diminué, la préoccupation est logiquement celle de la qualité de vie des enfants survivants* ».

À ce titre, des travaux⁶ de l'Inserm en 2004 soulignaient qu'environ la moitié des déficiences pouvait avoir leur origine durant la période périnatale, mais que « *malgré les progrès médicaux* ».

3 - Les définitions sont issues du document Inserm/InVS « Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité », 2005, http://www.invs.sante.fr/publications/2005/reproduction_perinatalite_120105/rapport_perinat.pdf

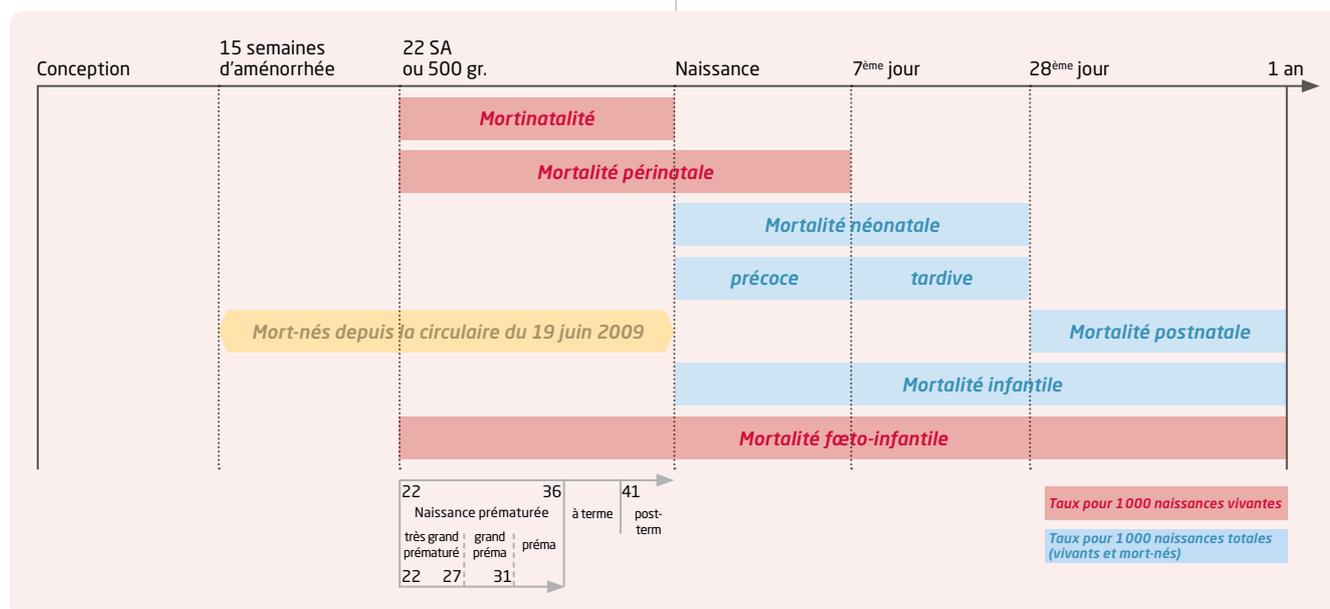
4 - La capacité à délivrer un acte de naissance est définie comme suit : « la limite basse pour l'établissement d'un acte de naissance pour des enfants nés vivants, retenue dans cette circulaire susvisée [circulaire n° 50 du 22 juillet 1993], correspond au terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes, à l'exclusion de tout autre critère, en particulier les malformations ».

5 - « Connaître et surveiller les handicaps de l'enfant », Christine Cans, Yara Makdessi-Raynaud, Catherine Arnaud in BEH 16-17, 4 mai 2010.

6 - Déficiences et handicaps d'origine périnatale - Dépistage et prise en charge, Expertise collective, Les éditions Inserm, 2004

Chapitre 1 Contexte et enjeux

Figure 2 : Définition des indicateurs et calendrier de grossesse



dans ce domaine, la prévention des handicaps sévères de l'enfant reste difficile. (...) l'amélioration de la survie des enfants nés très prématurément ou avec un très petit poids de naissance s'accompagne d'une augmentation du nombre d'enfants à risque de handicap ultérieur». Ainsi, la surveillance du nombre

d'enfants avec handicap sévère est nécessaire et ce, d'autant plus que « le taux de grossesses multiples, grandes pourvoyeuses d'enfants prématurés, augmente et que la prématurité fait partie des principaux facteurs de risque de handicap».

PRÉCAUTIONS AUTOUR DE LA QUALITÉ DES DONNÉES CHIFFRÉES

Le rapport Euro-Peristat 2010 a pour vocation de donner une vision d'ensemble des pays d'Europe permettant des comparaisons entre des pays ayant des données comparables. Ce rapport propose un noyau dur de dix indicateurs avec un ajout de vingt indicateurs recommandés ; il permet ainsi d'accéder à des données nationales qui ne sont pas directement accessibles dans les bases de données internationales.

Le rapport Euro-Peristat 2010 s'appuie sur les données recueillies de manière régulière dans les différents pays européens (ex. PMSI ou état-civil en France) ou sur des données relevées de façon plus irrégulière (ex. enquête nationale périnatale en France). Il est important de souligner que beaucoup de pays disposent d'un relevé des données de manière continue mais cette pratique n'est pas encore systématique et homogène en Europe. De plus, les données nationales ne sont pas accessibles dans les bases de données internationales. Le premier rapport Euro-Peristat publié en 2008 a relevé beaucoup de disparités entre

les indicateurs périnataux utilisés dans les différents pays européens. En ce qui concerne le rapport Euro-Peristat 2010, il est précisé que les données présentées peuvent être utilisées comme base de comparaison uniquement pour les indicateurs pour lesquels des données de bonne qualité statistique existent. Cependant, eu égard aux différentes sources de données, les chiffres mis en valeur restent toujours à interpréter avec précaution.

En ce qui concerne plus particulièrement la France, selon l'INSERM, des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier et portent sur la quasi-totalité des naissances en France sur une période brève. L'INSERM précise que les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suite de couches et que les données obtenues en 2010 sont de bonne qualité et permettent d'avoir des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution.



2

Chapitre 2 Enseignements

Cinq grandes catégories d'enseignements peuvent être tirées des monographies réalisées sur les territoires :

1. Caractériser la population périnatale ;
2. Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes ;
3. Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité ;
4. Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge
5. Établir des liens solides sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours.

Chapitre 2 Enseignements

La figure 3 représente l'articulation des cinq grands enseignements à partir des travaux menés par l'ANAP sur les territoires volontaires. La caractérisation de la population périnatale est un enseignement central et sert de pivot aux autres enseignements. Sans une connaissance approfondie de la population du territoire, il est difficile de mettre en place, de manière opérationnelle et non théorique, les quatre autres enseignements.

De nombreuses études mettent en évidence le lien entre le suivi de grossesse et les résultats périnataux, notamment l'influence particulière des conditions socio-économiques des femmes sur les indicateurs. En effet, le type de population périnatale sur un territoire influencera la manière dont les acteurs locaux s'organisent pour répondre aux difficultés. Afin de pouvoir prévenir les situations de vulnérabilité et les risques psycho-sociaux, un repérage efficace des difficultés est indispensable. Le repérage anticipé des femmes en situation de vulnérabilité permettra une meilleure prise en charge et évitera donc des situations pouvant avoir un impact négatif sur les indicateurs de santé périnatale. Ce repérage passe par la mise en place de règles communes et d'outils en concertation avec les divers acteurs du territoire.

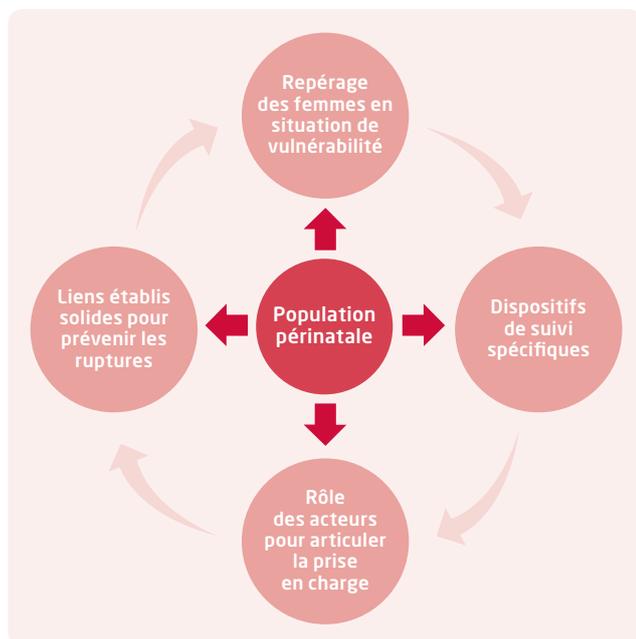
En effet, comme il sera détaillé dans les différents enseignements, la prévention et la gestion des risques ne peuvent se faire par un acteur unique et nécessitent le travail en commun d'une multitude d'intervenants de champs et professions différentes. La prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes ayant des grossesses associées à des risques psycho-sociaux participent des missions de plusieurs acteurs. C'est bien le croisement des champs et le maillage des intervenants qui permettra d'améliorer les

parcours des femmes enceintes et de prévenir les risques de ruptures. Or ce maillage et ce travail en commun passent par la connaissance des missions et rôles de chacun ainsi que par le partage d'outils et de protocoles communs afin de créer des liens solides.

Ainsi, les monographies mettent en évidence que les situations complexes et vulnérables sont l'affaire de tous et ne peuvent trouver de solution que dans la synergie entre les différents intervenants hospitaliers, PMI, sociaux et libéraux, ou Éducation nationale⁷. La prise en charge et l'accompagnement des femmes à risques ne peuvent donc se faire par un acteur unique.

Le repérage anticipé des femmes et la connaissance des partenaires permettent la mise en place de modalités de suivi particulières ou spécifiques pour répondre aux besoins des femmes et de leur famille. Ces modalités de suivi spécifiques à la prise en charge des grossesses à risques psycho-sociaux sur un territoire ne peuvent être établies qu'en concertation avec les acteurs sur lesquels repose ce suivi particulier. Ainsi, le travail en coordination est nécessaire afin d'améliorer la prise en charge médicale des femmes et des risques psycho-sociaux, améliorer le service rendu aux femmes et la prise en compte de leur point de vue et souhaits; ce travail en collaboration peut contribuer à améliorer les indicateurs de santé périnatale et à progresser dans la prévention des problèmes de santé publique que pose la périnatalité (enfance en danger, handicap, troubles sociaux, troubles psychiques de l'enfant, troubles du développement, troubles de l'apprentissage et du langage, troubles médicaux associés, troubles neurologiques, etc.).

Figure 3 : L'articulation des cinq grands enseignements



Les monographies détaillées sont disponibles sur le site de l'ANAP :

www.anap.fr



PRÉCAUTION DE LECTURE

Les enseignements sont présentés par catégorie, chacun ayant une partie théorique accompagnée de propositions d'outils opérationnels faciles à utiliser et mettre en place.

7 - Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté, éducation à sexualité responsable, éducation à la vie (loi de 2001)

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 1 : Caractériser la population périnatale

Enseignement n° 1

Caractériser la population périnatale

L'analyse de la littérature montre que différentes études conduites en France et en Europe en matière de périnatalité et de suivi de grossesse ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risques susceptibles d'être reliés à des résultats périnataux péjorés et notamment :

- ▶ Âges extrêmes (inférieurs à 25 ans ou supérieurs à 40 ans);
- ▶ Nombre de grossesses (4 ou plus);
- ▶ Absence de vie en couple;
- ▶ Revenu faible (moins de 1 000 € par unité de consommation);
- ▶ Faible niveau d'études;
- ▶ Absence d'emploi;
- ▶ Femme au foyer ou étudiante;
- ▶ Nationalité étrangère (et notamment d'origine Afrique subsaharienne).

La caractérisation sociodémographique de la population du territoire concerné à partir de données INSEE et autres

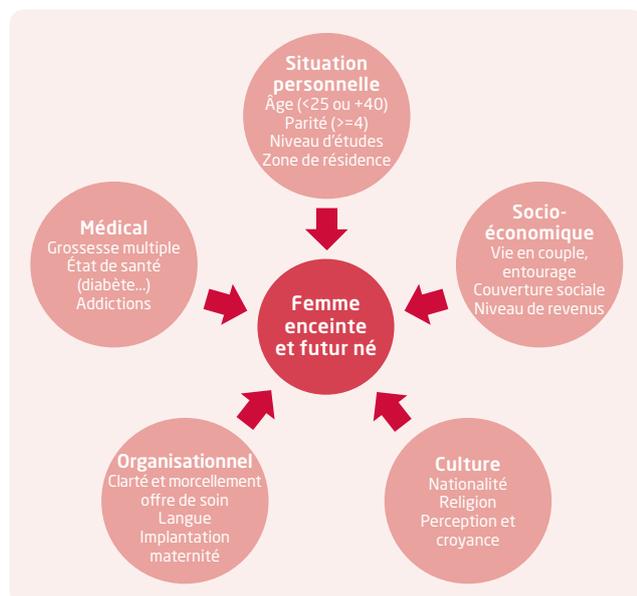
indicateurs est nécessaire afin de permettre la mise en place d'une organisation qui réponde aux besoins spécifiques de la population. Grâce à une connaissance approfondie de la population servie sur le territoire, il est possible de penser une organisation et la mise en place de modalités spécifiques de suivi pour les femmes enceintes. Le manque de connaissance objective des conditions socio-économiques des femmes et familles entrave l'organisation.

Pour caractériser la population périnatale et connaître la proportion de femmes répondant aux caractéristiques citées ci-dessus, une étude doit être menée à l'échelle du territoire concerné mais aussi à un niveau géographique plus fin faisant sens à la fois pour les femmes et les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement. Idéalement, une telle étude pourrait être conduite et mise à jour régulièrement par (ou en lien avec) le réseau de santé en périnatalité.

Les données socio-économiques et sociodémographiques peuvent être consultées à partir des bases de données de l'INSEE, de l'Observatoire des territoires et de la Caisse d'allocations familiales.

18

Figure 3 : Facteurs de risque



Approfondissement :

La population périnatale vulnérable

Tout territoire comporte une fraction de population en situation de vulnérabilité; l'organisation de l'attention portée à ces populations précaires mobilise des moyens importants. Les questions de détection et de repérage des risques pour ces populations et l'analyse des moyens pour y faire face s'avèrent complexes tant il y a de facteurs à prendre en compte dans l'anamnèse des risques et la mise en place de solutions :

- ▶ Les conditions de vie et sociales : est-ce possible pour cette femme/famille de s'investir dans le suivi au vu de ses conditions de vie?
- ▶ Les facteurs psychologiques et culturels : est-ce possible pour cette femme/famille de s'investir dans le suivi? A-t-elle les capacités cognitives et linguistiques pour comprendre? La disponibilité psychologique? Quel est son niveau de stress vécu? Comment sa culture et sa perception de la grossesse peuvent-elles être un frein ou au contraire un facteur positif dans l'implication dans le suivi de grossesse? A-t-elle besoin

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 1 : Caractériser la population périnatale

d'un accompagnement personnalisé, à domicile au vu de son fonctionnement psychologique ou est-ce qu'elle est dans la capacité de se déplacer pour le suivi? Est-ce qu'un groupe sera utile?

- ▶ Les facteurs familiaux : comment la constellation familiale⁸ peut-elle influencer l'implication dans le suivi de grossesse? Comment cette nouvelle grossesse influence-t-elle « l'équilibre » familial? Qu'est-ce que cette grossesse représente pour la famille? Est-ce que la famille est un frein ou un facteur

8 - La constellation familiale fait référence à la manière dont les membres de la famille interagissent entre eux et créent des relations plus ou moins conflictuelles. Elle analyse les jeux de rôles et de positions des membres de la famille.

9 - Une femme en situation précaire ou de survie aura d'autres priorités que le suivi de grossesse comme chercher un hébergement et de quoi nourrir sa famille, entre autre.

positif pour le suivi de grossesse et quelles modalités de suivi mettre en place? Existe-t-il un compagnon (son absence n'ayant pas le même impact que l'absence de famille)?

- ▶ La compréhension du système de soins et la disponibilité de la femme⁹ pour s'investir dans le suivi : capacité à comprendre l'importance du suivi, est-ce que cette femme est en capacité psychologique de s'investir dans le suivi de grossesse, si oui selon quelle modalité, quels sont ses besoins? Si non, qu'est-ce qui la préoccupe, quelles sont ses priorités? Que représente la grossesse dans un tel contexte?
- ▶ Les facteurs somatiques / médicaux : quels sont les risques médicaux potentiels liés aux risques sociaux et psychologiques identifiés? Quels sont les antécédents d'IVG dans la vie des femmes?

Proposition d'outil

CARACTÉRISATION DE LA POPULATION

Grille de caractérisation du territoire

Afin de caractériser la population périnatale, une étude doit être menée à l'échelle du territoire concerné mais aussi à un niveau géographique plus fin, territoire faisant sens pour les femmes et les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.

Idéalement, cette étude pourrait être conduite et mise à jour par le réseau de santé en périnatalité. Les données socio-économiques et sociodémographiques pour alimenter cette analyse se trouvent dans les bases de données de l'INSEE, de l'Observatoire des territoires et de la Caisse d'allocations familiales.

Figure 4 : Grille de caractérisation du territoire

	Territoire	Région	France
Population totale (Recensement 2012) ➔ www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm	INSEE	INSEE	INSEE
Nombre de femmes 15 - 24 ans 25 - 39 ans 40 - 44 ans en âge de procréer tous âges confondus Femmes en âge de procréer / Population féminine totale ➔ www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2	INSEE	INSEE	3 916 810 6 248 456 2 281 824 12 447 090 33 503 250 37 %
Nombre de naissances domiciliées En 2013 En 2003 Évolution 2003-2013 ➔ www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries.action?idbank=000868216&page=export&codeGroupe=605&recherche=idbank	INSEE	INSEE	809 556 792 394 + 2 %

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 1 : Caractériser la population périnatale

	Territoire	Région	France
Catégories socio-professionnelles (femmes de 15 à 45 ans)	INSEE	INSEE	
Agriculteurs exploitants			
15 - 24 ans			1 408
25 - 39 ans			19 975
40 - 44 ans			16 905
% total			0,3 %
Artisans, commerçants, chefs entreprise			
15 - 24 ans			21 638
25 - 39 ans			148 903
40 - 44 ans			81 515
% total			2 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures			
15 - 24 ans			66 651
25 - 39 ans			785 342
40 - 44 ans			267 280
% total			9 %
Professions intermédiaires			
15 - 24 ans			324 887
25 - 39 ans			1 668 061
40 - 44 ans			523 963
% total			20 %
Employés			
15 - 24 ans			884 863
25 - 39 ans			2 330 687
40 - 44 ans			909 827
% total			33 %
Ouvriers			
15 - 24 ans			150 592
25 - 39 ans			416 157
40 - 44 ans			191 648
% total			6 %
Retraités			
15 - 24 ans			0
25 - 39 ans			2 258
40 - 44 ans			5 719
% total			0 %
Sans activité professionnelle			
15 - 24 ans			2 467 683
25 - 39 ans			875 190
40 - 44 ans			282 977
% total			29 %
➔ www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=evo2012&typgeo=ARR&search=933			
Type d'activité des femmes de 15 à 44 ans			
Actifs ayant un emploi			
Chômeurs			
Élèves, étudiants, stagiaires	INSEE	INSEE	
Femmes au foyer			
Autres inactifs, retraités			
➔ www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=evo2012&typgeo=ARR&search=933			

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 1 : Caractériser la population périnatale

	Territoire	Région	France
Nationalité des femmes de 15 à 54 ans Française Étrangère % d'étrangères → www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=etr2012&typgeo=ARR&search=933	INSEE	INSEE	6%
Nombre de ménages dont la famille principale est monoparentale par rapport au nombre de ménages avec famille → www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=fam2012&typgeo=ARR	INSEE	INSEE	13%
Revenu médian par unité de consommation → www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=4&sous_theme=0&typgeo1=COG&type=search=territoire&search1=ARR+-+Saint-Denis+%28933%29&territoire=OK	INSEE	INSEE	ND
Proportion de personnes couvertes par le RSA en 2013 → www.caf.fr/etudes-et-statistiques/donnees-statistiques	CAF	CAF	7,5%
Proportion de personnes percevant des prestations légales en 2013 → www.caf.fr/etudes-et-statistiques/donnees-statistiques/prestations-legales-caf	CAF	CAF	47,8%

Les données par établissements et les données territoriales pourront faire l'objet de comparaisons pour nourrir la caractérisation de la population périnatale, voire les éventuelles

disparités entre les données, afin d'alimenter la réflexion sur les prises en charge des populations les plus vulnérables.

21

Proposition d'outil

CARACTÉRISATION DE LA POPULATION

Grille de caractérisation de chaque structure

Afin de pouvoir quantifier la population vulnérable qui a recours aux services d'un établissement, d'une structure ou d'un cabinet de ville et de pouvoir adapter son organisation en fonction des femmes venant consulter et mettre en place des dispositifs de suivis spécifiques, il est utile d'utiliser le tableau suivant (figure 5).

Ce tableau permet d'avoir une vision générale de la population consultante ou faisant appel aux services d'un établissement, d'une structure ou d'un cabinet, et de voir ce

qui est disponible sur un territoire donné pour répondre aux diverses situations rencontrées.

Il existe trois principaux groupes de facteurs de risques auxquels s'ajoute le facteur de risque géographique.

- ▶ Facteurs sociaux;
- ▶ Facteurs psychologiques;
- ▶ Facteurs médicaux.

Un tableau de bord peut être construit à partir de ces indicateurs, permettant de suivre régulièrement l'évolution de la population périnatale et d'alimenter la caractérisation de la population.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 1 : Caractériser la population périnatale

Figure 5 : Grille d'étude des structures assurant le suivi de grossesse

FACTEUR DE RISQUE GÉOGRAPHIQUE			
<i>Comment viennent la majorité des femmes à vos consultations ?</i>			
<input type="checkbox"/> Transports en commun	<input type="checkbox"/> Voiture personnelle	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> 2 roues motorisées
<input type="checkbox"/> Vélo	<input type="checkbox"/> À pied	<input type="checkbox"/> Ambulance privée	<input type="checkbox"/> Avec les pompiers
<i>À quelle distance êtes-vous situé de l'arrêt le plus proche des transports en commun ?</i>			
Bus _____	Tramway _____	Gare SNCF _____	
<i>D'où vient la population que vous prenez en charge ?</i>			
- Domiciliation essentiellement locale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
- Locale et départementale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
- Locale et régionale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
- Internationale (si implantation proche d'une frontière)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

22

FACTEURS SOCIAUX		
	Proportion de femmes vues par la structure	Valeur France (enquête périnatale 2010)
Part des femmes enceintes de moins de 20 ans		2,5 %
Part des femmes enceintes de 35 ans et plus lors de l'accouchement		19,2 %
Part des femmes enceintes qui auraient préféré ne pas être enceintes		3,1 %
Part des femmes « isolées » qui sont peu ou pas entourées lors de leur grossesse (absence de conjoint ou famille)		5,6 %
Part des femmes sans aucune ressource financière		0,8 %
Part des ménages qui gagnent moins de 999 euros		10 %
Part des femmes qui sont au RSA		8,6 %
Part des femmes qui sont au chômage lors de la grossesse		12,1 %
Part des femmes au foyer pendant la grossesse		13,2 %
Part des femmes sans emploi pendant la grossesse		25,3 %
Part des femmes enceintes qui sont sans couverture sociale au moment de la grossesse		1 %
Part des femmes enceintes sans complémentaire santé		4,5 %
Part des femmes enceintes ne parlant pas français		13,6 %
Part des femmes suivies qui sont d'origine étrangère (nées à l'étranger)		18,4 %
Part des femmes enceintes arrivées en France dans les 12 mois précédant leur accouchement		9,3 %

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 1 : Caractériser la population périnatale

	Proportion de femmes vues par la structure	Valeur régionale	Valeur France (enquête périnatale 2010)
FACTEURS PSYCHOLOGIQUES			
Part de femmes ayant une dépression (Épisode dépressif caractérisé ¹⁰)			10 % (15-75 ans) 9,3 % (15-19 ans) 13,2 % (20-34 ans) 10,7 % (37-54 ans) Données OMS 2010
Part de femmes souffrant d'anxiété, agoraphobie, phobie sociale, troubles panique et stress post-traumatique			25 % Données Institut de veille sanitaire 2007
Part de femmes souffrant de stress			Pas de données
Part de femmes ayant une pathologie psychiatrique			20 % Données OMS 2010
Part des femmes ayant des problèmes familiaux			
Part des femmes qui ont déclaré avoir subi ou subissent des violences conjugales			3,3 % N.B. Selon l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France, une sur dix déclare avoir été victime de violence au sein de son couple en 2000
Part des femmes touchées par la dépression post-partum (DPP)			10-15 % Données IRPES 2010
Part des femmes ayant eu une consultation avec un psychologue clinicien au cours de la grossesse			3,2 %
FACTEURS MÉDICAUX			
Part des femmes enceintes obèses (IMC>30)			9,9 %
Part des femmes ont ou ont eu un diabète avant la grossesse			0,5 %
Part des femmes ayant eu des complications lors d'une précédente grossesse (prématurité, hypotrophie, décès)			11,3 %
Part des femmes qui ont eu une césarienne lors d'une précédente grossesse			21 %
Part des femmes enceintes consommant du tabac au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse			17,1 %
Part des femmes enceintes consommant du cannabis et de l'alcool			1,2 %
Part des femmes enceintes consommant de l'alcool			19,7 %
Part des femmes qui présentent une Menace d'accouchement prématuré (MAP)			8,9 %
Part des femmes enceintes qui n'ont pas déclaré leur grossesse au 1 ^{er} trimestre			7,8 %

10 - Un Épisode dépressif caractérisé (EDC) correspond à une catégorie de diagnostic faisant référence à une dépression majeure qui induit des difficultés de fonctionnement. Cet épisode peut être isolé ou récurrent.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

Enseignement n° 2

Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

24

Il existe plusieurs dispositifs de repérage adaptés à la détection des facteurs de risques, des facteurs de fragilité et des situations psychosociales difficiles. Ces dispositifs sont construits pour les professionnels à partir d'outils fonctionnels qui devraient être utilisés systématiquement. De plus, il est nécessaire d'assurer une continuité et permettre un repérage régulier tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement, car les situations changent.

