

RAPPORT | Décembre 2021

Évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables

*en maternité et Centres périnataux
de proximité (CPP) en Auvergne-Rhône-Alpes*

Rapport des études menées auprès des établissements
de santé et des réseaux de santé en périnatalité

Synthèse

CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ÉVALUATION

Ce rapport présente les résultats de **l'évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables** sur la région Auvergne-Rhône-Alpes, menée par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre de son [Projet régional de santé \(PRS\) 2018-2028](#). Cette évaluation a pour objectif de rendre compte du parcours des femmes enceintes vulnérables sur la région et d'apprécier les difficultés et les ruptures de parcours de soins qu'elles peuvent rencontrer.

La grossesse est un moment de fragilité accrue pour toutes les femmes. Les vulnérabilités auxquelles les femmes doivent faire face sont de natures diverses, elles peuvent être socio-économiques (chômage, absence de couverture sociale, bénéficiaires de minimas sociaux), sociales (isolement social, patiente mineure, hébergement instable, absence de logement), psychiques (maladies psychiatriques, choc traumatique lié à un parcours de vie, à une précédente grossesse, angoisse, manifestation de peurs ou de craintes), sanitaires (comportements à risques et addictions, une grossesse non suivie ou suivie tardivement), les femmes victimes de violences actuelles ou passées, physiques, psychiques, sexuelles par un conjoint, un proche, mais aussi les violences gynécologiques ou obstétricales. Ces vulnérabilités sont souvent

cumulatives, ce qui rend le repérage mais aussi l'orientation et la prise en charge complexes.

Cette évaluation s'articule autour de la problématique suivante : dans quelle mesure le repérage et la prise en charge des femmes vulnérables proposés sur la région permettent de garantir un parcours sans discontinuité et cohérent.

Nous cherchons à connaître les outils, les dispositifs, et les collaborations mis en place pour permettre un repérage systématique des vulnérabilités des femmes et proposer une prise en charge continue de l'anténatal au postnatal et adaptée à leur situation, mais aussi à leurs souhaits et leurs réticences. Nous souhaitons identifier les difficultés et les leviers d'action mis en place par les établissements pour lutter contre les ruptures de parcours de soins.

MÉTHODOLOGIE

Pour mener cette évaluation, nous avons réalisé plusieurs études :

- **Un questionnaire auprès des 5 réseaux de périnatalité** afin de saisir comment ils participent au parcours des femmes enceintes vulnérables par le biais des actions de formations, de sensibilisation et l'appui méthodologique qu'ils apportent aux établissements ;

- **Un questionnaire à destination des maternités et des CPP** de la région permettant de s'intéresser au repérage des vulnérabilités (les outils, les moyens humains, le parcours), à la Prise en charge

(PEC) des vulnérabilités (les ressources pour la PEC), aux collaborations et aux transmissions autour de ce parcours (les modalités, la qualité, la fréquence). Nous avons aussi étudié l'existence et l'organisation des dispositifs issus du [plan Périnatalité 2005-2007](#) du ministère des solidarités et de la santé : l'Entretien prénatal précoce (EPP), la collaboration médico-psychologique avec le financement de psy¹ de maternité et les staffs de parentalité ou staffs psycho-sociaux.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a perturbé le planning de réalisation de cette évaluation car initialement nous souhaitions interroger d'autres acteurs de la périnatalité : les services de Protection maternelle infantile (PMI) et les sages-femmes libérales.

Pour mener cet état des lieux nous avons analysé les réponses des 5 réseaux de périnatalité ; les réponses de 72 maternités et des CPP, sur 75 envoyés (96 %). Nous disposons également du corpus documentaire transmis par les différents acteurs. Pour compléter ces données, nous avons mobilisé quelques données qualitatives issues d'entretiens réalisés avec les professionnels de la région.

Les conclusions et les propositions de cette évaluation sont issues de cet état des lieux, et des réunions avec le Comité de pilotage (COPIL) de cette étude.

ÉTAT DES LIEUX DU PARCOURS DES FEMMES ENCEINTES VULNÉRABLES SUR LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES EN 2020

Dans le cadre de cette évaluation la **notion de parcours** se définit par 3 phases : une phase de repérage des vulnérabilités, une phase de coordination et une phase de mise en place d'un suivi adapté. Sur la région, 44 % des établissements ont mis en place un parcours pour les femmes enceintes vulnérables.

L'état des lieux nous a permis de voir que les établissements ont **une définition large de la vulnérabilité**, qui prend en compte de nombreuses situations : des situations de vulnérabilités socio-économiques, psycho-sociales, les addictions, les situations de violences. L'état des lieux et les échanges avec le COPIL ont rappelé que les violences pouvaient être des violences conjugales, familiales, sexuelles, physiques, psychologiques, obstétricales et gynécologiques, actuelles, ou passées.

La première phase de ce parcours est le repérage des vulnérabilités, il est réalisé par le biais de l'entretien prénatal précoce (EPP), dont les objectifs sont rappelés dans l'extrait suivant du Plan de périnatalité 2005-2007 (p. 2) :

« Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer

¹Le terme « psy » recouvre tous les professionnels du champ de la psychopérinatalité qui interviennent en maternité : psychologues, psychiatres adultes et pédopsychiatres.

des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc. »

Sur la région, 89 % des établissements réalisent des EPP, mais le taux de réalisation est très hétérogène. La transmission, lorsqu'il a été réalisé en ville, n'est pas toujours adéquate. La généralisation de l'EPP, effective depuis mai 2020, génère des besoins chez les établissements de la région, notamment en termes de formations, de temps dédié, mais aussi en termes de formalisation des liens avec la ville.

Nous nous sommes intéressés aux outils mobilisés pour repérer les femmes enceintes vulnérables. 36 % des établissements utilisent une grille de repérage de vulnérabilité, 83 % des établissements utilisent un guide d'entretien pour la réalisation des EPP. L'utilisation de scores de repérage est peu répandue sur le territoire. Les réseaux de périnatalité sont un acteur important dans l'élaboration de ces outils.

Pour prendre en charge les femmes enceintes vulnérables, des parcours spécifiques sont mis en place en fonction des vulnérabilités des femmes. Ainsi, pour prendre en charge les femmes

ayant des vulnérabilités socio-économiques, 83 % des établissements ont une assistante sociale. Pour la prise en charge des vulnérabilités psychiques et psychologiques, 79 % des établissements ont un « psy » de maternité. 79 % des établissements ont un dispositif permettant de prendre en charge les femmes victimes de violences. Pour la PEC des femmes ayant une ou des addictions, plusieurs dispositifs sont mobilisés : 64 % des établissements ont une Sage-femme (SF) dédiée aux addictions, 52 % des établissements ont recours à l'Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

Ce parcours se caractérise par sa pluridisciplinarité. En effet, les collaborations et le travail en partenariat interviennent à toutes les étapes du parcours. Tous les établissements travaillent quotidiennement avec la PMI, 92 % des établissements travaillent quotidiennement avec les professionnels libéraux, 65 % des établissements avec la PASS et 71 % des maternités et des CPP travaillent avec la psychiatrie adulte. Les établissements rapportent un manque de ressources pour la prise en charge en psychiatrie adulte des patientes.

Cette évaluation nous a permis d'identifier comme centrale **la notion de coordination** dans le parcours des femmes enceintes vulnérables. Elle prend deux formes sur la région : un professionnel dédié et les staffs psycho-sociaux. Dans 54 % des établissements, un professionnel a du temps dédié à la coordination. Ses missions sont les suivantes : il est un

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

Cette évaluation a permis de mettre en lumière les difficultés des établissements, notamment **les risques de ruptures de parcours** qu'ils identifient. Certaines ruptures de parcours sont liées aux vulnérabilités des femmes : difficultés à s'inscrire dans le suivi de grossesse (retards, absences aux rendez-vous), **manque de confiance et méfiance** vis-à-vis de certains acteurs comme la PMI, l'Aide sociale à l'enfance (ASE), et la prises en charge psy. Certaines ruptures de parcours sont liées à l'organisation proposée par les établissements : **manque de ressources adaptées, trop d'interlocuteurs**, difficulté pour établir le lien de confiance avec les femmes. Les établissements identifient d'autres difficultés : **manque de temps, pas toujours de possibilité d'hospitalisation** lorsque cela est nécessaire, barrière de la langue.

Cette évaluation dans le périmètre d'étude menée a également permis de mettre en exergue **les points forts de la prise en charge**, à savoir son **caractère pluridisciplinaire et la mise en place d'une coordination**. L'étude nous permet également de voir les solutions proposées par les établissements pour

lutter contre les ruptures de parcours, comme par exemple une adaptation du format des rendez-vous ou le fait de rappeler les patientes lorsqu'elles en manquent un.

L'étude auprès des réseaux de périnatalité permet d'explicitier leur rôle dans le parcours des femmes enceintes vulnérables. Elle permet de recenser les **actions menées pour sensibiliser** les acteurs de la périnatalité, par le biais de formations mais aussi par l'élaboration d'une documentation adaptée, des **actions menées pour favoriser la collaboration entre les acteurs**, mais aussi **l'appui méthodologique** qu'ils proposent.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Certaines conclusions et certaines propositions pour la mise en place du parcours des femmes vulnérables sur la région ressortent de l'analyse évaluative :

➤ Une définition large de la vulnérabilité est nécessaire pour prendre en charge ces femmes. Vous trouverez en annexes de ce rapport une liste, non exhaustive, des vulnérabilités à prendre en compte.

➤ La phase de repérage des vulnérabilités est un moment clé du parcours des femmes. Nous proposons l'utilisation de grilles de repérage pour repérer les vulnérabilités.

➤ Les expériences des établissements nous montrent que l'adhésion des patientes est un véritable point fort de la prise en charge des femmes vulnérables, ainsi nous proposons de veiller au

consentement des patientes en garantissant une transparence de la prise en charge, des démarches et des liens entre professionnels.

❖ Face au constat d'un taux de réalisation de l'EPP très variable sur la région et dans le cadre de sa généralisation, nous préconisons des formations à l'EPP pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles.

❖ L'enquête nous a permis de constater la présence de psys dans de nombreux établissements de la région, la collaboration avec les services de maternité est satisfaisante. Afin de renforcer la coopération médico-psychologique, nous proposons d'intégrer les psychologues des maternités aux formations dispensées par les réseaux périnataux et à la formation à l'EPP.

❖ La coordination des parcours a été repérée comme un point fort du parcours des femmes enceintes vulnérables. De nombreux établissements ont dédié du temps de professionnels à la mission de coordination de parcours.

❖ Pour la coordination, nous préconisons la mise en place d'un staff psycho-social dans chaque maternité, avec l'aide des réseaux de périnatalité.

❖ L'étude a montré un risque de rupture important pour le suivi des femmes en post-partum. Des séjours plus longs en maternité peuvent s'avérer utiles lorsque des critères de vulnérabilité sont identifiés, en tenant compte de cette population pour ne pas pénaliser l'établissement.

❖ Nous préconisons un suivi réalisé par la maternité et les services de PMI pour les femmes enceintes vulnérables pendant les 6 premiers mois.

❖ Nous proposons un plus grand repé-

rage des dépressions du post-partum par le biais d'une plus grande sensibilisation des professionnels, une sollicitation plus simple du psy en post-natal par tous les intervenants (PMI, médecin traitant, sages-femmes libérales...).

❖ Nous préconisons d'impulser une dynamique régionale à travers la diffusion de ce présent rapport, la diffusion des outils répertoriés, la réflexion sur la coordination de parcours, mais aussi par l'organisation d'une journée régionale d'échange « Périnatalité et vulnérabilité ».

Cette journée devait avoir lieu en 2020. En raison de la crise sanitaire, elle a du être annulée.

Cette étude a été réalisée en 2020 par Éloïse Roustan dans le cadre de son stage de master II « Parcours santé et territoire, intelligence géographique et aide à la décision » à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sous la supervision du D^r Sophie Rubio, conseiller médical à la Direction de l'Offre de Soins, référente régionale périnatalité (sophie.rubio@ars.sante.fr).

Sommaire

Synthèse	3
Table des sigles et des abréviations	10

CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ÉVALUATION

MÉTHODOLOGIE

Comment étudier le parcours des femmes enceintes vulnérables ?	15
Les données recueillies	17
Pilotage de l'évaluation et analyse des données	17

ÉTAT DES LIEUX DU REPÉRAGE ET LA PRISE EN

CHARGE DES FEMMES ENCEINTES VULNÉRABLES

Quel parcours pour les femmes enceintes vulnérables ?	18
Comment est structuré le parcours des femmes enceintes vulnérables ?	21
1. L'entretien prénatal précoce (EPP)	21
2. Les outils du repérage	23
a) Les grilles de repérage des vulnérabilités	23
b) Les scores	25
c) Les guides pour l'entretien prénatal précoce	25
d) D'autres leviers de repérage	26
3. Les parcours formalisés pour chaque type de vulnérabilité	27
a) Un parcours pour les femmes précaires et ayant des vulnérabilités socio-économiques	27
b) Un parcours pour les femmes ayant une vulnérabilité psychique	27
c) Un parcours pour les femmes victimes de violences	28
d) Un parcours pour la PEC des addictions	29
La coordination, clef de voute des parcours des femmes vulnérables	30



Table des sigles et des abréviations

CH : Centre hospitalier

PEC : Prise en charge

CHU : Centre hospitalier universitaire

PMI : Protection maternelle et infantile

CMP : Centre médico-psychologique

SF : Sage-femme

CPP : Centre périnatal de proximité

SFL : Sage-femme libérale

CSAPA : Centre de soins,
d'accompagnement
et de prévention en addictologie

ELSA : Equipe de liaison
et de soins en addictologie

EPP : Entretien prénatal précoce

ES : Etablissement de santé

ESPIC : Etablissement de santé privé
d'intérêt collectif

ETP : Equivalent temps plein

FEV : Femmes enceintes vulnérables

HAS : Haute autorité de santé

IPDE : Infirmier(e) puéricultrice
diplômé(e) d'État

PASS : Permanence
d'accès aux soins de santé



Contexte et enjeux de l'évaluation

L'évaluation permet de répondre à l'objectif suivant : améliorer dès la grossesse, le suivi de la santé de la mère et du nouveau-né.

Ce projet d'évaluation du parcours des femmes enceintes vulnérables sur la région Auvergne-Rhône-Alpes s'inscrit dans le [Projet régional de santé \(PRS\) 2018-2028](#) de l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes. L'évaluation permet de répondre à **l'objectif suivant : améliorer dès la grossesse, le suivi de la santé de la mère et du nouveau-né**. Notre évaluation vise à faire l'état des lieux du repérage des vulnérabilités et de la prise en charge de ces femmes vulnérables sur la région et des ruptures de parcours qu'elles peuvent rencontrer.

La grossesse est un moment de fragilité accrue pour toutes les femmes. Les vulnérabilités auxquelles les femmes doivent faire face sont de nature diverse, elles peuvent être socio-économiques (chômage, absence de couverture sociale, bénéficiaires de minimas sociaux), sociales (isolement social, patiente mineure, hébergement instable, absence de logement), psychiques (maladies psychiatriques, choc traumatique lié à un parcours de vie, à une précédente grossesse, angoisse, manifestation de peurs ou de craintes), sanitaires (comportements à risques et addictions, une grossesse non suivie, ou suivie tardivement), les femmes victimes de violences actuelles ou passées, physiques, psychiques, sexuelles par un

conjoint, un proche. Ces vulnérabilités sont souvent cumulatives, ce qui rend le repérage mais aussi l'orientation et la prise en charge complexes.

Ces vulnérabilités ont des conséquences multiples sur la santé de la mère et son parcours de soins mais aussi sur l'enfant et sur le lien parent-enfant ; c'est ce que nous rappelle l'extrait suivant issu du [Plan périnatalité 2005-2007](#) du ministère des solidarités et de la santé (p. 4) : « Ces vulnérabilités sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance. »

Cette évaluation a pour objectif de saisir dans quelle mesure le repérage et la prise en charge des femmes vulnérables proposés dans les maternités et le Centre périnatal de proximité (CPP) de la région Auvergne-Rhône-Alpes permettent de garantir un parcours sans discontinuité, cohérent et adapté aux vulnérabilités des femmes. Nous avons souhaité saisir l'organisation et les acteurs de ce repérage, les outils et les dispositifs existants, mais aussi s'il existe un repérage systématique des vulnérabilités. Nous avons souhaité connaître

l'organisation des maternités et des CPP, mais aussi leur collaboration avec la ville à l'échelle des territoires. Nous avons cherché à identifier les freins et les leviers pour le repérage et la prise en charge de ces femmes vulnérables.

Nous avons aussi interrogé les réseaux de santé en périnatalité de notre région afin de saisir leur rôle et leurs missions dans ce parcours. Nous avons souhaité interroger également les sages-femmes libérales et les acteurs de la Protection maternelle et infantile (PMI) afin de saisir

comment ils se coordonnent avec les maternités pour repérer ces femmes et les prendre en charge, mais le contexte sanitaire, marqué par l'épidémie de Covid-19, ne nous a pas permis de réaliser toutes les études souhaitées. Ainsi, seuls deux questionnaires ont pu être diffusés, à destination des réseaux de périnatalité et à destination des maternités et des CPP.



Méthodologie

COMMENT ÉTUDIER LE PARCOURS DES FEMMES ENCEINTES VULNÉRABLES ?