Les outils fonctionnels sont les suivants dans l'ordre chronologique de la grossesse ; ils interviennent à un moment clef de la grossesse :

- ▶ L'avis de grossesse envoyé par la Caisse d'allocations familiales (CAF) au médecin responsable du service départemental de PMI ;
- ▶ Les modalités d'inscription (et informations requises) dans le lieu d'accouchement ;
- ▶ Les consultations d'accueil et d'orientation ;
- ▶ La Permanence d'accès aux soins de santé ;
- ▶ L'Entretien prénatal précoce (EPP) ou encore appelé « entretien du 4^{ème} mois ».

Il peut exister d'autres outils créés selon les besoins des professionnels, cette proposition n'est pas exhaustive et se base sur les observations issues des monographies réalisées.

1. L'avis de grossesse envoyé par la Caisse d'Allocations Familiales au service départemental de PMI

La Caisse d'allocations familiales (CAF) envoie tous les avis de grossesse qu'elle reçoit au médecin responsable du service départemental de Protection maternelle infantile, conformément à l'article L. 2122-4 du Code de la santé publique. Les sages-femmes analysent et trient les avis selon des critères précis, ce qui leur permet de prendre contact avec les femmes

jugées potentiellement fragiles. Ce dispositif permet un pré-repérage des situations psycho-sociales et la possibilité d'instaurer un suivi de grossesse en PMI, services gratuits et ouverts à tous (sans nécessité d'avoir des droits ouverts pour en bénéficier). Les critères d'analyse ou d'alerte sont les suivants :

- ▶ Un nom déjà connu des services de PMI ou/et du staff médico-psycho-social ;
- ▶ L'âge de la mère (mineure ou âge supérieur à 40 ans) ;
- ▶ Le nombre de grossesses antérieures ;
- ▶ Le nombre d'enfants à charge ;
- ▶ La date de la déclaration de grossesse (attention particulière portée aux déclarations tardives) ;
- ▶ La situation familiale.

2. Les modalités d'inscription (et informations requises) dans le lieu d'accouchement

Les informations demandées lors de l'inscription dans le lieu d'accouchement sont l'occasion d'un repérage supplémentaire des risques psycho-sociaux. Ce repérage peut être fait par l'intermédiaire d'un questionnaire donné aux patientes à remplir au préalable ou sous la forme d'un questionnement/entretien au moment de l'inscription, voire les deux, ceux-ci pouvant se compléter. Le document « Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité » rédigé par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant¹¹ propose un ensemble d'indicateurs de repérage des situations de précarité.

L'utilisation de ces indicateurs permet d'harmoniser, au moins à un niveau territorial, les pratiques d'indicateurs de précarité à

11 - CNNSE 2014, Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_prekarite_ou_de_vulnerabilite.pdf]

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

renseigner lors de l'inscription pour un repérage précoce des risques chez les femmes enceintes.

Les nouvelles missions des réseaux de santé en périnatalité présentées dans la circulaire DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 insistent sur la réduction des inégalités sociales de santé, qui se traduit en matière périnatale par une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement des femmes et des enfants vulnérables. Or, cette prise en charge ne peut découler que d'une évaluation des risques à chaque moment de la grossesse, l'inscription à la maternité étant une étape importante permettant l'évaluation précoce des risques. De plus, les programmes européens de prévention en matière de risques périnataux insistent sur l'importance du dépistage précoce des facteurs de risques médico-psycho-sociaux. La littérature européenne montre que les femmes les plus vulnérables financièrement s'impliquent peu dans le suivi de grossesse. L'inscription dans une maternité est une étape-clef ; à cet égard beaucoup de pays européens ont harmonisé les pratiques organisationnelles d'évaluation des risques psychologiques et sociaux lors de l'inscription. Les travaux européens récents¹² souhaitent développer des recommandations européennes en matière de prise en charge et d'organisation périnatale pour réduire les inégalités et améliorer la prise en charge des risques psychologiques et sociaux.

3. Les consultations d'accueil et d'orientation

Certaines maternités proposent des consultations d'accueil et d'orientation aux femmes enceintes pour permettre le repérage des risques et mettre en place des modalités de suivi adéquates. Ces consultations sont généralement assurées par une sage-femme. Le recours à d'autres spécialistes (psychologues cliniciens, gynécologues-obstétriciens, etc.) doit pouvoir être proposé très rapidement afin d'affiner l'évaluation de la situation et de définir des modalités de prise en charge.

4. La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

La PASS est une cellule de prise en charge médico-sociale qui facilite l'accès des plus démunis au système hospitalier et aux

réseaux d'accompagnement social. Selon les établissements et la volumétrie des prises en charge, la PASS pourra être spécialisée en périnatalité, ou généraliste, voire ne pas exister au profit de temps d'assistantes sociales dédiées. La capacité à intervenir spécifiquement auprès des femmes enceintes doit être conçue pour que celles-ci soient vues à l'issue de consultations médicales, sociales et infirmières, qui sont autant d'occasions de repérage des situations fragiles.

Il n'existe pas partout un système de communication systématique entre les acteurs de la PASS et les équipes de PMI et des maternités. Une réflexion sur l'intégration de ce dispositif de repérage dans le dispositif plus général de suivi de grossesse pourrait être menée afin d'établir une communication simplifiée et exhaustive, en identifiant un référent de la PASS pour signaler les cas repérés au référent-PMI et au référent-établissement.

5. L'Entretien prénatal précoce (EPP) ou encore appelé « entretien du 4^{ème} mois »

Il permet de repérer les difficultés de tous ordres rencontrées par certaines femmes enceintes et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales en proposant un plan de suivi adapté aux besoins. Une fois les risques repérés, la sage-femme ou le médecin qui a conduit l'entretien prénatal précoce se met en lien et oriente la femme vers les services et professionnels nécessaires. Les services peuvent se trouver au sein de la maternité, d'une structure de PMI, de l'hôpital ou en libéral selon les cas.

Si les besoins sont sociaux, l'assistante sociale de la maternité peut intervenir et se mettre en lien avec la PMI et autres services existants autour de la femme.

S'il existe le besoin d'une prise en charge psychologique, de travail sur les relations familiales et la préparation à la venue de l'enfant, celui-ci peut être réalisé par le psychologue de la maternité, ou bien un psychologue des services de psychiatrie du secteur de la femme ou, pour le soutien à la parentalité, par l'intervention d'une sage-femme, d'une puéricultrice, d'un technicien d'intervention sociale et familiale...

S'il existe un besoin de soutien familial, il existe des aides familiales du département et de la Caisse d'allocations familiales. Des groupes de parentalité sont organisés à l'initiative de certaines maternités, de certains secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de PMI.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

26

Dans tous les cas, le référent du suivi prénatal (sage-femme ou médecin) doit s'assurer qu'un plan de suivi individualisé qui réponde aux besoins sociaux et psychologiques de la femme est mis en place et que les professionnels compétents et nécessaires à cette prise en charge soient informés de la situation et en capacité d'informer le référent du suivi de grossesse.

À partir de l'EPP, la situation de la femme et de sa famille est évaluée et un accompagnement est mis en place. Ce plan d'actions du suivi impliquant nécessairement d'autres intervenants doit être revu à la fois :

- ▶ De manière individuelle, avec la femme et sa famille à chaque consultation pour voir l'évolution de la situation psycho-sociale ;
- ▶ De manière collective, soit en équipe ou au cours des staffs médico-psycho-sociaux avec tous les intervenants autour de la femme et de sa famille afin de s'assurer de la cohérence du plan de suivi et d'accompagnement, de son évaluation régulière et de discuter les points pour la prise en charge au moment de l'accouchement et en post-natal. La mobilisation d'unité dédiée en maternité ou dans le cadre du réseau périnatal peut contribuer à la cohérence d'ensemble de la construction de ce plan d'accompagnement.

Dans tous les cas, il est important d'aider la femme à trouver sa place dans le dispositif, au cours de l'EPP et des autres temps de concertation entre professionnels, qui est essentielle car elle doit être acteur de sa santé. Il ne s'agit pas d'agir sans elle mais plus de l'informer et de l'accompagner dans les différentes propositions formulées et qu'elle choisira.

5.1 Approfondissement : L'entretien prénatal précoce

5.1.1 Origines de l'EPP

L'entretien prénatal précoce a été proposé dans le plan périnatalité 2005-2007 et instauré par la loi sur la protection de l'enfance en mars 2007¹³, qui met l'accent sur la prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance. La Haute autorité de santé (HAS) recommande qu'il soit proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes par le professionnel qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas le suivi de grossesse¹⁴, ceci permettant d'orienter les familles et particulièrement celles qui sont vulnérables vers des professionnels compétents.

13 - Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Comprendre pour agir. Fiche-action 12 INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).
14 - Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). HAS (2005).

À NOTER

L'article 31 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a complété les dispositions relatives à l'entretien prénatal précoce.

5.1.2 Les recommandations de la HAS

L'entretien prénatal précoce est un outil qui sert à la fois de base pour structurer les séances de préparation à la naissance et aussi pour coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte. La HAS recommande d'utiliser cet entretien pour impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation, visant à :

- ▶ Accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple ;
- ▶ Consolider leur confiance dans le système de santé ;
- ▶ Indiquer les contenus essentiels des séances prénatales ;
- ▶ Repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide ;
- ▶ Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et de la famille.

Cet entretien peut être conduit par une sage-femme ou un médecin formé à l'EPP. Il ne s'agit ni d'une consultation médicale, ni d'un entretien psychologique, mais bien d'un temps d'échange et d'information partant de la dimension médicale jusqu'à la prise en compte des aspects émotionnels de la grossesse¹⁵. Cet entretien a cinq objectifs généraux principaux¹⁶ :

1. Présenter le dispositif de suivi ;
2. Situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser la manière de travailler avec les autres professionnels ;
3. Anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales ;
4. Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
5. Encourager la femme et le couple à participer aux séances de préparation à la naissance.

L'entretien permet pour le professionnel¹⁷ :

- ▶ Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (médico-psycho-social) : mieux connaître la femme et le couple dans leur contexte de vie, explorer le vécu de la grossesse, conforter le couple dans son projet de naissance,

15 - AMELI (2014). Le suivi de la femme enceinte : L'entretien prénatal précoce.

16 - Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). HAS (2005).

17 - Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). HAS (2005).

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

permettre à la femme de mobiliser ses ressources personnelles et sociales et ses capacités physiques ;

- ▶ Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte : présenter l'offre de soins, le travail des acteurs des différents champs, les missions du réseau de santé, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables, faire le point sur le suivi médical, présenter les alternatives à la préparation à la naissance au sein de l'offre locale ;
- ▶ Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à soutenir et développer : indiquer les contenus des séances de préparation à la naissance, préciser qu'un apprentissage sera proposé pour les soins à l'enfant, encourager le couple à participer aux séances ;
- ▶ Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale et psychologique susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, perturber le lien parent-enfant voire poser des questions quant à la protection de l'enfance (violences conjugales, addictions, problèmes relationnels, stress, anxiété, etc.) ;
- ▶ Un premier lien entre les différents professionnels et si besoin un travail en réseau.

5.1.3 L'utilisation de l'EPP

Cependant, les résultats de l'enquête nationale périnatale menée en 2010¹⁸ évaluent le taux d'entretiens prénataux précoces réalisés à 21 %. Une autre étude¹⁹ menée par la Fédération nationale des réseaux de santé en périnatalité montre qu'il existe des écarts importants, allant de 7,7 % à 70 %, de réalisation de l'entretien prénatal précoce selon les régions. Dans les cas où l'EPP n'a pas été fait, les femmes ont rapporté dans 2/3 des cas qu'on ne le leur avait pas proposé.

Les facteurs associés à la proposition ou à la réalisation de l'EPP étaient :

- ▶ Être une femme âgée de 30 à 34 ans ;
- ▶ Être primipare ;
- ▶ Suivre une préparation à la naissance ;
- ▶ Avoir reçu le carnet de maternité.

Cette analyse montre que les femmes à qui l'EPP est proposé ne sont pas les plus vulnérables ou les plus à risques et qu'il est principalement utilisé comme support de préparation à la naissance, son objectif initial de repérage précoce des risques n'étant pas valorisé.

Un rapport²⁰ a démontré que les professionnels, et notamment les médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens, sont insuffisamment informés ou convaincus de l'utilité de l'EPP pour le présenter à leurs patientes. Les travaux sur les territoires confirment cet aspect d'appropriation difficile de l'EPP par les acteurs, ceux-ci ne voyant clairement pas le gain par rapport à la charge de travail induite. Même s'il existe de nombreuses études démontrant qu'une prise en charge des facteurs émotionnels et de stress chez la femme enceinte est bénéfique, l'articulation entre une prise en charge psychologique et une prise en charge médicale reste difficile. Par ailleurs, très peu d'études ont été conduites permettant de montrer aux professionnels l'intérêt de l'EPP pour améliorer la prise en charge des parturientes.

5.2 Approfondissement : des pistes de travail de l'utilisation de l'EPP

L'Entretien prénatal précoce est donc un outil qui peut être utilisé différemment et qui a plusieurs niveaux et forme ; il peut être introduit avec un premier entretien et se faire sur plusieurs séances. En effet, une consultation unique de 45 minutes peut nécessiter d'être prolongée pour remplir les objectifs fondamentaux de l'EPP. De par ces objectifs multiples (dont la prévention, le repérage précoce et la mise en place des séances de préparation à la naissance), certains professionnels prolongent l'utilisation des principes de l'EPP sur plusieurs consultations, la séance du « 4^{ème} mois » n'étant que le socle pour créer une relation de confiance avec la femme et sa famille. Il est donc important que l'entretien prénatal précoce soit mené par le professionnel référent qui suit la grossesse.

- ▶ Étant donné que l'EPP vise à la fois à repérer les risques médico-psycho-sociaux et à travailler le projet de naissance, il est important de pouvoir distinguer ces deux moments et de les prioriser selon le public ;
- ▶ Il est important de systématiser l'entretien prénatal précoce et d'insister sur le volet de repérage des risques particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité ;
- ▶ Il est recommandé de faire une évaluation régulière des risques et d'impliquer, si nécessaire, certains spécialistes au cours de l'évaluation (psychologues cliniciens ou assistants sociaux selon les cas) afin de mieux appréhender les situations. Il est nécessaire que certains critères d'évaluation de l'entretien prénatal précoce puissent constituer un référentiel d'alerte pour orienter les femmes au mieux et le plus précocement possible ;

18 - Blondel, B. et al. (2010). Enquête nationale périnatale (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) Fiche-action
19 - Branger, B. (2012). Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité.

20 - Pr Jeammet P. et al. (2010). Rapport sur la prévention et le soutien à la parentalité.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

► Enfin, développer l'information auprès de l'ensemble des intervenants et sensibiliser tous les professionnels, y compris ceux n'assurant pas le suivi de grossesse, pour leur expliquer où et comment orienter leur patiente vers l'EPP. Pour les professionnels de l'enfance et notamment, psychiatres et psychologues, l'Entretien prénatal précoce est une porte d'entrée privilégiée pour fonder le soutien à la parentalité, puis le suivi de l'enfant qui se poursuivra jusqu'à son adolescence²¹. Certaines maternités initient ce soutien à la parentalité au moment des cours de préparation à la naissance en y associant, de manière systématique, le psychologue clinicien. Pour ces professionnels, l'EPP prend un sens important lorsqu'il s'inscrit dans un suivi du développement de l'enfant en y associant les deux parents et en travaillant en continuité et en coordination avec les autres intervenants.

5.3 Approfondissement : Le repérage du stress périnatal et l'EPP

Le stress perçu et vécu par la femme enceinte (stress lié à divers facteurs) est un facteur qui peut être parfois sous-évalué chez la femme enceinte. Pourtant il influence fortement le développement du fœtus. Il est donc important de veiller à la santé et la sécurité émotionnelle de la femme enceinte, ceci passant par une évaluation des facteurs de stress chez celle-ci. Le stress prénatal peut avoir une incidence sur le déroulement de la grossesse et la santé du futur bébé (King S., 2013²²). Le stress maternel semble être associé à certaines pathologies et problèmes, tels que menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, troubles psychologiques, cognitifs, développementaux, pathologies infectieuses, maladies de l'oreille, des voies respiratoires, asthme, eczéma. Ainsi, le repérage des facteurs de vulnérabilité, dont le stress, au cours de l'EPP pose la question de l'articulation de la sphère médicale, sociale et psychologique.

L'insuffisance de mobilisation de l'EPP au profit de l'ensemble des femmes pose la question du rôle des différents intervenants de la grossesse. La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant dispose que l'entretien prénatal précoce soit « proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse », d'une part, et que lors du premier examen prénatal, « le médecin ou la sage-femme propose à la femme enceinte un entretien prénatal précoce dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer avec elle ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse », d'autre part. L'EPP repose aujourd'hui sur les compétences médicales des sages-femmes et des médecins, peut-être serait-il utile d'associer, dans certaines conditions, l'assistante sociale et le psychologue clinicien pour mieux appréhender les facteurs de stress périnataux ? L'EPP et ses objectifs de repérage précoce posent aussi la question des représentations sociales des professionnels, qui peuvent être mal à l'aise avec une conception moins médicale de la grossesse ainsi qu'avec le fondement d'un tel repérage dans une prise en charge médicale.

21 - Pr Jeamment P. et al. (2010). Rapport sur la prévention et le soutien à la parentalité.
22 - King, S. (2013). Le stress maternel prénatal.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

Proposition d'outil

REPÉRAGE DES VULNÉRABILITÉS

Grille de repérage des vulnérabilités

Afin de prévenir les conséquences des situations de vulnérabilité, un repérage anticipé, continu et régulier doit être mis en place. Différents outils intervenant aux différents moments de la grossesse participent de ce repérage précoce couplés à un questionnaire précis :

- ▶ L'avis de grossesse envoyé par la Caisse d'allocations familiales (CAF) au médecin responsable du service départemental de PMI;
- ▶ Les modalités d'inscription (et informations requises) dans le lieu d'accouchement;
- ▶ Les consultations d'accueil et d'orientation;
- ▶ L'Entretien prénatal précoce (EPP) ou encore appelé « entretien du 4^{ème} mois ».

Chaque outil proposé peut être accompagné/complété par un questionnaire transversal sur les facteurs sociaux, psychologiques et émotionnels, familiaux, culturels, de repérage dans le système de soin, ainsi que les facteurs somatiques et médicaux, afin d'évaluer la présence de facteurs de risques chez la femme enceinte. Les questionnements proposés, à adapter à chaque moment de la grossesse, sont les suivants :

▶ Facteurs sociaux

- Est-ce possible pour cette femme de s'investir dans le suivi de grossesse au vu de ses conditions de vie?
- Quelles sont les différentes difficultés sociales que rencontre cette femme (logement, hébergement, précarité financière, droits, etc.)?
- Est-ce que cette femme est en capacité psychologique de s'investir dans le suivi de grossesse? Si oui selon quelle modalité, quels sont ses besoins? Si non, qu'est-ce qui la préoccupe, quelles sont ses priorités? Que représente la grossesse dans un tel contexte?

▶ Facteurs psychologiques et émotionnels

- La femme a-t-elle les capacités cognitives et linguistiques pour comprendre?
- Quelle est sa disponibilité psychologique?

- Quel est son niveau de stress vécu?
- Comment sa culture et sa perception de la grossesse peuvent-elles être un frein ou au contraire un facteur positif dans l'implication dans le suivi de grossesse?
- A-t-elle besoin d'un accompagnement personnalisé, à domicile au vu de son fonctionnement psychologique, ou est-ce qu'elle est dans la capacité de se déplacer pour le suivi? Est-ce qu'un groupe sera utile?

▶ Facteurs familiaux

- Comment la constellation familiale peut-elle influencer l'implication dans le suivi de grossesse?
- Comment cette nouvelle grossesse influence-t-elle « l'équilibre » familial?
- Qu'est-ce que cette grossesse représente pour la famille?
- Est-ce que la famille est un frein ou un facteur positif pour le suivi de grossesse et quelles modalités de suivi mettre en place?

▶ Facteurs culturels et repérage dans le système de soins

- Est-ce que cette femme comprend le système de soins?
- A-t-elle la capacité et les outils pour comprendre l'importance du suivi?
- Est-elle capable de se repérer dans le système de soins et de comprendre le rôle des différents acteurs?
- A-t-elle besoin d'un accompagnement spécifique, particulier à ce niveau?

▶ Facteurs somatiques et médicaux

- Quels sont les risques médicaux potentiels liés aux risques sociaux et psychologiques identifiés? (exemple stress et prématurité)?

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

Figure 6 : Grille de repérage des vulnérabilités

Outils	Critères de repérage	Actions à mettre en place lors de la détection de risques / professionnels à contacter et à mettre en lien
PREMIER TRIMESTRE		
Consultation prénatale avant 10 SA (Semaine d'aménorrhée) + 2 nd e consultation avant 15 SA : Avis de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Un nom déjà connu des services de PMI et du staff médico-psycho-social; • L'âge de la mère (grossesse mineure ou supérieure à 40 ans); • Le nombre de grossesses antérieures; • Le nombre d'enfants à charge; • La date de la déclaration de grossesse (attention particulière portée aux déclarations tardives); • La situation familiale. <p>La HAS recommande²³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De « proposer systématiquement un entretien individuel ou de couple pour rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective, etc.) »; • « que le niveau de risque (médico-psycho-sociaux-environnementaux) soit apprécié le plus précocement possible [...] dans le cadre du suivi gynécologique [...] ou lors de la 1^{ère} consultation de suivi [...] l'un des objectifs majeurs de la 1^{ère} consultation est d'identifier les éventuelles situations à risque et d'évaluer le niveau de risque ». 	<ul style="list-style-type: none"> • La PMI se met en contact avec la femme et propose un entretien; • Le professionnel faisant l'entretien prénatal se met en lien avec la PMI; • Proposer une structure de niveau correspondant aux besoins de la femme, et se mettre en lien avec cette structure; • Proposer un lien vers une assistante sociale et/ ou une psychologue clinicienne de la maternité pressentie.
Modalités d'inscription en maternité	<p>Questionnaire d'indicateurs de précarité et fragilité à faire remplir par la patiente au moment de l'inscription</p> <p>Cependant, les modalités d'inscription sont variables selon les établissements et un contact physique avec la femme n'est pas systématique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les modalités d'inscription en maternité le permettent, si des risques sont repérés, la femme peut dès lors être mise en lien avec les professionnels compétents pour sa prise en charge; • Il peut s'agir d'envoyer vers des professionnels de la maternité, des services de PMI ou d'une autre maternité de niveau différent, vers un gynécologue - obstétricien, une sage-femme spécialisée (violences faites aux femmes par exemple), une assistante sociale ou un psychologue clinicien pour une évaluation fine des risques pressentis.
Consultation d'accueil et d'orientation	<p>Lorsque la maternité propose une consultation d'orientation, celle-ci permet le repérage des risques et peut faire l'objet de recours à d'autres spécialistes pour affiner l'évaluation des risques (gynécologue-obstétricien, psychologue clinicien, assistante sociale, etc.) selon l'éclairage nécessaire. Les critères principaux de risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • facteurs sociaux; • facteurs psychologiques; • facteurs médicaux; • facteurs environnementaux et familiaux; • facteurs culturels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois les risques repérés, il est important que le professionnel qui a repéré les risques puisse faire le lien avec le professionnel compétent pour une évaluation complète; • Selon les risques, la femme sera mise en lien avec les services compétents (maternité, PMI, libéraux) et les professionnels (assistante sociale, psychologue clinicien, psychiatre, gynécologue-obstétricien); • Proposer le dossier au staff médico-psycho-social pour discuter la situation et proposer une intervention coordonnée adaptée aux besoins.

23 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 2 : Prévenir les situations de vulnérabilité en mettant en place un repérage anticipé des femmes

DEUXIÈME TRIMESTRE		
Consultations de suivi ou consultations prénatales intermédiaires	Un temps de la consultation est consacré à l'évaluation des risques psycho-sociaux, permettant de vérifier : changements de situation sociale, d'emploi, changement de l'état émotionnel, stress et facteurs de stress, addictions, relation de couple et familiale, violences... La HAS recommande ²⁴ que les consultations soient « en complément de l'appréciation continue du niveau de risque »	Lorsque des changements sont perçus comme pouvant être des facteurs de risque psycho-sociaux, la sage-femme, le gynécologue-obstétricien ou le médecin généraliste en charge du suivi se met en lien selon les risques repérés, avec : <ul style="list-style-type: none"> • Psychologue de la maternité ou des services de psychiatrie de secteur ; • Assistante sociale de la maternité ; • Professionnels des services de PMI.
	Un temps de la consultation est consacré à l'évaluation des risques psycho-sociaux, permettant de vérifier les changements de situation sociale, d'emploi, changement de l'état émotionnel, stress et facteurs de stress, addictions, relation de couple et familiale, violences...	Lorsque des changements sont perçus comme pouvant être des facteurs de risque psycho-sociaux, la sage-femme, le gynécologue-obstétricien ou le médecin généraliste en charge du suivi se met en lien selon les risques repérés, avec : <ul style="list-style-type: none"> • Psychologue de la maternité ou des services de psychiatrie de secteur ; • Assistante sociale de la maternité ; • Professionnels des services de PMI.
TROISIÈME TRIMESTRE		
Consultation du 9 ^{ème} mois	La HAS recommande ²⁵ que cette consultation « apprécie le niveau de risque déterminant du choix du lieu de naissance, mais aussi inclut la vérification de l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son bébé »	Des interventions adaptées peuvent être proposées. Ces interventions reposent sur des consultations et la coordination des différents professionnels travaillant au sein de différentes structures ou services, et notamment l'intervention du travailleur social, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue clinicien, etc.

Les consultations aux urgences sont également un outil important dans la prise en compte et l'évaluation des risques. Selon les établissements, les urgences obstétricales seront accueillies aux urgences générales, aux urgences obstétricales ou directement dans le service d'obstétrique. Les professionnels des urgences peuvent faire appel à d'autres intervenants (obstétricien, sage-femme, assistante sociale, psychologue clinicien, psychiatre) pour compléter

l'évaluation des risques psycho-sociaux et permettre une prise en charge et un accompagnement plus précoce. Les consultations aux urgences peuvent avoir une signification importante et être un symptôme ou le signal de plusieurs difficultés en plus des problèmes médicaux évidents :

- ▶ De repérage dans le système de soins ;
- ▶ D'angoisse et de stress importants ;
- ▶ De problèmes sociaux lourds.

24 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

25 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

Enseignement n° 3

Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

32

Il existe des modalités de suivi spécifique permettant de répondre aux besoins des femmes, en particulier celles qui sont repérées comme présentant des facteurs de risques psychosociaux ou étant en situation de vulnérabilité, reposant sur une prise en charge adaptée. Lorsque les professionnels repèrent un ou des risques médicaux, psychologiques et sociaux, la HAS recommande de prendre en compte l'environnement psychosocial de la femme et de saisir l'occasion de l'orientation vers d'autres professionnels ou structures pour faire le point sur sa situation socioprofessionnelle, sa situation familiale et les complications organisationnelles que peut engendrer une orientation. Les professionnels médicaux appréhendent leur champ d'expertise en prenant en compte les facteurs sociaux et psychologiques dans lesquels la grossesse et les pathologies éventuelles évoluent. En effet, le professionnel n'aura pas la même perception médicale de la grossesse, ne travaillera pas de la même manière et n'impliquera pas les mêmes professionnels si la grossesse suivie évolue dans un contexte social et psychologique favorable ou dans un contexte plus vulnérable et précaire. Les facteurs psychologiques et sociaux ont des conséquences sur les aspects médicaux de la grossesse et inversement et donc sur l'organisation de dispositifs spécifiques.

Ces dispositifs de suivi peuvent également être mobilisés dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel, la complicité qui se met en place entre mère et enfant étant un gage d'un bon investissement des compétences maternelles et une prévention de tout type de maltraitance.

Ce suivi de grossesse personnalisé peut inclure les modalités spécifiques suivantes selon les situations, les ressources et les besoins :

- ▶ Le référent unique;
- ▶ Les visites à domicile;
- ▶ L'accompagnement pour les violences faites aux femmes;
- ▶ L'inclusion positive du père.

1. Le référent unique

Le référent unique pour suivre une grossesse et particulièrement les grossesses à risque et les grossesses complexes aux niveaux psychologique et social, permet la coordination de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes et de leurs familles. Il est en charge de l'articulation avec les autres intervenants autour de la femme et s'assure de la mise en œuvre et de l'évaluation régulière du plan de suivi de la grossesse.

Le plan de suivi de grossesse est établi de manière partagée par les différents intervenants (référént unique, psychologue clinicien, assistante sociale, professionnel de PMI, médecin généraliste, etc.) et représente les sphères médico-psycho-sociales de la grossesse pour permettre une prise en charge de la grossesse de manière globale. Cette co-construction avec l'ensemble des intervenants est d'autant plus fondamentale lorsque les risques sont importants ou les pathologies médico-psycho-sociales lourdes.

L'avantage du référent unique est qu'il connaît bien la situation de la femme à la fois médicale et sociale mais aussi les facteurs psychologiques. De plus, avoir un référent unique permet, du point de vue de la femme, d'établir une relation de confiance, d'avoir un professionnel vers qui se tourner et une continuité rassurante. Cette relation de confiance est nécessaire à l'analyse des risques psychologiques et sociaux. Par exemple, il est très difficile pour une femme de se confier à un professionnel inconnu sur des violences subies. Ce type d'informations sensibles ne pourra ressortir que dans une relation de confiance et privilégiée établie avec un professionnel particulier.

Les compétences du référent unique sont importantes car il est le garant de la coordination de la prise en charge. Il doit avoir de bonnes qualités relationnelles pour être capable de travailler en réseau, ainsi qu'une bonne connaissance des dispositifs et des professionnels présents sur son territoire d'actions. Le référent unique doit avoir des capacités d'écoute et d'empathie importante pour établir une relation de confiance avec la femme enceinte. De plus, une bonne connaissance des difficultés et troubles

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

psychologiques et de leur impact ainsi que l'impact des difficultés sociales sur la femme enceinte et le fœtus sont fondamentaux pour mieux repérer et orienter les femmes. Lors de doutes ou de situations complexes, le référent unique peut organiser une consultation en binôme avec un psychologue clinicien. Il doit aussi être en capacité de sensibiliser les autres professionnels.

Le référent unique représente donc le point d'ancrage des femmes; une disponibilité ou un modèle de relais lorsqu'il n'est pas joignable pourrait permettre de rassurer les femmes et peut-être d'éviter certains recours aux urgences.

Le référent unique pourrait être une sage-femme ou un médecin (généraliste ou gynécologue-obstétricien) ayant reçu une formation particulière au repérage et à la gestion des risques psychologiques

et sociaux de la grossesse, ainsi qu'au repérage des facteurs de stress pouvant influencer le bon développement du fœtus. Il doit être capable de repérer et d'orienter vers les spécialistes (notamment psychiatres, psychologues mais pas uniquement). Il devrait ainsi pouvoir accéder à un répertoire des professionnels avec lesquels il a élaboré des modalités de prise en charge et sur lesquels il peut s'appuyer. Il doit aussi être en capacité de prévoir un remplaçant lors de congés ou absences, qui sera un professionnel présenté préalablement à la femme et avec qui une passation de la situation aura eu lieu et sera documentée dans un dossier accessible.

Cette prise en charge personnalisée à référent unique reste toutefois complexe dans le contexte d'augmentation de l'efficience demandée aux professionnels dans le cadre de la tarification à l'activité (hospitalière ou libérale).

Proposition d'outil

LE RÉFÉRENT UNIQUE

? Besoins

Identifier une personne unique, sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue obstétricien, en PMI, en établissement de santé ou en ville pour assurer et coordonner le suivi de la femme.

🎯 Objectifs

- 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 établie 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 intervenants.

📄 Modalités opérationnelles

Le choix peut être laissé à la femme ou lui être proposé selon sa situation, afin qu'elle bénéficie d'un référent unique, que celui-ci soit un professionnel de la maternité (en tant que lieu d'accouchement), des services de PMI ou travaillant en libéral, mais ayant la capacité de participer aux réunions pluridisciplinaires que sont les staffs médico-psycho-sociaux pour faire le lien.

La HAS recommande²⁶ que « le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne [...] il est recommandé qu'une personne coordinatrice dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des soins ainsi que l'articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien; le maître d'œuvre du suivi régulier peut tenir ce rôle de coordinateur ».

26 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

2. Des visites à domicile

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 fera les visites à domicile.

Si les visites à domicile concernent le suivi médical de grossesse, il peut être fait par une sage-femme libérale ou une sage-femme de PMI. Pour le suivi psychologique, cela pourrait être fait par un psychologue ou un professionnel spécialisé appartenant à l'équipe mobile ou l'unité psychologique périnatale, selon la configuration du territoire. Enfin, pour le suivi social, les assistants-sociaux qui connaissent et sont en lien avec la femme sont les acteurs privilégiés. Il est important que ces différents spécialistes puissent avoir des

espaces de travail et de réflexion communs sur les parturientes qu'ils prennent en charge ou accompagnent afin que les actions soient coordonnées et que la communication soit fluide. Dans certains cas, un suivi médico-psychologique peut être fait par une sage-femme ayant reçu une formation spécifique, offrant des modalités de préparation individuelle à la naissance au domicile de la femme suivie. Dans tous les cas, les acteurs intervenants à domicile doivent échanger et reporter auprès du référent unique lorsque celui-ci a été mis en place, ou des autres intervenants, de leur structure, mais aussi des autres structures pour assurer une continuité.

Ce dispositif pourrait être proposé pour :

- ▶ Les femmes ne pouvant se déplacer pour diverses raisons (ruralité, nonaccès à un moyen de transport privé, frein financier, handicap, horaires des consultations²⁷, etc.);
- ▶ Les femmes ayant des enfants en bas âge, pour qui les consultations ne sont pas facilement accessibles (horaires);

Proposition d'outil

DES VISITES À DOMICILE

? Besoins

Des visites au domicile de la femme, que celle-ci ait un logement ou qu'elle soit hébergée, en hôtel maternel, foyer ou autre.

🎯 Objectifs

- Évaluer les conditions de vie de la femme, ses relations familiales et les futures conditions de vie du nourrisson;
- 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 (violence conjugale, antécédents de violence sexuelle, 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 et s'assurer que l'environnement soit adapté à la venue de l'enfant.

📄 Modalités opérationnelles

- 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 lors des staffs médico-psycho-sociaux et au travers du dossier unique de suivi ou autres modalités de communication et reporting;
- 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.

27 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

- ▶ Les femmes particulièrement vulnérables ou précaires nécessitant un accompagnement et une préparation à la naissance personnalisés et individualisés (antécédents de violence sexuelle, antécédents psychiatriques, problèmes sociaux lourds, problèmes d'hébergement, personne en situation de handicap, anxiété, phobie sociale, mal à l'aise dans un groupe, etc.). Certaines études récentes ont démontré que les séances de préparation en groupe étaient plus anxiogènes que rassurantes et que les femmes n'avaient pas l'occasion de s'exprimer et de poser des questions²⁸;
- ▶ Certaines femmes, quelle que soit leur origine sociale, nécessitant une prise en charge globale (au sens de la définition de l'OMS) dans des périodes de possible vulnérabilité.

Le suivi à domicile peut être proposé à n'importe quel moment de la grossesse car la survenue de difficultés peut intervenir à tout moment de la grossesse. Il est important que les risques psychosociaux soient repérés, évalués et réévalués de manière régulière afin d'ajuster le suivi pour répondre au mieux aux besoins identifiés des parturientes.

3. L'accompagnement des violences faites aux femmes

Des consultations spécifiques pour l'accompagnement des violences faites aux femmes existent sur les territoires rencontrés car cela répond à un besoin particulier des femmes. Des études récentes ont montré l'influence négative que les violences subies par les femmes peuvent avoir sur la grossesse (stress maternel, prématurité, enfance en danger, etc.) et le lien éventuel avec les résultats périnataux (cf. : analyse bibliographique).

Ces consultations et cet accompagnement spécifique s'adressent aux femmes ayant subi ou subissant des violences conjugales quelle que soit leur nature. Une partie du travail et de l'accompagnement se traduit également par la sensibilisation et la formation des professionnels et des divers intervenants autour de la femme afin d'améliorer la prise en charge et d'éviter la répétition de situations générant du stress maternel. Il s'agit donc d'un travail direct avec la femme et d'un travail indirect avec les équipes et autres intervenants extérieurs qui interviennent de près (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, sage-femme, anesthésiste, etc.) ou de loin (pompiers, police, etc.) avec la femme. Il peut s'agir d'une ressource territoriale intervenant auprès de différentes équipes et dans différentes structures ou bien de ressources plus conséquentes selon les besoins de la population. Ces consultations peuvent être faites par des sages-femmes ou des psychologues

cliniciens (ou encore en binôme) ayant reçu une formation spécifique et ayant un intérêt et une aisance à travailler sur ce thème.

À ce jour, aucune étude ne permet de recenser correctement le nombre de femmes subissant des violences car beaucoup ne portent pas plainte, ou ne déclarent pas avoir subi des violences. Selon l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, 67% ne le signalent pas à la police ou à un autre organisme. En France, selon les services de police et de gendarmerie, au moins 23 000 femmes/an en moyenne subissent des violences sexuelles (Bulletin mensuel de l'ONDRP, décembre 2011). En France, 2,5% de femmes âgées de 18-59 ans ont déclaré avoir été agressées physiquement et 1,5% déclarent avoir été violées (INSEE chiffres déclarés). Les femmes sans diplôme sont trois fois plus nombreuses à subir des violences domestiques (INSEE chiffres déclarés).

Deux aspects sont déterminants :

- ▶ Une approche pluridisciplinaire des violences conjugales (médical, social et psychologique);
- ▶ Un partenariat efficace entre acteurs locaux (intervenants sociaux, professionnels de la santé, police et gendarmerie, services de la justice)²⁹.

Chaque métier a bien sûr sa spécificité :

- ▶ L'agent d'accueil reçoit, oriente les patientes et donne des rendez-vous;
- ▶ L'assistante sociale va davantage informer les patientes de leurs droits et les aider à effectuer les démarches nécessaires en prenant en compte la situation des enfants. Elle les accompagne dans le dépôt de plainte;
- ▶ Le médecin est celui qui évalue la gravité des violences et donne les soins. Il établit le certificat médical et détermine l'interruption temporaire de travail. Il écoute la patiente et l'oriente vers les professionnels concernés;
- ▶ Le psychologue apporte un soutien psychologique à toute patiente en situation de détresse psychologique. Il l'aide à voir plus clair dans sa situation et travaille en étroite collaboration avec les secteurs de psychiatrie;
- ▶ Dans le cadre d'une grossesse, la sage-femme a également un rôle important dans le dépistage des violences conjugales en particulier dans le cadre de l'entretien précoce du 4^{ème} mois. Elle met en place un suivi personnalisé. La Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a soutenu la réalisation d'outils pédagogiques destinés aux professionnels de santé, dont un sur la grossesse³⁰.

28 - Petersen J. et al. (2008). Suspicious Findings in Antenatal Care and Their Implications from the Mothers' Perspective: A Prospective Study in Germany. Birth 35(1).

29 - Cf. brochure « Lutter contre la violence au sein du couple : le rôle des professionnels » (http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/02/Brochure_le-role-des-professionnels_Violences.pdf).

30 - <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

Proposition d'outil

L'ACCOMPAGNEMENT DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

? Besoins

- Consultations spécifiques directes auprès des femmes ;
- Interventions spécifiques auprès des divers acteurs de la périnatalité, des forces de l'ordre, des sapeurs-pompiers.

🎯 Objectifs

- Améliorer la prise en charge des femmes ayant subi ou subissant des violences conjugales ;
- Éviter la répétition de situation générant du stress maternel ;
- Mieux gérer ces situations de stress pour mieux appréhender les problèmes associés (accouchement difficile, prématurité, addictions, dépression, etc.).

📄 Modalités opérationnelles

Selon les possibilités du territoire, il peut s'agir d'une équipe ou d'un professionnel particulier.

Dans tous les cas, cette activité est à valoriser et prendre en compte pour l'équipe, l'établissement et les professionnels concernés :

- Une équipe spécialisée servant de référent pour un territoire et partageant son savoir et son expérience avec les autres équipes du territoire ;
- Un professionnel spécialisé (sage-femme, psychologue clinicien, gynécologue-obstétricien) intervenant sur le territoire, ayant reçu une formation spécifique partageant son savoir et son expérience avec les autres équipes du territoire ;
- Constitution d'un groupe pluridisciplinaire (médecin-chef de pôle, cadres de santé, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales, infirmière psychiatrique) inter-services (gynécologie-obstétrique, urgences, psychiatrie générale), 2 à 3 réunions par an sur la thématique ;
- Mise en place d'actions d'information des patients (affiches, brochures nationales et locales mises à disposition dans les salles d'attente, exposition dans l'hôpital) ;
- Plusieurs actions de sensibilisation et de formation du personnel soignant avec comme personnes ressources le CNIDFF (Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles) et l'assistance sociale du département, référent police/gendarmerie ;
- Rédaction d'un protocole d'accompagnement des patientes ayant subi des violences conjugales avec un volet médical, social et psychologique ;
- Repérage et mise en place d'un suivi personnalisé pendant la grossesse ;
- Mise à disposition de tous les médecins de l'établissement d'un certificat médical et d'un document de conseils pour sa rédaction, documents référencés et présentés en CME ;
- Mise à disposition de toutes les sages-femmes d'un certificat médical descriptif et d'un document de conseils pour sa rédaction ;
- Développement du partenariat avec la participation au réseau Violences intra familiales (PMI, centres médico-sociaux, CAF, services d'AEMO (Action éducative en milieu ouvert), pédopsychiatrie, police et gendarmerie, service d'aide au logement d'urgence...);
- Communication de la démarche de prise en charge spécifique dans différentes instances et réseaux professionnels (groupes de travail, réseau de périnatalité).

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

4. L'inclusion positive du père

L'inclusion positive du père est une autre modalité de suivi qui a été rencontrée sur certains territoires en vue d'améliorer le suivi et la prévention des risques. C'est à partir de l'Entretien prénatal précoce (EPP) que cette inclusion est faite. Lors de l'EPP, une évaluation précoce des risques psycho-sociaux est faite et des pistes de travail sont proposées afin d'améliorer les représentations maternelles et paternelles autour du lien parent-bébé.

Ce travail d'inclusion des pères insiste sur la création d'un lien père-bébé visant à prévenir des risques dans la relation et travailler sur les changements du schéma familial tel qu'il est conçu avant la naissance de l'enfant. Ceci vise également à développer le savoir et les connaissances du père sur les besoins du nourrisson et sur les besoins de la mère pendant le suivi, au moment de l'accouchement et en post-partum. Le travail est donc de modifier positivement la triade mère-bébé-père en associant pleinement le père au suivi, définissant son rôle et ce qu'il est capable de porter et de faire, en préparant les changements inhérents à la naissance d'un bébé dans le couple. Un exemple est l'implication des pères lors d'une indication de césarienne afin d'être la personne qui va accueillir le bébé, faire du « peau à peau » avec le bébé en attendant que la mère puisse être prête à son tour pour accueillir physiquement et psychologiquement son bébé.

Des travaux de recherche sur l'implication des pères ont montré des effets positifs sur les relations familiales et la prévention des risques. La mère n'étant plus seule à assumer un rôle de veille, ce rôle est partagé, particulièrement lorsque le père peut percevoir les signes d'une fatigue maternelle qui pourrait engendrer des comportements éventuellement problématiques envers l'enfant ; le père sert de relais.

Impliquer le père permet donc un apprentissage commun, une définition et réflexion sur les rôles et la parentalité. Il existe également des modalités de travail spécifique avec les pères lors de violences conjugales au travers de groupe de parentalité. Inclure les pères implique aussi un travail avec les équipes et les soignants, particulièrement sur leurs représentations et permet une expérience positive de travail en élargissant le champ au-delà de la dyade mère-bébé. Ce travail concerne toutes les familles lorsque le père est présent mais également lors de séparation. Cette intervention est particulièrement bénéfique lorsqu'il existe des difficultés sociales, psychologiques et des troubles dans les relations familiales.

Inclure les pères est un travail d'équipe qui passe par un travail collectif associant le psychologue clinicien. Les familles sont souvent reçues par le psychologue clinicien qui permet de faire le lien avec l'équipe. Il travaille donc directement avec la famille et la femme, et indirectement avec l'équipe. Avec la famille, c'est la parentalité et l'amélioration ou le développement du lien avec le futur nouveau-né qui est visé. Avec l'équipe, c'est lier et partager les problématiques des familles, permettre une inclusion du père dans les consultations de suivi et de préparation à la naissance ainsi qu'au moment de la naissance. C'est sensibiliser les professionnels à l'importance du lien père-bébé, et de la prise en compte du père.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

Proposition d'outil

L'INCLUSION POSITIVE DU PÈRE

? Besoins

- Consultations spécifiques directes du psychologue clinicien auprès des familles ;
- Interventions spécifiques auprès de l'équipe et des différents acteurs ;
- Consultations directes avec le père ou conjoint.

🎯 Objectifs

- Améliorer les représentations maternelles et paternelles autour du lien parent-bébé ;
- Créer un lien père-bébé pour mieux prévenir les risques dans la relation et modifier le schéma familial ;
- Développer le savoir des pères et des mères de manière conjointe ;
- Contribuer à l'éducation à la parentalité ;
- Accroître les connaissances du père sur les besoins des nourrissons et les besoins des mères ;
- Modifier positivement la triade mère-bébé-père ;
- Accueillir physiquement et psychologiquement le bébé ;
- Mieux accompagner la mère et prévenir la dépression post-natale ;
- Être un support pour l'équipe soignante et la sage-femme pour l'accompagnement postnatal ;
- Améliorer les perceptions des équipes et des professionnels sur la place du père et son importance dans le bon déroulement du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

📄 Modalités opérationnelles

- Associer les pères, dès les premières rencontres, au suivi des grossesses, que ce soit les temps d'entretiens, 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 psycho-social et du projet parental, où la patiente peut être reçue seule (famille monoparentale, violences conjugales) ou avec le père de l'enfant ;
- Proposer en petit groupe des thèmes de rencontre tels que « rythmes et besoins du nouveau-né » dès la grossesse. Les pères y ont une réelle place, les futurs ou jeunes 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 à deux autour de lui pour fonder quelque chose de cohérent et de commun et prévenir ainsi des situations de « burnout » familial. Pour cela, certaines rencontres sont organisées en fin de journée (créneau 18/19h30) afin de rendre possible leur présence. La naissance et le séjour : sous la réserve de l'autorisation de la future mère, permettre la présence du père sur tout le déroulement de l'accouchement, l'introduire au bloc opératoire en cas de césarienne pour que la découverte de l'enfant soit simultanée pour les deux parents, le faire participer ou lui faire faire les soins, peau à peau avec le bébé et autoriser sa présence la nuit pendant tout le séjour : favoriser le lien, l'observation pour comprendre et s'adapter au bébé ;
- Sensibiliser tous les acteurs de l'équipe à cette démarche (médecins, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, secrétaires...). Le travail de sensibilisation auprès de l'équipe et de réflexion sur l'inclusion du conjoint, le choix des mots est clef ;
- Associer les pères et conjoints en travaillant sur le processus d'inclusion du conjoint et la parentalité, histoire de famille et non une relation mère-enfant unique ;
- Réflexion sur le système autour de l'enfant et comment chaque membre de la famille a son rôle ;
- Le conjoint est reçu en consultation seul avant et après l'hospitalisation ;
- Conjoint reçu avec mère en consultation de parentalité et consultation de suivi de grossesse ;
- Sensibilisation des pères et conjoint sur la grossesse, le vécu émotionnel de la grossesse pour les femmes, leurs places, ce que cela engendre pour eux de devenir pères.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 3 : Organiser des dispositifs de suivi pour répondre aux situations de vulnérabilité

5. Dossier patient unique ou dossier partagé de suivi de grossesse

Le dossier patient unique, ou encore dossier partagé de suivi de grossesse, est un dossier médical contenant toutes les informations médicales, psychologiques et sociales de la femme enceinte. Ce dossier contient également le plan d'actions, l'identité des intervenants, les modalités et objectifs d'interventions.

Ce dossier peut exister sous forme papier ou informatisée. Il a pour objectif d'être utilisé par tous les professionnels médecin, sage-femme, psychologue, diététicienne, addictologue, assistante sociale

qui interviennent auprès de la femme enceinte, qu'ils exercent en ville, en PMI, à l'hôpital ou auprès de structures médico-sociales ou sociales. 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 risques. 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 avoir pas accès à tout (dossier informatisé partagé à accès réglementé sécurisé).

Proposition d'outil

DOSSIER PATIENT UNIQUE OU DOSSIER PARTAGÉ DE SUIVI DE GROSSESSE

? Besoins

Un dossier patient unique pouvant être utilisé par tous les intervenants de la périnatalité (médecins, sages-femmes, assistants sociaux, psychologues cliniciens, etc.) dans toutes les structures (maternité, PMI, libéraux, maisons de naissance, structures d'hébergement, CAF, CPAM) d'une zone géographique et d'un secteur donné correspondant aux réalités de terrain.

🎯 Objectifs

- 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.