L'évaluation est une démarche longue et complexe, qui se compose de plusieurs phases de travail. Pour réaliser les différentes étapes qui constituent cette évaluation, nous avons été accompagnées par le pôle Mission

inspection, évaluation, contrôle (MIEC) de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Les maternités et les Centres périnataux de proximité (CPP)

La carte ci-dessous nous permet de voir comment les 58 maternités et les 17 CPP de la région se répartissent sur le territoire régional :

FIGURE 1
Carte des maternités et des CPP

Carte des maternités et des centres périnataux de proximité en Auvergne-Rhône-Alpes :



Cette carte nous informe également sur le type d'établissements :

❖ Les CPP : permettent de proposer aux femmes un suivi gynécologique, obstétrical et pédiatrique, ils peuvent prendre le relai de la maternité après l'accouchement ;

❖ Les maternités de type I : il s'agit de maternités pour les grossesses à bas risque, proposant les soins courants pour les nouveau-nés ;

❖ Les maternités de type II se déclinent en deux sous-catégories :

- Type IIA : des maternités proposant des soins spécifiques pour les nouveau-nés, prenant en charge la prématurité, les pathologies modérées du nouveau-nés, présence d'une unité de néonatalogie ;
- Type IIB : ces maternités possèdent les mêmes caractéristiques que les précédentes, mais possède une unité de soins intensifs néonataux ;

❖ Les maternités type III : ces maternités possèdent les mêmes caractéristiques que les maternités type IIB, mais possèdent également un service de réanimation néonatale. Elles prennent en charge les situations de prématurité de moins de 32 semaines, et les pathologies sévères de la mère et du nouveau-né.

Le questionnaire comportait 96 questions. Plusieurs thématiques ont été abordées dans ce questionnaire : le repérage des vulnérabilités (les outils, les moyens humains, le parcours), la Prise en charge (PEC) des vulnérabilités (les ressources pour la PEC), les transmissions (les modalités, la qualité, la fréquence). Nous avons aussi étudié l'existence et l'organisation des dispositifs issus du

plan Périnatalité 2005-2007 : l'Entretien prénatal précoce (EPP), la collaboration médico-psychologique avec le financement de psys² de maternité et les staffs de parentalité ou staffs psycho-sociaux. Ce questionnaire s'intéressait également aux difficultés et aux points de rupture identifiés par les établissements mais aussi aux points forts de leur PEC et aux actions mises en place pour lutter contre ces ruptures dans le parcours de soins, afin de repérer les initiatives locales prises par les Établissements de santé (ES).

Le format retenu est un questionnaire en ligne, permettant un traitement statistique des résultats. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les compétences du service statistique de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes dont les professionnels ont mis en forme le questionnaire, l'ont diffusé, ont fait les relances nécessaires, et ont collecté les données. Ce questionnaire a été adressé aux directions d'établissement et a été rempli par les cadres des maternités et des CPP.

Une enquête a été parallèlement réalisée auprès des cinq réseaux de santé en périnatalité de la région :

❖ le réseau AURORE couvrant les départements du Rhône, de la Drôme, de l'Ain, le nord Isère et les secteurs d'Aubenas et Privas en Ardèche ;

❖ le réseau ELENA couvrant la Loire et le nord Ardèche (Annonay) ;

❖ le réseau RP2S couvrant la Savoie et la Haute-Savoie, ainsi qu'une partie de l'Ain ;

❖ le réseau RPAI couvrant l'Isère ;

²Le terme « psy » recouvre tous les professionnels du champ de la psychopérinatalité qui interviennent en maternité : psychologues, psychiatres adultes et pédopsychiatres.

72

réponses reçues
 dont 56 maternités
 sur 58 (96,5 %)
 et 16 CPP
 sur 17 (94,1 %).

missions qui sont les leurs. Pour cela, un questionnaire papier a été envoyé à ces cinq réseaux.

Ces deux questionnaires ont été créés après une phase de préparation importante composée d'une recherche documentaire et d'entretiens exploratoires avec les professionnels du terrain. Le questionnaire maternité a été testé auprès de 5 sages-femmes ou médecins coordinateurs.

LES DONNÉES RECUEILLIES

Pour mener cette analyse nous avons envoyé le questionnaire maternités et CPP aux 75 établissements autorisés en gynécologie obstétrique de la région. Nous avons obtenu 72 réponses, 56 maternités sur 58 (96,5 %) et 16 CPP sur 17 (94,1 %). Le questionnaire à destination des réseaux de périnatalité a été rempli par les 5 réseaux et retourné avec de nombreux documents que nous avons analysés. Ces questionnaires ont été complétés par un corpus de documents qui nous ont été transmis par les professionnels.

PILOTAGE DE L'ÉVALUATION ET ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données a été encadrée par des protocoles d'analyse permettant d'expliquer les résultats, d'identifier les données brutes dont sont issus les résultats, mais aussi de rappeler à quelles grandes problématiques, à quels grands questionnements ces résultats nous permettent de répondre.

Une analyse croisée a également été réalisée. Nous avons cherché à comprendre comment les établissements se sont approprié les outils et les ressources fournies par les réseaux. Nous avons également identifié des besoins des maternités et des CPP pour lesquels les réseaux peuvent apporter une solution pertinente.

Un comité de pilotage a été formé pour cette évaluation. Il avait pour objectif de regrouper différents professionnels de la périnatalité de la région afin de mettre en débat les constats de l'état des lieux et de proposer des préconisations et des conclusions pertinentes. Le comité de pilotage est composé de 13 professionnels de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et des professionnels ressources suivants :

- 1 membre de la coordination de chaque réseau de santé en périnatalité
- 1 représentante de l'URPS sages-femmes libérales
- 3 représentantes des maternités
- 1 représentante des CPP
- 1 représentante des pys de maternité
- 2 représentantes des PMI, PMI de la Métropole et PMI de l'Ain
- 1 référente égalité homme-femme, préfecture
- 1 représentante des usagers

Le comité de pilotage s'est réuni le 9 juin et le 15 septembre 2020.

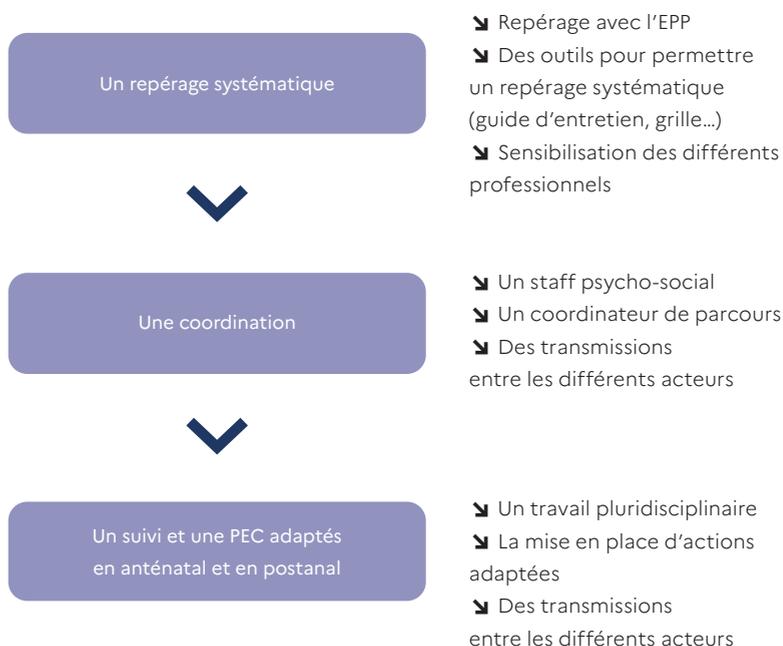
Les conclusions et les propositions de cette évaluation sont issues de l'état des lieux du parcours des femmes enceintes vulnérables et des réunions du comité de pilotage de cette étude.

État des lieux du repérage et la prise en charge des femmes enceintes vulnérables

QUEL PARCOURS POUR LES FEMMES ENCEINTES VULNÉRABLES ?

La notion de parcours comprend plusieurs éléments, le schéma ci-dessous permet de montrer la manière dont nous l'avons défini dans le cadre de cette évaluation :

FIGURE 3
Schéma de la notion de parcours





La notion de parcours comporte schématiquement 3 phases : une phase de repérage, une phase de coordination et une phase de prise en charge adaptée à la patiente et à sa situation.

44 %

des établissements ont mis en place un parcours spécifique pour les femmes enceintes vulnérables.

Les maternités et CPP ont-ils mis en place un parcours spécifique pour les femmes vulnérables ?

- 44 % ont répondu avoir établi un parcours spécifique.
- 7 CPP (29 %), 7 maternités de type 1 (54 %), 14 de type 2 (54 %) et 3 de type 3 (50 %). Le type d'établissement ne semble pas être déterminant pour la mise en place d'un parcours spécifique.
- On note que les établissements privés sont moins nombreux à avoir mis en place un parcours spécifique pour les femmes enceintes vulnérables : 18 % des établissements privés contre 49 % des établissements publics ou ESPIC.

La description des parcours proposés par les différents ES comprend : les différentes phases d'un parcours spécifique, avec un repérage en consultation prénatale ou au cours de l'EPP, la présentation du dossier en staff médico-psycho-social, un parcours de suivi pluridisciplinaire entre PMI et maternité, assistante sociale et psychologue.

À quelles vulnérabilités s'adressent les parcours mis en place par les maternités et les CPP ?

La situation de vulnérabilité d'une femme enceinte peut résulter de nombreux facteurs qui se cumulent souvent. Il nous a semblé nécessaire de recenser quelles vulnérabilités étaient prises en compte par les maternités et CPP pour justifier un suivi renforcé à leur niveau. Pour les nécessités de l'enquête, nous les avons regroupés en vulnérabilités socio-économiques (le fait d'occuper

un emploi, de bénéficier des minima sociaux, l'isolement social...), en vulnérabilités psychologiques (antécédents psychiatriques, dépression du post-partum...), violences (physiques, psychiques, sexuelles) et addictions.

Quelles sont les vulnérabilités qui nécessitent un suivi réalisé par la maternité ou le CPP ? (% de réponses positives) :

- Vulnérabilités socio-économiques : Migrants (97 %), précarité économique (97 %), isolement social (97 %) patiente mineure (18 %), antécédent de placement (10 %).
- Vulnérabilités psychologique : Antécédent de dépression du post-partum (97 %), antécédent de traitement psychotrope (97 %), antécédent de tentative de suicide (90 %), anxiété (86 %), grossesse non désirée ou non suivie (4 %).
- Violences intrafamiliales (28 %)
- Addictions (14 %)

Quelles sont les situations qui motivent le passage du dossier d'une patiente en staff psycho-social ?

Les échanges ayant eu lieu lors du comité de pilotage du 16 juin 2020 ont permis de faire émerger des vulnérabilités qui n'ont pas été abordées dans le questionnaire : les violences que les femmes ont pu vivre par le passé et tout au long de leur vie, les mutilations sexuelles, les femmes à la rue, les violences obstétricales.



Les vulnérabilités peuvent être de nature très diverse (socio-économiques, psycho-sociales, addictions, violences...).

Le terme de violence peut recouvrir une multitude de situations, les violences pouvant être : conjugales, familiales, sexuelles, physiques, psychologiques, actuelles ou passées.

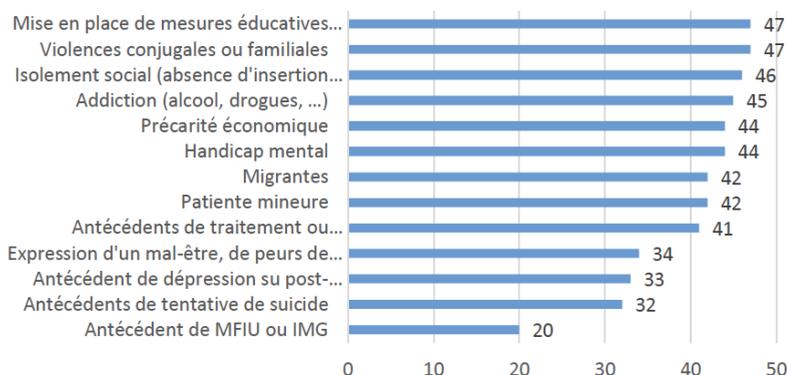
Les femmes sont souvent à l'intersection de plusieurs vulnérabilités.

Quelles sont les situations qui motivent le passage du dossier d'une patiente en staff psycho-social ?

Les échanges ayant eu lieu lors du comité de pilotage du 16 juin 2020 ont permis de faire émerger des vulnérabi-

lités qui n'ont pas été abordées dans le questionnaire : les violences que les femmes ont pu vivre par le passé et tout au long de leur vie, les mutilations sexuelles, les femmes à la rue, les violences obstétricales.

FIGURE 4
Vulnérabilités motivant un passage en staff psycho-social



Interpréter ce graphique : 33 établissements déclarent qu'un antécédent de dépression du post-partum nécessite un passage en staff



**COMMENT EST STRUCTURÉ LE
PARCOURS DES FEMMES ENCEINTES
VULNÉRABLES ?**

Dans ce chapitre, nous avons analysé les étapes du parcours et les outils mobilisés pour chacune de ces étapes.

1. L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE (EPP)

Le principal dispositif de repérage est l'EPP. Cet entretien permet aux différents professionnels en charge de sa réalisation de repérer les difficultés et vulnérabilités rencontrées par les femmes. L'EPP a été défini dans le Plan Périnatalité 2005-2007 :

« Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^e mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc. »

Combien d'EPP ont été réalisés par la maternité ou le CPP en 2019 ?

➤ Pour les 8 CPP répondants : ils ont réalisé 560 EPP pour 1 033 femmes suivies soit 54 %.

Seules 36 maternités ont répondu à cette question : elles ont réalisé 7 437 EPP pour 55 558 accouchements (soit pour 13,4 % des femmes qui accouchent dans leur maternité).

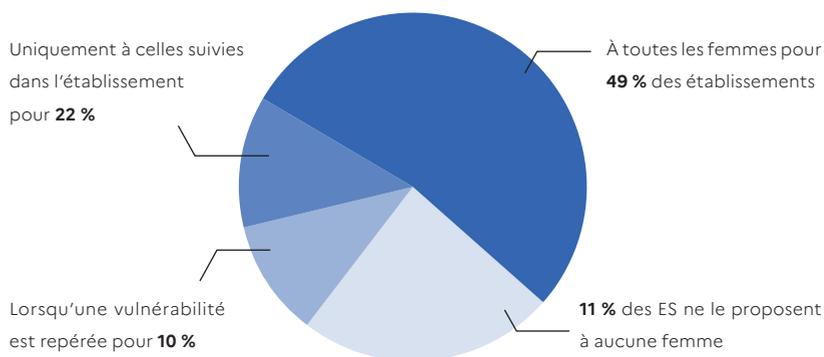
➤ Le taux de réalisation des EPP en maternité est très variable d'un établissement à l'autre, de 0,5 % à près de 70 %. La médiane est à 11,4 % et seuls 6 établissements en réalisent plus de 30 %. Pour les établissements de type 3, le taux d'EPP varie de 3,8 % à 16,9 %.

➤ Parmi les 16 établissements n'ayant pas renseigné le nombre d'EPP réalisés, 7 ont indiqué le proposer à toutes les femmes, et 8 à toutes les femmes suivies au sein de l'établissement.

➤ L'absence de réalisation des EPP est corrélée avec le statut de l'établissement : 64 % des établissements privés contre 3 % des établissements public ou ESPIC déclarent ne pas avoir réalisé d'EPP en 2019. Les établissements privés confient en effet à des professionnels libéraux la réalisation de cet EPP. Les sages-femmes libérales n'ayant pas pu être interrogées, nous n'avons pu approfondir cette question.

Au total, l'enquête nous permet de comptabiliser 8 079 EPP. La région totalisant 84 649 accouchements en 2019, au moins 9,5 % des femmes ont bénéficié d'un EPP réalisé dans une maternité ou un CPP.

À quelles femmes est proposé l'EPP ?



Beaucoup de maternités ne voient les femmes qu'au 3^e trimestre de la grossesse et ne peuvent donc pas assurer l'EPP.

On constate donc que l'objectif du plan périnatalité de 2005-2007 de proposer l'EPP à toutes les femmes est encore loin d'être atteint.

Qui réalise l'EPP ?

➤ Dans les CPP toutes les sages-femmes font des EPP.

➤ Dans les maternités, les Équivalents temps plein (ETP) de sages-femmes dédiées à l'EPP varient de 0,5 à 5,5 ETP, ce qui représente entre 1 % et 46 % de l'effectif total des sages-femmes. Les sages-femmes dédiées à l'EPP sont formées à cette pratique dans 65 % des établissements. 60 ES s'appuient sur un guide d'entretien pour conduire celui-ci.

Pour les EPP faits en ville (PMI ou sage-femme libérale), quelles sont les modalités de transmission à la maternité ?

➤ 27 établissements déclarent qu'aucune transmission n'est faite.

➤ Une fiche de liaison est utilisée par 14 maternités.

➤ Pour 9 maternités situées en ex-Auvergne, les transmissions sont faites dans le dossier informatique partagé de suivi de grossesse, existant uniquement sur ce territoire.

➤ Le carnet de maternité n'est utilisé que par 3 maternités.

➤ Le téléphone est le seul mode de transmission pour 8 maternités.

Les établissements signalent comme difficulté **le manque de temps** consacré à cet EPP : manque de créneaux dédiés à l'EPP, faiblesse des ETP de sage-femme disponible pour les EPP, au regard des besoins repérés localement (fragilité économique : seuil de pauvreté, famille monoparentale, population migrante...), EPP intégrés dans les consultations des SF, calage des rendez-vous difficile...