📄 Modalités opérationnelles

- 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 ;
- Un dossier commun informatisé élaboré par le réseau de périnatalité ;
- Le dossier commun contient :
 - 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 (sérologies, dépistages, préparation à la naissance, anesthésie, échographies, dispositif PRADO, stress et angoisse maternelle, relations familiales, conditions de vie de la femme, facteurs psychologiques et culturels, l'évaluation des risques de dépression du post-partum) ;
 - Un résumé de chaque consultation ;
 - Les orientations vers un autre professionnel de santé (diététicienne, assistante sociale, psychologue clinicien, etc.)
 - Les fiches de liaisons pour le suivi du post-partum à domicile.

La HAS recommande³¹ « 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 ».

31 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 4 : Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

Enseignement n° 4

Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

40

Avoir une définition claire du rôle et des missions de chaque acteur est nécessaire voire fondamental pour mieux articuler les prises en charge en minimisant le risque de ruptures. La prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes dans leur globalité passent par l'attention portée aux dimensions médico-psycho-sociales aux différents moments de la grossesse (déclaration de grossesse, inscription dans un établissement, EPP, préparation à la naissance, consultations médicales, échographies, entretien avec l'anesthésiste, accouchement, post-partum). Le suivi de grossesse global, soit médico-psycho-social, est différent de l'accompagnement global que proposent les sages-femmes qui fait référence à l'accompagnement par un professionnel unique de la déclaration de la grossesse à la rééducation post-natale³².

Chaque acteur intervient dans l'une des sphères de la grossesse, médicale, psychologique et sociale; cependant ces sphères interagissent entre elles et ne peuvent pas être prises en compte de manière séparée. La HAS recommande un nombre restreint d'intervenants au cours de la grossesse. Ainsi, les professionnels de la sphère médicale (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens...) travaillent fréquemment avec les professionnels du champ psychologique (psychologues cliniciens, psychiatres...) et les professionnels du champ social (assistants sociaux...). Ces divers professionnels peuvent exercer au sein de structures régies par des règles de fonctionnement, des horaires et des règles de tarification différentes (établissements de santé publics, établissements de santé privés, services du département, maisons de santé et cabinets libéraux) qui peuvent ajouter des difficultés au travail en commun des professionnels impliqués. Certains acteurs, tels que les PMI, s'inscrivent dans un principe d'ouverture à tous (principe d'universalisme, avec une attention particulière portée aux plus vulnérables).

Aujourd'hui, les situations médico-psycho-sociales étant de plus en plus complexes, elles nécessitent un travail de partenariat et de coordination croisant le champ sanitaire hospitalier ou de ville et le champ social.

1. Les acteurs médicaux du suivi de grossesse

Les professionnels impliqués et responsables du suivi médical de grossesse sont des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des gynécologues médicaux et des médecins généralistes qui travaillent au sein de diverses structures : les maternités publiques ou privées (niveau I, II ou III), les cabinets libéraux et les services de PMI. Ils peuvent être le référent unique des femmes suivies.

Les acteurs médicaux s'articulent entre eux pour assurer un suivi, mais aussi avec d'autres acteurs comme les acteurs les plus pertinents pour une prise en charge psychologique de la femme (psychologue clinicien, psychiatrie) et un accompagnement social (assistante sociale). Certains professionnels du suivi font également appel à des diététiciens et des addictologues pour des prises en charge spécifiques.

2. Les acteurs du suivi psychologique de la grossesse

Il n'existe à ce jour aucune recommandation spécifique concernant le suivi psychologique des femmes, qui est pourtant une dimension importante de la grossesse comme vu précédemment et dans les monographies. Les professionnels qui assurent cette prise en charge sont généralement des psychologues cliniciens, qui travaillent au sein des maternités ou dans des services de psychiatrie des établissements publics. Certaines

32 - Définition de l'accompagnement global : Réseau des sages-femmes Paris-IDF <http://www.sages-femmes-idf.fr/accompagnement-grossesse-accouchement.html>

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 4 : Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

maternités privées ont également un psychologue clinicien. Les psychiatres et pédopsychiatres peuvent également être impliqués dans cette prise en charge.

Les modalités de prise en charge sont variées : ponctuelles, tout au long de la grossesse, au moment de l'accouchement ou pour des événements particuliers. Les motifs de prise en charge sont également très variés. Ce suivi peut intervenir à tout moment de la grossesse ainsi qu'en post-natal. Le psychologue clinicien permet de faire le lien entre la maternité et les services de psychiatrie lorsque cela est nécessaire. Présent aux staffs médico-psycho-sociaux, il évalue les situations et rend compte des situations qu'il prend en charge auprès de l'équipe et avec les autres structures. Il permet également aux équipes de mieux appréhender certaines situations, il sensibilise ses partenaires, les professionnels de la sphère médicale à mieux reconnaître les besoins d'un suivi psychologique, à repérer les demandes sous-jacentes, à comprendre l'impact des problèmes psychologiques sur l'aspect médical de la grossesse comme par exemple le stress et la prématurité.

3. Les acteurs sociaux de la grossesse

Le suivi social de la grossesse est principalement le fait des assistantes sociales des différentes structures qu'une femme enceinte est amenée à rencontrer. Le suivi social peut être initié à la demande de la femme elle-même ou par les différents intervenants qui peuvent repérer au cours de leur consultation des problèmes sociaux nécessitant un suivi ou une intervention sociale.

De nombreux staffs médico-sociaux ont été mis en place au sein des maternités en lien avec les services de PMI afin d'identifier et de mettre en place un suivi spécifique pour les situations sociales lourdes.

L'assistante sociale de la maternité est le pivot ou le relais du staff médico-psycho-social; elle permet le « pont », le lien avec des interventions qui ne dépendent pas de la maternité ou des services de PMI auprès de la femme et de sa famille. Elle tient informé l'équipe et les intervenants de l'évolution de la situation et permet de travailler la sortie de la maternité dès l'inscription.

LES ACTEURS SOCIAUX DE LA GROSSESSE

Proposition d'outils

Afin de clarifier le rôle et les missions des acteurs pour mieux articuler les prises en charge, les suggestions suivantes sont proposées en suivant les étapes de la grossesse.

Figure 7 : Le rôle et les missions des acteurs

Cartographie des acteurs	Rôle et missions	Structure dans lesquelles travaillent les professionnels		
		Hôpital	PMI	Libéral
DÉCLARATION DE LA GROSSESSE				
Gynécologues/ Médecins généralistes/ Sage-femme → ils peuvent orienter vers le psychologue, l'assistante sociale ou les services de psychiatrie, ou autres services ou professionnels de santé nécessaires selon les besoins identifiés (addictions par exemple).	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins généralistes • Gynécologue-obstétricien /sage-femme : <ul style="list-style-type: none"> - Établir la déclaration de grossesse; - Faire une évaluation des risques médicaux; - Faire une évaluation des risques psychologiques et sociaux; - Orienter vers les professionnels et structures nécessaires. <p>Le carnet de maternité est envoyé à la femme après la déclaration de grossesse. Le président du Conseil départemental en assure la diffusion selon les modalités qu'il lui convient de déterminer (faire dresser par ses services, par la CPAM ou la CAF dans le cadre d'une convention, soit par une mutuelle. Ce carnet peut être demandé au médecin ou à la sage-femme lorsqu'il n'a pas été pas reçu.</p>	X	X	X

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 4 : Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

Cartographie des acteurs	Rôle et missions	Structure dans lesquelles travaillent les professionnels		
		Hôpital	PMI	Libéral
Gynécologues/ Médecins généralistes/ Sage-femme → ils peuvent orienter vers le psychologue, l'assistante sociale ou les services de psychiatrie, ou autres services ou professionnels de santé nécessaires selon les besoins identifiés (addictions par exemple).	<p>• Psychologues cliniciens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire une évaluation psychologique et cognitive; - Prendre en charge la femme et sa famille si cela relève de ses compétences; - Orienter et faire le lien avec le service de psychiatrie compétent; - Faire un travail de liaison avec le professionnel qui a déclaré la grossesse; - Faire un travail de liaison avec le médecin généraliste lorsqu'il existe; - Faire un travail de liaison avec la maternité pressentie; - Assurer une continuité et un suivi de la prise en charge psychologique pendant la période périnatale jusqu'à la première année du nourrisson. <p>La HAS recommande³³, lors de l'orientation et du suivi des femmes enceintes, de les informer sur les possibilités d'un soutien psychologique.</p>	X	X	
	<p>• Assistante sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la situation sociale de la femme et sa famille; - Proposer un accompagnement et une orientation selon les besoins; - Faire un travail de liaison avec les divers professionnels déjà impliqués avec femme enceinte dont le médecin généraliste; - Faire un travail de liaison avec la maternité pressentie; - Assurer une continuité de l'accompagnement. <p>La HAS note³⁴ l'importance pour les professionnels d'identifier les situations de précarité, les difficultés d'accès aux soins et l'isolement social et parle de prise en charge médico-sociale.</p>	X	X	
INSCRIPTION DANS UN ÉTABLISSEMENT				
Personnel administratif ou secrétaire médicale → questionnaire et repérage des risques → consultation avec un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme.	<p>• Personnel administratif ou secrétaire médicale/l'accueil de la maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propose le livret de la maternité; - Propose le carnet de maternité si la femme n'en dispose pas; - Donne un questionnaire d'évaluation des risques; - Offre un annuaire des ressources territoriales expliquant le rôle et les missions des différents professionnels et des différentes structures; - Déclenche une consultation d'orientation et d'information plus ou moins rapidement selon les besoins. 	X		X
CONSULTATION D'ORIENTATION ET D'INFORMATION				
Gynécologue-obstétricien ou sage-femme → ils orientent en fonction des risques repérés vers les professionnels et structures nécessaires et s'assurent de l'accompagnement des femmes les plus vulnérables (car orienter n'est pas suffisant dans ce cas, il s'agit bien d'accompagner vers, et de faire un relais).	<p>• Gynécologues-obstétriciens/sages-femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évalue la situation médicale de la femme; - Prend en compte les facteurs sociaux et psychologiques; - Oriente vers les professionnels compétents; - S'assure que la femme est prise en charge par les professionnels ou structures vers lesquelles elle a été orientée; - Se lie avec les professionnels et structures pour assurer une passation et un partage des informations. 	X	X	X
	<p>• Psychologues cliniciens</p> <p>• Assistants sociaux</p>	X	X	

33 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

34 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 4 : Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

Cartographie des acteurs	Rôle et missions	Structure dans lesquelles travaillent les professionnels		
		Hôpital	PMI	Libéral
SUIVI DU 1^{ER} TRIMESTRE DONT L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE				
<p>Professionnel en charge du suivi → qui est en charge du suivi médical et du repérage des risques psycho-sociaux pour orienter vers les services et professionnels compétents (psychologue clinicien, assistante sociale). Chaque étape du suivi nécessite une première évaluation des risques psychologiques et sociaux en plus des risques médicaux. L'évaluation plus approfondie de ces risques peut-être conduite par le professionnel de référence (psychologue/ assistant sociale) et discuté en équipe pluridisciplinaire ou en staff incluant les partenaires extérieurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sages-femmes/Gynécologues obstétriciens • Médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Évalue les risques médicaux; - Pré-évalue et prend en compte les facteurs de stress, l'environnement, les facteurs sociaux et psychologiques; - Oriente vers les professionnels et structures compétentes; - S'assure de la communication effective entre lui et le(s) professionnel(s) vers qui la femme a été orientée; - S'assure de la passation des informations et d'obtenir les informations de la part des autres intervenants; - Communique à son équipe ou autres intervenants les informations concernant la femme. • Psychologues cliniciens : <ul style="list-style-type: none"> - Faire une évaluation psychologique et cognitive; - Prendre en charge la femme et sa famille si cela relève de ses compétences; - Orienter et faire le lien avec le service de psychiatrie compétent; - Faire un travail de liaison avec le professionnel qui a déclaré la grossesse; - Faire un travail de liaison avec le médecin généraliste lorsqu'il existe; - Faire un travail de liaison avec la maternité pressentie; - Assurer une continuité et un suivi de la prise en charge psychologique pendant la période périnatale jusqu'à la première année du nourrisson. La HAS recommande³⁵, lors de l'orientation et du suivi des femmes enceintes, de les informer sur les possibilités d'un soutien psychologique. • Assistante sociale : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la situation sociale de la femme et sa famille; - Proposer un accompagnement et une orientation selon les besoins; - Faire un travail de liaison avec les divers professionnels déjà impliqués avec la femme enceinte dont le médecin généraliste; - Faire un travail de liaison avec la maternité pressentie; - Assurer une continuité de l'accompagnement. <p>La HAS note³⁶ l'importance pour les professionnels d'identifier les situations de précarité, les difficultés d'accès aux soins et l'isolement social et parle de prise en charge médico-sociale.</p>	X	X	X X
		X		
		X	X	
SUIVI DU 2ND TRIMESTRE				
<p>Professionnel en charge du suivi → qui est en charge du suivi médical et du repérage des risques psycho-sociaux pour orienter vers les services et professionnels compétents (psychologue clinicien, assistante sociale).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sages-femmes/Gynécologues obstétriciens • Médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Évalue les risques médicaux; - Pré-évalue et prend en compte les facteurs de stress, l'environnement, les facteurs sociaux et psychologiques; - Oriente vers les professionnels et structures compétentes; - S'assure de la communication effective entre lui et le(s) professionnel(s) vers qui la femme a été orientée; - S'assure de la passation des informations et d'obtenir les informations de la part des autres intervenants; - Communique à son équipe ou autres intervenants les informations concernant la femme; • Psychologues cliniciens • Assistants sociaux 	X	X	X X

35 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

36 - Recommandations HAS 2007 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 4 : Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

Cartographie des acteurs	Rôle et missions	Structure dans lesquelles travaillent les professionnels		
		Hôpital	PMI	Libéral
Chaque étape du suivi nécessite une première évaluation des risques psychologiques et sociaux en plus des risques médicaux. L'évaluation plus approfondie de ces risques peut être conduite par le professionnel de référence (psychologue/ assistante sociale) et discuté en équipe pluridisciplinaire ou en staff incluant les partenaires extérieurs.				
SUIVI DU 3^{ÈME} TRIMESTRE				
<p>Professionnel en charge du suivi → qui est en charge du suivi médical et du repérage des risques psycho-sociaux pour orienter vers les services et professionnels compétents (psychologue clinicien, assistante sociale).</p> <p>Chaque étape du suivi nécessite une première évaluation des risques psychologiques et sociaux en plus des risques médicaux. L'évaluation plus approfondie de ces risques peut-être conduite par le professionnel de référence (psychologue/ assistant sociale) et discuté en équipe pluridisciplinaire ou en staff incluant les partenaires extérieurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sages-femmes/Gynécologues obstétriciens • Médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Évalue les risques médicaux; - Pré-évalue et prend en compte les facteurs de stress, l'environnement, les facteurs sociaux et psychologiques; - Oriente vers les professionnels et structures compétentes; - S'assure de la communication effective entre lui et le(s) professionnel(s) vers qui la femme a été orientée; - S'assure de la passation des informations et d'obtenir les informations de la part des autres intervenants; - Communique à son équipe ou autre intervenants les informations concernant la femme. • Psychologues cliniciens • Assistants sociaux 	X	X	X X
		X		
		X	X	

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 4 : Définir le rôle des acteurs pour articuler les prises en charge

Cartographie des acteurs	Rôle et missions	Structure dans lesquelles travaillent les professionnels		
		Hôpital	PMI	Libéral
ACCOUCHEMENT				
Les professionnels de la maternité ainsi que les partenaires extérieurs impliqués dans le suivi de la femme et de sa famille pendant la grossesse ré-évaluent la situation afin de préparer au mieux la sortie. Cette association des partenaires extérieurs et des divers acteurs de la prise en charge (psychologue clinicien, assistante sociale) étant d'autant plus cruciale à ce moment pour éviter les situations à risques pour la mère et le nourrisson.	<ul style="list-style-type: none"> • Sages-femmes/Gynécologues obstétriciens • Médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Évalue les risques médicaux; - Pré-évalue et prend en compte les facteurs de stress, l'environnement, les facteurs sociaux et psychologiques; - Oriente vers les professionnels et structures compétentes; - S'assure de la communication effective entre lui et le(s) professionnel(s) vers qui la femme a été orientée; - S'assure de la passation des informations et d'obtenir les informations de la part des autres intervenants; - Communique à son équipe ou autre intervenants les informations concernant la femme. 	X		
SUIVI POST-NATAL³⁷				
De la même manière dont les professionnels ont fonctionné ensemble en partenariat pendant le suivi de grossesse, le suivi post-natal peut nécessiter l'implication des partenaires tels que l'assistante sociale, le psychologue clinicien et l'intervention de différents services faisant partie ou non de la maternité.	<ul style="list-style-type: none"> • Sages-femmes/Gynécologues obstétriciens • Médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> - Évalue les risques médicaux; - Pré-évalue et prend en compte les facteurs de stress, l'environnement, les facteurs sociaux et psychologiques; - Oriente vers les professionnels et structures compétentes; - S'assure de la communication effective entre lui et le(s) professionnel(s) vers qui la femme a été orientée; - S'assure de la passation des informations et d'obtenir les informations de la part des autres intervenants; - Communique à son équipe ou autre intervenants les informations concernant la femme. • Psychologues cliniciens • Assistants sociaux 	X	X	X
		X		X

Cette cartographie pourrait être étendue à l'ensemble du champ de la périnatalité.

37 - Voir également HAS « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né » (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes) et CNSSE « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité » (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf).

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 5 : Établir des liens solides entre les acteurs sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours

Enseignement n° 5

Établir des liens solides entre les acteurs sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours

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 régional³⁸.

46

Le réseau a une qualité de neutralité, il peut coordonner les temps de coordination, et c'est l'opérateur adéquat pour la création d'outils communs généralisés. Il peut également proposer des modes ou règles de fonctionnement et d'organisation territoriale pour répondre aux besoins de la population de la région et par sous-territoires. Par exemple, le réseau périnatal a permis le travail d'un dossier ville-hôpital dans le Val d'Oise, il travaille sur le développement d'un système d'information partagé entre les maternités de la région Haute-Normandie.

Cependant, les missions du réseau ont été récemment redéfinies par la circulaire du 3 juillet 2015 relative à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans le cadre régional. Il est précisé notamment que les réseaux ont un rôle dans l'amélioration des relations ville - établissements de santé et doivent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. Ce nouveau cahier des charges note l'importance, pour les réseaux, en plus de contribuer à la mise en place de la politique nationale et régionale en matière périnatale et d'appuyer l'ARS, d'améliorer leurs actions de communication auprès du grand public, des professionnels et des institutions.

Le réseau représente, dans sa nouvelle forme, 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 comme l'Entretien prénatal précoce, les coordinations médico-psychologiques, les documents de suivi de grossesse, etc.

Le réseau et tous les outils de coordination des acteurs doivent permettre aux acteurs du territoire de se percevoir comme contributeur au sein d'un système dans lequel il joue un rôle avec d'autres et sans lesquels il ne peut 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.

Il est important que les temps de coordination soient prévus et valorisés au sein des structures, afin de les comptabiliser dans l'activité des structures, et ce particulièrement dans la prise en charge et l'accompagnement des populations les plus fragiles afin de permettre aux liens solides de s'établir. Aujourd'hui le système de mesure de l'activité ne permet pas cette valorisation de la coordination du temps des professionnels, qui fait pourtant partie de leurs activités quotidiennes et de leurs missions.

Ainsi, les outils non exhaustifs par lesquels peut passer une coordination des acteurs, qui est la base de l'interconnaissance des missions et rôles de chacun qui prévaut sur l'établissement de liens solides, sont les suivants :

- ▶ Le staff médico-psycho-social;
- ▶ Le dossier partagé du suivi de grossesse;
- ▶ La construction et l'animation d'un annuaire interactif des ressources territoriales;
- ▶ Intégrer dans l'activité les temps de coordination valorisés pour les professionnels;
- ▶ Des rencontres annuelles régulières.

38 - http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0114.pdf

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 5 : Établir des liens solides entre les acteurs sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours

Proposition d'outil

STAFF MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL

? Besoins

Une réunion pluridisciplinaire étant une interface entre les professionnels de proximité et ceux de l'hôpital, un lien nécessaire.

🎯 Objectifs

- Permettre un échange en équipe et avec d'autres (PMI) sur des situations préoccupantes;
- Permettre le dépistage des grossesses à risque et l'orientation;
- Décider des actions à mener en commune et coordonner celles-ci au profit de la mère et du futur nouveau-né entre les différents professionnels internes (gynécologue-obstétricien, assistante sociale, psychologue) et externes (sage-femme de PMI, sage-femme libérale, médecin généraliste, gynécologue-obstétricien libéral, psychiatre libéral ou du service de psychiatrie du secteur, etc.);
- Coordonner et suivre la mise en place d'actions de prise en charge des risques, de plan de management des situations, mode d'articulation des professionnels;
- Anticiper les difficultés.

📄 Modalités opérationnelles

Les staffs sont généralement composés de l'équipe de la maternité incluant assistante sociale et psychologue (que ces professionnels soient rattachés ou non directement à la maternité) et des sages-femmes et puéricultrices de PMI. Certains staffs invitent des partenaires extérieurs, s'ils sont impliqués dans la prise en charge d'une femme, comme des intervenants de l'Aide sociale à l'enfance ou encore des services de psychiatrie.

47

Proposition d'outil

LE CARNET DE MATERNITÉ

? Besoins

Un carnet développé par le ministère de la santé et des affaires sociales contenant des informations sur la femme et le déroulement de sa grossesse pouvant être utilisé par tous les intervenants de la périnatalité travaillant dans diverses structures (maternité, PMI, libéraux, maisons de santé pluridisciplinaire). Ce carnet appartient à la femme suivie.

🎯 Objectifs

- Donner des informations aux femmes sur le suivi médical de grossesse, les droits, les obligations et aides diverses;
- Constituer un outil de liaison entre les professionnels hospitaliers, de la ville et sociaux impliqués dans le suivi de grossesse;
- Améliorer la communication avec et entre les professionnels.

📄 Modalités opérationnelles

- Le carnet de santé est adressé à la femme après la déclaration de grossesse. Le président du Conseil départemental en assure la diffusion selon des modalités qu'il lui appartient de déterminer;
- Le carnet de maternité permet d'alimenter le dossier commun partagé des acteurs du territoire que celui-ci soit papier ou informatique.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 5 : Établir des liens solides entre les acteurs sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours

Proposition d'outil

LA CONSTRUCTION ET L'ANIMATION D'UN ANNUAIRE INTERACTIF DES RESSOURCES TERRITORIALES

? Besoins

Un annuaire interactif des ressources territoriales contenant des informations précises sur les rôles et missions de chacun, des renseignements sur les spécificités et des photographies (professionnels, personnes-ressources, associations d'usagers, etc.).

🎯 Objectifs

- Permettre de valoriser les nouveaux acteurs installés;
- Améliorer l'interconnaissance des différents acteurs;
- Permettre à chacun de valoriser ses spécificités;
- Donner une vision globale sur le territoire;
- Permettre d'attirer des professionnels dont la spécificité manque sur le territoire;
- Permettre une coordination territoriale des missions des acteurs;
- Fluidifier les échanges;
- Nourrir le dossier partagé et les staffs médico-psycho-sociaux.

📄 Modalités opérationnelles

Conformément à ses missions, le réseau de santé en périnatalité est le lieu idéal de construction d'un tel outil avec une mise à jour régulière des informations.

48

Proposition d'outil

L'INTÉGRATION ET LA VALORISATION DANS L'ACTIVITÉ DES TEMPS DE COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS

? Besoins

Inclure et valoriser les temps de liaison, de coordination et de mise en commun dans l'activité des soignants et des professionnels.

🎯 Objectifs

- Améliorer la prise en charge et les accompagnements, et plus particulièrement des situations complexes et femmes vulnérables;
- Améliorer le service rendu;
- Améliorer l'efficacité des établissements en rendant visible une partie importante de l'activité;
- Permettre des temps d'interconnaissance et de coordination entre les acteurs pour fluidifier les parcours des femmes enceintes;
- Éviter les ruptures de prise en charge.

📄 Modalités opérationnelles

La complexité du suivi des femmes vulnérables et les nouveaux modes de prise en charge qui reposent sur l'intervention de multiples acteurs venant de structures diverses, nécessitent d'autant plus de temps de liaison.

Pour ce faire, il est souhaitable :

- D'identifier du temps de coordination et de mise en commun dans l'activité de leurs soignants et professionnels;
- De créer un tableau du suivi de l'activité de liaison et de coordination;
- De coder le temps de liaison;
- De décrire et gérer les différentes tâches à effectuer pour la liaison;
- De prendre la « maternité » comme un moment de la vie des femmes et des familles fondamental pour « accrocher » les femmes et mener des actions préventives.

Chapitre 2

Enseignements

Enseignement 5 : Établir des liens solides entre les acteurs sur le territoire pour limiter les « ruptures » de parcours

Proposition d'outil

L'ORGANISATION DE RENCONTRES BIANNUELLES OU ANNUELLES COMMUNES AUX DIFFÉRENTS ACTEURS DU TERRITOIRE

? Besoins

Des rencontres interprofessionnelles régulières (annuelles ou bi-annuelles) permettant aux acteurs du territoire d'échanger et d'avoir une vision globale de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes enceintes et de la périnatalité sur leur territoire.

🎯 Objectifs

- Favoriser l'interconnaissance des acteurs et les échanges;
- Améliorer la pensée territoriale, chaque acteur faisant partie d'un système et son action ayant des répercussions sur les autres;
- Mieux appréhender les stratégies territoriales de prise en charge;
- Mieux connaître les besoins de la population de son territoire;
- Améliorer la répartition des missions et la connaissance des rôles de chacun.