Le dernier point signalé est **le manque de formation, de sensibilisation et de**



89 %

des établissements réalisent des EPP. Cet outil est bien approprié par les ES. Il s'agit d'un moment clé du repérage des femmes enceintes vulnérables.

Le taux d'EPP fait à la maternité est cependant très variable dans la région.

Un défaut de transmission a été observé, notamment lorsque l'EPP est réalisé en ville.

Sa généralisation crée des besoins : de formations, de temps dédiés, mais aussi de formaliser les liens avec la ville.

communication autour de cet EPP. Il s'agirait de renforcer les compétences des soignants qui réalisent cet EPP, mais aussi de tous les professionnels de la périnatalité afin qu'il soit davantage proposé et réalisé pour assurer une plus grande systématisation du repérage. Une sensibilisation des patientes est également jugée nécessaire par les établissements de la région afin de leur faire connaître l'EPP.

Le 18 octobre 2019, le gouvernement présentait un amendement visant à modifier l'article L. 2112-2 du Code de la santé publique : ainsi, l'EPP devient une consultation. Nous avons interrogé les ES sur la façon dont ils envisagent la généralisation de cet EPP. Cette question a permis à certains ES de nous signaler que cette généralisation est déjà effective au sein de leur maternité ou CPP.

Nous constatons que les établissements accueillent plutôt favorablement cette généralisation.

Cette généralisation accentue les besoins importants chez les professionnels des maternités et des CPP de la région, en termes d'ETP consacrés à la réalisation de l'EPP, de formation et de sensibilisation des professionnels et des femmes. Il faudrait aussi changer la façon de le présenter, puisqu'il fait maintenant partie du parcours de soin. À noter aussi les refus ou la non présentation au rendez-vous de certaines patientes qui en auraient besoin.

Parmi les solutions mises en avant par les ES de notre région, est cité le renforcement de la collaboration avec les

professionnels de ville afin de permettre à toutes les femmes de bénéficier de cet EPP.

2. LES OUTILS DU REPÉRAGE

Dans un second temps, nous allons étudier les outils mobilisés par les maternités et les CPP de la région pour organiser le repérage et la PEC des femmes vulnérables. Il ne s'agit pas de stigmatiser les femmes vulnérables mais l'utilisation d'outils permet une approche plus systématique du repérage des vulnérabilités et la prise en compte de cette dimension dans le suivi au même titre que la dimension médicale.

a) Les grilles de repérage des vulnérabilités

Nous constatons que 26 établissements ont des grilles leur permettant de repérer les vulnérabilités des femmes.

➤ Pour 8 établissements, cette grille de repérage des vulnérabilités est celle proposée par le réseau de périnatalité RP2S. Il est à noter que cette grille de repérage est déclinée pour le prénatal et pour le postnatal. (voir figure 5 : Grille de repérage du réseau RP2S)

Les CPP de Tournon, de Die et de Crest déclarent utiliser cette grille de repérage des vulnérabilités car ils travaillent en convention avec le CH de Valence.

➤ 6 établissements ont également créé leur propre grille de repérage des vulnérabilités.

➤ 8 établissements mobilisent la grille de repérage des critères de risques de la HAS⁴ et 9 établissements mobilisent une autre grille.

⁴ Haute autorité de santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, recommandations de bonnes pratiques, mai 2016.

FIGURE 5
Grille de repérage du réseau RP2S



GRILLE D'ÉVALUATION DES CRITERES DE VULNERABILITE EN PRENATAL
AMENANT UNE ORIENTATION vers les SAGES-FEMMES PMI-PS Haute-Savoie (màj 7 déc 17)

A renseigner dès l'Entretien Prénatal Précoce. A réévaluer au long de la grossesse

Les **Indicateurs de Vulnérabilité** sont cotés par le professionnel de 0 (pas de vulnérabilité significative repérée) à 4 (vulnérabilité forte).

La somme des cotations : « V » amène à une orientation de la femme vers la sage-femme de PMI-PS s'il est au moins égal à 4.

Indicateurs de vulnérabilité amenant, à eux seuls, à une orientation vers la sage-femme PMI-PS	Jeune fille Mineure	4
	Grossesse mal suivie	4
	Accouchement prévu dans le secret	4
	Pathologie psychiatrique / déficience intellectuelle	4
	Situation médico-psycho- sociale complexe	4
	ATCD Placement ASE (Femme elle-même, parents et/ou fratrie)	4
	Violences conjugales	4
Soutien familial et social	En couple, soutien familial et amical	0
	Futur père absent, soutien familial ou amical restreint	1
	Aucune personne	2
	Isolement géographique	2
Ressources	Revenus réguliers	0
	Revenus irréguliers, prestations sociales et autres	1
	Aucune. Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier	2
Couverture médicale	Avec complémentaire	0
	Sans complémentaire, CMU, AME ou PASS	1
	Aucune couverture médicale. Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier	2
Consommation de produits toxiques	Tabac pendant la grossesse	1
	<i>Nombre de cigarettes / jour :</i>	
	Cannabis pendant la grossesse	1
	<i>Nombre de joints / semaine:</i>	
	Alcool pendant la grossesse	1
	<i>Nombre de verres / semaine:</i>	
	Autres drogues, médicaments	1
	Traitement substitutif	1
	Tabac, Alcool, Toxicomanie chez le conjoint et/ou l'entourage	1
Consommation en fin de grossesse :		
Critères et antécédents obstétricaux	Aucun ATCD	0
	ATCD de déni de grossesse	1
	Découverte tardive de grossesse (> 15 SA)	2
	ATCD Mort Fœtale In Utéro, Interruption Médicale de Grossesse	2
	Grossesses rapprochées (moins de 6 mois après la précédente naissance)	2
	Parité supérieure ou égale à 5	2
	Poursuite de la grossesse après demande d'IVG	3
SOMME DES COTATIONS : V =		

✎ Le centre hospitalier de Valence a créé une grille pour le parcours « Valériane », un dispositif expérimental d'accompagnement des FEV reposant sur un réseau de soins personnalisé ville-hôpital, financé par l'ARS. Entrent dans le parcours Valériane les femmes ayant au moins deux critères : un critère de précarité et un de vulnérabilité.

FIGURE 6
Grille de repérage du parcours Valériane

Un facteur de pauvreté ou d'isolement obligatoire	Un facteur de vulnérabilité relationnel, psychologique ou médical
Mère isolée Non maîtrise langue française Moins d'un an en France Hébergement instable Absence couverture sociale, CMU ou AME Arrêt de la scolarité en troisième Situation irrégulière en France Mineure	Addiction Grossesse non suivie ou déclaration tardive Maltraitance actuelle ou dans l'enfance (placements, AMO) Troubles psychologiques ou psychiatriques Pathologie médicale ou antécédents, parcours B HAS Plus de trois passages aux urgences pendant la grossesse

b) Les scores

Nous nous sommes également intéressés aux outils plus spécifiques pouvant être utilisés pour repérer certaines vulnérabilités.

✎ Pour le repérage de troubles de l'humeur, seuls 2 établissements utilisent le score Edimbourg (Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). Un CPP a recours à [l'échelle de dépression de Hamilton](#).

✎ Pour repérer les femmes victimes de violences, 8 établissements ont recours à un score, par exemple [le violentomètre](#), un outil de prévention permettant de

repérer les violences qui peuvent être présentes au sein d'un couple.

c) Les guides pour l'entretien prénatal précoce

Des guides d'entretien pour l'EPP ont été élaborés lors de sa mise en place en 2008.

✎ 38 ES utilisent celui de leur réseau de périnatalité d'appartenance ;

✎ 13 utilisent le guide de la HAS ;

✎ 10 utilisent un autre guide.

À travers ces guides d'entretien pour l'EPP, nous pouvons voir comment les réseaux de périnatalité participent au parcours



36 %

des ES utilisent
une grille de repérage
des vulnérabilités.

L'utilisation de scores
est peu développée
sur la région.

83 %

des ES utilisent un
guide d'entretien pour
la réalisation des EPP.
Pour 63 % des ES il
s'agit du guide élaboré
par leur réseau
d'appartenance.

Les réseaux de périna-
talité sont des acteurs
importants dans la
création et la diffusion
de ces outils.

des femmes enceintes vulnérables en
étant des appuis pour les établissements.

d) D'autres leviers de repérage

Les passages répétés aux urgences sont
un signe d'alerte : 43 ES sont avertis
lorsque les femmes enceintes ont un
recours important aux consultations
non-programmées et aux urgences.
Pour 45 ES, il existe dans le dossier des

patientes un pavé réservé aux consignes
pour la PEC des femmes vulnérables pour
l'accouchement et le post-partum.

Ces différents éléments (les grilles, les
guides, les scores, mais aussi les proto-
coles définis) permettent aux ES de garan-
tir aux femmes enceintes vulnérables un
repérage et une PEC systématiques. Le
tableau ci-dessous permet de résumer
les différents éléments évoqués :

FIGURE 7
Tableau des outils du repérage des vulnérabilités

	CPP (16)	Type 1 (24)	Type 2 (26)	Type 3 (6)	Total régional (72)
Grille de repérage	10	5	10	1	26
Pavé dans le dossier pour PEC complexe	9	13	18	5	45
Lien avec la maternité quand passages fréquents aux urgences	8	14	18	3	43
Annuaire	10	22	22	6	61
Score précarité	7	5	7	1	20
Score violence	3	1	4	0	8
Score trouble de l'humeur	2	0	1	0	3
Parcours spécifique pour les femmes ayant une vulnérabilité psychique connue	5	7	6	3	21
Guide d'entretien EPP	13	20	23	4	60

3. LES PARCOURS FORMALISÉS POUR CHAQUE TYPE DE VULNÉRABILITÉ

Dans ce chapitre nous allons étudier les différents parcours en fonction des vulnérabilités des femmes qui se caractérisent par l'intervention de professionnels différents et d'experts.

a) Un parcours pour les femmes précaires et ayant des vulnérabilités socio-économiques

Quelle est la disponibilité des assistantes sociales dans les maternités et CPP ?

✎ 83 % des ES ont déclaré avoir une assistante sociale au sein de la maternité. Le temps d'assistante sociale dédié aux maternités et aux CPP est de moins de 0,1 à 0,5 ETP pour 10 ES, et de 0,1 ETP ou moins pour 18 ES.

Quelles sont les modalités d'intervention des assistantes sociales ?

✎ Permanences d'assistante sociale dans 60 % des établissements.

✎ Présence de l'assistante sociale au staff psychosocial dans 44 % des maternités.

✎ Dans 30 % des cas l'assistante sociale est sollicitée ponctuellement.

Quels sont les possibilités de recours à l'interprétariat ?

✎ Pour 19 établissements il est possible tous les jours.

✎ Pour 30 établissements le recours à l'interprétariat est possible mais pas tous les jours.

✎ Pour 17 ES, l'interprétariat est possible par le biais des ressources internes de l'établissement. Ainsi, le personnel de l'hôpital est mobilisable pour accompagner un professionnel de la maternité ou du CPP pour la réalisation des consultations.

✎ Seul 1 établissement de la région n'a pas de possibilité de recours à l'interprétariat.

b) Un parcours pour les femmes ayant une vulnérabilité psychique

Concernant les femmes ayant une vulnérabilité psychique connue, 21 établissements ont défini un parcours spécifique de PEC.

Les psychologues et psychiatres de maternité

Le plan périnatalité 2005-2007 avait financé le recrutement de psychologues dans les maternités pour renforcer la coopération médico-psychologique. En région Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS a poursuivi le financement des postes de psychologues dans les maternités depuis 2008 par le biais du Fond d'investissement régional (FIR).

La fonction des « psys » de maternité peut être assurée par des psychologues, des psychiatres ou pédopsychiatres. Le « psy » de la maternité joue un rôle d'orientation selon la nature des troubles vers le secteur de psychiatrie adulte ou vers la pédopsychiatrie.

Le tableau ci-après permet de résumer la présence des psys au sein des établissements de notre région :



Pour prendre en charge les vulnérabilités socio-économiques, 83 % des établissements ont une assistante sociale.

79 %

des établissements ont un psy de maternité, l'intégration des pys dans les équipes est bonne.

79 %

des établissements ont un dispositif de prise en charge des violences faites aux femmes.

FIGURE 8
Répartition des pys dans les ES

	Présence de pys dans l'établissement	Présence de psychologues	Présence de psychiatres ou pédopsychiatres	Présence de psychologues et psychiatres et pédopsychiatres	Aucun psy
Les maternités (56)	51	39	1	11	5
Les CPP (16)	6	3	1	2	10
Total des établissements (72)	57	42	2	13	15

Ces pys interviennent principalement auprès des patientes et participent donc à la PEC de ces dernières. Ils interviennent en suite de couche pour 93 % des maternités, lors des hospitalisations anténatales pour 91 %. Ils réalisent des consultations en anténatal dans 88 % des établissements, et en post-natal dans 86 %. Ils peuvent intervenir en urgence dans 82 % des établissements.

Parmi les 57 établissements ayant au moins un psychologue, dans 80 % d'entre eux, le psychologue fait du travail indirect en intervenant auprès des soignants, et pour 74 % des établissements, le psychologue est présent au staff psycho-social. 64 % des établissements estiment que le psychologue participe « toujours » ou

« souvent » aux staffs de la maternité (hors staff de parentalité).

Des transmissions écrites sont réalisées par les « psy » dans 79 % des établissements. Pour certains établissements, ces comptes rendus sont complétés par des transmissions orales.

La collaboration médico-psychologique se traduit par les liens étroits des « psy » avec le personnel soignant, leur disponibilité en urgence, le partage d'information lors des staffs.

c) Un parcours pour les femmes victimes de violences

Pour la PEC des femmes victimes de violences qui peuvent être physiques, sexuelles, psychiques, économiques, ou



Pour la prise en charge des femmes ayant des addictions, les ES travaillent avec plusieurs dispositifs et acteurs, 52 % des établissements ont recours à l'ELSA, 46 % ont une sage-femme dédiée aux addictions.

Les réseaux de périnatalité sont des acteurs importants dans la formalisation de ces parcours par le biais des protocoles qu'ils élaborent et diffusent aux professionnels.

des dispositifs sont présents dans 57 maternités et CPP de la région :

- 39 établissements ont un référent violence
- 4 établissements ont une unité de victimologie
- 11 établissements déclarent avoir une unité médico-judiciaire⁵
- 30 établissements ont déclaré avoir un autre dispositif, parmi lesquels : la formation du personnel, des protocoles, des conseillères conjugales, des liens permettant de faciliter le dépôt de plainte.

Sur la région, nous pouvons observer un travail de réseau, une collaboration importante autour du pôle violence du CHU d'Estaing à Clermont-Ferrand. En effet la PEC des femmes victimes de violences dans différents établissements du territoire comme le CH Jacques Lacarin de Vichy, le CH Paul Ardier d'Issoire, le CH de Thiers passe par l'orientation des femmes vers le pôle violence du CHU de Clermont-Ferrand.

Le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble a évoqué sa volonté de créer une maison des femmes permettant de prendre en charge les femmes victimes de violences. Il s'agira pour la maternité d'une nouvelle ressource pour la PEC et l'orientation des femmes victimes de violences.

Pour rendre le parcours systématique, les ES possèdent des protocoles notamment ceux rédigés par les réseaux RSPA, ELENA ou AURORE par le biais du réseau RESU-VAL, qui permettent de guider les professionnels de santé des établissements dans la PEC et l'accompagnement des femmes victimes de violences.

d) Un parcours pour la PEC des addictions

Pour la PEC des femmes ayant des vulnérabilités en lien avec les addictions, 46 % des ES ont une sage-femme dédiée aux addictions (tabacologue ou autre). Les autres orientent les femmes vers d'autres professionnels de l'établissement spécialisés en addictologie au sein d'un service dédié à cette problématique.

- 38 établissements ont recours à une Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- 1 à des recours Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- 18 établissements ont recours à des associations extérieures.

Ici encore les réseaux de périnatalité ont élaboré des protocoles afin d'accompagner les professionnels dans la PEC des femmes présentant une addiction. Ci-dessous, le protocole élaboré par le réseau ELENA pour le territoire de Saint-Etienne.

⁵11 établissements ont déclaré avoir une Unité médico-judiciaire (UMJ). Or seulement 4 sont présentes sur la région, au sein des 4 CHU : Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Étienne. Dans notre enquête, seuls deux CHU ont déclaré avoir une UMJ. Les 9 autres établissements ayant déclarés une UMJ n'en ont pas, il y a potentiellement une confusion sémantique.

FIGURE 9
Protocole de repérage et d'orientation pour les conduites addictives,
par le réseau ELENA.

Conditions de vie

- Vivez-vous seule ou en couple ?
- Avez-vous un logement stable ? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?
- Avez-vous un emploi ?
 - A temps plein ?
 - A temps partiel ?
 - Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi ?
- Avez-vous la couverture médicale universelle (CMU) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'état (AME) ?
- Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ?

Stress, violences

- Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ?
- Vous sentez-vous parfois surmenée ou débordée ?

Maternité: Assistante sociale
CHU: 04 77 82 89 59

PMI: Médecin référent
04 77 81 66 24

CIDFF: Centre d'information des droits des femmes
Accueil, écoute, infos
04 77 53 70 64

CDAD: Conseil départemental de l'accès au droit
Infos juridiques
04 77 33 61 46

SOS Violences conjugales
04 77 25 89 10

Aliments

- Quelles sont vos habitudes alimentaires (poissons, viandes, fruits, ...) ?
- Les avez-vous changés depuis que vous êtes enceinte ?
- Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?
Si oui, à quelle occasion ?
- Vous arrive-t-il de vomir ?

Dietéticienne
CHU: 04 77 82 80 00
Libéraux: Cf. Annuaire

Réseau TCA
04 77 12 06 11

Tabac et cannabis

- Fumez-vous du tabac ?
- Vous arrive-t-il de fumer du cannabis ou d'autres toxiques ?
- Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?

Centre Rimbaud
04 77 21 31 13

Consultation tabac
CHU: 04 77 82 86 28
CSAPA: 04 77 21 35 13
HPL: 06 24 27 34 73

Tabac info service
3989

Ecoute cannabis
0811 91 20 20

Boissons

- Qu'avez-vous l'habitude de boire (eau, sodas,...) ?
- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?
- Et depuis la grossesse, comment a évolué votre consommation ?

CSAPA: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
04 77 21 35 13

Autres drogues, médicaments

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits: héroïne, cocaïne, ecstasy ?

Centre Rimbaud
04 77 21 31 13

UTDT: Unité de Traitement de la Dépendance et des Toxicomanies
04 77 12 77 50

Drogue info service
0800 23 13 13

CHU de St Etienne:
Salle d'accouchement: 04 77 82 80 43

Hôpital Privé de la Loire:
Service d'obstétrique: 04 77 42 28 22

Carnet de ressources sur l'ensemble du réseau
Elena disponible sur:
www.chu-st-etienne.fr/elena



Vulnérabilité de la femme enceinte

Repérer - Orienter

Conduites addictives

Territoire de St Etienne



Plaquette à destination des professionnels

**LA COORDINATION,
CLEF DE VOUTE DES PARCOURS
DES FEMMES VULNÉRABLES**

Dans ce nouveau chapitre nous allons nous intéresser à la coordination du parcours des femmes vulnérables, saisir ce que recouvre cette notion, et recenser les différentes formes que peut prendre cette coordination.

1. UN PROFESSIONNEL COORDINATEUR

Dans ce chapitre la notion de coordinatrice est prise au sens de référent, à ne pas confondre avec la fonction de « sage-femme coordinatrice » qui a remplacé la fonction de sage-femme cadre bien que parfois celle-ci assure la coordination de parcours.

Pour garantir un repérage des vulnérabilités et une PEC adaptée aux femmes concernées, 40 établissements (54%) ont fait le choix de dédier un ou plusieurs pro-

professionnels pour coordonner le parcours des femmes vulnérables. Pour 26 établissements, il s'agit d'une SF cadre, pour 8 il s'agit d'une autre SF de l'équipe, pour 4 d'un médecin, pour 2 d'un psy et pour certains établissements d'un binôme SF/médecin ou SF/assistante sociale.

Ces professionnels coordinateurs jouent un rôle dans le parcours des femmes vulnérables : ils sont un relai pour les professionnels qui repèrent des femmes enceintes vulnérables, ils assurent les transmissions entre les différents professionnels qui vont devoir intervenir dans la PEC des femmes, ils sont un interlocuteur privilégié pour les patientes, ils veillent au bon déroulement du suivi des femmes, ils assurent un suivi.

La réalisation d'un entretien avec une sage-femme coordinatrice de parcours de la maternité de Montélimar nous a permis de confirmer la mise en oeuvre de ces missions mais aussi de voir l'importance du professionnel de coordination dans la préparation du post-partum et le retour à la maison.

La semaine type se compose de rendez-vous avec les femmes :

- ▀ Des rendez-vous en début de grossesse : réalisation d'un EPP, permettant de faire un point sur la situation psychosociale de la femme, de repérer les vulnérabilités, de prendre en compte les souhaits et les non-souhaits des femmes

pour organiser leur prise en charge, ainsi que leur retour à domicile.

- ▀ Des rendez-vous de prises de nouvelles : ces rendez-vous permettent de revoir les patientes afin de faire un point sur le suivi, et organiser le retour à la maison.

- ▀ Des rendez-vous dans le service : soit avec des femmes déjà rencontrées, soit des femmes rencontrées pour la première fois dans le service. Dans ce cas, un entretien est réalisé afin de faire un point sur la situation de la femme.

Cette semaine type comporte également des échanges avec les professionnels, à l'image des staffs : sages-femmes de PMI, SFL, service de la maternité. En revanche, elles travaillent peu avec les généralistes et gynécologues-obstétriciens de ville. Pour mener la PEC nous pouvons identifier les sages-femmes de PMI, le CMP, les SFL, l'ELSA, la PASS, l'AS de maternité, les psys de maternité. Pour la prise en charge du post-partum, les deux coordinatrices travaillent avec les infirmières puéricultrices de la PMI.

Nous constatons une corrélation entre la mise en place d'un parcours spécifique et le fait de dédier un professionnel à la coordination. Le tableau ci-après nous montre en effet que dès lors qu'un parcours est identifié, il s'accompagne dans 75 % des cas de la mise en place d'un professionnel dédié à la coordination de ce parcours.



La coordination des parcours des femmes enceintes vulnérables peut prendre deux formes : les staffs psycho-sociaux et/ou un professionnel de coordination.

54 %

des établissements ont un professionnel de coordination. Ses missions sont les suivantes : il est un relai pour les professionnels qui repèrent des femmes vulnérables, il assure les transmissions entre les différents acteurs, coordonne le suivi des femmes, veille au bon déroulement de ce suivi. Il est l'interlocuteur de référence des femmes.

FIGURE 10

Tableau de corrélation entre un professionnel et un parcours spécifique

	Les ES ayant un parcours spécifique	Les ES n'ayant pas de parcours spécifique
Les ES ayant un professionnel coordinateur	24	15
Les ES n'ayant pas de professionnel coordinateur	8	25

2. LES STAFFS PSYCHO-SOCIAUX (OU STAFFS DE PARENTALITÉ)

Cette activité de coordination est également assurée par les staffs psycho-sociaux ou staffs de parentalité. Sur la région, 50 établissements organisent des staffs psycho-sociaux sur les 72 répondants, 21 établissements ont

formalisé ces staffs par un protocole ou un règlement intérieur. Ces staffs sont des réunions d'échanges pluridisciplinaires et trans-institutionnels. Le graphique ci-dessous nous permet de voir qui sont les professionnels ayant été présents au moins une fois en 2019 au staff psycho-social des établissements.

FIGURE 11

Professionnels présents au moins une fois lors des staffs psycho-sociaux en 2019





68 %

des ES organisent un staff psycho-social. Ce sont des moments de coordination pluridisciplinaire.

La coordination, tant sous la forme de staff ou de professionnel dédié est vue comme un point fort de la prise en charge.

Ainsi de nombreux établissements de la région estiment que les staffs psycho-sociaux sont un moment important de coordination du parcours des femmes vulnérables. La périodicité est variable selon les maternités (d'hebdomadaire à mensuelle), ils sont toujours pluridisciplinaires et permettent l'orientation vers le professionnel le plus compétent au regard de la difficulté soulevée durant la prise en charge.

QUELLES COLLABORATIONS EXTÉRIEURES À LA MATERNITÉ AUTOUR DES FEMMES VULNÉRABLES ?

1. LES COLLABORATIONS AVEC LES SERVICES DE PMI

La PMI joue un rôle important dans le repérage et la PEC des femmes enceintes vulnérables. Les services de PMI réalisent

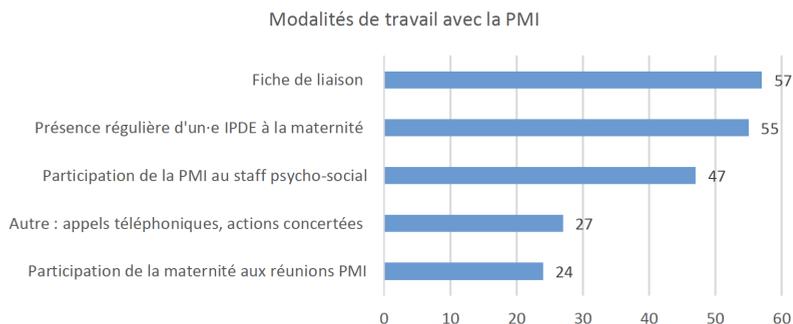
notamment des EPP : « 45 % des femmes suivies en PMI bénéficient d'un EPP réalisé en PMI. 34 % ont débouché sur une orientation » (Issu du compte rendu de la rencontre avec le service de PMI de la Métropole de Lyon, le 19 février 2020).

Ainsi il est important de comprendre comment les maternités et les CPP se coordonnent avec cet acteur important de la PEC des femmes vulnérables.

Tous les établissements déclarent travailler quotidiennement avec la PMI mais seuls 36 ES déclarent avoir une convention avec les services de PMI.

Ci-dessous un graphique permettant de visualiser les modalités de travail entre les maternités et les CPP (nombre d'établissements déclarant utiliser ces modalités) :

FIGURE 12
Modalités de travail avec la PMI





Les relations avec la PMI sont évoquées par les maternités et les CPP comme faisant partie des points forts de la PEC des femmes vulnérables de par la qualité de la collaboration, l'implication de l'assistante sociale, le repérage en amont par la PMI. Certains ES rencontrent néanmoins des difficultés quant au travail avec les services de PMI, du fait de liens trop tardifs par rapport à certaines situations.

2. LES COLLABORATIONS AVEC LES PASS

Un autre acteur a également une place importante dans le repérage des femmes enceintes vulnérables : il s'agit **des PASS**, les Permanences d'accès aux soins de santé. 47 établissements travaillent avec les PASS. 10 établissements le font par le biais d'un temps de sage-femme partagé, 14 par le biais de l'assistante sociale, 14 établissements travaillent de manière ponctuelle avec la PASS. Pour 10 établissements, la PASS participe aux staffs psycho-sociaux de la maternité ou du CPP.

À noter : *certaines PASS dédiées à la périnatalité participent au suivi de femmes. Dans notre région, 2 établissements ont une PASS dédiée. Il s'agit des*

Hôpitaux-Drôme-Nord à Romans-sur-Isère qui possède une PASS périnatalité et le CH Pierre-Oudot à Bourgoin-Jallieu qui possède une PASS obstétrique. Une PASS périnatale est en cours de mise en place aux Hospices Civils de Lyon.

3. LES COLLABORATIONS AVEC LES URGENCES

Les consultations non programmées et répétées aux urgences sont un indicateur de vulnérabilité ; 43 établissements sont avertis lorsque les femmes y ont un recours répété.

4. LES COLLABORATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX

Les professionnels libéraux sont également des acteurs importants du repérage des vulnérabilités. En effet, les sages-femmes libérales et médecins libéraux réalisent des EPP.

Ainsi 92 % des répondants ont déclaré travailler quotidiennement avec les professionnels libéraux. Les modalités de ce travail collaboratif sont représentées dans le graphique ci-après :

Les collaborations et le travail en partenariat interviennent à toutes les étapes du parcours de repérage, à la coordination du parcours, au suivi de grossesse jusqu'à la prise en charge du post-partum.

Les services de PMI sont un acteur important de ce parcours. Tous les établissements sauf 1 travaillent quotidiennement avec les professionnels de PMI.

92 %

des établissements travaillent avec les professionnels libéraux. Il faut néanmoins noter des relations hétérogènes sur la région.

65 %

des établissements travaillent avec la PASS.

FIGURE 13

Modalités de travail avec les professionnels libéraux



Les relations et contacts avec les professionnels libéraux et les maternités et CPP sont assez hétérogènes sur la région. Pour certains établissements, les liens avec les professionnels de ville sont un véritable point fort dans leur PEC des femmes vulnérables, avec la mise en place d'un réseau ville-hôpital sur le bassin de proximité.

Pour d'autres ES, les relations entre la ville et l'hôpital sont source de difficultés, du fait de l'absence de transmission ou de collaboration.

Comme vu précédemment, des difficultés existent autour des transmissions de l'EPP. Or avec la généralisation de ce dernier, la collaboration entre ville et

hôpital sera d'autant plus importante pour les professionnels afin que toutes les femmes bénéficient de cet EPP et que toutes les vulnérabilités soient repérées et prises en charge de manière pertinente et adaptée.

5. LES COLLABORATIONS AVEC LA PSYCHIATRIE ADULTE

La PEC des vulnérabilités psychologiques, psychiques et psychiatriques passe également par un travail avec la psychiatrie adulte. 51 ES ont déclaré travailler avec la psychiatrie adulte. Ci-après, ce graphique permet de saisir quelles sont les modalités de travail des maternités et des CPP avec la psychiatrie adulte :



2 PASS

périnatalité sont présentes dans la région : les Hôpitaux-Drôme-Nord à Romans-sur-Isère et le CH Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu.

71 %

des établissements travaillent avec la psychiatrie adulte.

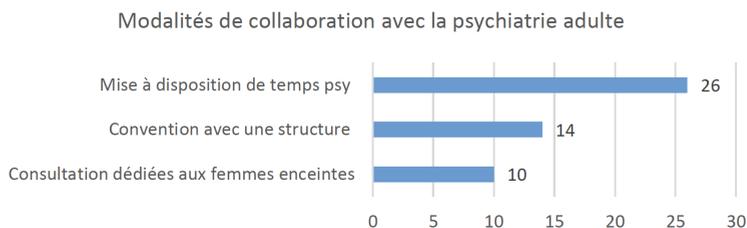
29 ES

peuvent proposer une hospitalisation mère-enfant lorsque cela est nécessaire.

Les établissements font le constat d'un manque de psychiatres et de peu de possibilités d'orientation pour les femmes ayant les problématiques psychiatriques.

FIGURE 14

Modalités de travail avec la psychiatrie adulte



20 ES ont déclaré ne pas travailler avec la psychiatrie adulte, en raison de l'absence de psychiatre au sein de l'établissement et même parfois sur le territoire en ville. Néanmoins des interventions ponctuelles de psychiatres peuvent être parfois proposées ou des consultations au Centre médico-psychologique (CMP). Parfois la PEC des vulnérabilités psychiques nécessite une hospitalisation mère-enfant. 14 établissements ont la possibilité de proposer cette hospitalisation en interne par le biais de lits dédiés en maternité, d'unité kangourou, d'une chambre mère-enfant en pédiatrie. 15 établissements ont la possibilité de

proposer cette hospitalisation dans un autre établissement.

QUELLE ORGANISATION POUR LE DÉROULEMENT DU POST-PARTUM ?

Ce questionnaire nous a également permis de saisir comment les maternités et les CPP se coordonnent avec les autres professionnels de la périnatalité pour organiser la PEC post-partum des femmes vulnérables. Ainsi 59 établissements organisent le suivi post-partum des femmes vulnérables. Le graphique ci-dessous nous montre les modalités d'organisation du suivi post-partum des établissements de la région :

FIGURE 15

Modalités d'organisation du post-partum



82 %

des ES organisent la prise en charge post-partum des femmes vulnérables.

La possibilité d'augmenter la durée de séjour est importante pour l'organisation du post-partum pour les femmes vulnérables.

La PMI est un acteur important de la PEC post-partum de ces femmes.

Des dispositifs innovants sont en place sur la région pour la PEC post-partum : une équipe mobile de périnatalité aux Hôpitaux-Drôme-Nord, l'Unité de soins et d'accompagnement précoce des troubles du lien mère-enfant (USAP) à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant des HCL.

La PMI est un acteur fort de la PEC post-partum des femmes. Les contacts avec la maternité sont très limités une fois que la mère est sortie, alors que la PMI s'inscrit sur du long terme.

Néanmoins, certains établissements de la région ont mis en place des dispositifs spécifiques pour prendre en charge les femmes vulnérables en post-partum :

- Une équipe mobile de périnatalité est mise en place par les Hôpitaux Drôme-Nord, (la maternité de Romans-sur-Isère, et le CPP de Saint-Vallier-sur-Rhône).

- Dans le projet Valériane du CH de Valence, la sage-femme coordinatrice prend des nouvelles des femmes et des enfants jusqu'au 9^e mois de l'enfant.

- L'Unité de soins et d'accompagnement précoce des troubles du lien mère-enfant (USAP) est un dispositif expérimental financé par l'ARS, proposé par l'Hôpital Femme Mère Enfant des HCL. Il s'agit de 4 lits, au sein de la maternité, dédiés aux femmes vulnérables et leurs nouveaux-nés permettant d'assurer une continuité entre la PEC prénatale et postnatale et d'assurer une PEC coordonnée, pluridisciplinaire, adaptée aux besoins des femmes. Cette unité permet une durée moyenne de séjour d'environ 10 jours.

ÉTUDE DE CAS : LA PRISE EN CHARGE DES VULNÉRABILITÉS EN RÉSEAU

1. LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES EN AUVERGNE

Dans cette partie nous souhaitons nous intéresser plus précisément à certaines organisations régionales qui permettent la PEC des femmes vulnérables par le biais

d'une organisation en réseau. Ces réseaux permettent de faire travailler ensemble des professionnels d'un territoire donné, selon un protocole commun. Le premier réseau identifié est un réseau de PEC des violences, qui s'articule autour du pôle violence du CHU d'Estaing à Clermont-Ferrand. Il permet de faire travailler entre eux les professionnels de plusieurs maternités d'Auvergne, en particulier de l'Allier et du Puy-de-Dôme, comme la maternité du CH Jacques Lacarin de Vichy, du CH Paul Ardier d'Issoire, du CH de Thiers. Il s'agit de permettre aux femmes prises en charge au sein de ces établissements et victimes de violences de pouvoir bénéficier d'une PEC adéquate grâce aux compétences spécifiques des professionnels du pôle violence du CHU d'Estaing.