📄 Modalités opérationnelles

À l'initiative du réseau, plusieurs modalités de coordination et de rencontre des acteurs d'un territoire donné peuvent être entreprises :

- Des réunions à l'échelle du réseau périnatal et de chaque territoire;
- La diffusion d'informations régulières sur le territoire, sa politique, sa population;
- Des informations sur la prise en compte du point de vue des usagers dans l'organisation territoriale;
- Des informations sur les actions menées par le réseau.



3

Chapitre 3

Une comparaison avec
quelques pays européens



Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Le projet « filières de périnatalité » de l'ANAP s'inscrit dans une démarche d'état des lieux de la situation française en matière de périnatalité et particulièrement du suivi de grossesse suite au rapport Euro-Peristat 2010. En effet, ce rapport note une situation française dégradée en matière d'indicateurs de santé périnatale par rapport à d'autres pays européens comparables.

Le rapport Euro-Peristat 2010 souligne que la France est le seul pays avec Chypre à ne pas disposer de données systématiques pour toutes les naissances, sur l'âge gestationnel des nouveau-nés, ni sur leur poids. Toutefois, ces données peuvent, pour partie, être obtenues grâce au PMSI. Pour la France, les données disponibles restent donc limitées et disponibles de manière irrégulière. Le rapport Euro-Peristat 2010 note que beaucoup de pays font un relevé des données de manière continue mais cette pratique n'est pas encore systématique et homogène en Europe.

Afin d'étoffer l'état des lieux français, il a semblé pertinent de regarder l'organisation du suivi de grossesse dans d'autres pays européens, permettant une mise en lumière des facteurs communs et des points divergents selon les contextes politico-socio-économico-culturels.

Pour cela, cinq pays européens ont été retenus (Royaume-Uni, Espagne, Allemagne, Italie et Suède) et ont été observés sous l'angle de l'organisation de la réponse aux besoins des parturientes. Un zoom a été fait sur le suivi de grossesse, plutôt que l'accouchement en lui-même, par souci de pertinence par rapport à ce projet. À l'exception de la Suède, les pays retenus ont des niveaux de population proches et connaissent des problématiques similaires (exemple : taux d'immigration). La Suède est différente mais peut constituer un modèle d'organisation intéressant bien que créé dans et pour un contexte différent. Eu égard aux différentes sources de données, les chiffres mis en valeur restent toujours à interpréter avec précautions.

Figure 8 : Population des pays comparés

Pays	Nombre d'habitants (janvier 2012)	Nombre de naissances (janvier 2012)	PIB (2012 en dollars)
Allemagne	81 843 743	671 000	3 747
Espagne	46 196 276	456 778	1 394
Italie	59 394 207	546 607	2 148
Royaume-Uni	63 456 584	812 970	2 627
Suède	9 482 855	113 177	526
France (métropolitaine)	63 409 191	792 000	2 863

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

1. Quelques chiffres EUROPERISTAT

Les références des indicateurs Euro-Peristat renvoient aux références standardisées du rapport Euro-Peristat 2010.

- Chiffres les plus bas
- Chiffres les plus haut
- France lorsqu'elle est située au delà des indicateurs

Figure 9 : Taux de fertilité

Pays	Taux de fertilité
Allemagne	1,39
Espagne	1,38
Italie	1,41
Royaume-Uni	1,98
Suède	1,98
France	2,03

Figure 10 : Indicateur Euro-Peristat C1 - Mortinatalité

Pays	>= 28 semaines	>= 1 000 gr	Toutes
Allemagne	2,3/1 000	2,1/1 000	4,0/1 000
Espagne	2,6/1 000	2,1/1 000	3,7/1 000
Italie	2,4/1 000	2,1/1 000	4,7/1 000
Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles)	3,8/1 000	3,4/1 000	5,1/1 000
Suède	2,8/1 000	2,4/1 000	3,7/1 000
France	4,3/1 000	3,9/1 000	9,2/1 000

Figure 11 : Indicateur Euro-Peristat C2_A - Mortalité néonatale

Pays	0-6 jours	7-27 jours
Allemagne	1,8/1 000	0,6/1 000
Espagne	1,3/1 000	0,8/1 000
Italie	1,7/1 000	0,7/1 000
Royaume-Uni	1,9/1 000	0,6/1 000
Suède	1,1/1 000	0,4/1 000
France	1,6/1 000	0,8/1 000

Figure 12 : Indicateur Euro-Peristat C3 - Mortalité infantile

Pays	
Allemagne	3,7/1 000
Espagne (Province de Valencia)	3,6/1 000
Italie	3,4/1 000
Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles)	3,8/1 000
Suède	2,4/1 000
France	3,5/1 000

Figure 13 : Indicateur Euro-Peristat C4_A - Poids de naissance

Pays	Moins de 1 500 gr	1 500-2 499 gr
Allemagne	1,5 %	6,0 %
Espagne	1,1 %	7,7 %
Italie	1,0 %	6,2 %
Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles)	1,4 %	5,9 %
Suède	0,9 %	3,5 %
France	1,3 %	5,7 %

Figure 14 : Indicateur Euro-Peristat C5_A - Âge gestationnel en semaines complètes (prématurité)

Pays	< 28 semaines	28 à 31 semaines	32 à 36 semaines
Allemagne	0,6 %	0,9 %	7,1 %
Espagne	0,3 %	0,9 %	6,9 %
Italie	0,6 %	0,7 %	6,4 %
Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles)	0,5 %	0,9 %	6,0 %
Suède	0,4 %	0,6 %	5,1 %
France	0,7 %	0,8 %	5,9 %

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Figure 15 : Indicateur Euro-Peristat C8 - Distribution de l'âge des femmes donnant naissance (naissances vivantes et mort-nés)

Pays	< 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et +
Allemagne	2,1 %	13,1 %	28,0 %	33,1 %	23,6 %
Espagne	2,5 %	9,1 %	20,8 %	38,1 %	29,5 %
Italie	1,4 %	8,9 %	21,2 %	33,7 %	34,7 %
Royaume-Uni	5,7 %	19,0 %	27,6 %	28,0 %	19,7 %
Suède	1,6 %	13,4 %	28,8 %	33,8 %	22,5 %
France	2,5 %	14,5 %	33,2 %	30,6 %	19,2 %

Figure 16 : Indicateur Euro-Peristat R9 - Distribution des femmes par niveau d'éducation

Pays	Primaire	Secondaire	Après le baccalauréat
Allemagne	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Espagne	15,1 %	51,9 %	33,1 %
Italie	5,2 %	72,1 %	22,7 %
Royaume-Uni	-	49,0 %	51,0 %
Suède	Non disponible	Non disponible	Non disponible
France	2,4 %	45,7 %	51,8 %

Figure 17 : Indicateur Euro-Peristat R11 - Proportion de femmes d'origine étrangère (nationalité étrangère, nationalité à la naissance, pays de naissance ou ethnicité, femmes nées en dehors du pays dans lequel elles donnent naissance)

Pays	Proportion de femme d'origine étrangère
Allemagne	16,9 %
Espagne	23,6 %
Italie	19,0 %
Royaume-Uni	24,0 %
Suède	24,4 %
France	18,3 %

Figure 18 : Indicateur Euro-Peristat R12 - Proportion de femmes ayant un Indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30

Pays	Proportion de femmes ayant un IMC ≥ 30
Allemagne	13,7 %
Espagne	Pas de données
Italie	Pas de données
Royaume-Uni	20,7 % (Écosse seulement)
Suède	12,6 %
France	9,9 %

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Figure 19 : Indicateur Euro-Peristat C10 - Taux de césarienne (incluant les césariennes programmées)

Pays	Taux de césarienne (dont césariennes programmées)
Allemagne	31,3 % (dont 15,4 %)
Espagne	22,2 %
Italie	38,0 % (dont 24,9 %)
Royaume-Uni	Irlande du Nord 29,9 % (dont 14,6 %) Écosse 27,8 % (dont 11,9 %) Pays de Galles 26,1 % (dont 11,1 %) Angleterre 24,6 % (dont 9,9 %)
Suède	17,1 % (dont 8,9 %)
France	21,0 % (dont 11,3 %)

La France présente le taux de mortalité le plus élevé d'Europe, ceci constituant la principale différence de la France avec les autres pays Européens (voir tableaux ci-dessus). Cette différence notable pourrait s'expliquer par le fait qu'environ 40 % des mort-nés en France pourraient être attribuables à des interruptions médicales de grossesse³⁹, la France ayant une politique de dépistage des anomalies congénitales très actives et une pratique des IMG très tardive (rapport Euro-Peristat 2010). En complément de ces chiffres, les modalités d'enregistrement des données permettant la production du taux de mortalité permettent depuis 2012 une présentation des résultats comparables aux données précédentes et en conformité avec les seuils définis par l'OMS. La DREES précise que les morts fœtales *in utero* et les morts fœtales *per partum* représentent 60 % des enfants mort-nés⁴⁰. Sur les autres indicateurs de santé périnatale, la France est bien placée en Europe mais ne se trouve jamais parmi les cinq meilleurs pays de l'Union Européenne.

Cependant, même si la France a des proportions de femmes de 35 ans et plus et de femmes dont l'IMC est supérieur à 30 plus basses que les cinq autres pays européens, le rapport Euro-Peristat souligne que ces indicateurs ont augmenté en France par rapport à 2003 et sont des facteurs de risques périnataux préoccupants. Cette tendance d'augmentation du taux de femmes âgées de 35 ans et plus depuis 2003 est observée

39 - Cf. Rapport Euro-Peristat p.13 : « Another related issue is the variation in notification procedures for terminations of pregnancy at 22 weeks or later. These are included in fetal mortality rates in some but not all countries, and only some countries which include them can distinguish terminations from spontaneous deaths. Six percent of all fetal deaths were terminations in Scotland versus 40-50% in France. Terminations were 13% of fetal deaths in Hungary, 15% in Switzerland, and 19% in Italy. »

40 - « Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012 », Études et résultats n° 901, décembre 2014, DREES.

Figure 20 : Indicateur Euro-Peristat R14 - Proportion de grossesse déclarée au 2nd et au 3^{ème} trimestre

Pays	2 nd trimestre (14-27s)	3 ^{ème} trimestre (28s et +)
Allemagne	4,0 %	1,0 %
Espagne	Pas de données	
Italie	2,8 %	0,6 %
Royaume-Uni	12,8 % (Angleterre)	9,6 % (Angleterre)
Suède	Pas de données	
France	6,6 %	1,2 %

partout en Europe à l'exception de la Finlande; cette augmentation est particulièrement importante en Italie, Estonie, Hongrie, République Tchèque et Espagne. L'augmentation de l'indice de masse corporelle (taux de personnes en surpoids ou obèses) est importante en Europe et est inquiétante selon l'OMS.

2. Ce que disent les recherches en Europe sur la périnatalité

2.1 Le suivi anténatal en Europe : les débuts des recherches européennes

2.1.1 Les barrières/obstacles au suivi anténatal en Europe

La participation des femmes au suivi prénatal varie beaucoup selon les pays d'Europe et selon l'organisation du système de santé. Cette étude, menée par Delvaux T. et al. (1999)⁴¹, montre que l'engagement dans le suivi de grossesse de manière tardive était assez fréquent en Europe en général, même si une grande disparité existe. Plusieurs facteurs pourraient expliquer les variations entre les pays :

- ▶ Les recommandations en matière de premier rendez-vous;
- ▶ Les définitions de suivi prénatal;
- ▶ L'enregistrement systématique de la première visite anténatale;
- ▶ La définition de l'âge gestationnel et donc des soins tardifs.

41 - Delvaux T., Buekens P. and The Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe (1999). Disparity in Prenatal Care in Europe. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 83, 185-190.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Cependant, des similarités de caractéristiques des femmes ont été remarquées : les moins de 20 ans et plus de 35 ans dont c'est le premier enfant ont tendance à initier le suivi tardivement. Hors, les recherches montrent qu'un suivi pauvre, tardif ou inexistant est associé avec de mauvais résultats en matière de santé périnatale. Ceci pose la question de l'accès aux soins et des barrières existant en Europe pour accéder aux soins périnataux.

Delvaux T. et al. (2001)⁴² ont conduit une recherche sur les obstacles au suivi de grossesse en Europe et ont trouvé que des barrières personnelles, socio-économiques, organisationnelles et culturelles existent. Un des facteurs de risques le plus important corrélé avec une mauvaise prise en charge du suivi de grossesse est le manque d'assurance/de couverture sociale ou d'assurance santé. Il a été démontré que la participation au programme de suivi de grossesse a des bénéfices sur le bon déroulement de la grossesse. En Europe, il y a beaucoup de programmes de prévention en matière de santé périnatale incitant les femmes à être suivies; cependant, il y a des différences entre les pays européens. Dans cette étude, les déclarations tardives de grossesse étaient particulièrement marquées en Grèce, Hongrie, Irlande, Portugal et Écosse.

Cette étude pointe les mêmes facteurs de risque aujourd'hui identifiés dans Euro-Peristat en matière de santé périnatale, soit l'âge de la mère, les femmes ayant quatre enfants et plus, les mères de nationalité étrangère, les mères isolées, les femmes sans qualification ou ayant un niveau d'étude bas, les femmes ayant peu ou pas de revenus. Cependant, ils ont aussi souligné l'importance de la couverture sociale, de l'ouverture des droits, mais aussi les barrières plus organisationnelles, culturelles et personnelles dans la compréhension des soins. Les problèmes organisationnels sont le facteur le plus important, certaines femmes rapportant avoir des difficultés de compréhension de l'organisation du système de soin. Le deuxième facteur est la barrière culturelle et l'inadéquation des services pour la prise en charge de personnes de culture différente. Ces deux facteurs, organisationnel et culturel, sont plus marqués chez les femmes de nationalité étrangère. Enfin, les difficultés financières constituent le troisième facteur influençant le suivi de grossesse et la prise en charge.

Hemminki & Blondel (2001)⁴³ ont démontré que le suivi prénatal ou anténatal en Europe est très différent selon les pays. Des variations du suivi prénatal ont également été constatées selon

quels professionnels (gynécologue-obstétricien, sage-femme...) suivaient la parturiente. Les bénéfices financiers et sociaux accordés aux femmes pendant leur grossesse sont aussi des facteurs déterminants sur l'adhésion des femmes au programme anténatal ou de suivi de grossesse. Les femmes n'ayant pas les ressources financières suffisantes ne s'investissent pas dans le suivi de grossesse.

Cette étude portant sur treize pays membres de l'Union Européenne révèle treize systèmes parallèles d'organisation du suivi de grossesse en 2001. Des similarités entre les pays ont toutefois été trouvées mais des recherches plus approfondies sont nécessaires. Les similarités notées sont doubles : en premier lieu, le suivi et la prise en charge anténatale est assurée entièrement ou à bas prix en Europe (les autorités de santé européennes sont intéressées par les recommandations sur les prises en charge optimales) et en second lieu, les prises en charge et le suivi anténatal sont planifiés. Dans la plupart des pays le référent est un gynécologue-obstétricien; cependant pour deux pays, le référent est une sage-femme. Six pays ont un système dominant, alors que sept ont un fonctionnement de systèmes parallèles. Dans la moitié des pays, les visites anténatales se font en dehors de l'hôpital, et pour l'autre moitié, le suivi se fait à la fois à l'hôpital et en dehors de celui-ci. Pour tous les pays ayant un système dominant, les frais de santé liés à la grossesse sont pris en charge par le système, alors que pour les pays ayant des systèmes parallèles, l'avance des soins est souvent nécessaire. Cependant, aucun pays n'a un système basé sur l'assurance de santé privée uniquement.

2.1.2 Différences en mortalité périnatale et prise en charge suboptimale : the Euronatal audit

Richardus et al. (2003)⁴⁴ ont montré qu'il existe des différences de qualité de prise en charge anténatale et postnatale dans les dix régions européennes étudiées (La Flandre en Belgique, Danemark, sept régions en Angleterre, Finlande, Grèce, le sud de la Hollande, quatre parties de la Norvège, Grampian en Écosse, la province de Valencia en Espagne, la région sud de la Suède). Ces différences de qualité de la prise en charge contribuent, entre autres facteurs, à expliquer les différences de mortalité périnatale entre ces pays. Cet audit suggère qu'il y aurait eu une réduction des décès périnataux si, lors du suivi de grossesse, il avait été possible de détecter les retards de croissance du fœtus. Un autre facteur très important mis en valeur à travers cet audit est la consommation de tabac et sa relation avec les facteurs de risques.

42 -Delvaux T., Buekens P. and The Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe (1999). Disparity in Prenatal Care in Europe. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 83, 185-190.

43 -Hemminki E. & Blondel B. and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal care in Europe (2001). Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 94, 145-148.

44 -Richardus J.H., Graafmans W.C., Verloove-Vanhorick S.P., Mackenbach J.P. & the EuroNatal International Audit Panel, The EuroNatal Working group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an International audit. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 110, 97-105.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

2.1.3 La régionalisation des soins périnataux en Europe

Zeiltin J., Papiernik E. & Bréart G. (2004)⁴⁵ ont mené une revue des politiques européennes de santé périnatale et ont montré, en concordance avec les autres études réalisées, que les soins en matière périnatale étaient à la fois très divers et organisés de manière variée selon les contextes. Ces différences de politique et d'organisation sont particulièrement prégnantes en ce qui concerne les soins intensifs, la prise en charge, et la disponibilité d'unités spécialisées. Cette étude a mis en évidence comment les différentes caractéristiques organisationnelles peuvent influencer l'accès aux soins, l'utilisation des ressources et les résultats de santé. Cependant, il n'y a pas d'organisation faisant consensus en Europe mais une volonté de répondre à des problèmes partagés. Cette étude s'est particulièrement orientée sur le suivi postnatal, mais il est important de questionner la potentielle influence du suivi anténatal sur les résultats postnataux et le suivi postnatal. En effet, les grossesses à haut risque sont un problème partagé pour les pays de l'Union européenne et beaucoup d'études sont menées visant à trouver des esquisses de réponse.

2.2 Autres recherches européennes plus récentes

2.2.1 Recherche sur une cohorte multi-pays en Europe sur la relation entre maltraitance et accouchement par césarienne

Schei B. et al. (2014)⁴⁶ ont mis en évidence dans une étude menée sur six pays européens (Belgique, Islande, Danemark, Estonie, Norvège et Suède) que les victimes d'agression sexuelle avaient un risque plus élevé de choisir un accouchement par césarienne. En effet, les indications de césariennes ne relèveraient pas uniquement de questions purement médicales mais aussi à la demande de la mère pour des raisons d'ordre psychologique (liées à la peur de l'accouchement, des traumatismes liés à des violences sexuelles ou autre, etc.).

Le rapport⁴⁷ publié récemment par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne montre des chiffres importants en Europe :

- ▶ 33 % des femmes, soit 62 millions, ont été victimes de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans ;

45 - Zeiltin J., Papiernik E. & Bréart G., The Europet Group (2004). Regionalization of perinatal care in Europe. *Seminars in Neonatology* 9, 99-110.

46 - Schei B., Lukasse M., Ryding E.L., Campbell J., Karro H., Kristjansdottir H., Laanpere M., Schroll A.M., Tabor A., Temmerman M., Van Parys A.S., Wangel A.M., Steingrimsdottir T. (2014). A History of Abuse and Operative delivery - Results from a European Multi-Country Cohort Study. *Plos One* 9 (1).

47 - Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne - Rapport 2014 : les violences faites aux femmes en Europe.

- ▶ 22 % ont fait l'objet de violence physique et/ou sexuelle perpétrée par un(e) partenaire intime ;
- ▶ 5 % des femmes ont été violées. Près d'une femme sur 10 qui a fait l'objet de violences sexuelles perpétrées par une personne autre qu'un(e) partenaire, indique que l'incident le plus grave a été perpétré par plusieurs auteurs ;
- ▶ 43 % des femmes interrogées ont vécu une certaine forme de violence psychologique perpétrée par un(e) partenaire actuel(le) ou ancien(ne) telle que l'humiliation en public, l'interdiction de sortie ou la séquestration, l'obligation de regarder du matériel pornographique et des menaces de violence ;
- ▶ 33 % ont été victimes de violences physiques ou sexuelles commises par un(e) adulte pendant leur enfance. Parmi les victimes de violence sexuelle pendant l'enfance, 12 % ont vécu des actes dont la moitié étaient commis par des hommes qu'elles ne connaissaient pas. Ces formes d'abus impliquent généralement des actes tels que l'exhibition des parties génitales par un(e) adulte, les caresses sur les parties génitales de l'enfant ou l'effleurement de la poitrine ;
- ▶ 67 % n'ont pas signalé à la police ou à un autre organisme l'acte le plus sévère de violence commise à leur égard par un(e) partenaire.

Cela pose la question du repérage de ce type de femmes lors du suivi de grossesse avec un axe particulier sur la préparation de la naissance et les aspects psychologiques de la mise au monde. D'autres études (Boy A. & Salihu H.M., 2004⁴⁸) ont démontré que les femmes subissant de la violence physique (incluant les violences sexuelles) et/ou émotionnelle durant leur grossesse étaient plus à risque de complications de prématurité, petit poids de naissance, mort maternelle, mort infantile. Ainsi, cela pose la question du repérage de ces facteurs de risques et de cet indicateur.

En France, selon les services de police et de gendarmerie, au moins 23 000 femmes par an en moyenne subissent des violences sexuelles (Bulletin mensuel de l'ONDRP, décembre 2011), dont 45,9 % ont moins de 15 ans lors de l'agression, 11,9 % ont entre 15 et 18 ans et 32,7 % sont majeures (Bulletin 2000 du Collectif féministe contre le viol). 2,5 % de femmes âgées de 18-59 ans ont déclaré avoir été agressées physiquement et 1,5 % déclarent avoir été violées (INSEE). Les femmes sans diplôme sont trois fois plus nombreuses à subir des violences domestiques (INSEE). 3,3 % de femmes sont victimes de violence au sein du ménage (INSEE, chiffres déclarés).

48 - Boy A. & Salihu H.M., 2004. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's medicine* 49 (4), 159-164.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

2.2.2 Caractéristiques des femmes continuant à fumer pendant la grossesse dans 15 pays de l'Union Européenne

Smedberg J. et al. (2014)⁴⁹ ont mené une recherche sur quinze pays de l'Europe (Autriche, Croatie, Finlande, France, Islande, Italie, Hollande, Norvège, Pologne, Russie, Serbie, Slovénie, Suède, Suisse et Royaume-Uni).

Les risques associés à la consommation de tabac pendant la grossesse sont très connus et l'OMS recommande une abstinence complète pendant la grossesse. La consommation de tabac est associée à des interruptions involontaires de grossesse, prématurité, petit poids de naissance, mort-nés. Cependant, 10 à 27% des femmes continuent à fumer pendant la grossesse selon les pays européens. Cette étude a permis de mettre en lumière la corrélation entre femmes fumant pendant la grossesse et un niveau socio-économique bas; par conséquent, les inégalités de santé entre personnes ayant des niveaux d'étude et des revenus différents sont très fortes. D'autres comportements à risque sont aussi associés avec un niveau socio-économique bas comme les grossesses non planifiées, la non-consommation d'acide folique et la consommation d'alcool pendant la grossesse. Fumer semble aussi devoir être associé aux femmes au foyer vivant seules.

Pour la France, le rapport Euro-Peristat 2010 note une amélioration de la situation avec une diminution de la proportion de femmes consommant du tabac avant la grossesse (2004 en 21,8% vs 17,1% en 2010). Cependant, cette amélioration est particulièrement notée chez les femmes des groupes sociaux les plus favorisés (Lelong et al., 2011⁵⁰), qui n'est pas la population spécifiquement visée par les mesures de santé publique. On remarque les difficultés des mesures de santé publique à atteindre les femmes en situation précaire ou les plus défavorisées.

2.2.3 Suivi anténatal visites réduites et mortalité périnatale : une 2^{ème} analyse de la proposition de suivi de l'OMS = le suivi de grossesse influe positivement les résultats de santé périnataux

Le programme régulier de suivi de grossesse pour que les grossesses physiologiques soient à bas risques est une politique publique de santé qui a été introduit en Europe il y environ un siècle, se basant sur l'idée que le suivi améliorerait la santé de la mère et de l'enfant et donc diminuerait les risques. Le suivi de grossesse consistant à amener les femmes

à consulter régulièrement un professionnel spécialisé, ce qui représentait pour l'époque une intrusion dans la vie des femmes. Des modèles de suivi de grossesse se sont développés et des comparaisons ont eu lieu. Hofmeyr G.J. & Hodnett E.D (2013)⁵¹ ont noté que les modèles de suivi de grossesse, même ceux développés de façon empirique, avaient un effet sur les résultats périnataux. En effet, un faible nombre de visites anténatales est associé avec une augmentation de la mortalité périnatale. À l'inverse, un suivi régulier permet une diminution des risques.

2.3 Un zoom sur quelques pays

2.3.1 Italie

Dallolio L. et al. (2013)⁵² ont montré une tendance de diminution de la mortalité néonatale et post-natale en Italie grâce à une amélioration de la qualité de la prise en charge périnatale entre 1991 et 2009. Cependant, Lauria L. et al. (2013)⁵³ notent que des inégalités persistent pour l'accès aux soins, particulièrement chez les femmes migrantes et de statut socio-économique bas. Chiavarini M. et al. (2014)⁵⁴ mettent également en exergue que les facteurs sociodémographiques sont déterminants dans l'accès aux soins périnataux. Ces études mettent en lumière l'importance de développer des interventions périnatales ayant pour but le repérage des femmes à risque socio-économique pour aider les femmes à bénéficier d'un suivi anténatal pouvant améliorer les conditions de santé.

2.3.2 Suède

Hildingsson I. et al. (2014)⁵⁵ ont étudié quelles attentes ont les femmes suédoises par rapport au suivi anténatal et l'évolution de ces attentes sur dix ans. Ils ont noté que les femmes prises en charge tôt, étaient particulièrement attentives au respect avec lequel elles sont prises en charge et sur la façon d'impliquer leur partenaire; elles ont des attentes plus importantes concernant les informations dont elles vont disposer et des attentes

49 - Smedberg J., Lupattelli A., Mardby A.C., Nordeng H. (2014). Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. BMC Pregnancy and Childbirth 14.
50 - Lelong N., Blondel B., Kamonski M. (2011). Evolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. Journal of Gynecology Obstetric and Biological Reproduction 40, 42-49.

51 - Hofmeyr G.J. & Hodnett E.D. (2013). Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality : a secondary analysis of the WHO antenatal care trial - Commentary : routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. Reproductive Health 10.

52 - Dallolio L., Lenzi J., Fantini M.P. (2013). Temporal and geographical trends in infant, neonatal and post-neonatal mortality in Italy between 1991 & 2009. Italian Journal of Pediatrics, 39-19.

53 - Lauria L., Bonciani M., Spinelli A., Grandolfo M.E. (2013). Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status. Ann Ist Super Sanità, 49(2), 209-218.

54 - Chiavarini M., Lanari D., Minelli L., Salmasi L. (2014). Socio-demographics determinants and access to prenatal care in Italy. BMC Health Services Research 14:174.

55 - Hildingsson I., Andresson E., Christensson K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time - A comparative study of two cohorts of women. Sexual & reproductive Healthcare 5, 51-57.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

moindres par rapport à la prise en charge médicale et émotionnelle.

Dans une étude, Sydsjö G. et al. (2014)⁵⁶ ont montré qu'il y avait un taux de césarienne plus élevé chez les femmes primipares avec une peur sévère de l'accouchement. Ainsi, ils ont mené une étude pour voir l'impact d'un traitement contre la peur sévère de l'accouchement; leur étude a mis en évidence que les femmes traitées accouchent majoritairement par voie basse mais sans qu'il soit mis en valeur de relation directe entre le nombre de sessions de traitement reçu et la manière d'accoucher. Ils ont trouvé ce résultat surprenant et rappellent les difficultés d'étudier ce phénomène. Ils ont également noté un point intéressant concernant les femmes ayant une peur sévère de l'accouchement et ayant une césarienne planifiée : elles sont plus souvent enclines à avoir eu des symptômes obstétricaux pendant la grossesse et à être hospitalisées lors du suivi de grossesse.

2.3.3 Allemagne

Petersen J. et al. (2008)⁵⁷ rapportent que les informations données dans le programme anténatal classique suivi traditionnellement par les femmes allemandes provoquent de l'anxiété chez les femmes suivies. Ils expliquent qu'en théorie le suivi devrait offrir un espace rassurant mais que la manière dont les informations sont données (i.e. sans approfondissements ou explications et en groupe) crée un état anxieux. Cette étude pose la question de la diffusion d'information de manière générale et en groupe, sans que cela soit adapté aux besoins psycho-émotionnels de chaque femme. Cette étude conclut donc que le suivi anténatal provoque de l'anxiété et du stress chez les femmes allemandes plutôt qu'offrir une réassurance. Il est intéressant de noter que les recommandations privilégient le suivi en groupe par rapport au suivi individuel, alors qu'une combinaison pourrait peut-être être plus adaptée pour les femmes.

2.3.4 Royaume-Uni

Rowe R.E. et al. (2003)⁵⁸ ont supposé qu'il existerait une différence de présence et d'assiduité aux consultations de suivi anténatal selon la classe sociale et l'ethnicité. Ils ont remarqué que les femmes d'origine d'Asie du sud sont les plus susceptibles de déclarer leur grossesse tardivement et d'avoir moins de visites de suivi anténatal.

Freemantle N. et al. (2009)⁵⁹ ont montré que les difficultés sociales, l'ethnicité et l'âge maternel sont des facteurs de risque importants pour la mortalité néonatale et la mortalité infantile, cette mortalité étant prééminente dans les communautés pauvres.

Manios Y. et al. (2013)⁶⁰ soulignent que le poids maternel pré-grossesse, la consommation de tabac pendant la grossesse et le niveau d'étude de la mère au moment de la grossesse sont des facteurs périnataux influençant l'obésité chez l'enfant. Un index CORE a été développé à la suite de cette recherche afin de prévenir les risques d'obésité associés à des facteurs de risques périnataux.

Hollowell J. et al. (2009)⁶¹ ont analysé l'efficacité de différents programmes anténatals pour voir leur impact sur la réduction des causes majeures de la mort infantile chez les femmes vulnérables et désavantagées socialement. Quatre modèles de prise en charge/de suivi ont été évalués : le suivi de grossesse en groupe, les programmes spécifiques ayant pour cible les femmes vulnérables et en situation précaire, les programmes intensifs visant les femmes vulnérables et en situation précaire ayant des risques de prématurité, les programmes pour les femmes vulnérables et en situation précaire ayant des difficultés particulières (toxicomanie, HIV, adolescentes, etc.). Ils notent une étude montrant de potentiels effets positifs du suivi en groupe, ceci n'étant toutefois pas confirmé par d'autres études. Les programmes spécifiques mis en place pour les femmes vulnérables et en situation précaire semblent utiles dans la prévention des causes majeures de mortalité infantile comme la grande prématurité, mais ces programmes mériteraient plus d'attention et de recherche.

2.3.5 Espagne

De la Torre J. et al (2006)⁶² ont étudié le phénomène d'immigration en Espagne (représentant 8% de la population) et son impact sur la santé générale de la population et la santé périnatale. Ils notent que le pourcentage de femmes immigrantes est en augmentation et que la majorité vient de pays ayant des problèmes de pauvreté importante. Des problèmes liés à la santé sexuelle et périnatale ont été identifiés, particulièrement des antécédents de pathologie maternelle pouvant avoir des conséquences importantes sur la santé périnatale.

56 - Sydsjö G., Bladh M., Lilliecreutz C., Persson A.M., Vyoni H., Josefsson A. (2014). Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth - a retrospective case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:126.

57 - Petersen J., Jahn A. (2008). Suspicious Findings in Antenatal Care and Their Implications from the Mothers' Perspective: A Prospective Study in Germany. *Birth* 35(1).
58 - Rowe R.E. & Garci J. (2003). Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* 25(2), 113-119.

59 - Freemantle N., Wood J., Griffin C., Gill P., Calvert M.J., Shankar A., Chambers J., MacArthur C. (2009). What factors predict differences in infant and perinatal mortality in primary care trusts in England? A prognostic model. *BMJ*, 339:b2892.

60 - Manios Y., Biribilis M., Moschonis G. "the Healthy Growth Study Group" (2013). Childhood Obesity Risk Evaluation based in perinatal factors and family sociodemographic. *European Journal of Pediatrics* 172, 551-555.

61 - Hollowell J., Kurinczuk J.J., Oakley L., Brocklehurst P., Gray R. (2009). A systematic review of the effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and its major causes in socially disadvantaged and vulnerable women. Final report.

62 - De La Torre J., Coll C., Coloma M., Martin J.I., Padron E., Gonzales N.L. (2006). Antenatal care in immigrants. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29 (1), 49-61.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

2.4 Vers des recommandations européennes?

Bernloerh A., Smith P. & Vydellingum V. (2005)⁶³ ont fait une revue des recommandations en termes de suivi de grossesse dans différents pays européens afin de voir s'il serait intéressant de développer des recommandations communes en Europe en matière de périnatalité. Cette recherche était une esquisse de réponse en matière de politique de santé publique européenne élaborée lors de la création de la Communauté européenne en 1992 sous le traité de Maastricht. En effet, deux points importants sont pris en compte : s'assurer de standards similaires pour les systèmes de soins des différents pays européens et permettre une prise en charge transfrontalière.

Si la Belgique, Chypre, la Grèce, l'Irlande et Malte n'ont pas de recommandations sur le suivi de grossesse/prénatal, les résultats de l'étude montrent que 23 tests sont recommandés par plus de 50 % des états membres, ce qui s'applique à plus de la moitié des habitants d'Europe. Cependant, seulement trois tests (pression artérielle, facteur rhésus et groupe sanguin) sont effectués par tous les pays membres de l'Union Européen à la date de la recherche (2005). Il a été noté que les pays membres de l'Union Européenne ayant un PNB supérieur à la moyenne recommandent moins de tests que les pays ayant un PNB inférieur à la moyenne. Une interrelation entre PNB et pouvoir d'achat montre la même tendance. De fait, les pays membres de l'Union européenne les moins riches recommandent plus de tests que les pays les plus riches. Cela suggère que des recommandations communes pour les pays de l'Union Européenne pourraient être bénéfiques pour maîtriser les dépenses des pays les plus pauvres.

Établir des recommandations européennes communes permettrait d'assurer une continuité et un niveau élevé de soins dans une réflexion permanente d'amélioration des soins et de prévention des situations nuisibles, en se basant sur les dernières recherches et les évidences scientifiques. Ce, d'autant plus que l'Europe promeut la liberté de mouvement des citoyens des pays membres à la fois en tant que patient potentiel mais aussi professionnel potentiel.

Cette étude a également démontré le manque de savoir sur le suivi anténatal dans les pays membres de l'Union européenne. Peu d'études ont été menées. Le réseau Euro-Peristat s'est mis en place depuis 2003 et espère continuer la collaboration multidisciplinaire et pays. À ce jour, 27 des 28 pays de l'Union

européenne participent à l'enquête Euro-Peristat avec la Norvège, la Suisse et l'Islande. Ce projet et réseau a pour objectif de systématiser des indicateurs en matière de santé périnatale à travers l'Europe afin de pouvoir comparer les pays, d'une part, et de développer des politiques de santé européennes, d'autre part (Zeitlin J. et al. 2013⁶⁴).

Suite à Euro-Peristat, Santos J.V. et al. (2013)⁶⁵ ont mené une enquête dans 21 pays de l'EU auprès de chercheurs et professionnels de la périnatalité pour connaître leur avis sur la pertinence des indicateurs de périnatalité utilisés par Euro-Peristat. Seul l'indicateur de mortalité néonatale mesuré par l'âge gestationnel était considéré comme pertinent. Cette étude conclut que les professionnels du champ de la périnatalité ne se retrouvaient pas dans les recommandations d'Euro-Peristat et qu'il serait utile de développer de nouveaux indicateurs communs afin de mieux appréhender la performance du système de soin en Europe. Blondel et al. (2003) ont également noté que les indicateurs de santé périnatale disponibles dans les états membres de l'Union Européenne ne sont pas comparables et que les indicateurs clefs de santé et prise en charge médicale pendant la période périnatale n'existent pas partout. De plus, malgré des recherches de consensus au niveau européen, Blondel et al. (2003) notent qu'il est difficile d'avoir des indicateurs pertinents car ceux-ci varient selon les objectifs des politiques sanitaires des pays d'une part, et que les bons indicateurs régionaux ou nationaux ne sont pas adaptés au niveau européen car ils tiennent compte de la spécificité locale, d'autre part.

3. En synthèse

La comparaison et le recensement, ainsi que la compréhension des origines des différences européennes en matière de prise en charge et de résultats périnataux sont encore nouveaux, les études européennes ayant commencé il y a à peine plus de dix ans. La mise en place de politiques de santé publique européennes en matière de santé périnatale est encore en construction d'où la nécessité d'un recensement des modalités d'organisation des systèmes de soins périnataux des différents pays membres de l'UE. Euro-Peristat a bien démontré les différences de codages et

63 - Bernloerh A., Smith P. & Vydellingum V. (2005). Antenatal Care in the European Union: a survey on guidelines in all 25 member states of the community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 122, 22-32.

64 - Zeitlin J., Mohangoo A.D., Delnord M., Cuttini M. The Europeristat Scientific Committee, 2013. The second European Perinatal Health Report: documenting changes over 6 years in the health of mothers and babies in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health* 67 (12).

65 - Santos J.V., Correia C., Cabral F., Bernades J., Costa-Pereira A., Freitas A. (2013). Should European perinatal indicators be revisited? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 170, 85-89.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

le besoin de plus en plus prégnant d'un système de référentiel commun aux pays membres de l'Union européenne.

Cependant, toutes les études européennes semblent pointer dans la même direction et aboutir aux mêmes constats : la pauvreté, la précarité, l'éducation, le niveau d'études, la culture sont des facteurs socio-économiques et démographiques déterminants pour la santé en général (associés avec la consommation de tabac, d'alcool, de drogue, de nourriture et la surcharge pondérale, l'hypertension artérielle, le diabète, etc.), pour l'accès aux soins et donc pour les résultats de santé périnatale. Cela pose la question de l'organisation du système de soins pour répondre à ces difficultés et sa capacité à prendre en charge différents types de populations.

Les risques médicaux (tels que la surcharge pondérale, le diabète, l'hypertension artérielle et autres) associés à des facteurs de risques socio-économiques et démographiques ne semblent être que les symptômes d'une pathologie à caractère plus social auquel les seuls systèmes de santé ne peuvent répondre.

4. Les modalités d'organisation de suivi de grossesse dans d'autres pays européens

Figure 21 : Modalités d'organisation comparées

	Allemagne	Espagne
Superficie (2010)	357 021 km ²	504 782 km ²
Population (1 ^{er} Janvier 2014)	80,99 millions	47,73 millions
Densité de population (2013)	227,2 h. /km ²	93,8 h. /km ²
Population urbaine (2012)	74 %	78 %
Dépenses de santé par habitant (dollars 2012)	4 683 \$	2 808 \$
Nombre de médecins pour 1 000 habitants (2011)	4,0/1 000	3,8/1 000
Taux de natalité (2014)	8,42 %	9,88 %
Taux de fécondité (2014)	1,43	1,48
PIB (millions de dollars 2011)	3 629 000	1 537 000
Dépenses de santé en % du PIB	11,3 %	9,4 %
Religions	31,4 % Catholicisme 30,8 % Évangélisme 2,1 % autres communautés chrétiennes 35,7 % Islam, Judaïsme	70,1 % Catholicisme 2,7 % Autre (Islam, Bouddhisme, Judaïsme, etc.) 25 % Sans religion
Régime politique	République fédérale	Monarchie constitutionnelle
Protection sociale	Régime général par rapport à un seuil minimum de salaire	Régime général et contributif
Maternité	Prestations en nature : les soins médicaux liés à la grossesse sont gratuits. Prestations en espèce liées aux revenus pour les femmes au régime légal.	Prestations en nature : les soins médicaux liés à la grossesse sont gratuits. Prestations en espèces : indemnités journalières pour les femmes ayant cotisées un minimum et correspond à 100% du salaire journalier.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Italie	Royaume-Uni	Suède	France
310 336 km ²	244 820 km ²	449 964 km ²	547 030 km ²
61,68 millions	63,74 millions	9,72 millions	66,25 millions
204,1 h. /km ²	258,9 h. /km ²	20,2h. /km ²	120,6h./km ²
69%	80%	85%	87%
3 032 \$	3 647 \$	5 319 \$	4 690 \$
4,10/1 000	2,79/1 000	3,90/1 000	3,33/1 000
8,84%	12,22%	11,92%	12,49%
1,42	1,90	1,88	2,08
2 246 000	2 481 000	571 000	2 739 000
9,5%	9,3%	9,4%	11,7%
85,67% Catholicisme 2,17% Islam 2,01% Orthodoxie 3,43% Autre 6,72% sans religion	Angleterre 59,4% Catholicisme 5% Islam 1,5% Hindouisme 0,8% Sikhisme 0,5% Bouddhisme 0,5% Judaïsme 0,4% Autre 24,7% sans religion	67,5% Luthériens 5% Islam 27,5% Catholicisme, Islam, Judaïsme et autres	61% Catholicisme 25% Sans religion 7% Islam 4% Protestantisme 1% Judaïsme
République parlementaire	Monarchie constitutionnelle	Monarchie constitutionnelle	République parlementaire
Régime général obligatoire d'assurance	Régime général	Régime général	Régime général
Indemnité journalière maternité en cas de suppression du salaire (2 mois avant l'accouchement et 3 mois après). Elles sont calculées selon le montant du salaire. Elles représentent 80% du salaire moyen. Prestations en espèces : le Service national de santé (SSN) offre à tous les résidents des soins de santé de base servis gratuitement ou avec une participation pour ceux qui ne sont pas totalement couverts (soins gratuits liés à la maternité).	Prestation en nature : tous soins liés à la grossesse sont gratuits L'indemnité maternité peut être versée par l'État aux femmes non salariées qui versent des cotisations de classe 2 avec un maximum de 138,18€ / semaine.	Prestation en nature : tous soins liés à la grossesse sont gratuits Il y a trois prestations en espèces : l'indemnité prénatale, l'indemnité parentale et l'indemnité parentale temporaire.	Prestation en nature : tous les soins liés à la grossesse sont gratuits Prestations en espèces pour les salariées pour un montant minimum 9,26€ et maximum de 81,27€ versées pendant les 16 semaines de congé maternité.

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

	Allemagne	Espagne
Prestation familiale	Allocation familiale de 302 €	Allocation familiale est de 291 €/enfant/an + allocation de naissance de 1 000 €
Diagnostic de grossesse (âge gestationnel en semaines) - 1^{ère} consultation	11-13 semaines d'aménorrhée	8-12 semaines d'aménorrhée
Professionnel référent	Gynécologue-obstétricien	Gynécologue-obstétricien
Autre professionnel pouvant suivre la grossesse	Sage-femme	Sage-femme Médecin traitant
Nombre de consultations obstétricales et médicales	10	10
Séances de préparation à la naissance (en groupe)	8	10
Nombre d'échographies	3	3
Types d'échographies	Échographie de datation avec mesure de la clarté nucale 11-15 SA	Échographie de datation avec mesure de la clarté nucale 11-14 SA
Proposition du triple test de dépistage (trisomie 21)	X	X
Glycémie à jeun postprandial ou hyperglycémie orale provoquée (HGPO)	X Vers 24 SA	X
NFS (Numération formule sanguine)	À partir du 6 ^{ème} mois	X
Immunoglobine anti-D (si la femme est de rhésus négatif avec son accord)	30-32 SA	X
Antécédents familiaux et médicaux	X	X
Informations personnelles	X	X

62

66 – « C'est pourquoi, le plus tôt possible après la confirmation de la grossesse, un entretien spécifique devrait permettre d'anticiper les difficultés qui pourraient advenir et d'apporter une réponse adaptée et coordonnée aux besoins de la femme ou du couple. Cet entretien précoce serait de plus une aide pour le médecin lui permettant d'ajuster sa vigilance grâce aux transmissions interprofessionnelles d'informations. Cet entretien serait également l'occasion de définir pour chaque femme et couple les contenus essentiels à aborder lors des séances proprement dites » (HAS « Préparation à la naissance et à la parentalité », novembre 2005).

Chapitre 3

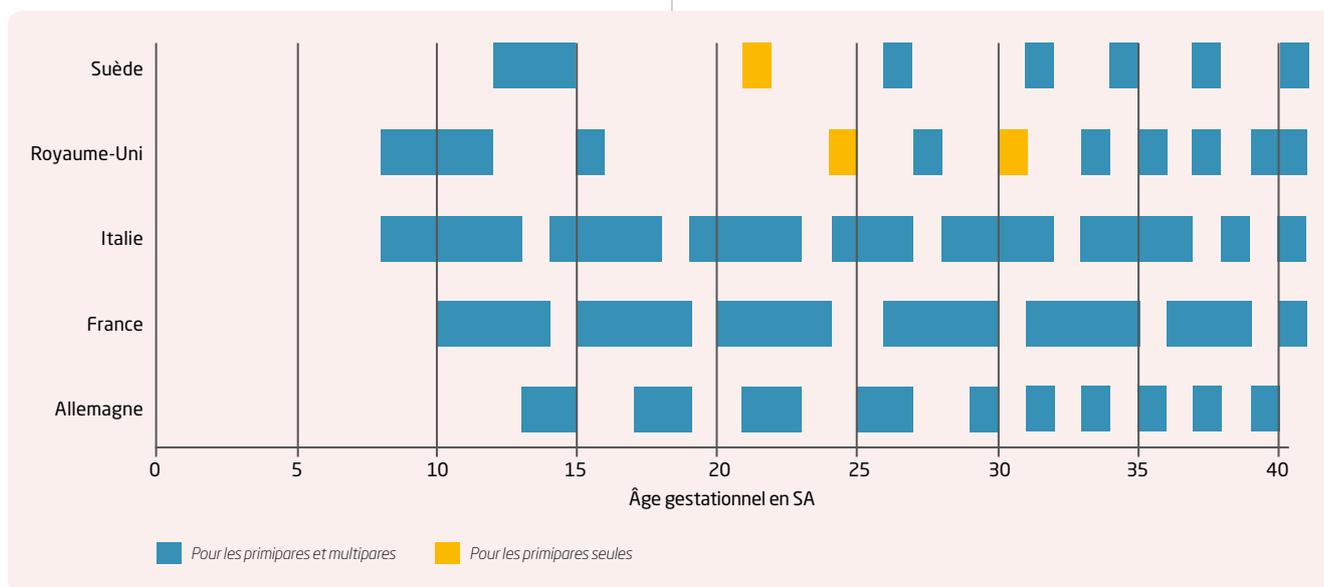
Une comparaison avec quelques pays européens

Italie	Royaume-Uni	Suède	France
Allocation de naissance versée aux familles de plus de trois enfants pendant 13 mois (118,38 €)	81,2 £ /mois + un complément basé sur les revenus	Voir indemnité maternité	Prime d'accueil du jeune enfant dans un maximum de 923,08 € Allocation de base calculée selon les revenus du ménage
Avant 13 semaines d'aménorrhée	8-12 semaines d'aménorrhée	12-15 semaines d'aménorrhée	10-14 semaines d'aménorrhée
Obstétricien	Sage-femme	Sage-femme	Gynécologue-obstétricien
Sage-femme	Médecin traitant	-	Sage-femme Médecin traitant
8	10 primipares 8 multipares	8 primipares 6 multipares	8 (dont 1 anesthésiste)
8	8	12	8 (dont l'entretien précoce ou du 4 ^{ème} mois) ⁶⁶
3	2	1 (2 pour les femmes de plus de 35)	3
Échographie de datation avec mesure de la clarté nucale 11-14 SA	Échographie de datation avec mesure de la clarté nucale 10-14 SA	Échographie de datation 11-14 SA Pour les femmes de plus de 35 ans avec mesure de la clarté nucale	Échographie de datation avec mesure de la clarté nucale 11-13 SA
X (Pour les femmes de plus de 36 ans proposition d'une amniocentèse à 16 SA)	X	X	X (Pour les femmes de plus de 36 ans proposition d'une amniocentèse)
X 24-27 SA	X 28 SA	Glycémie capillaire vérifiée régulièrement pendant la grossesse. Si les valeurs sont élevées, alors HGPO	X 27-31 SA glycémie à jeun, si le résultat est positif ou douteux alors HGPO
28-32 SA plus ferritine 33-37 SA	Seconde moitié de la grossesse	Hémoglobine mesurée 3 fois pendant la grossesse par photomètre B-hémoglobine	27-31 semaines
Soit une injection 28-30 SA Soit 2 injections, une à 28 SA, l'autre à 34 SA	28 SA première dose 34 SA deuxième dose	48 heures après la naissance si le bébé est de rhésus positif	27-31 SA
X	X	X	X
X	X	X	X

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Figure 22 : Répartition des consultations obstétricales



64

Figure 23 : Tests médicaux de suivi de grossesse (Bernloerh A., Smith P. et Vydelingum V., 2005)

Tests / pays	Allemagne	Espagne	France	Italie	Royaume-Uni	Suède
Groupe sanguin	X	X	X	X	X	X
Facteur rhésus	X	X	X	X	X	X
Pression artérielle	X	X	X	X	X	X
Poids maternel	X		X	X	X	X
Analyse d'urine / bactérie	X	X	X	X	X	X
Hémoglobine	X		X	X	X	X
Lues (syphilis / treponema)	X			X	X	X
Analyse d'urine / protéine	X	X	X		X	X
Auscultation du cœur du fœtus	X	X	X	X		X
Position du fœtus	X	X	X	X	X	X
Hauteur fundal	X		X		X	X
Hépatite B	X	X	X	X	X	X
Ultrason abdominal	X	X	X	X	X	X
Analyse du taux de glucose dans les urines	X	X	X			X
Examen vaginal	X	X	X			X
Alpha-fœto-protéine	X	X	X		X	X
Globules rouges anticorps atypiques	X	X	X		X	X

Chapitre 3

Une comparaison avec quelques pays européens

Tests / pays	Allemagne	Espagne	France	Italie	Royaume-Uni	Suède
Scores à risque		X			X	X
Examen physique complet		X	X			
Indice de masse corporelle	X	X		X	X	X
HIV		X	X		X	X
Rubéole	X	X	X	X	X	X
Examen de la poitrine		X	X			
Diabète gestationnel		X	X	X		X
Frottis vaginal	X	X				X
Ultrason transvaginal		X	X		X	
Toxoplasmose		X	X	X		
Cardio-tocographie		X		X		
Ultrason doppler		X	X	X		X
Mouvements fœtaux		X		X		
Clamydia trachomatis	X					X
Gonorrhoea		X				
Hépatite C		X				X
Streptococcus groupe B		X	X	X		
Hémoglobinoopathie		X				
Hormones placentaire		X				
Fibronectine fœtal						

Sources :

- www.statistiquesmondiales.com
- Bernloerh A., Smith P. & Vydellingum V. (2005) : Antenatal care in the European Union: A survey on guidelines in all 25 members states of the Community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 122, 22-32
- Fagnani J., Math A. & Meilland C. avec la collaboration de Luci-Greulich A. (2009) : Comparaison européenne des aides aux familles. Dossier d'études 112. IRES
- Marie-Jeanne J. (2009) : étude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède), http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MARIE_JEANNE_JULIE.pdf
- HAS, Préparation à la naissance et à la parentalité, novembre 2005, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- CLEISS (Centre des liaisons européennes et Internationales de Sécurité sociale), les régimes locaux de sécurité sociale, <http://www.cleiss.fr/>
- EUROSTAT, Statistiques générales, population et condition sociale, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- INED (Institut national d'études démographiques), <http://www.ined.fr>
- INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), <http://www.insee.fr>
- The Scandinavian Insider. Giving Birth in Sweden, <http://sosmag.se>
- VARDGUIDEN. Grupp B-streptokocker, <http://www.vardguiden.se>
- Regione Piemonte, Profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio, <http://www.regione.piemonte.it>
- Agenzia Regionale Sanitaria - Settore Assistenza Sanitaria, Protocollo per l'assistenza in gravidanza, al parto e nel puerperio in condizioni di fisiologia in regione Campania, <http://www.sito.regione.campania.it>
- NHS (National Health Service), Antenatal care, Routine care for the healthy pregnant woman, <http://www.nhs.uk>
- Departement of Health, The Pregnancy Book 2007, <http://www.dh.gov.uk>
- Full NICE guidelines for routine antenatal care in the UK, <http://www.nice.org.uk/guidance/cg62>
- Der MutterPass, <http://www.praxis-schrams.de>
- BAXTER, information für schwangere, <http://www.baxter.de>
- Consejería de salud. Proceso asistencial integrado. Embarazo, parto y puerperio. Junta de Andalucía, <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433embarazo.pdf>
- Maternidad Hospitalaria, Estandares y Recomendaciones. Informers, estudios e investigacion, Ministerio de sanidad y politica social, <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>



4

Chapitre 4

En France – Les causes influant
sur les résultats périnataux

Chapitre 4

En France – Les causes influant sur les résultats périnataux

Les travaux conduits notamment par la DREES, l'INSEE ou l'INSERM ont permis de mettre en évidence plusieurs évolutions dans les caractéristiques des grossesses :

- ▶ Une augmentation de l'âge des mères ;
- ▶ Une progression de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité ;
- ▶ Une augmentation de la part du nombre d'enfants nés de femmes de nationalité étrangère et de femmes en situation de précarité ;
- ▶ Une progression du taux de naissances prématurées notamment induites ;
- ▶ Une diminution de la consommation d'alcool et de tabac ;
- ▶ Une stabilisation du taux de césarienne ;
- ▶ Un accroissement de la part des déclarations tardives de grossesse.