Pour organiser ce travail collaboratif, le réseau de périnatalité dont dépendent ces maternités, le RSPA a élaboré un protocole de PEC. Ce protocole permet de guider les professionnels dans :

- l'identification des femmes subissant des violences,
- le déroulement des consultations dès lors que des violences ont été repérées,
- la rédaction du certificat médical et des incapacités totales de travail
- l'orientation des patientes tant en termes de PEC psychologique et médicale que dans l'orientation vers des associations d'aide aux victimes.

Ci-après, un extrait du protocole violence du réseau RSPA avec un tableau d'orientation pour les professionnels :

FIGURE 16
Extrait du protocole « Identification et soins des victimes de violences »
par le RSPA

En fonction de l'âge et du type de violence

	Mineurs <16 ans	Mineurs ≥16 ans	Majeurs	Femmes enceintes
Victime de tous types d'agression	Urgences pédiatriques du secteur	Urgences Adultes du secteur ou Service de Médecine Légale (Consultation de Victimologie) CHU Gabriel Montpied 0473 754 900/901 <i>N° d'astreinte : 06 77 04 75 70</i>		Urgences gynéco-obstétriques du secteur
Victime de violences sexuelles	Ou Pôle Régional d'accueil des Victimes de Violences CHU Estaing 0800 622 648 04 73 750 153	Urgences gynéco-obstétriques du secteur ou Pôle Régional d'accueil des Victimes de Violences	Urgences Adultes du secteur ou Service de Médecine Légale (Consultation de Victimologie)	Ou Pôle Régional d'accueil des Victimes de Violences CHU Estaing

Le questionnaire à destination des maternités et des CPP nous a permis de constater que les établissements cités précédemment mobilisent ce protocole et orientent les femmes vers le CHU de Clermont-Ferrand.

2. LE PARCOURS VALÉRIANE

Le projet Valériane est un dispositif expérimental, financé par l'ARS, mis en place par le CH de Valence. Il s'agit d'un parcours de PEC qui prend en charge les femmes présentant au moins un facteur de pauvreté ou d'isolement et un facteur de vulnérabilité relationnel, psychologique ou médical. Il prend donc

en charge toutes les vulnérabilités. C'est un réseau pluridisciplinaire avec une PEC médicale, sociale et psychologique, c'est un réseau ville-hôpital puisque c'est un dispositif porté par l'hôpital mais dans lequel les professionnels de ville ont une place importante, et cela dès le repérage.

Ce repérage est réalisé grâce à une grille de repérage que nous avons déjà vue précédemment, composée de facteurs de pauvreté ou d'isolement associés à des facteurs de vulnérabilité relationnelle, psychologique ou médicale.

Ce dispositif Valériane bénéficie de professionnels dédiés à la coordination.

Il s'agit de 2 sages-femmes coordinatrices qui garantissent le lien ville-hôpital, de l'anténatal ou postnatal. Elles sont sollicitées par les professionnels extérieurs afin que les femmes entrent dans le dispositif Valériane. Ces sages-femmes permettent un « suivi du suivi » en recueillant les informations relatives au suivi de grossesse des patientes auprès des différents professionnels. Les sages-femmes coordinatrices complètent les synthèses des staffs psycho-sociaux qui sont un moment important de coordination pluridisciplinaire. Ces sages-femmes coordinatrices sont également les référentes pour les femmes vulnérables.

Le suivi de grossesse est mené par une équipe pluridisciplinaire avec la mobilisation de professionnels médicaux, du secteur psy et social, réalisé par les pro-

fessionnels hospitaliers mais également par ceux et celles de ville. Cette PEC en réseau se poursuit également en postnatal. Cette PEC post-partum se caractérise par une nouvelle phase de coordination avec les professionnels de ville et une prise de nouvelles à distance.

Un élément est caractéristique du parcours Valériane : il s'agit du consentement de la patiente qui est demandé au début de la PEC.

Dans l'encadré ci-dessous, vous trouverez les grandes étapes du parcours Valériane, comme décrit par la cadre de la maternité de Valence dans notre questionnaire (question n° 4 : « Avez-vous mis en place un parcours spécifique pour les femmes vulnérables ? – Veuillez décrire ce parcours ») :

FIGURE 17
Encadré sur le parcours Valériane

1. Repérage de situations précaires et vulnérables par :

- ↳ SF PMI
- ↳ professionnels de ville
- ↳ par assistantes sociales de la maternité (via La PASS)
- ↳ par SF de consultations CHV ou GO CHV
- ↳ par SF coordinatrices des parcours de soins dans le cadre des inscriptions ou de la lecture du dossier pour la gestion d'une problématique autre.
- Dans tous les cas : sollicitation de la SF coordinatrice Valériane.
- Rendez-vous CHV proposé pour une PEC médicale adaptée à la situation de précarité et dans le respect des vulnérabilités.

2. Programmation du rendez-vous d'inscription à la maternité du CHV

Un accès facilité aux soins (consultations SF et échographies SF plages dédiées) avec une sage-femme ou un-e GO en fonction du parcours HAS A ou B.

3. Réalisation du premier rendez-vous par SF CHV

- > Interprète sollicité via la plateforme d'interprétariat.
- > Parcours de soins HAS définis et repérage des critères de précarité et de vulnérabilité selon la grille de critères établie au CHV.
- > Rendez-vous médicaux de suivi de grossesse programmés, consultations et échographie +/- avis spécialistes : regroupés / pas sur des plages de consultation privée / en fonction des moyens de locomotion de la patiente (prévoir pour suivi au plus proche du domicile > CPP / SF PMI / détachement d'une SF du CHV sur certaines situations complexes / tickets de bus pour Valence même).
- > Consentement de travail en réseau à faire signer (pas obligatoirement à la première consultation lien de confiance à créer) : explications données sur le partage d'informations aux différents professionnels de santé dont l'intervention pourrait aider la patiente, la sécuriser, permet des PEC obstétricales et pédiatriques sécurées. Si le consentement est signé : carte de visite Valériane remise avec les numéros de portable de l'équipe CHV : Assistante médico-administratif (AMA), SF coordinatrice ante natal, SF coordinatrice Post natal, l'assistante sociale (AS).
- > Second RDV fixé avec la même SF de consultation si besoin pour créer le lien de confiance.
- > Consultations spécialisées proposées et regroupées : pédiatre, addictologue, psychologue, équipe mobile de périnatalité de pédo psychiatrie, psychiatre, consultation d'acupuncture, assistante sociale, SF référente violences faites aux femmes voire hospitalisation de journée pour certaines situations complexes.

4. Renseignement de la Fiche VALERIANE

Date de repérage de la situation / parcours HAS à préciser et critères de précarité et de vulnérabilité à cocher.

5. Passage en staff Valériane d'inclusion (staff hebdomadaire)

3 volets sont abordés :

Le volet médical : volet prioritaire.

L'objectif étant de minimiser les complications obstétricales et pédiatriques plus fréquentes dans cette population et de diminuer la morbi-mortalité.

✎ Validation du parcours HAS et du parcours Valériane proposé par le professionnel de santé, proposition d'un parcours médical personnalisé adapté à la situation de précarité et dans le respect des vulnérabilités et validation obligatoire de ce parcours par le GO référent Valériane.

- ✎ Repérage du professionnel référent de la grossesse sur le plan médical et du professionnel de confiance pour la patiente qui n'est pas forcément le même.
- ✎ Programmation des rendez-vous si nécessaire (rendez-vous regroupés, au plus proche du domicile).
- ✎ Validation de la conduite à tenir pédiatrique en staff patho hebdomadaire.
- ✎ Évaluation de la nécessité d'intervention d'une SF libérale qui permettrait de proposer une sortie précoce ou une sortie en HAD.
- ✎ Évaluation de la nécessité d'un séjour long à la maternité.
- ✎ Évaluation et validation de la nécessité de mettre en place une HAD avec la SF coordinatrice d'HAD
- ✎ Évaluation et validation du transfert post natal à la maison périnatale de Tournon, en lien avec la SF coordinatrice.
- ✎ Lien SISRA entre les professionnels et information au médecin généraliste de la patiente.

Le volet psychologique : supervision des situations par le pédopsychiatre de l'équipe mobile de périnatalité du CH Drôme-Vivaraïs, dont la coordinatrice est une psychologue, et intervention de son équipe mobile pluridisciplinaire si nécessaire avec accord de la patiente au CHV, au CMP ou au domicile (secteur d'intervention à respecter). L'équipe de la TEPPE en lien avec plusieurs psychologues : la psychologue de la maternité du CHV qui intervient dans le service de néonatalogie et la psychologue qui travaille sur le CH TOURNON pour les patientes concernées.

Le volet social : supervision de toutes les situations par l'aide-soignante de la maternité du CHV.

- ✎ Lien avec les acteurs sociaux du territoire : PMI, associations du secteur, asile.com, le diaconat, foyers d'hébergements, TEMPO...
- ✎ Ouverture des droits/ établissement du bon PASS.
- ✎ Accompagnement dans les démarches administratives.
- ✎ Interrogations en staff sur le logement, l'alimentation et le matériel de puériculture.
- ✎ Évaluation de la nécessité de produire un écrit : qui rédige ? Objectifs ? Quelle est la demande (placements : parentalité partagée systématiquement privilégiée, évaluation...)?
- ✎ Recherche, choix et validation de la structure de sortie : séjours longs en unité mère enfants du CHV pour observation ? Foyers ? Maison périnatale de Tournon ? HAD ?

Dossier de grossesse complété : synthèse du staff renseignée en temps réel par la SF de coordination Valériane. Indication de la compliance de la patiente. Hiérarchisation des situations par des vignettes de couleurs.

6. Suivi du suivi : point hebdomadaire des différentes situations par la SF coordinatrice Valériane :

- ✎ Vérifier que les rendez-vous soient honorés.
- ✎ Reprogrammer les rendez-vous si nécessaire en lien avec la patiente via portable Valériane.
- ✎ Actualiser le dossier obstétrical de la patiente : les professionnels lui réfèrent du suivi et des problématiques rencontrées. Elle centralise donc les informations et veille à la bonne transmission de celles-ci.
- ✎ Retrouver la patiente qui n'honore pas ses rendez-vous. La sage-femme de coordination Valériane recherche la patiente, et ce par tous les moyens possibles (téléphone portable et fixe, personne de confiance, PMI, médecin traitant, les différents centres d'aide, les pharmaciens, les voisins ou connaissances...). Cela permet un rattrapage des patientes.
- ✎ Réévaluer la classification des situations « vertes » si un professionnel de santé signale à la SF coordinatrice Valériane un changement de parcours de soin HAS, des rendez-vous non honorés, un fait jusqu'alors méconnu de l'équipe Valériane.

7. STAFF VALERIANE de suivi de situation (staff hebdomadaire) :

Inscription des situations à l'ordre du jour par la SF coordinatrice Valériane si événement marquant dans le parcours de soin sur le plan médical et/ou psycho et/ou social.

8. PEC en Unité mère-enfant : coordination supervisée par la SF coordinatrice en lien avec l'AS

- ✎ Liens réalisés de nouveau avec les professionnels de ville entourant la patiente ou initiés
- ✎ Lien IDE puéricultrice de PMI réalisé de nouveau.
- ✎ Peau à peau, allaitement encouragés.
- ✎ Visite post natale programmée et rendez-vous pédiatre ou médecin généraliste pour le nouveau-né programmé avant la sortie.

9. Prise de nouvelle du suivi à distance de l'enfant et jusqu'à ses 9 mois par la SF coordinatrice post-natal.

3. LE RÉSEAU DES HÔPITAUX-DRÔME-NORD

Un parcours est proposé par les Hôpitaux-Drôme-Nord à Romans-sur-Isère et le CPP de Saint-Vallier-sur-Rhône. Le repérage des vulnérabilités se fait par plusieurs canaux : l'EPP, les consultations des sages-femmes et la PASS périnatalité. Cette dernière est dédiée aux femmes enceintes vulnérables.

La coordination des parcours est rendue possible grâce à la présence d'une sage-femme dédiée à la coordination des parcours et un staff psycho-social mis en place par l'établissement. Il est à noter que le contenu, les décisions prises pendant ce staff sont systématiquement rapportées à la patiente, avec un compte rendu oral. Cette articulation directe avec le territoire est la grande particularité du staff pluridisciplinaire des HDN. En effet, en étant largement ouvert au réseau extérieur, tous les professionnels du champ médical, psychiatrique mais également social et éducatif ont leur place au sein de ce staff. Des partenariats forts sont en place entre les Hôpitaux-Drôme-Nord et le département de la Drôme, qui possède les compétences en matière de protection de l'enfance, avec des « collaborations avec la direction Enfance Famille et notamment l'Aide sociale à l'enfance », « avec la cellule de recueil des informations préoccupantes, les responsables territoriaux en charge de définir le projet pour l'enfant ou bien encore l'ODPE (Observatoire départemental de protection de l'enfance) ». Des liens sont également effectifs avec les départements de l'Ardèche et de l'Isère. Une démarche partenariale est

en place avec la psychiatrie avec le Centre médico-psychologique (CMP) de Romans-sur-Isère, et l'établissement médical de La Teppe à Tain-l'Hermitage qui offre à la maternité des possibilités de « consultations psychiatriques et psychologiques pour les femmes enceintes, et si besoin des hospitalisations pour femme présentant une dépression y compris du post-partum ».

Le post-partum est organisé grâce à une équipe mobile de périnatalité. Il s'agit d'inscrire le passage de relais du suivi de l'enfant et de la mère dans une temporalité longue afin de ne pas créer d'insécurité et de rupture entre les parents et le système de soins avec qui une relation de confiance a pu s'établir en anténatal.

Cette prise en charge s'organise avec des liens forts entre les différents services : le service social de l'hôpital, la psychiatrie. De plus, une formation commune est proposée à tous : maternité, urgence, service social, pédiatrie dans le but de mettre en place une culture commune autour des femmes enceintes vulnérables.

QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS ?

1. LES RISQUES DE RUPTURE

La rupture du parcours est l'issue défavorable que tous les acteurs souhaitent éviter. Cette rupture peut être du fait de la femme ou du fait du système de soin.



Certaines ruptures de parcours sont liées aux vulnérabilités des femmes : difficultés à s'inscrire dans le suivi de grossesse (retards, absences aux rendez-vous), manque de confiance et méfiance vis-à-vis de certains acteurs comme la PMI, l'ASE, et la prise en charge psy.

Certaines ruptures de parcours sont liées à l'organisation proposée par les établissements : manque de ressources adaptées, notamment pour la prise en charge psy, trop d'interlocuteurs, difficulté pour établir le lien de confiance avec les femmes.

a) Liés aux vulnérabilités des femmes

Les ES ont repéré des difficultés quant à assurer le suivi des femmes vulnérables, car ces dernières sont parfois absentes aux rendez-vous, ou en retard.

Parmi les difficultés rencontrées par les ES, certains ont évoqué les femmes qui refusent les PEC et les orientations faites pour leur venir en aide. Ces difficultés semblent se renforcer dès lors que la PEC se fait avec la PMI et les services sociaux. Il existe parfois une crainte de la PMI qui entraînerait une fuite de ces patientes vulnérables et ainsi une rupture dans leur parcours de soins.

b) Liés à l'organisation

La PEC psychiatrique présente d'autres difficultés pour les établissements. En effet ces derniers déclarent un manque de ressources et un manque de professionnels et de structures vers lesquelles orienter les femmes lorsque ces dernières présentent des vulnérabilités psychiques.

Les ES ont également mis en avant le manque de confiance de la patiente vis-à-vis des prises en charge proposées et du système de soins. Ce manque de confiance peut également s'expliquer par le fait que les femmes rencontrent trop de professionnels, que des consultations sont trop rapides et que la qualité d'écoute est parfois jugée insuffisante par certaines patientes.

2. LES DIFFICULTÉS D'ORGANISATION

Certaines difficultés sont quant à elles

liées à l'organisation générale de la PEC et du repérage. En effet, il est difficile pour les établissements de repérer les vulnérabilités des femmes car les patientes ne sont suivies qu'en fin de grossesse à la maternité.

D'autres difficultés sont elles aussi imputables à l'organisation générale de la PEC des femmes enceintes. Il s'agit du manque de temps pour prendre en charge ces situations qui demandent une mobilisation importante de temps soignant. Cette difficulté a été évoquée par de nombreux établissements : absence de valorisation hospitalière et financière de ces accompagnements.

Des difficultés existent également pour l'organisation du post-partum, en effet les établissements sont nombreux à déclarer des difficultés à assurer aux femmes enceintes les plus vulnérables un suivi post-partum en toute sécurité, et notamment à proposer des hospitalisations lorsque cela est nécessaire.

À l'extrême, pour les femmes sans logement, la maternité se trouve parfois devant l'impossibilité de trouver des hébergements pendant la grossesse (même après séjour dans le secteur des grossesses à risque) et même après la naissance de l'enfant, leur sortie se fait parfois dans des situations de retour à la rue avec un nouveau-né.

Parmi les difficultés identifiées par les établissements, il y a aussi la barrière de la langue (voir le chapitre sur la traduction).

Ces difficultés peuvent créer une rupture

D'autres difficultés : manque de temps, pas toujours de possibilité d'hospitalisation lorsque cela est nécessaire, barrière de la langue.

Selon les établissements, les points forts de la prise en charge sont son caractère pluridisciplinaire et sa coordination soit par le biais de staffs psycho-sociaux ou professionnel dédié.

L'émergence d'une culture commune de tous les professionnels tant médicaux, psycho-sociaux qu'administratifs.

Le dossier informatique commun du réseau RSPA est identifié comme un point fort de la PEC par les établissements du réseau.

dans le parcours de soins des femmes, en ne permettant pas de répondre à tous les besoins des femmes enceintes.

POINTS FORTS ET INITIATIVES LOCALES POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DES FEMMES ENCEINTEES VULNÉRABLES

Face à ces difficultés mais aussi face aux besoins spécifiques des femmes enceintes vulnérables repérés par les ES, ces derniers ont su identifier les éléments permettant de proposer un parcours cohérent et sécurisant aux femmes enceintes vulnérables et ont mis en place localement des dispositifs permettant d'améliorer le parcours de ces femmes.

Parmi les éléments que les établissements ont identifiés comme étant un point fort pour la PEC des femmes enceintes vulnérables, il y a **la pluridisciplinarité de la prise en charge** qui fait intervenir psychologue, assistante sociale, sage-femme, pédiatre, gynécologue, cadre de santé, addictologue si besoin, référent violences faites aux femmes et le lien avec les structure comme la PMI, la PASS, ELSA, UPL.

Les ES ont également identifié l'importance que **l'ensemble du personnel de la maternité soit formé** à ces vulnérabilités et à leur repérage. Cela permet de **faire émerger une culture commune** à tous les professionnels de la périnatalité, mais plus largement aux professionnels pouvant être en contact avec les femmes.

La coordination du parcours, soit par le biais d'un professionnel dédié, soit par le

biais d'un staff psycho-social, est identifiée par les établissements comme un point fort de la PEC des femmes enceintes vulnérables. Cette coordination permet d'élaborer de manière pluridisciplinaire la PEC pour les femmes enceintes vulnérables et de la personnaliser.

Afin de permettre l'instauration d'un lien de confiance avec les femmes vulnérables, les ES veillent à assurer une grande transparence sur la PEC des femmes et les démarches quant à leur situation. Pour cela ils veillent au consentement de la patiente ou font des comptes rendus.

Plusieurs établissements du réseau de périnatalité RSPA ont cité **le dossier informatique commun partagé** comme un point fort de leur PEC.

Des établissements de la région ont également mis en place des initiatives locales, parmi lesquelles proposer une véritable **adaptation du format des rendez-vous** proposés aux femmes vulnérables permettant de pallier les difficultés que ces dernières rencontrent notamment pour suivre leur grossesse. Cette adaptation des rendez-vous prend des formes différentes sur la région : créneaux spécifiques, rendez-vous disponibles en 24 h, rendez-vous groupés si possible, rendez-vous rapprochés si besoin, proposition de rendez-vous rapide, consultations plus longues, créneaux de rattrapage.

Certains proposent de rappeler systématiquement les patientes lorsque ces dernières ne se présentent pas aux rendez-vous afin de ne pas créer de ruptures dans le parcours de soins.

Une adaptation des rendez-vous est proposée par les ES afin de mieux correspondre aux femmes enceintes vulnérables : des dates de rendez-vous rapides, des durées de rendez-vous plus longues, une flexibilité sur les heures et les lieux de rendez-vous, des créneaux de rattrapage pour les femmes ayant manqué leur rendez-vous ; un rappel systématique en cas de rendez-vous manqué.

POUR CONCLURE

Cette étude sur le parcours proposé aux femmes enceintes vulnérables par les ES de notre région nous permet de voir qu'il y a une véritable prise en compte des vulnérabilités des femmes dans la PEC proposée par les ES. Les établissements ont une vision large de ces vulnérabilités. Cette étude nous a permis d'identifier les piliers de ce parcours, à savoir : un repérage des vulnérabilités par le biais de l'EPP, une PEC pluridisciplinaire avec l'intervention d'acteurs médico-psycho-sociaux, mais aussi une coordination des parcours pouvant passer par un professionnel dédié ou un staff psycho-social. Notre enquête nous a permis de voir que ces éléments sont en place de manière hétérogène sur le territoire.

De plus certains points de rupture ont été observés. En effet, alors que la PEC prénatale est fortement investie par les

ES, la prise en charge post-natale l'est moins, et les établissements rencontrent des difficultés pour proposer à ces femmes un suivi post-natal adapté, avec des difficultés à orienter les femmes vers les acteurs pertinents et des difficultés à prolonger le séjour en maternité lorsque cela est nécessaire.

La généralisation de l'EPP va entraîner tout un ensemble de besoin comme nous l'avons vu précédemment. Le comité de pilotage du 16 juin 2020 a permis également de mettre en exergue la grande hétérogénéité des pratiques. En effet, tous les professionnels de la périnatalité, tant libéraux, hospitalier, que de PMI, ne sont pas formés à la pratique de cet EPP. Des formations pour les professionnels, une utilisation d'outils de repérage, des transmissions entre les différents acteurs seront des éléments à davantage mobiliser et déployer sur la région.



Accompagnement et actions des réseaux de périnatalité

Dans cette partie nous allons voir comment les réseaux de périnatalité participent au parcours des femmes enceintes vulnérables en apportant un appui méthodologique, proposent des formations et des outils, formalisent les PEC. Nous allons donc voir les actions mises en place par les différents réseaux de périnatalité de la région Auvergne-Rhône-Alpes, mais aussi, par le biais d'une analyse croisée des deux questionnaires, nous allons saisir comment les ES s'approprient ces outils, formations, etc., et de voir quels sont les besoins.

QUELS SONT LES LEVIERS D'ACTIONS MIS EN PLACE PAR LES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ SUR LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ?

1. ACTEURS DE LA SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS ET DES PUBLICS

Les réseaux de santé en périnatalité peuvent jouer un rôle dans la sensibilisation des professionnels de santé. En effet, comme le rappelle [l'instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015](#) relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité, ils ont **une mission de formation** auprès des professionnels de santé sur les thématiques de l'Entretien prénatal précoce (EPP) et le dépistage

et la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité.

Les réseaux ont proposé des sessions de formations aux professionnels de santé. Certaines thématiques sont bien investies par tous les réseaux, c'est le cas de l'EPP et des violences faites aux femmes.

Certains professionnels semblent absents de ces formations. C'est le cas des psychologues, psychiatres et pédopsychiatres. Seul le réseau ELENA a organisé une formation pour les psys en maternité, les psychiatres et les psychologues. Ces professionnels ont également été conviés aux formations sur la psychopathologie de la grossesse.

Le réseau RPAI n'a pas consacré de formation aux psys en maternité. Néanmoins, ces derniers étaient présents lors des autres formations (EPP, la psychopathologie de la grossesse : « La dépression périnatale », « Grossesse et conduites addictives », et violences faites aux femmes).

Le réseau RSPA publie sur son site réservé aux professionnels des ressources documentaires pour l'EPP. Elles permettent de rappeler les fondements et les objectifs de la démarche. C'est une manière de



proposer aux professionnels un autre canal d'information. Le réseau propose des ressources sur les thématiques de l'EPP, des violences faites aux femmes, les conduites addictives et les mutilations sexuelles.

Ces formations et informations sensibilisent les professionnels à plusieurs enjeux, tout d'abord les **vulnérabilités et leurs conséquences, leur repérage et leur prise en charge**, mais aussi **aux enjeux du travail en pluridisciplinarité**.

La sensibilisation passe également par **la diffusion de supports permettant d'informer les patientes et les professionnels**. Ainsi, les réseaux ont élaboré des flyers et affiches afin de sensibiliser les femmes à la réalisation et à l'importance de l'EPP.

C'est le cas du réseau RPAI qui a élaboré un flyer pour informer les femmes sur la grossesse et l'EPP, ainsi que des plaquettes à destination des professionnels, et d'autres à destination des femmes sur la thématique des violences faites aux femmes.

Le réseau ELENA a construit une plaquette sur l'EPP à destination des professionnels mais aussi des patientes. Des plaquettes ont également été éditées sur la thématique des conduites addictives.

Le réseau AURORA propose des affiches de sensibilisation des femmes et des soignants sur les violences faites aux femmes, affiches reprises par le réseau des deux Savoie.

Le réseau RSPA a élaboré un flyer pour sensibiliser les femmes aux conséquences des conduites addictives sur leur grossesse et l'enfant qu'elles attendent.

La sensibilisation des acteurs de la périnatalité passe aussi par un travail de **recensement et de diffusion d'outils pertinents**. C'est le travail fait par le réseau RP2S, qui, sur la thématique des violences faites aux femmes, n'a pas produit d'outils, mais relaye des outils pertinents sur la thématique. Parmi eux, se trouvent **des outils de formation nationaux** diffusés par [Le Secrétaire d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations](#) mais aussi le site [DéclicViolences.fr](#), élaboré par Pauline Malhanche, médecin généraliste. Cette seconde ressource s'adresse aux médecins généralistes, mais peut être mobilisée par tout autre acteur de la périnatalité, ou tout autre professionnel de santé. Ce site éclaire le lecteur sur les violences conjugales, les mécanismes de ces violences, de la grossesse comme une période à risque mais propice au dépistage. Il propose aussi des outils permettant aux différents professionnels d'agir. Ce site propose des moyens d'actions et des relais sur les départements de l'ex-Auvergne, néanmoins il permet de diffuser des informations, des connaissances et des propositions d'actions qui sont valables partout ailleurs, ce qui rend légitime la diffusion d'un tel outil.

Le réseau de périnatalité RSPA propose également un outil d'évaluation des connaissances des professionnels de santé sur la thématique des violences faites aux femmes. Il s'agit du questionnaire PERMIS (Physician readiness to manage intimate partner violence), un questionnaire créé aux États-Unis, traduit en français, permettant d'évaluer les compétences des professionnels à

repérer les violences, de saisir les effets d'une formation sur leurs pratiques, et de saisir l'évolution des pratiques dans le temps.

2. UN APPUI POUR S'INSCRIRE DANS UNE DÉMARCHE VISANT À RENDRE SYSTÉMATIQUE LE REPÉRAGE

Sensibiliser les professionnels est une étape indispensable du processus pour **systematiser le repérage des vulnérabilités**. L'objectif de cette étude est de comprendre comment est organisé le parcours des FEV sur la région. Nous veillons au caractère systématique du repérage et de la prise en charge de ces femmes. Les réseaux de santé en périnatalité ont un rôle important à jouer dans cette démarche. Ils peuvent agir de plusieurs manières :

- **fournir des grilles de repérage des vulnérabilités**. À ce jour, deux réseaux ont élaboré une grille : le RP2S (voir à la partie dédiée de ce rapport) et le RSPA, dont la grille de repérage des vulnérabilités est disponible dans le dossier informatique partagé à disposition des professionnels de santé. Le réseau RPAI nous a informé qu'une grille était également à venir. Le réseau ELENA, à travers les protocoles et plaquettes mis en place, guide les professionnels de santé dans le repérage des vulnérabilités ;

- **proposer des guides d'entretien pour l'entretien prénatal précoce**

Tous les réseaux de périnatalité de la région ont élaboré un guide. Le réseau RSPA parle davantage d'une trame dans laquelle sont suggérées différentes thématiques qui peuvent être abordées.

3. LES RÉSEAUX DE PÉRINATALITÉ, ACTEURS DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS

Les réseaux de périnatalité de la région **participent à la collaboration entre les différents acteurs de la périnatalité**. Nous avons, à travers cette enquête, recensé les leviers d'action qui leur permettent de contribuer à cette coordination autour du parcours des femmes enceintes vulnérables.

Le premier moyen d'action mis en place par les réseaux, ce sont les différents **fiches de liaison** qu'ils ont créées. Elles sont mises en place dans le cadre de l'Entretien prénatal précoce (EPP) ainsi que dans le cadre des staffs psycho-sociaux (ou staffs de parentalité). Trois réseaux (AURORE, ELENA et RPAI) ont élaboré une fiche de liaison permettant aux professionnels qui réalisent l'EPP de transmettre les informations, à la maternité notamment, et aux autres professionnels concernés par la patiente. Pour la réalisation de cet EPP, tous les réseaux ont également fourni un guide d'entretien permettant de rappeler toutes les thématiques qui doivent être abordées pendant ce rendez-vous dont l'objectif est bien de repérer les vulnérabilités sociales, économiques, psychiques, psychologiques, les situations de violences ou toutes autres difficultés que peuvent rencontrer les femmes.

Deux réseaux (ELENA et RSPA) proposent des fiches de synthèse pour réaliser les comptes rendus des staffs psycho-sociaux. Le réseau RSPA met cette fiche à disposition des professionnels par le biais du dossier informatisé.



Le second outil permettant la collaboration entre les différents acteurs de la périnatalité autour du parcours des FEV qu'ont mis en place les réseaux de santé en périnatalité sont des **groupes de travail, ou comités de prévention** permettant à divers professionnels d'échanger sur des thématiques données. Le réseau RP2S a mis en place un comité de prévention pour répondre au besoin des professionnels du secteur médical et du secteur psycho-social de participer conjointement à la prise en charge des femmes vulnérables. Ces comités ou groupes de travail sont l'occasion pour les professionnels de travailler ensemble, comme c'est le cas dans le réseau ELENA où psychiatres, sages-femmes, infirmiers ou puéricultrices, auxiliaires puéricultrices, psychologues, assistantes sociales, conseillers conjugaux, professionnels de PMI et de l'ASE travaillent ensemble.

Les réseaux de périnatalité permettent la collaboration des différents acteurs entre eux grâce à la mise en place **d'outils d'orientation** et d'annuaires qui permettent aux professionnels de santé d'orienter les patientes vers les relais les plus pertinents disponibles sur leur territoire. 4 réseaux de périnatalité nous ont déclaré avoir mis en place un **annuaire permettant d'identifier les relais disponibles**. Il s'agit du réseau AURORE, ELENA, RSPA et RP2S, le réseau RPAI est actuellement en train d'élaborer son annuaire.

Parmi les outils d'orientation que nous pouvons recenser, les protocoles tiennent une place importante. Sur cette thématique, un réseau semble avoir développé de nombreux outils, il s'agit du réseau

ELENA. Le réseau propose plusieurs protocoles de prise en charge :

- ▣ protocole départemental de prise en charge des situations prénatales complexes suivies par les services du Pôle Vie Sociale du Département et les professionnels du réseau périnatalité ELENA ;

- ▣ violences faites aux femmes : repérage et prise en charge ;

- ▣ troubles addictifs – repérage et orientation des femmes.

Ces différents documents ont pour vocation **d'accompagner et guider les professionnels de santé dans le repérage des différentes vulnérabilités, mais aussi dans l'orientation des patientes**.

Le protocole « Violences faites aux femmes : repérage et prise en charge », possède un paragraphe permettant de guider le professionnel dans les démarches de signalement, et propose des ressources adaptées en fonction du territoire sur lequel se situe le ou la professionnel(le). Le protocole « Troubles addictifs – repérage et orientation des femmes » est accompagné de plaquettes sur lesquelles sont recensées les différentes ressources disponibles en fonction des territoires. La proposition de relais concret sur les différents territoires rend les protocoles efficaces et facilement utilisables par les différents professionnels. Le réseau RSPA a également mis en place un protocole sur la thématique des violences faites aux femmes nommé « Identification et soins des femmes victimes de violence exercée par un partenaire intime ». Il permet également de guider le professionnel dans la procédure de signalement, dans les différentes



Les réseaux de périnatalité ont une mission de sensibilisation des acteurs par le biais des formations qu'ils organisent ; des plaquettes d'information et flyers qu'ils élaborent à destination des professionnels mais aussi des femmes et des familles.

Ils accompagnent les professionnels dans le repérage des femmes enceintes vulnérables, en élaborant grilles de repérage des vulnérabilités et guides d'entretien pour l'EPP.

Ils favorisent la collaboration entre les différents acteurs en leur proposant des outils d'orientation comme les protocoles, des annuaires, des fiches de liaison. Ils permettent aussi la collaboration par le biais des groupes de travail ou comités de prévention.

étapes administratives, mais aussi dans l'orientation à travers le recensement des associations pouvant intervenir dans les différents départements. En ce qui concerne l'orientation vers des services permettant une prise en charge médicale des violences, le protocole propose aux professionnels le pôle régional d'accueil des victimes de violences CHU Estaing, en indiquant le numéro de téléphone du pôle.

Le réseau AURORE a également élaboré un protocole sur les violences faites aux femmes, qui propose plusieurs prises en charge en fonction de la situation à laquelle est confrontée le professionnel de santé. Ce protocole indique que les professionnels doivent solliciter les unités médico-judiciaires. Néanmoins ce protocole ne transmet pas de contact précis. Sur la thématique des violences faites aux femmes, le réseau AURORE travaille avec le réseau de médecine d'urgence RESUVAL, qui a élaboré un protocole de prise en charge efficient grâce à une déclinaison territoire par territoire.

Les différents outils évoqués, fiches de liaisons, groupes de travail ou comités, protocoles d'orientation ou annuaires, sont autant d'outils mis en place par les réseaux de santé en périnatalité qui permettent aux différents professionnels de travailler ensemble à la construction d'un parcours de soins coordonné pour les femmes enceintes vulnérables. Ces outils permettent un travail pluridisciplinaire autour de ces femmes et des vulnérabilités qu'elles rencontrent, qui rappelons-le, peuvent être de différentes natures, vulnérabilités psycho-sociales, psychiques, comportements à risques

et violences physiques, psychologiques ou sexuelles. On note cependant qu'ils sont déclinés à l'échelle d'un réseau mais pas toujours adaptés à une échelle territoriale départementale ou autour d'une maternité.