Par ailleurs, l'augmentation constatée du nombre de consultations et d'échographies est le signe d'une amélioration du suivi de grossesse, mais celle-ci semble profiter majoritairement à une population déjà plutôt bien suivie, d'où un risque de surmédicalisation de la grossesse. Ainsi, selon une étude de la DREES⁶⁷, le nombre moyen de visites prénatales est passé de 8,9 à 9,9 en sept ans (pour sept visites selon la réglementation), mais 8,5% des femmes ont eu moins de sept visites en 2010.

Sachant que la mortalité infantile des enfants de mères françaises et des mères de 25 à 35 ans stagne depuis 2005, cette augmentation du suivi de grossesse ne semble pas apporter une amélioration directement mesurable dans les résultats périnataux.

Plusieurs facteurs de risque ont d'ores et déjà été identifiés. Selon l'étude de la DREES qui s'appuie sur les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010, les déclarations tardives de grossesse (dont le caractère hors délai renvoie très vraisemblablement à des situations de précarité) sont corrélées :

- ▶ Aux âges extrêmes (inférieurs à 25 ans ou supérieurs à 40 ans) ;
- ▶ Au nombre de grossesses (4 ou plus) ;
- ▶ À une absence de vie en couple ;
- ▶ À un revenu faible (moins de 1 000 € par unité de consommation),
- ▶ À l'absence d'emploi,
- ▶ À une nationalité étrangère.

La part des femmes ayant déclaré leur grossesse après la fin de la 14^{ème} semaine a fortement progressé en 2010 (7,8 % en 2010 pour 4,9 % en 2003).

67 - « Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques », Études et résultats n° 848, juillet 2013, DREES.

Le nombre de visites prénatales est également un indicateur de la qualité du suivi de grossesse. Si le nombre moyen est passé de 8,9 à 9,9 en sept ans (pour huit visites selon les recommandations HAS⁶⁸), il n'en demeure pas moins que 8,5 % des femmes ont eu moins de sept visites en 2010 et concerne plus particulièrement des femmes :

- ▶ D'origine étrangère (et notamment d'origine Afrique subsaharienne) ;
- ▶ À faible niveau d'études.

Et parmi les autres facteurs :

- ▶ Femme au foyer ;
- ▶ Étudiante ;
- ▶ Attente d'un 4^{ème} enfant ou plus ;
- ▶ Faible revenu.

L'étude DREES conclut que « le niveau du suivi (date de la déclaration de grossesse, nombre de consultations prénatales, nombre d'échographies et séances de préparation à la naissance) est corrélé aux caractéristiques sociales des femmes, comme le fait d'être femme au foyer ou le niveau d'études. D'autres caractéristiques interviennent, dans une moindre mesure et pas pour toutes les composantes du suivi, comme la nationalité ou la vie en couple, qui semblent corrélées au nombre d'échographies, au trimestre de la déclaration de la grossesse ou aux séances de préparation à la naissance, mais pas au nombre de visites. La profession paraît liée surtout au nombre d'échographies réalisées, et au nombre de séances de préparation à la naissance, en lien avec la couverture maladie. »

L'étude, conduite sur la base de l'échantillon permanent de l'INSEE⁶⁹, aborde les facteurs sociodémographiques explicatifs de la mortalité infantile, parmi lesquels des caractéristiques liées à la mère (la nationalité, l'âge, la situation sociale), et d'autres, plus liés aux conditions de l'accouchement (naissance prématurée, naissances multiples, sexe de l'enfant, taille de l'unité urbaine de résidence de la mère, taille de l'unité urbaine du lieu de l'accouchement).

Ces travaux mettent en évidence que la mortalité infantile est plus forte « pour les jumeaux, les garçons, les enfants de mères de nationalité d'Afrique noire, de mères de moins de 20 ans, de mères inactives ou de catégorie sociale inconnue, de pères

68 - « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », Recommandations professionnelles, mai 2007, Haute Autorité de Santé.
69 - « Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent », Xavier NIEL, N° F1106, INSEE L'échantillon démographique permanent est un « panel démographique (...) constitué d'individus nés en France métropolitaine entre le 1^{er} et le 4 octobre, pour lesquels sont réunis de 1968 à 2009 les informations disponibles à partir des bulletins de naissance, de mariage, de décès, ainsi que les bulletins individuels et les feuilles de logement des recensements ».

Chapitre 4

En France – Les causes influant sur les résultats périnataux

ouvriers, de mères résidant dans des unités urbaines de plus de 200 000 habitants. Mais ces facteurs n'expliquent pas l'arrêt de la baisse observée à partir de 2005».

Aussi et sans préjuger de leurs poids respectifs dans les résultats périnataux, plusieurs caractéristiques des femmes doivent être mises en évidence :

- ▶ Nationalité et plus particulièrement les femmes d'origine étrangère (et notamment d'origine Afrique subsaharienne);
- ▶ Âge et plus particulièrement les âges extrêmes (inférieurs à 25 ans ou supérieurs à 40 ans);
- ▶ La situation sociale et plus particulièrement :

- Le fait de disposer d'un emploi (ou *a contrario* d'être femme au foyer);
- Le niveau d'études;
- Le fait de vivre en couple (ou *a contrario* d'une absence de vie de couple).

▶ Une naissance prématurée;

▶ Une grossesse multiple;

▶ La taille de l'unité urbaine de résidence de la mère;

▶ La taille de l'unité urbaine du lieu de l'accouchement.

Le tableau suivant présente une compilation de différents indicateurs issus de l'enquête nationale périnatale 2010 regroupés par méta-régions.

Figure 24 : Quelques indicateurs par région issus de l'enquête nationale périnatale 2010

	Prématurité (<37 semaines)		Poids inférieur à 2 500 grammes		Femme âgées de 35 ans et plus		Allocation chômage, API, RMI, RSA		Femmes ayant un niveau d'études supérieurs au baccalauréat		Nombre de consultations prénatales <7		Six échographies et plus		Entretien précoce dit du 4 ^{ème} mois		Préparation à la naissance parmi les primipares	
	Tableau 52		Tableau 53		Tableau 39		Tableau 41		Tableau 40		Tableau 43		Tableau 44		Tableau 46		Tableau 48	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Métropole	14 696	6,6	14 716	6,4	14 401	19,2	13 827	22,9	14 060	51,9	13 750	8,5	14 140	28,6	13 441	22,0	6 104	73,2
RÉGIONS																		
Région parisienne	3 503	7,3	3 512	7,4	3 430	23,1	3 274	17,8	3 357	58,3	3 227	9,4	3 360	21,9	3 178	13,4	1 436	68,9
Paris	818	7,6	820	7,9	813	27,7	752	16,2	786	71,4	735	9,8	79	25,0	724	11,9	370	76,0
Petite-Couronne	1 356	8,0	1 363	8,7	1 338	22,1	1 269	18,3	1 299	54,6	1 249	8,9	1 291	20,6	1 233	14,2	564	65,4
Grande-Couronne	1 329	6,3	1 329	5,6	1 279	21,3	1 253	18,2	1 272	53,9	1 243	9,7	1 280	21,3	1 221	13,5	502	67,5
Bassin Parisien	2 285	5,7	2 290	4,9	2 253	16,6	2 177	25,2	2 200	45,0	2 165	9,3	2 216	26,4	2 126	20,7	917	67,9
Ouest (Centre, Basse-Normandie, Haute-Normandie)	1 265	5,4	1 266	4,9	1 250	15,5	1 218	24,7	1 230	47,0	1 209	10,6	1 230	23,4	1 186	21,8	492	70,1
Est (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie)	1 020	6,1	1 024	5,0	1 003	18,1	959	25,9	970	42,4	956	7,6	986	30,2	940	19,4	425	65,4
Nord (Nord-Pas-de-Calais)	1 091	6,9	1 091	6,8	1 072	15,5	1 030	32,2	1 052	48,5	1 031	9,7	1 058	31,1	1 014	25,4	437	63,2
Ouest (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charente)	1 843	6,5	1 848	5,9	1 796	17,8	1 768	23,1	1 789	51,7	1 763	5,6	1 791	27,2	1 729	30,6	762	82,8
Est (Alsace, Franche-Comté, Lorraine)	1 184	6,1	1 179	6,3	1 160	14,7	1 105	23,7	1 123	48,2	1 114	6,9	1 139	32,9	1 075	27,8	497	71,2
Sud-Ouest (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées)	1 324	6,0	1 325	7,3	1 278	18,9	1 269	24,6	1 280	50,6	1 259	9,1	1 277	30,2	1 224	21,7	609	79,0
Centre-Est (Auvergne, Rhône-Alpes)	1 837	7,3	1 830	6,6	1 786	19,1	1 661	20,0	1 688	55,8	1 648	8,4	1 722	33,6	1 619	20,8	737	79,8
Méditerranée (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Corse)	1 639	6,2	1 641	5,6	1 626	21,9	1 543	25,2	1 571	49,7	1 543	8,9	1 577	36,0	1 476	27,5	709	74,5
Guadeloupe, Guyane, Réunion	502	13,9	501	11,2	504	19,3	484	44,6	489	27,6	467	18,6	485	33,8	473	21,4	180	65,6

Sources : Enquête nationale périnatale 2010

Chapitre 4

En France – Les causes influant sur les résultats périnataux

Les derniers chiffres disponibles sur les naissances en 2013⁷⁰ communiqués par l'Insee montrent que la proportion de grossesses tardives (40 ans et plus) progresse significativement passant de 4,5% en 2010 à 5% en 2013 et que l'augmentation du nombre de grossesses multiples est concentrée chez les femmes de 40 ans et plus. Grossesses aux âges extrêmes et grossesses multiples étant considérés comme des indicateurs influant les résultats périnataux, ces chiffres récents nécessitent une attention particulière dans l'organisation du suivi.

En complément des travaux sur les facteurs de risque socio-démographiques, il faut noter une évolution importante de l'offre en matière de lieux d'accouchement.

En effet, le nombre de maternités a diminué de manière forte au cours des 40 dernières années en France, passant de 1747 en 1972 à 1128 en 1981, 816 en 1995 et 535 en 2010, sous l'influence de règles plus strictes de fonctionnement dans un souci de sécurité médicale, des contraintes économiques et d'un manque de professionnels. Cela s'est traduit par une concentration progressive des naissances dans des maternités de plus en plus grandes, à l'image de ce qui s'est passé dans de nombreux pays européens. Ainsi en 2010, 48% des naissances avaient lieu dans des maternités de 2000 accouchements ou plus, au lieu de 16% en 1995.

Cette évolution peut avoir un impact sur l'accessibilité des maternités, le fonctionnement des services et la prise en charge des femmes.

Selon les travaux conduits par l'Inserm⁷¹, il semble que « pour la majorité des femmes, la diminution du nombre de maternités s'est surtout traduite par une réduction des choix possibles à proximité de leur domicile, et par la décision d'aller accoucher dans la maternité la plus proche, en particulier dans les zones les plus rurales, ou quand les deux maternités les plus proches étaient relativement distantes l'une de l'autre (...) Les accouchements hors maternité sont rares, mais leur risque est très lié à une distance élevée à la maternité, surtout pour les multipares. En cas de naissance très prématurée, le risque de ne pas accoucher dans une maternité de type III augmente si la mère réside à plus de 30 km du centre de type III le plus proche ».

Les travaux de l'Inserm mettent en évidence que les maternités de grande taille se caractérisent par plus de services offerts,

en complément à la prise en charge médicale stricte, en travaillant plus souvent avec des psychologues ou en ouvrant des consultations d'addictologie. Cependant, il est observé que « les grandes maternités assurent moins souvent l'intégralité du suivi prénatal des femmes inscrites et peuvent moins souvent fournir une préparation à la naissance pour l'ensemble des femmes qui le souhaitent. La qualité de la prise en charge des femmes dépend donc largement de la coordination entre les grandes maternités et les autres services et professionnels du même réseau. »

D'autres travaux mettent en évidence des caractéristiques populationnelles différentes selon les lieux de vie et de prise en charge⁷².

La mortalité fœtale est supérieure lorsque la distance entre le domicile de la mère et la maternité est faible (moins de cinq kilomètres) ou important (45 km et plus). La mortalité néonatale est la plus importante lorsque le domicile est proche de la maternité. Il est également observé que la mortalité fœtale et la mortalité néonatale sont plus importantes dans les zones urbaines et rurales que dans les zones péri-urbaines.

Les femmes vivant en zone urbaine sont plus fréquemment des femmes isolées et des femmes d'origine étrangère qu'en zones péri-urbaines ou rurales. Elles conduisent également plus fréquemment des grossesses plus jeunes (moins de 25 ans) ou plus âgées (35 ans et plus). Le taux d'emploi des femmes vivant en milieu urbain est également plus faible qu'en zones péri-urbaines ou rurales.

Pour la mortalité fœtale et la mortalité néonatale, la distance avec le lieu de naissance n'explique pas la variation de la mortalité à l'échelle nationale. Paradoxalement, la dimension sociale et économique semble influencer sur les résultats dans les zones urbaines proches des maternités (moins de cinq km). Plusieurs obstacles sociaux semblent limiter l'accès au suivi dans les zones urbaines, même si la compréhension des différents mécanismes reste partielle à une échelle aussi réduite. Ainsi, le capital social individuel notamment auprès des populations de migrantes, la disponibilité d'un système de transports locaux adaptés peuvent constituer des freins importants, ceux-ci pouvant être aggravés lorsque l'échantillon de population prise en charge est dispersé entre population précaire et population sans difficultés sociales repérées.

70 - Insee Focus N° 9 - Septembre 2014, Vanessa Bellamy, division Enquêtes et études démographiques.

71 - « Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France? », Béatrice Blondel, Jennifer Zeitlin in Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction (2013) 42, 407-409.

72 - « Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France », Hugo Pilkington, Béatrice Blondel, Nicolas Drewniak, Jennifer Zeitlin in The European Journal of Public Health Advance Access published January 2, 2014, <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2014/01/01/eurpub.ckt207.full.pdf+html>

Chapitre 4

En France – Les causes influant sur les résultats périnataux

Figure 25 : Distances domicile-maternité la plus proche (indicateurs périnataux)

	Nombre total de naissances 2002-2005	Taux de mortalité fœtal (‰)	Nombre total de naissances vivantes 2001-2008	Taux de mortalité néonatale (‰)	Décès néonataux après une naissance hors hôpital (‰)
Total	3 086 128	8,7	6 202 918	2,4	4,5
Distance entre le domicile et la maternité la plus proche					
< 5 km	1 404 655	9,4	2 808 068	2,7	4,1
5-14 km	811 775	8,2	1 626 885	2,1	4,0
15-29 km	648 495	8,0	1 316 329	2,2	5,5
30-44 km	186 537	8,0	381 288	2,1	6,0
>= 45 km	34 367	8,9	69 787	2,2	10,0
Zone d'habitation					
Urbain	1 975 555	9,1	3 957 579	2,5	4,1
Péri-urbain	639 600	7,8	1 294 550	2,0	3,9
Rural	470 973	8,2	950 789	2,2	7,3

Sources : Stillbirths, neonatal deaths and neonatal deaths after out-of-hospital birth by distance to the closest maternity unit and urban/rural residence (Table 1)

70

Figure 26 : Distances domicile-maternité la plus proche (données socio-économiques)

	Âge maternel		Naissances multiples	Taux de non-emploi (5 ^{ème} quartile)	Parent isolé (5 ^{ème} quartile)	Population née à l'étranger (5 ^{ème} quartile)
	< 25 ans	>=35 ans				
Distance entre le domicile et la maternité la plus proche						
< 5 km	17,5 %	20,2 %	3,1 %	31,0 %	37,1 %	36,6 %
5-14 km	14,1 %	19,8 %	3,2 %	13,3 %	9,8 %	7,7 %
15-29 km	14,3 %	18,1 %	3,1 %	8,2 %	2,1 %	2,5 %
30-44 km	15,5 %	17,5 %	3,1 %	9,7 %	2,1 %	5,1 %
>= 45 km	15,6 %	19,2 %	3,0 %	14,7 %	4,3 %	8,6 %
Zone d'habitation						
Urbain	16,8 %	20,2 %	3,1 %	27,3 %	30,0 %	28,7 %
Péri-urbain	11,9 %	19,1 %	3,3 %	2,9 %	2,6 %	2,6 %
Rural	16,7 %	17,1 %	3,0 %	12,8 %	2,0 %	4,3 %

Sources : Source : Demographic and socio-economic characteristics associated with distance to closest maternity unit and urban/rural residence (Table 3)

1. Une organisation du suivi n'intégrant pas nécessairement les causes explicatives

Le suivi de grossesse fait référence à plusieurs moments de la grossesse : suivi médical de grossesse, de suivi prénatal, anténatal, soit plusieurs termes pouvant désigner différentes situations. Chaque femme également aura une expérience personnelle de ce que peut-être le suivi de grossesse.

Le suivi médical de grossesse fait référence au suivi du déroulement de la grossesse physiologique et pathologique. Des

recommandations sont données aux femmes afin de mieux les informer. Le suivi de grossesse médical parle de pronostic materno-fœtal, soit la prévision de survenue de risques liés à la grossesse pour la mère et l'enfant. Le suivi de grossesse médical est en lien avec le dépistage de problèmes médicaux et aussi de formes d'insécurité liées à la précarité, l'instabilité familiale, la violence comme autant de facteurs psychologiques et sociaux pouvant perturber le bon déroulement de la grossesse (*vulgaris* médical).

L'Ordre des sages-femmes utilise plutôt le terme « accompagnement » qui comporte la surveillance et le suivi médical du déroulement de la grossesse ainsi que des activités de prévention et d'éducation pour la santé. Le suivi implique de donner une

Chapitre 4

En France – Les causes influant sur les résultats périnataux

information à l'occasion de chaque rencontre avec la femme enceinte et favoriser une participation active de celle-ci (Conseil national des sages-femmes).

Les travaux de recherche ou les différents rapports semblent associer le terme de suivi de grossesse principalement à des questions médicales. Ceci pose la question du volet social, qui recèle des facteurs contributeurs de grossesse à risques (Cour des comptes 2012, Enquête nationale périnatale 2010, Euro-Peristat, etc.). Il est aussi intéressant de noter que les recommandations de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées n'évoquent pas spécifiquement les risques sociaux. Aussi, peu de textes et de travaux de recherche abordent les risques sociaux et le diagnostic de la « pathologie » sociale ainsi que son impact sur la grossesse et les complications médicales.

Les objectifs du projet Euro-Peristat visent à évaluer la santé périnatale⁷³ sur plusieurs thèmes :

- ▶ La mortalité et la morbidité maternelles et infantiles associées aux événements de la période périnatale ;
- ▶ Les facteurs de risque démographiques, socio-économiques et comportementaux de la santé périnatale chez les femmes enceintes ;
- ▶ L'utilisation et les conséquences des technologies médicales dans la prise en charge des femmes et des enfants pendant la grossesse, l'accouchement et la période *post-partum*.

Les travaux cités précédemment montrent l'importance des facteurs démographiques et socio-économiques dans les résultats de la santé périnatale en France. Les acteurs intervenants ou susceptibles d'intervenir dans le suivi de grossesse et lors de l'accouchement sont potentiellement nombreux et nécessitent d'être coordonnés pour limiter les ruptures de prises en charge, particulièrement auprès des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité.

Les évolutions récentes observées dans les déclarations tardives de grossesse (7,8% en 2010 pour 4,9% en 2003) montrent qu'une attention particulière doit être portée à ces situations.

Or, une enquête⁷⁴ conduite en 2008-2009 sous l'égide de la Fédération des réseaux de santé en périnatalité auprès des 35 réseaux régionaux a mis en évidence que 37% des structures n'ont aucune organisation spécifique de prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité. 124 maternités publiques ou privées ont répondu, soit 21% des maternités interrogées.

Cette absence d'organisation spécifique, justifiée soit par un faible nombre ou une absence de femmes dans ces situations, soit par

une insuffisance de moyens humains, aboutit le plus souvent à une prise en charge au coup par coup.

Pour les structures ayant indiqué avoir mis en place des dispositifs spécifiques, les réseaux « ville-maternité » constituent un outil que les acteurs qualifient d'essentiels, d'autant qu'il peut associer les PASS-maternité (Permanence d'accès aux soins de santé) et les PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) orientés vers la périnatalité. Sans que cela soit exclusif des dispositifs précédents, des circuits spécifiques sont mis en œuvre par le biais de sages-femmes, d'assistantes sociales, de psychologues voire de puéricultrices dédiés.

Toutefois, selon cette étude, l'évaluation des différentes activités dans le domaine du dépistage et de la prise en charge de la vulnérabilité est limitée :

- ▶ « Seules 42% des maternités connaissent le nombre d'entretiens prénatals précoces réalisés dans la maternité, avec des ratios nombre d'entretiens annuels/nombre de consultations annuelles variant de 1 à 88%, avec une moyenne de 22% ;
- ▶ Le nombre de femmes accueillies avec une grossesse non suivie n'est connu que dans 27% des cas (soit un ratio de 1,2% des naissances), et celui des grossesses non déclarées que dans 24% des cas (soit un ratio de 1,2% des naissances) ;
- ▶ La proportion de dossiers traités pour précarité est connue dans 19% des cas et représente 7,3% des naissances ;
- ▶ Les mères avec conduites addictives sont prises en charge dans les réseaux précarité dans un tiers des cas et dans un réseau spécifique addictions dans deux tiers des cas ».

Cette étude, même si elle est un peu datée, montre, s'il en était besoin, l'importance de construire une organisation adaptée à la population d'un territoire et d'intégrer les caractéristiques démographiques et socio-économiques dans les modalités de repérage et de suivi des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité.

2. Quelques réponses possibles pour le suivi

Dans ce cadre, une thèse⁷⁵ pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine (spécialité médecine générale) met en évidence, sur la base de travaux conduits auprès de médecins généralistes, plusieurs critères d'identification de la précarité chez les femmes enceintes et identifie plusieurs modalités d'intervention pour essayer de traiter les situations rencontrées.