4. LE TRAVAIL DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ : QUELLES LIMITES ?

Lors du traitement des questionnaires, nous avons pu constater que les différentes thématiques que nous avons identifiées, à savoir l'information, l'aide à la mise en place, l'aide à la coordination, les outils d'accompagnement, sont inégalement investies. Comme vu précédemment, les réseaux se sont bien appropriés les enjeux de sensibilisation des professionnels à travers diverses formations, ainsi que des supports. Néanmoins, certains professionnels ne bénéficient pas de formations par les réseaux : c'est le cas des pys (psychologues, psychiatres et pédopsychiatres). En effet, seul un réseau a mis en place des formations destinées à ces professionnels. Or comme nous le rappelle le plan périnatalité 2005-2007, ces professionnels sont un pilier de la prise en charge pluridisciplinaire qui se veut médico-psycho-sociale.

Nous pouvons noter qu'aucun réseau de périnatalité de la région ne propose parmi ses outils des documents traduits en plusieurs langues. De plus, aucun d'entre eux ne propose les coordonnées de service d'interprétariat dans leur annuaire. Néanmoins, deux réseaux (RP2S et RSPA) font la promotion et orientent les professionnels vers le site « Traducmed » qui permet aux professionnels de traduire



Les psys ne bénéficient pas de formations de la part de réseau (très peu de formations à destination des psys, peu de psys présents lors des formations pluridisciplinaires).

Peu d'outils proposés concernant l'interprétariat.

Peu d'échanges et de mutualisation entre les réseaux.

Une appropriation des outils inégale en fonction des réseaux et des outils.

Le niveau d'accompagnement des réseaux influence la mise en place des dispositifs dans les ES de la région.

les grandes lignes d'une consultation médicale. Le site propose 38 langues ainsi que des vidéos permettant de traduire la langue des signes.

Les professionnels de santé de la région semblent inégalement dotés en ressources en fonction de leur appartenance à l'un ou l'autre des réseaux de périnatalité. Or des travaux sont menés sur tous les territoires. À travers les informations recueillies, nous pouvons faire l'hypothèse que très **peu d'échanges ou de mutualisation se font entre les différents réseaux**. Seul le réseau RP2S nous a indiqué utiliser et diffuser une affiche sur les violences faites aux femmes du réseau AURORE. Il est nécessaire que les travaux soient faits à une échelle locale comme c'est le cas des annuaires et des protocoles. Mais certains documents et certaines ressources semblent pouvoir être partagés entre les différents réseaux à l'échelle régionale.

Lors de l'analyse croisée des deux questionnaires (questionnaires réseaux et questionnaires maternités et CPP), nous avons pu constater **une inégale appropriation des outils et des protocoles par les ES**. Concernant l'utilisation du guide d'entretien, nous pouvons dire que les ES des réseaux AURORE et ELENA se sont bien appropriés les guides rédigés par le réseau : 19 sur 30 ES l'utilisent pour le réseau AURORE et 7 ES sur 10 l'utilisent pour le réseau ELENA ; le processus d'appropriation est en cours pour les ES du réseau RPAI car 3 ES sur 6 utilisent le guide du réseau, et pour les ES du réseau RP2S, où 6 ES sur 14 utilisent le guide d'entretien du réseau. Des difficultés d'appropriation

sont visibles sur le réseau RSPA où 3 ES sur les 13 utilisent le guide. Il est à noter que 5 ES du réseau ne mobilisent pas de guide pour la réalisation de cet EPP, alors que tous proposent des EPP.

Nous pouvons également noter que l'accompagnement proposé par les réseaux a une influence sur la mise en place des dispositifs par les ES. Lorsque nous nous intéressons à la mise en place des staffs psycho-sociaux, nous constatons que trois réseaux ont proposé un accompagnement pour la mise en place de ces staffs. Il s'agit du réseau ELENA dont 9 ES sur 10 ont mis en place un staff, le réseau RSPA dont 12 ES sur 13 ont mis en place un staff et le réseau RP2S dont 10 établissements sur 14 ont un staff psycho-social. La mise en place des staffs psycho-sociaux est plus faible dans les ES du réseau AURORE, où 17 ES sur 30 en ont mis en place, le réseau n'ayant pas mis d'action spécifique en place, et dans le réseau RPAI où seulement 2 ES sur 6 ont mis en place un staff psycho-social. Ce réseau propose une fiche de liaison.

POUR CONCLURE

Les réseaux de périnatalité jouent un rôle fondamental pour la construction des parcours des FEV de par leurs missions définies dans leur cahier des charges. De manière globale, les réseaux semblent remplir ces missions, avec cependant un investissement variable des différentes thématiques.

L'EPP mis en place en 2007 a fait l'objet de nombreuses formations et de l'élaboration d'outils comme les guides et les

fiches de liaisons. Néanmoins, environ la moitié des établissements n'ont pas de sage-femme formée à l'EPP et le guide du réseau n'est utilisé que par la moitié des établissements. Dans la perspective de la généralisation de l'EPP, beaucoup d'établissements ont exprimé le besoin de formations des professionnels, d'information des femmes et des professionnels et le besoin d'amélioration des liens avec la ville. À cette occasion, des échanges entre les réseaux et avec des PMI et les sages-femmes libérales seront nécessaires pour harmoniser les pratiques de l'EPP.

Les réseaux ont élaboré de nombreux outils mais la mise en commun des outils des 5 réseaux et des outils propres des maternités sur les différentes vulnérabilités serait un point à améliorer. En effet, les établissements ont cherché ou élaboré par eux-mêmes des outils (en particulier lorsque le réseau n'en proposait pas), et certains de ces outils sont très pertinents. De plus il serait utile de porter à la connaissance de tous les professionnels de santé les outils créés par chaque réseau de périnatalité. La thématique des violences faites aux femmes a été largement investie par les réseaux et l'implantation des parcours dans les établissements est remarquable, mais il est vrai que cette thématique a bénéficié d'un plan national avec la formation par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) des coordinatrices des réseaux périnataux en 2016 et 2018.

D'après notre étude, certains domaines ont été peu investis par les réseaux périnataux :

- ▀ l'interprétariat et la traduction des documents proposés par le réseau. Des ressources existent pourtant à l'échelle de la région, qui pourraient être partagées avec les établissements par le biais des réseaux ;

- ▀ la formalisation des staffs psychosociaux qui sont perçus comme le point fort de l'organisation du parcours par les établissements (49 établissements en organisent, seuls 21 les ont formalisés) ;

- ▀ le champ de la psycho périnatalité est peu investi : les formations destinées aux psys des maternités sont inexistantes, leur intégration aux formations pluridisciplinaires du réseau est peu marquée. Par ailleurs, peu de formations des professionnels de périnatalité aux questions de vulnérabilité psychique et de psychopathologie ont été organisées.



Conclusions et préconisations

LES LIMITES DE L'ÉVALUATION

L'évaluation présente certaines limites. Tout d'abord, la crise sanitaire liée au virus du Covid-19 n'a pas permis de réaliser l'ensemble des études attendues dans le cadre de cette évaluation. En effet, les enquêtes auprès des services de PMI et des sages-femmes libérales n'ont pas pu être réalisées.

De plus, nous souhaitons étudier certains dispositifs avec des outils qualitatifs, tel que l'entretien semi-directif. Or, le contexte sanitaire ne nous a pas permis de rencontrer les acteurs et de réaliser ces entretiens.

Le caractère non obligatoire des questions de notre questionnaire a eu pour conséquence un certain nombre de non réponses.

Une des limites de cette étude réside dans le fait que nous ne connaissons pas les caractéristiques socio-économiques des femmes accueillies par les maternités et les CPP de la région. Cette information nous permettrait de mettre en relation les actions mises en oeuvre par les ES et les besoins au vu des vulnérabilités des femmes accueillies.

AVOIR UNE DÉFINITION LARGE DES VULNÉRABILITÉS

Cette évaluation nous a permis de constater que les établissements ont une définition large des vulnérabilités. De nombreuses situations, tant les vulnérabilités socio-économiques, les addictions, les vulnérabilités psys ou les violences nécessitent pour les établissements une PEC spécifique. Lors du comité de pilotage du 16 juin 2020, les discussions entre les différents professionnels ont fait émerger l'importance de prendre en compte aussi les violences gynécologiques et obstétricales, de s'intéresser aux violences passées que les femmes ont pu vivre tout au long de leur vie qui peuvent avoir des conséquences sur la grossesse. L'échange a également permis de parler de l'importance de repérer les femmes victimes de mutilations sexuelles. Des éléments de précarité sont aussi à ajouter à la liste des vulnérabilités : femmes sans domicile fixe, absence de moyen de transport pour venir à la maternité.

➤ Nous préconisons que les établissements aient une définition large et multifactorielle de la vulnérabilité adaptée aux caractéristiques du territoire (territoire urbain, rural...). (Cf. annexe 1 : liste des vulnérabilités)



FAVORISER L'UTILISATION DE GRILLES DE REPÉRAGE DES VULNÉRABILITÉS

Les études menées sur le parcours des femmes enceintes vulnérables nous ont permis de voir que la phase de repérage est un moment important pour proposer aux femmes vulnérables une PEC pertinente, et qu'il doit être précoce dans la grossesse. Pour permettre ce repérage, plusieurs établissements utilisent des grilles de repérage. Elles permettent d'accompagner les professionnels dans le repérage des vulnérabilités, d'uniformiser les critères de repérage sur un territoire donné, d'assurer l'exhaustivité de la recherche de critères. L'utilisation de grilles peut cependant être vécue comme stigmatisante et doit surtout servir de support pour aider les professionnels.

➤ Nous préconisons une utilisation plus large de ces grilles pour le repérage des vulnérabilités. Nous diffuserons à toutes les maternités de la région les grilles recensées durant cette enquête.

VEILLER AU CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

Les expériences des établissements nous montrent que l'adhésion des patientes est un véritable point fort de la prise en charge des femmes vulnérables. L'adhésion des patientes permet de lutter contre les ruptures de parcours de soins, en veillant à l'acceptation de la prise en charge.

➤ Nous préconisons de veiller à garantir une transparence quant aux échanges entre les différents interlocuteurs pour favoriser l'adhésion des femmes vulnérables sur la prise en charge proposée.

La vérification de l'accord de la patiente avant un passage en staff psycho-social, un compte rendu à l'issue de ce staff psycho-social, une transparence sur les propositions de prise en charge sont des solutions pour veiller au consentement de la patiente. Le consentement peut être oral ; un consentement écrit et signé par la patiente peut également être envisagé.

CRÉER UN CONTEXTE FAVORABLE À LA GÉNÉRALISATION DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE (EPP)

De nombreux établissements, maternités et CPP de la région réalisent des EPP. Pour rappel, il s'agit d'un entretien permettant de repérer les vulnérabilités de manière précoce dans la grossesse, il s'agit d'un entretien particulier. Nous avons constaté cependant que le taux de réalisation de l'EPP est très variable d'un établissement à l'autre. Ceci nous interroge quant à la généralisation de l'EPP à toutes les femmes enceintes actées par la Loi de financement de la sécurité sociale 2021. L'augmentation de ces entretiens devra être partagée entre les maternités, les libéraux et les PMI. Un travail sera entrepris avec les PMI dans le cadre de la [circulaire n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2020/34 du 20 février 2020](#) relative à la contractualisation préfet/ARS/département pour la prévention et la protection de l'enfance. De nouvelles formations seront nécessaires pour augmenter le nombre de professionnels en mesure de mener des EPP. Ces formations à l'EPP, outil central du repérage des vulnérabilités, permettront de faire émerger une culture commune entre les différents professionnels formés.

➤ Nous préconisons que les formations à l'EPP dans le cadre de sa généralisation, soient pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles, afin d'harmoniser la pratique de l'EPP sur notre région. Nous suggérons une harmonisation régionale du programme de ces formations basées sur les recommandations de la HAS.

RENFORCER LA COOPÉRATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Des postes de psychologues sont financés par le Fonds d'investissement régional (FIR) depuis le plan périnatalité 2005-2007. La modélisation du financement est basée sur le type de maternité et le nombre de naissances. Les CPP reçoivent un financement global qui peut leur permettre de financer du temps de psychologue. Les psychologues sont bien intégrés aux services de maternités, et la coopération est satisfaisante pour la plupart des maternités. On constate cependant qu'ils sont peu impliqués dans les réseaux de périnatalité.

➤ Nous préconisons d'intégrer les psychologues des maternités aux formations dispensées par les réseaux périnataux et à la formation à l'entretien prénatal précoce pour renforcer la coordination médico-psychologique.

GÉNÉRALISER LA COORDINATION DES PARCOURS

1. LE PROFESSIONNEL DE COORDINATION DE PARCOURS

L'ensemble des maternités s'accordent sur la nécessité de temps dédié tant les parcours de ces femmes sont complexes

et demandent du temps pour contacter les différents intervenants, organiser les staffs, relancer les femmes lorsqu'elles n'honorent pas les rendez-vous de suivi. Les maternités qui ont dédié du temps de « coordination » de sages-femmes sont plus souvent celles qui ont réussi à structurer un parcours spécifique.

L'évaluation de l'expérimentation Valériane du CH de Valence, pourrait aider à définir les missions et le profil de poste de ce temps de sage-femme dédiée et à définir les besoins selon la file active. Ce poste pourrait être envisagé de manière différente en fonction des territoires et du fonctionnement local. Il pourrait par exemple être occupé par la PMI sur certains territoires.

Le type de formation continue de ces professionnels est à envisager à l'échelle de la région soit par le biais du diplôme universitaire de psychopérinatalité, soit par l'organisation d'une formation régionale, par des échanges de pratiques ou un compagnonnage dans les maternités qui ont déjà une coordination.

La commission nationale pour les « 1 000 premiers jours » a annoncé le renforcement de la coordination du parcours durant les 1 000 premiers jours (grossesse + 2 ans de l'enfant). L'instruction du 1^{er} avril 2021 relative aux engagements du gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux permet une expérimentation d'un référent parcours périnatalité

sur 4 territoires. le département de la Drôme en fait partie (voir arrêté du 27 juillet 2021).

2. LES STAFFS PSYCHO-SOCIAUX

Les staffs psycho-sociaux n'existent pas encore dans toutes les maternités. Par ailleurs, peu de réseaux ont formalisé ce que doit être un staff psychosocial et les modalités de partage (pluridisciplinarité, accord de la femme, restitution, etc.)

➤ Nous préconisons la mise en place, d'ici fin 2022, avec l'aide des réseaux périnataux, d'un staff psycho-social dans chaque maternité, avec un protocole écrit et une évaluation de la file active et de périodicité des staffs.

3. FAVORISER UNE RÉFLEXION COLLECTIVE AUTOUR DES SITUATIONS À L'ISSUE DÉFAVORABLE

Malgré les efforts des maternités et des CPP pour la mise en place des parcours de dépistage et de suivi des FEV, il peut arriver que l'issue soit défavorable : patiente perdue de vue, prématurité, complications évitables, suicide, infanticide, féminicide. L'analyse pluridisciplinaire de la prise en charge et des facteurs ayant conduit à cette évolution permettrait aux acteurs de faire progresser leur organisation

➤ Nous préconisons de réaliser des Retours d'expérience (Retex) ou des Revues de mortalité et de morbidité (RMM) psychosociales pour analyser les situations de ruptures du parcours ou d'issue défavorable.

RENFORCER LA COOPÉRATION AVEC L'EXTÉRIEUR DE LA MATERNITÉ

L'étude nous a montré qu'à l'exception de la PMI, avec qui les maternités ont des liens forts et structurés, les liens avec les professionnels extérieurs à la maternité ne sont pas toujours faciles ou pas mis en place. Or, l'étude nous a également montré que le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge est identifié comme un véritable point fort par les établissements de la région.

➤ Nous proposons de renforcer les liens entre les maternités et les acteurs pertinents de la PEC des femmes vulnérables :

- Les sages-femmes libérales
- Les médecins généralistes
- Les PASS
- Le référent violence de l'établissement
- Les médiateurs en santé

Ce renforcement des liens pourrait se traduire de plusieurs manières :

- informer les professionnels libéraux et les autres services de l'existence d'un professionnel dédié à la coordination de parcours ;
- faire du coordinateur de parcours le professionnel de référence pour les professionnels extérieurs afin de faciliter les liens, les orientations ;
- mettre en place des staffs pluridisciplinaires intégrant les professionnels extérieurs, lorsque leur présence est nécessaire pour la PEC de la femme.

SÉCURISER L'ACCOMPAGNEMENT POST-NATAL

L'étude nous a montré un risque de rupture important au moment de la naissance qui ne permet pas de poursuivre l'accompagnement auprès de la

famille et de l'enfant et le soutien à la parentalité. L'une des causes évoquées est le raccourcissement des séjours à la maternité.

✎ Nous préconisons qu'une vigilance particulière soit portée aux sorties précoces, qu'elles soient ou non dans le cadre du PRADO⁶ par une sensibilisation des gestionnaires PRADO et les sages-femmes libérales.