73 - « Péristat : indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale », Jennifer Zeitlin, Katherine Wildman, Gérard Bréart, Béatrice Blondel in adsp n°42, mars 2003.

74 - « Quelle prise en charge périnatale ? Audit de pratiques », C.Bouderlique, B.Branger, C.Savagner in 39^{èmes} Journées nationale de la société française de médecine périnatale (Angers 2009), p.53-66.

75 - « Comment les médecins généralistes de la Communauté urbaine du Mans suivent-ils les grossesses des patients qu'ils définissent à risque par leurs caractéristiques psychosociales-économiques ? », Élodie Cassegrain, 13 mars 2013, Université d'Angers.

Chapitre 4

En France – Les causes influant sur les résultats périnataux

Les critères de précarité proposés sont les suivants :

- ▶ Entourage :
 - Absence ou fragilité,
 - Absence du conjoint,
 - Conjoint addictif,
 - Violences conjugales,
 - Pères multiples;
- ▶ Caractéristiques personnelles :
 - Niveau de compréhension des modalités de suivi,
 - Manque d'information,
 - Schéma familial pendant l'enfance de la future mère,
 - Vécus de grossesse antérieure,
 - Dénier de grossesse,
 - Minorité si déscolarisation ou rejet familial,
 - Fragilité psychique et immaturité;
- ▶ Conditions de vie :
 - Bas revenus,
 - Logement précaire (squat, hygiène, précarité...),
 - Freins d'accès aux soins (absence de couverture sociale, situations irrégulières...),
 - Habitudes culturelles,
 - Pénibilité du travail.

Plusieurs modalités d'intervention des médecins généralistes rencontrés ou la mobilisation précoce d'acteurs des champs social et médico-social sont rapportées.

Les interventions des médecins généralistes peuvent être conjointes avec d'autres professionnels de santé :

- ▶ Professionnels de la périnatalité :
 - Gynéco-obstétriciens,
 - Sages-femmes,
 - Psychologues;
- ▶ Structures de soins publiques :
 - Afin d'éviter l'avance de frais,
 - Accès aux services sociaux hospitaliers;
- ▶ Mise en place d'un suivi plus cadré et soutenant :
 - Incitation à la consultation,
 - Explications pédagogiques (dessins...),
 - Prise de RV par le médecin généraliste en présence de la patiente (échographies...),
 - Utilisation plus intensive du carnet de grossesse, de l'ordinateur (laisser des traces...);
- ▶ Établir une relation de confiance (écouter, rassurer, prendre le temps...).

Il peut être également nécessaire de mobiliser d'autres professionnels dans le champ social ou le champ médico-social :

- ▶ Addiction :
 - Proposition de sevrage (tabac, alcool...),
 - Lien avec IVG;

- ▶ Sollicitation des structures médico-sociales :
 - Rédaction de certificats (logement...),
 - Orientation vers la mairie,
 - Recours à un traducteur,
 - Articulation avec la PMI (prise en charge de la fratrie au moment de l'accouchement, alerte sur une naissance à venir...);
- ▶ Pathologies psychiatriques :
 - Lien établi avec un psychiatre,
 - Information spécifique de la maternité prévue pour l'accouchement,
 - Rencontre du tuteur,
 - Grossesses non désirées (IVG, accouchement sous X...).

Plusieurs pistes d'action sont proposées dont certaines sont des actions classiques dans le cadre de prises en charge pluridisciplinaires :

- ▶ Mettre en place un entretien avec une assistante sociale en début de grossesse;
- ▶ Utiliser le carnet de grossesse pour faciliter le suivi entre les différents professionnels, notamment en laissant le plus possible de traces écrites pour passer des informations aux intervenants successifs;
- ▶ Favoriser l'accessibilité aux autres professionnels en développant l'interconnaissance mutuelle;
- ▶ Constituer un annuaire médico-social;
- ▶ Créer un réseau de type PASS spécifiques femmes enceintes.

Ces différentes observations issues du terrain, même si elles ne sont pas la garantie d'un suivi exempt de ruptures, peuvent favoriser le repérage et la prise en charge de ces femmes qui, selon les travaux statistiques conduits, participent à des résultats dégradés en matière de santé périnatale.

Elles devront être validées lors des entretiens avec les acteurs rencontrés sur les différents territoires.

Remerciements

Pays de Briey

ARS Lorraine

- ▶ **Dr Nelly Dequidt**, référent périnatalité de l'ARS Lorraine

Réseau Périnatal Lorrain

- ▶ **Dr Alain Miton**, gynéco-obstétricien, Président du RPL
- ▶ **Dr Jeanne Fresson**, médecin santé publique, responsable de l'évaluation
- ▶ **Marie-Hélène Debard**, sage-femme coordinatrice du réseau

CH de Briey

- ▶ **Martine Andry**, diététicienne
- ▶ **Dr Sylvie Chantraine**, PH médecine polyvalente, et diabétologie
- ▶ **Dr Jacqueline Dietsch**, PH gynécologue-obstétricien
- ▶ **Clotilde Gérard**, sage-femme
- ▶ **Béatrice Goergen**, cadre supérieure MCO
- ▶ **Dr Magali Greco**, PH pédiatre
- ▶ **Aurélië Haag**, psychologue
- ▶ **Dr Georges Hayek**, PH gynécologue-obstétricien, responsable du service maternité
- ▶ **Pauline Hurstel**, assistante sociale
- ▶ **Sandrine Pralet**, psychologue
- ▶ **Sandrine Trapp**, sage-femme
- ▶ **Marie-Laure Warin**, sage-femme tabacologue
- ▶ **Sylvie Zimmerman**, IDE service de diabétologie

CHR Metz-Thionville

- ▶ **Marc Tochon**, secrétaire général

HAD

- ▶ **Isabelle Angeli**, sage-femme HAD à Jœuf
- ▶ **Silvana Launet**, sage-femme HAD à Jœuf

PMI

- ▶ **Dr Estelle Hergat**, médecin PMI, territoire de Briey
- ▶ **Isabelle Verona**, cadre sage-femme en PMI

Libéraux

- ▶ **Marie Benarous**, sage-femme libérale et HAD à Briey et Jœuf
- ▶ **Laurence Guillaume**, sage-femme libérale à Briey
- ▶ **Alexandre Obtel**, sage-femme libérale à Jarny
- ▶ **Dr Martine Renieblas**, gynécologue-obstétricien à Jarny

Bassin Houiller

ARS Lorraine

- ▶ **Dr Nelly Dequidt**, référent périnatalité de l'ARS Lorraine

Réseau Périnatal Lorrain

- ▶ **Dr Alain Miton**, gynéco-obstétricien, Président du RPL
- ▶ **Dr Jeanne Fresson**, médecin santé publique, responsable de l'évaluation

- ▶ **Marie-Hélène Debard**, sage-femme coordinatrice du réseau

CH Marie-Madeleine, Forbach

- ▶ **Patricia Rodak**, cadre Sage-femme

Clinique St-Nabor, Saint-Avold

- ▶ **Sylvie Lalouette**, sage-femme à la clinique St-Nabor St-Avold
- ▶ **Marjolaine Sommer**, sage-femme à la clinique St-Nabor St-Avold

PMI

- ▶ **Fabienne Dutt**, sage-femme PMI Forbach
- ▶ **Dr Jean-Louis Gerhard**, responsable PMI au conseil départemental
- ▶ **Hélène Mangin**, sage-femme coordinatrice départementale
- ▶ **Dr Sophie Martin**, médecin, PMI Creutzwald
- ▶ **Isabelle Silva**, sage-femme PMI Forbach
- ▶ **Noémie Weber**, sage-femme PMI Creutzwald

Libéraux

- ▶ **Murielle Estreich-Bousser**, sage-femme libérale à St-Avold
- ▶ **Laurence Lucas-Zimny**, sage-femme libérale à St-Avold

73

Bassin de santé 95-3

ARS Île-de-France

- ▶ **Anne-Gaëlle Daniel**, direction de la santé publique, pôle « besoins, réduction des inégalités, territoires », responsable du département périnatalité et orthogénie

Réseau Périnatal du Val d'Oise

- ▶ **Annie Cessateur**, sage-femme coordinatrice du RPVO
- ▶ **Thomas Février**, coordinateur administratif du RPVO
- ▶ **Dr Roland Jaeger**, gynécologue-obstétricien, Président du RPVO

CH René Dubos, Pontoise

- ▶ **Marie-Josée Duviquet**, cadre sage-femme
- ▶ **Isabelle Georgel**, sage-femme, maison de naissance de Pontoise

CH Carnelle Portes de l'Oise, Beaumont-sur-Oise

- ▶ **Christine Aupetit**, coordonnateur pôle mère-enfant
- ▶ **Florence Henry**, sage-femme
- ▶ **Dr Florence Lenhardt**, chef du pôle mère-enfant
- ▶ **Marie-Josée Mille**, cadre sage-femme

Clinique Conti, l'Isle-Adam

- ▶ **Laurence Reydet**, cadre sage-femme

PMI l'Isle-Adam

- ▶ **Nathalie Andriamaro**, puéricultrice
- ▶ **Christine Ballagly**

Remerciements

- ▶ **Line Courville**, sage-femme
- ▶ **Dr Caroline Leroux**, médecin

Libéraux

- ▶ **Tereza Dutriaux-Mikelic**, sage-femme, présidente départementale ordre sage-femme libérales
- ▶ **Laurence Montanari**, sage-femme libérale échographiste à Neuville sur Oise
- ▶ **Danielle Pinkasfeld**, sage-femme libérale à Bessancourt, responsable URPS sage-femme
- ▶ **Dr Céline Timsit**, médecin généraliste à Marine

Territoire Saint-Denis Ouest-Plaine-Commune

ARS Île-de-France

- ▶ **Anne-Gaëlle Daniel**, direction de la santé publique, pôle « besoins, réduction des Inégalités, territoires », responsable du département périnatalité et orthogénie

Réseau NEF

- ▶ **Mathilde Deslepine**, sage-femme spécialisée violence conjugale, chargée de projet prévention
- ▶ **Édouard Habib**, coordinateur administratif - réseau NEF

CH de Montfermeil

- ▶ **Mme Catherine Ribaille**, responsable assistante sociale

CHI André Grégoire, Montreuil-sous-Bois

- ▶ **Mme Barry**, assistante sociale maternité
- ▶ **Agnès Delauney**, cadre-supérieur sage-femme
- ▶ **Dr Evegenia Momotova**, médecin coordinatrice de réseau de l'hôpital de Montreuil
- ▶ **Pr Poncelet**, sur les 2 établissements (Montreuil et Jean Verdier)
- ▶ **Mme Reichert**, cadre sage-femme de pôle

CH Delafontaine, Saint-Denis

- ▶ **Dr Ghada Hatem**, praticien hospitalier- adjoint au chef de service
- ▶ **Mabiala Moussourou**, cadre sage-femme consultation gynéco PMI DAM PMA

CH Jean Verdier, Bondy

- ▶ **Christelle Amisse**, cadre supérieur sage-femme des consultations et cadre sage-femme réseau
- ▶ **Valérie Bonfiglioli**, cadre de consultations
- ▶ **Dr Carillon**
- ▶ **Catherine Delannoy**, cadre sage-femme
- ▶ **Dr Élise Drail**, pédopsychiatre
- ▶ **Dr Lachassinne**
- ▶ **Mme Pinet-Ribeiro**, assistante sociale
- ▶ **Natasia Serbandini**, psychologue clinicienne

- ▶ **Valérie Théodore**, coordinatrice du réseau Jean Verdier, cadre en suite de couche à Bondy

CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

- ▶ **Danielle Compain**, sage-femme hospitalière et coordinatrice bassin d'Aulnay

Clinique de l'Estrée, Stains

- ▶ **Mme Berrafato**, cadre sage-femme
- ▶ **Eve Boulanger**, psychologue clinicienne
- ▶ **Ilam Helmontanaby**, puéricultrice référente en néonatalité et suite de couche

Maternité des Lilas, Les Lilas

- ▶ **Christine Bouffard**, cadre sage-femme
- ▶ **Dr Marie-Laure Brival**, chef de service
- ▶ **Pascale Delage**, psychologue clinicienne maternité

Maternité de la Roseaie, Aubervilliers

- ▶ **Malika Benkenane**, psychologue
- ▶ **Marie Dupont**, assistante sociale
- ▶ **Dominique Sagorin**, cadre sage-femme

PMI

- ▶ **Gaëlle Bretot**, sage-femme
- ▶ **Martine Demassond**, médecin gynécologue
- ▶ **Nadia Faradgi**, sage-femme
- ▶ **Sylviane Helbé**, sage-femme
- ▶ **Caroline Penard**, sage-femme
- ▶ **Jacqueline Toubiana**, sage-femme, coordinatrice avec le réseau de l'hôpital de Montfermeil
- ▶ **Patricia Vasseur**, sage-femme coordinatrice des sages-femmes
- ▶ **Dr Marie-Fr Mouret**, gynéco-obstétricienne

Libéraux

- ▶ **Véronique Simmonot**, sage-femme libérale Montfermeil

Territoire de santé du Havre

ARS

- ▶ **Cécile Bonnefoy**, chef de pôle organisation de l'offre de santé
- ▶ **Jean-Luc Fossard**, statisticien - économiste
- ▶ **Christine Le Frèche**, en charge du territoire de santé du Havre
- ▶ **Dr Marie-Françoise Merlin-Bernard**, référent périnatalité

Réseau

- ▶ **Pr Loïc Marpeau**, président du réseau Haute-Normandie

Groupe Hospitalier du Havre

- ▶ **Cindy Bleuse**, Psychologue clinicienne
- ▶ **Valérie Colin**, Assistante sociale

Remerciements

- ▶ **Mme François**, cadre de pôle
- ▶ **Dr Talbot**, chef de pôle gynécologue-obstétricien

CHI Pays des Hautes Falaises, Fécamp

- ▶ **Jean-Luc Hachard**, cadre supérieur de santé de la maternité
- ▶ **Valérie Ooghe**, psychologue
- ▶ **Corinne Robert**, sage-femme
- ▶ **Dr Taleb**, gynécologue-obstétricien, chef de service

CHI Caux Vallée de Seine, Lillebonne

- ▶ **Dr Nathalie Anquetil**, chef de service gynécologue
- ▶ **Pascale François**, cadre sage-femme
- ▶ **Hélène Marie-Grimaldi**, psychologue clinicienne

Hôpital Privé de l'Estuaire, Le Havre

- ▶ **Samia Belhouchat**, sage-femme consultation
- ▶ **Mme Klak**, responsable unité soins maternité
- ▶ **Sylvie Mommer**, responsable des admissions et du service des prestations de la maternité
- ▶ **Joanna Moreau**, assistante sociale

PMI 27

- ▶ **Dr Murielle Flouriot**, médecin
- ▶ **Mme Szymurski**, sage-femme

PMI 76

- ▶ **Mme Anna Gomis**, sage-femme coordinatrice PMI CD Seine maritime
- ▶ **Mme Nathalie Leraille**, sage-femme PMI Brindeau, Le Havre
- ▶ **Sylvie, Languanay**, sage-femme, PMI de Caucriauville
- ▶ **Chantal Sarniguet**, sage-femme, PMI Mare rouge

Libéraux

- ▶ **Mme Benmalfi**, échographiste sage-femme libérale, pôle médical des Pépinières
- ▶ **Armelle Couraud**, sage-femme libérale, pôle médical des Pépinières

Bibliographie

Rapports et documents

- ▶ European perinatal health report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010
- ▶ DREES, Études et résultats n°814, octobre 2012
- ▶ Inserm/InVS, Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité, 2005, [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/reproduction_perinatalite_120105/rapport_perinat.pdf]
- ▶ Connaître et surveiller les handicaps de l'enfant, Christine Cans, Yara Makdessi-Raynaud, Catherine Arnaud in BEH 16-17, 4 mai 2010
- ▶ Déficiences et handicaps d'origine périnatale - Dépistage et prise en charge, Expertise collective, Les éditions Inserm, 2004
- ▶ Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques, Études et résultats n° 848, juillet 2013, DREES
- ▶ CNNSE 2014, Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf]
- ▶ Recommandations professionnelles - Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), HAS, 2005
- ▶ Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Comprendre pour agir. Fiche-action 12 INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
- ▶ Blondel, B. et al. (2010). Enquête nationale périnatale (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
- ▶ Branger, B. (2012). Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité.
- ▶ Pr Jeammet P. et al. (2010), rapport sur la prévention et le soutien à la parentalité
- ▶ King, S. (2013). Le stress maternel prénatal
- ▶ Recommandations professionnelles - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS, mai 2007
- ▶ Petersen J. et al. (2008). Suspicious Findings in Antenatal Care and Their Implications from the Mothers' Perspective: A Prospective Study in Germany. Birth 35(1)
- ▶ Lutter contre la violence au sein du couple : le rôle des professionnels [http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/02/Brochure_le-role-des-professionnels-Violences.pdf]
- ▶ Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né, HAS
- ▶ Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité, CNSSE [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf]
- ▶ Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012, Études et résultats n° 901, décembre 2014, DREES
- ▶ HAS, Préparation à la naissance et à la parentalité, novembre 2005, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- ▶ CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale), Les régimes locaux de sécurité sociale, <http://www.cleiss.fr/>
- ▶ EUROSTAT, Statistiques générales, population et condition sociale, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- ▶ INED (Institut national d'études démographiques), <http://www.ined.fr>
- ▶ INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), <http://www.insee.fr>
- ▶ Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent, Xavier NIEL, N° F1106, INSEE
- ▶ Insee Focus N° 9 - Septembre 2014, Vanessa Bellamy, division Enquêtes et études démographiques
- ▶ Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France?, Béatrice Blondel, Jennifer Zeitlin, Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction (2013) 42, 407-409
- ▶ Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France, Hugo Pilkington, Béatrice Blondel, Nicolas Drewniak, Jennifer Zeitlin in The European Journal of Public Health Advance Access published January 2, 2014, <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2014/01/01/eurpub.ckt207.full.pdf+html>
- ▶ « Périnat : indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale », Jennifer Zeitlin, Katherine Wildman, Gérard Bréart, Béatrice Blondel, adsp n°42, mars 2003
- ▶ Quelle prise en charge périnatale? Audit de pratiques, C.Bouderlique, B.Branger, C.Savagner in 39^{èmes} Journées nationales de la société française de médecine périnatale (Angers 2009), p.53-66
- ▶ Comment les médecins généralistes de la Communauté urbaine du Mans suivent-ils les grossesses des patients qu'ils définissent à risque par leurs caractéristiques psychosociales-économiques?, Élodie Cassegrain, 13 mars 2013, Université d'Angers

Bibliographie

Articles portant sur des comparaisons européennes

- ▶ Delvaux T., Buekens P. and The Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe (1999). Disparity in Prenatal Care in Europe. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 83, 185-190.
- ▶ Delvaux T., Buekens P., Godin I., Boutsen M. and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal care in Europe (2001). Barriers to Prenatal care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1), 52-59
- ▶ Hemminki E. & Blondel B. and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal care in Europe (2001). Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 94, 145-148.
- ▶ Rowe R.E. & Garci J. (2003). Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* 25(2), 113-119.
- ▶ Boy A. & Salihu H.M., 2004. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's medicine* 49 (4), 159-164.
- ▶ Zeiltin J., Papiernik E. & Bréart G., The Europet Group (2004). Regionalization of perinatal care in Europe. *Seminars in Neonatology* 9, 99-110.
- ▶ Bernloerh A., Smith P. & Vydellingum V. (2005). Antenatal Care in the European Union: a survey on guidelines in all 25 member states of the community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 122, 22-32.
- ▶ De La Torre J., Coll C., Coloma M., Martin J.I., Padron E., Gonzales N.L. (2006). Antenatal care in immigrants. *Anales des Sistema Sanitario de Navarra* 29 (1), 49-61.
- ▶ Petersen J., Jahn A. (2008). Suspicious Findings in Antenatal Care and Their Implications from the Mothers' Perspective: A Prospective Study in Germany. *Birth* 35(1).
- ▶ Fagnani J., Math A. & Meilland C. avec la collaboration de Luci-Greulich A. (2009) : Comparaison européenne des aides aux familles. Dossier d'études 112. IRES
- ▶ Freemantle N., Wood J., Griffin C., Gill P., Calvert M.J., Shankar A., Chambers J., MacArthur C. (2009). What factors predict differences in infant and perinatal mortality in primary care trusts in England? A prognostic model. *BMJ*, 339:b2892.
- ▶ Hollowell J., Kurinczuk J.J., Oakley L., Brocklehurst P., Gray R. (2009). A systematic review of the effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and its major causes in socially disadvantaged and vulnerable women. Final report.
- ▶ Marie-Jeanne J. (2009) : Étude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède), http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MARIE_JEANNE_JULIE.pdf
- ▶ Lelong N., Blondel B., Kamonski M. (2011). Evolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. *Journal of Gynecology Obstetric and Biological Reproduction* 40, 42-49.
- ▶ Dallolio L., Lenzi J., Fantini M.P. (2013). Temporal and geographical trends in infant, neonatal and post-neonatal mortality in Italy between 1991 & 2009. *Italian Journal of Pediatrics*, 39-19.
- ▶ Hofmeyr G.J. & Hodnett E.D. (2013). Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial - Commentary: routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. *Reproductive Health* 10.
- ▶ Lauria L., Bonciani M., Spinelli A., Grandolfo M.E. (2013). Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status. *Ann Ist Super Sanità*, 49(2), 209-218.
- ▶ Manios Y., Biribilis M., Moschonis G. "the Healthy Growth Study Group" (2013). Childhood Obesity Risk Evaluation based in perinatal factors and family sociodemographic. *European Journal of Pediatrics* 172, 551-555.
- ▶ Santos J.V., Correia C., Cabral F., Bernades J., Costa-Pereira A., Freitas A. (2013). Should European perinatal indicators be revisited? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 170, 85-89.
- ▶ Zeitlin J., Mohangoo A.D., Delnord M., Cuttini M. The Europeristat Scientific Committee, 2013. The second European Perinatal Health Report: documenting changes over 6 years in the health of mothers and babies in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health* 67 (12).
- ▶ Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne - Rapport 2014 : les violences faites aux femmes en Europe.
- ▶ Chiavarini M., Lanari D., Minelli L., Salmasi L. (2014). Socio-demographics determinants and access to prenatal care in Italy. *BMC Health Services Research* 14:174.
- ▶ Hildingsson I., Andresson E., Christensson K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time - A comparative study of two cohorts of women. *Sexual & reproductive Healthcare* 5, 51-57.
- ▶ Schei B., Lukasse M., Ryding E.L., Campbell J., Karro H., Kristjansdottir H., Laanpere M., Schroll A.M., Tabor A., Temmerman M., Van Parys A.S., Wangel A.M., Steingrimsdottir T. (2014). A History of Abuse and Operative delivery - Results from a European Multi-Country Cohort Study. *Plos One* 9 (1).
- ▶ Smedberg J., Lupattelli A., Mardby A.C., Nordeng H. (2014). Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new

Bibliographie

mothers in 15 European countries. BMC Pregnancy and Childbirth 14.

- ▶ Sydsjö G., Bladh M., Lilliecreutz C., Persson A.M, Vyoni H., Josefsson A. (2014). Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth - a retrospective case control study. BMC Pregnancy and Childbirth, 14:126.
- ▶ Richardus J.H., Graafmans W.C., Verloove-Vanhorick S.P., Mackenbach J.P. & the EuroNatal International Audit Panel, The EuroNatal Working group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 110, 97-105.

Sites relatifs à certains pays européens

- ▶ The Scandinavian Insider. Giving Birth in Sweden, <http://sosmag.se>
- ▶ VARDGUIDEN. Grupp B-streptokocker, <http://www.vardguiden.se>
- ▶ Regione Piemonte, Profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio, <http://www.regione.piemonte.it>
- ▶ Agenzia Regionale Sanitaria - Settore Assistenza Sanitaria, Protocollo per l'assistenza in gravidanza, al parto e nel puerperio in condizioni di fisiologia in regione Campania, <http://www.sito.regione.campania.it>
- ▶ NHS (National Health Service), Antenatal care, Routine care for the healthy pregnant woman, <http://www.nhs.uk>
- ▶ Departement of Health, The Pregnancy Book 2007, <http://www.dh.gov.uk>
- ▶ Full NICE guidelines for routine antenatal care in the UK, <http://www.nice.org.uk/guidance/cg62>
- ▶ Der MutterPass, <http://www.praxis-schraps.de>
- ▶ BAXTER, Information für Schwangere, <http://www.baxter.de>
- ▶ Consejería de salud. Proceso asistencial integrado. Embarazo, parto y puerperio. Junta de Andalucía, <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433embarazo.pdf>
- ▶ Maternidad Hospitalaria, Estandares y Recomendaciones. Informers, estudios e investigacion, Ministerio de sanidad y politica social, <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Suivi de grossesse et organisation des acteurs - Retour d'expériences et enseignements © ANAP 2016 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Juin 2016

Cette publication s'inscrit dans une démarche d'état des lieux de la situation française en matière de périnatalité et s'intéresse plus particulièrement à l'organisation du suivi de grossesse et à ses liens avec les résultats périnataux.

Cinq catégories d'enseignement sont identifiées, à partir de monographies territoriales. Plusieurs outils permettent de repérer les facteurs de risque populationnels identifiés par l'INSERM et la façon dont ils sont pris en compte au niveau organisationnel.