✎ Nous préconisons de systématiser le suivi par la maternité et/ou la PMI au moins les 6 premiers mois pour les femmes identifiées en prénatal comme étant vulnérables (objectif de la circulaire 2020). Inscrire le passage de relais entre la maternité et la PMI dans un temps long permet de ne pas rompre les liens de confiance établis et de sécuriser la PEC postnatale des femmes et des enfants et de lutter contre les ruptures de parcours. Une expérimentation de lits dédiés en maternité (l'USAP), avec des séjours de 10 jours en moyenne, permettent sur un temps plus long et avec du personnel dédié de mieux préparer le retour à domicile et de mettre en place les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Le suivi post-partum des femmes est de moins en moins assuré par les maternités. Or cette période est celle de l'apparition de la dépression du post-partum.

Nous proposons d'améliorer le repérage de la dépression du post-partum par la sensibilisation des professionnels, la sollicitation plus facile du psychologue en post-natal par les intervenants extérieurs (PMI, médecin traitant, SF libérale).

La mise en place d'un entretien post-na-

tal précoce, prévue par le ministère de la santé, apportera une réponse à cet objectif.

RENFORCER LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES

L'ARS a financé par le biais de l'appel à projet « enfants maltraités » des dispositifs permettant de renforcer l'organisation du repérage, de la prise en charge et de l'orientation dans 9 établissements de la région disposant d'une maternité et d'un service de pédiatrie. Le repérage dès la maternité d'une vulnérabilité devrait permettre de faire le lien avec ces dispositifs pour prévenir les situations de maltraitance à l'enfant.

INSTAURER LA DYNAMIQUE RÉGIONALE

L'ARS est à l'initiative de ce rapport dans le cadre du [projet régional de santé 2018-2028](#). Elle participe à la création d'une dynamique régionale par :

- la diffusion du présent rapport aux établissements à tous les établissements autorisés en obstétrique, aux PMI, à la CPAM, aux membres de la Commission régionale de la naissance, aux URPS et Conseils de l'ordre des SF et des médecins ;
- la diffusion des outils répertoriés ;
- la réflexion sur la coordination de parcours des femmes vulnérables ;
- l'organisation d'une journée d'échanges « Périnatalité et vulnérabilités ». Cette journée sera l'occasion de créer une dynamique régionale commune autour de la

⁶Pour préparer la sortie du patient, plusieurs dispositifs existent. L'un d'entre eux, nommé PRADO (Programme de retour à domicile), a été mis en place par l'Assurance maladie et est entièrement gratuit.



thématique de la vulnérabilité et de la périnatalité. Elle s'adressera aux professionnels des ARS (siège et délégations départementales), des services de PMI, des réseaux de périnatalité, des maternités, des PASS.

Bibliographie

- ▼ Diaporama Unité de soins et d'accompagnement précoce des troubles du lien mère-enfant (USAP), actualisation octobre 2015
- ▼ Diaporama Unité de soins et d'accompagnement décisif dans l'accès à la parentalité », janvier 2020
- ▼ [Plan périnatalité 2005-2007](#)
- ▼ Hôpitaux-Drôme-Nord, « Création d'une équipe mobile de périnatalité, Un



Annexes

ANNEXE N° 1 : LISTE DES VULNÉRABILITÉS

Les vulnérabilités socio-économiques	Bénéficiaire des minimas sociaux Absence d'emploi Antécédent de placement des parents ou des enfants Absence de logement Absence de moyen de locomotion pour se rendre aux rendez-vous Niveau d'autonomie de la patiente pour se rendre aux rendez-vous Migrante Patiente mineur
Les addictions	Addiction de l'un des membres du foyer (facteurs de risques des violences)
Les vulnérabilités psys	Pathologies connues Antécédents de traitement ou d'hospitalisation Antécédents de dépression du post-partum Accouchement traumatique
Les violences	Violences conjugales, familiales Violences physiques, psychiques, économiques, sexuelles Les mutilations sexuelles Violences actuelles mais aussi passées Violences médicales, gynécologiques et obstétricales

ANNEXE N° 2 : QUESTIONNAIRE MATERNITÉ

ENQUÊTE SUR LE PARCOURS DES FEMMES ENCEINTES VULNÉRABLES

Toutes les questions précédées d'une étoile () sont obligatoires.
Si une des questions obligatoires n'est pas renseignée,
le questionnaire ne pourra pas être validé.*

INFORMATIONS SUR LE RÉPONDANT

* **Question n°1** : Nom et type de la maternité ou du Centre périnatal de proximité (CPP) / Unité « Kangourou » ? / Appartenance au réseau périnatal (**choix**)

* **Question n°2** : Coordonnées de la personne répondant au questionnaire

LE PARCOURS

Question n°3 : Avez-vous mis en place un parcours spécifique pour les femmes vulnérables ?

Question n°4 (Si Q3 = «Oui») : Veuillez décrire ce parcours

* **Question n°5** : Utilisez-vous une grille ou un score pour repérer les situations de vulnérabilité ?

Question n°6 (Si Q5 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Lesquels ?

* **Question n°7** : Au sein de votre maternité ou CPP, y a-t-il un professionnel dédié à la coordination des situations complexes pour les patientes vulnérables ?

Question n°8 (Si question n°7 = «Oui» - choix unique) : Quelle est sa profession ? (**choix**)

* **Question n°9** : Y a-t-il sur le dossier médical (papier ou informatique) un pavé réservé aux consignes de prise en charge des femmes vulnérables pour l'accouchement et/ou le post partum ?

* **Question n°10** : Si la femme enceinte a un recours répété aux consultations non programmées ou aux urgences, la maternité ou le CPP sont-ils alertés ?

* **Question n°11** : Le centre 15 et/ou les urgences sont-ils avertis en cas de patientes vulnérables ?



* **Question n° 12** : Organisez-vous le suivi post-partum des femmes vulnérables ?

Question n° 13 (Si Q12 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Comment organisez-vous le suivi post-partum des femmes vulnérables ?

* **Question n° 14** : Votre maternité ou CPP a-t-il une convention avec la PMI ?

* **Question n° 15** : Travaillez-vous au quotidien avec la PMI ?

Question n° 16 (Si Q15 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Comment travaillez-vous au quotidien avec la PMI ?

* **Question n° 17** : Travaillez-vous avec les sages-femmes libérales et médecins généralistes ?

Question n° 18 (Si Q17 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Comment travaillez-vous avec les sages-femmes et médecins libéraux ?

* **Question n° 19** : Avez-vous des annuaires des acteurs du territoire ?

Question n° 20 (Si Q19 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : De quels acteurs du territoire avez-vous des annuaires ?

LES VULNÉRABILITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES

* **Question n° 21** : Utilisez-vous un score ou une grille de repérage de la précarité ?

Question n° 22 (Si Q21 = «Oui» - choix unique) : Quel score ou grille de repérage de la précarité utilisez-vous ?

* **Score simplifié** :

1. Avez-vous la Couverture médicale universelle (CMU) (de base ou complémentaire) ou l'assurance médicale d'Etat (AME) ? (Clignotant = oui)

2. Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ? (Clignotant = non)

3. Vivez-vous seule ou en couple ? (Clignotant = seule)

4. Avez-vous un emploi à l'heure actuelle ? À temps plein ? À temps partiel ?

Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi à l'heure actuelle ?

(clignotant = pas d'emploi, temps partiel, seule)

5. Avez-vous un logement stable ? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?

(clignotant = pas de logement stable, type de logement comme hôtel, caravane, hébergement par un tiers)

Question n° 23 : Quelles sont les situations que vous considérez «à risque» et qui justifient le suivi par l'équipe de votre maternité ou CPP (seul ou conjointement avec la PMI) ?

*** Question n° 24 :** Avez-vous une assistante sociale mobilisable pour la maternité ?

Question n° 25 (Si Q24 = «Non») : Pourquoi n'avez-vous pas une assistante sociale mobilisable pour la maternité ?

Question n° 26 (Si Q24 = «Oui») : ETP de l'assistante sociale dédié à la maternité ?

Question n° 27 (Si Q24 = «Oui» - plusieurs choix possible) : Comment travaillez-vous avec l'assistante sociale ?

*** Question n° 28 :** Travaillez-vous avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ?

Question n° 29 (Si Q28 = «Oui» - plusieurs choix possible) : Comment travaillez-vous avec la PASS ?

Question n° 30 (Choix unique) : Quelles sont vos possibilités de recours à l'interprétariat ?

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES (VIOLENCES CONJUGALES OU AUTRES, PHYSIQUES, PSYCHIQUES OU SEXUELLES)

*** Question n° 31 :** Utilisez-vous un score de repérage des violences faites aux femmes ?

Question n° 32 (Si Q31 = «Oui») : Lequel ?

*** Question n° 33 :** Y a-t-il un dispositif de prise en charge des violences faites aux femmes dans votre établissement ?

Question n° 34 (Si Q33 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Lesquels ?

Question n° 35 (Si Q33 = «Oui») : Comment travaillez-vous avec ces dispositifs ?



LES ADDICTIONS

*** Question n° 36 :** Avez-vous une consultation de sage-femme dédiée aux addictions à la maternité ou CPP ?

Question n° 37 : Comment travaillez-vous avec les dispositifs de prise en charge des addictions de l'établissement ?

LES VULNÉRABILITES PSYCHIQUES

*** Question n° 38 :** Avez-vous mis en place un parcours spécifique dédié aux femmes enceintes présentant une vulnérabilité psychique connue (ex : maladies psychiatriques, choc traumatique lié à un parcours de vie, à une précédente grossesse, angoisse, manifestation de peurs ou de craintes) ?

Question n° 39 (Si Q38 = «Oui») : Veuillez décrire ce parcours

Question n° 40 (Plusieurs choix possibles) : Quelles sont les situations que vous considérez «à risque» et qui justifient le suivi par l'équipe de votre maternité ou CPP (seul ou conjointement avec le secteur psychiatrique) ?

*** Question n° 41 :** Utilisez-vous un score de repérage des troubles de l'humeur ?

Question n° 42 (Si Q41 = «Oui») : Lequel ?

Question n° 43 : Travaillez-vous avec le secteur de psychiatre adulte ?

Question n° 44 (Si Q43 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Comment ?

Question n° 45 (Si Q43 = «Non») : Pourquoi ?

*** Question n° 46 (Si Q1 = «Maternité») :** Avez-vous une possibilité d'hospitalisation mère enfant (Ambulatoire ou Hospitalisation complète) pour la prise en charge des femmes avec des difficultés psychologiques ou psychiatriques ?

Question n° 47 (Si Q46 = «Oui dans votre maternité» - plusieurs choix possibles) : Lesquelles ?

Question n° 48 (Si Q47 = «Oui dans un autre établissement») : Dans quel autre établissement ?

LES PSYCHOLOGUES EN MATERNITÉ

* **Question n° 49** : Avez-vous des psychologues dédiés à la maternité ou au CPP ?

Question n° 50 (Si Q49 = «Oui») : Effectif des psychologues dédiés à la maternité ; ETP des psychologues dédiés à la maternité.

Question n° 51 (Si Q49 = «Non») : Pourquoi n'avez-vous pas de psychologue dédié à la maternité ou au CPP ?

Question n° 52 (Si Q49 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Quelles sont les modalités d'intervention ?

Question n° 53 (Si Q49 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : À quels moments interviennent les psychologues ?

Les modalités du travail collaboratif entre psychologues et somaticiens

Question n° 54 (Si Q49 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Qui est à l'origine de la sollicitation des psychologues ?

Question n° 55 (Si Q49 = «Oui» - choix unique) : Les psychologues participent-ils aux staffs de la maternité ou du CPP (hors staff de parentalité) ?

Question n° 56 (Si Q49 = «Oui» - choix unique) : Les psychologues participent-ils aux relèves ?

* **Question n° 57 (Si Q49 = «Oui») :** Font-ils un compte-rendu écrit ?

Question n° 58 (Si Q49 = «Oui» et Q57 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Comment ?

Question n° 59 (Si Q49 = «Oui») : Commentaires sur les modalités du travail collaboratif entre psychologues et somaticiens.



LES PSYCHIATRES EN MATERNITÉ

* **Question n° 60** : Avez-vous des psychiatres ou pédopsychiatres dédiés à la maternité ou CPP ?

Question n° 61 (Si Q60 = «Oui») : Effectif des psychiatres ou pédopsychiatres dédiés à la maternité / ETP des psychiatres ou pédopsychiatres dédiés à la maternité

* **Question n° 62 (Si Q60 = «Oui») :** Leurs modalités de travail sont-elles identiques à celles des psychologues ?

Les modalités du travail collaboratif entre psychiatres ou pédopsychiatres et somaticiens

Question n° 63 (Si Q60 = «Oui» et Q62 = «Non» - plusieurs choix possibles) :
Qui sont à l'origine de la sollicitation des psychiatres ou pédopsychiatres ?

Question n° 64 (Si Q60 = «Oui» et Q62 = «Non» - choix unique) : Les psychiatres ou pédopsychiatres participent-ils aux staffs de la maternité ou du CPP (hors staff de parentalité) ?

Question n° 65 (Si Q60 = «Oui» et Q62 = «Non» - choix unique) : Les psychiatres ou pédopsychiatres participent-t-ils aux relèves ?

* **Question n° 66 (Si Q60 = «Oui» et Q62 = «Non») :** Font-ils un compte-rendu écrit ?

Question n° 67 (Si Q60 = «Oui» et Q62 = «Non» et Q66 = «Oui» - plusieurs choix possibles) :
Comment ?

Question n° 68 (Si Q60 = «Oui» et Q62 = «Non») : Commentaires sur les modalités du travail collaboratif entre psychiatres ou pédopsychiatres et somaticiens.

L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE (EPP)

Question n° 69 (Choix unique) : À qui proposez-vous un entretien prénatal précoce ?

Question n° 70 (Si Q69 = «Aux femmes qui présentent des problématiques») :
Quelles problématiques ?

Question n° 71 (Si Q1 = «Maternité») : Nombre d'accouchements réalisés en 2019 au sein de votre maternité ? / Nombre d'EPP réalisés au sein de votre maternité pour ces accouchements.

Question 72 (Si Q1 = «Maternité») : Nombre d'EPP réalisés en dehors de votre maternité pour ces accouchements.

Question n° 73 (Si Q1 = «CPP») : Nombre de femmes suivies en 2019 par votre CPP ? / Nombre d'EPP réalisés en 2019 au sein de votre CPP ?

Question n° 74 : Effectif total de sages-femmes de votre maternité ou CPP / Effectif de sages-femmes réalisant des EPP au sein de votre maternité ou CPP / ETP de sages-femmes dédiées à l'EPP.

* **Question n° 75 (Si 74_b ≠ 0) :** Les sages-femmes dédiées à l'EPP sont-elles formées à la réalisation des EPP ?

* **Question n° 76 (Si Q1 = «CPP») :** Des gynécologues font-ils des EPP ?

Question n° 77 (Choix unique) : Combien de temps est prévu dans le planning de consultation pour la réalisation d'un EPP ?

Question n° 78 (Choix unique) : Possédez-vous un guide vous permettant de réaliser les entretiens ?

Question n° 79 (Plusieurs choix possibles) : Pour les EPP réalisés à la maternité ou au CPP, quelles sont les modalités de transmission ?

Question n° 80 (Si Q1 = «Maternité» - plusieurs choix possibles) : Pour les EPP faits en ville (PMI ou sage-femme libérale), quelles sont les modalités de transmission à votre maternité ?

Question n° 81 : Commentaires sur votre organisation, des points forts, des difficultés...

Question n° 82 : Le ministère de la santé a prévu de généraliser, en 2020, l'EPP à toutes les femmes enceintes. Comment envisagez-vous cette généralisation ?



LES STAFFS PSYCHO-SOCIAUX (OU STAFF DE PARENTALITÉ)

Définition : réunion d'analyse de dossiers complexes sur le plan psycho-social avec participation de partenaires extérieurs (PMI, autres...)

*** Question n° 83 :** Organisez-vous des staffs de parentalité ?

*** Question n° 84 (Si Q83 = «Oui») :** L'organisation des staffs est-elle formalisée (protocole, règlement intérieur) ?

Question n° 85 (Si Q83 = «Oui») : Quelle est la périodicité de ces staffs de parentalité ?

Question n° 86 (Si Q83 = «Oui» - plusieurs choix possibles) : Quelles sont les situations qui entraînent un passage en staff de parentalité ?

*** Question n° 87 (Si Q83 = «Oui») :** L'accord de la patiente est-il systématiquement demandé ?

*** Question n° 88 (Si Q83 = «Oui») :** L'accord de la patiente est-il tracé sur un document signé ?

Question n° 89 (Si Q83 = «Oui») : Parmi ces acteurs, lesquels ont été présents au staff psycho-social, au moins une fois dans l'année 2019 ?

Transmission des décisions

*** Question n° 90 (Si Q83 = «Oui») :** Un compte-rendu du staff est-il rédigé pour chaque dossier présenté ?

*** Question n° 91 (Si Q83 = «Oui» et Q90 = «Oui») :** Le compte-rendu du staff est-il mis dans le dossier de maternité ou CPP ?

*** Question n° 92 (Si Q83 = «Oui» et Q90 = «Oui») :** Le compte-rendu du staff est-il transmis : À la femme ou au couple ? / Aux professionnels (sage-femme, gynécologue) qui suivent la femme ? Au médecin traitant de la femme ?

VOTRE EXPÉRIENCE

Question n° 93 : Quels sont les points forts de votre prise en charge des patientes vulnérables ?

Question n° 94 : Quelles sont vos difficultés pour l'accompagnement de ces patientes ?

Question n° 95 : Quels sont les risques de rupture du parcours que vous avez identifiés ?

Question n° 96 : Quelle(s) action(s) avez-vous mis en place pour les réduire ou les prévenir ?

