

SOMMAIRE

Introduction

Ce document a vocation à aider les professionnels du secteur psycho-social et du secteur médical dans la prise en charge conjointe et concertée des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés, avec une focale particulière sur les risques et les difficultés que peuvent rencontrer les familles en situation de précarité sociale.

Volontairement simplifié, il n'a pas la prétention de répondre à toutes les questions mais plutôt à suggérer des pistes de réflexion et à rapprocher les professionnels dans une appréhension globale de la périnatalité.

Ainsi, le memento médical s'adresse particulièrement aux professionnels du secteur psycho-social qui sont souvent les premiers à voir les femmes en début de grossesse et qui pourront ainsi permettre à ces femmes d'aborder plus facilement les questions qu'elles se posent sur leur état, leur enfant à naître et le suivi obstétrical recommandé.

Le memento social s'adresse plus particulièrement aux professionnels de santé qui trouveront des premières réponses aux questions que se posent les femmes enceintes confrontées aux risques et aux difficultés engendrés par la précarité sociale.

La conception et la rédaction de ce document sont le fruit d'une collaboration étroite entre les partenaires du réseau SOLIPAM et sa coordination médico-sociale. Après une première édition en 2011, la version 2016 vient actualiser pour la troisième fois certaines données concernant essentiellement les évolutions du droit social.

*Le financement est assuré par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France depuis 2011, avec le soutien initial de la **Fondation Giacinto et Hélène Accornero**, sous l'égide de la **Fondation de France**.*



Dr Paule Herschkorn Barnu, directrice du réseau SOLIPAM

Le 31 octobre 2016

Partie 1 : Mémento médical

Physiologie de la grossesse	p.7
1. Le corps et ses transformations	p.7
2. Durée de la grossesse	p.7
3. Les signes pour identifier la grossesse	p.8
4. L'intérêt du suivi médical pendant la grossesse	p.8
5. Hygiène et grossesse	p.9
Le début de la grossesse	p.12
1. Confirmer la grossesse	p.12
2. Accueillir le projet	p.12
Le suivi de la grossesse	p.14
1. Les formalités d'inscription en maternité	p.14
2. Les 3 types de maternités	p. 15
3. Les structures de soins périnatals complémentaires	p.15
4. Le suivi obstétrical	p.16
5. La préparation à la naissance et à la parentalité	p.18
6. Quand consulter aux urgences de la maternité ?	p.20
Le suivi postnatal	p.21
1. Le séjour en suites de couches	p.21
2. Le suivi recommandé après la sortie	p.22
Rappel : grossesse et précarité	p.24
1. Généralités	p.24
2. Les dispositifs existants	p.24
3. L'insertion vers le droit commun	p.26
Repères pour l'accompagnement psychologique	p.27
1. Quelques repères	p.27
2. Les différents acteurs	p.28

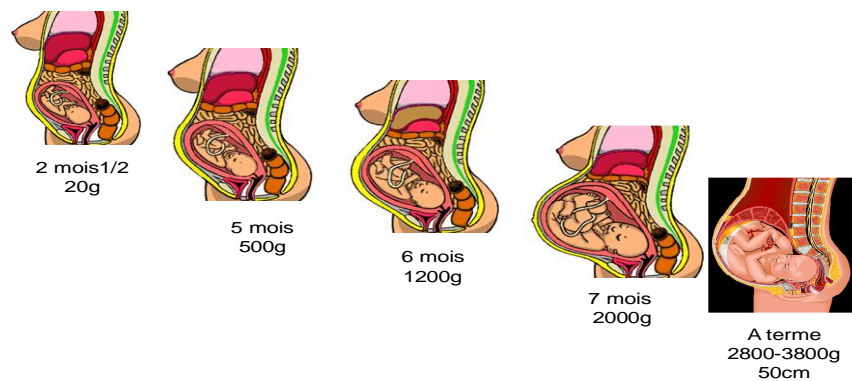
Partie 2 : Mémento social

Les droits sociaux	p.29
1. La couverture sociale	p.29
2. Quelques particularités à connaître	p.31
3. Les prestations de la Caisse d'Allocations Familiale (CAF)	p.32
L'hébergement en prénatal et postnatal	p.36
1. L'urgence et la mise à l'abri	p.36
2. Les structures d'insertion	p.36
3. Les structures spécifiques	p.39
Les services sociaux	p.41
1. L'assistant social polyvalent de secteur	p.41
2. L'assistant social spécialisé	p.42
3. L'assistant social polyvalent de catégorie	p.43
La protection de l'enfance	p.45
1. L'enfant en danger	p.45
2. L'accueil d'un enfant confié à l'aide sociale à l'enfance	p.48
3. Différentes mesures éducatives administratives	p.50
4. L'adoption	p.52
Les violences	p.54
1. Le mariage forcé	p.54
2. Les mutilations sexuelles féminines	p.55
3. Les violences conjugales	p.55
Les femmes victimes de la traite des êtres humains	p.59
1. Définition	p.59
2. En pratique	p.59
3. Accès aux droits	p.61
Asile et protection	p.62
1. Définition	p.62
2. Les 3 formes de protection	p.63
3. En pratique	p.65
4. A l'issue de l'instruction	p.65
Annexe : Indicateurs de précarité et de vulnérabilité	p.68
Remerciements	p.73

Physiologie de la grossesse : Généralités

1/ Le corps et ses transformations

Croissance et maturation



2/ Repères dans le temps : durée de la grossesse

Semaine d'aménorrhée

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SA	6 sa	10 sa	15 sa	20 sa	24 sa	28 sa	32 sa	37 sa	41 sa

Une grossesse = 9 mois complets = 41 semaines d'aménorrhée (SA), c'est-à-dire 41 semaines sans règles (pour le corps médical).

Un bébé peut naître sans être prématuré dans les 4 dernières semaines de grossesse, soit **à compter de 37 SA**.

Calculons approximativement le terme de la grossesse de Mme qui vient vous voir ce jour :

<u>Calcul :</u>	
1 : 1 ^{er} jour de la date des dernières règles (DDR) :	15/01/2011
2 : +J14 = le début de la grossesse :	29/01/2011
3 : +9 mois complets = terme prévu au :	29/10/2011

3/ Quels signes pour identifier la grossesse ?

❖ Quelle que soit la femme :

- Absence de règles > 1 mois, au minimum
- Sensation des mouvements du bébé (au-delà de 3 ou 4 mois complets de grossesse, en fonction des femmes, associés à une sensation de bulle dans l'eau)

+

❖ En fonction des femmes (1^{er} trimestre de grossesse):

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| - Augmentation du volume des seins | - Fatigue, somnolence |
| - Envies fréquentes d'uriner | - Nausées, vomissements |
| - Hypersialorrhée (=salivation +++) | |

4/ Pourquoi un suivi médical pendant la grossesse ?

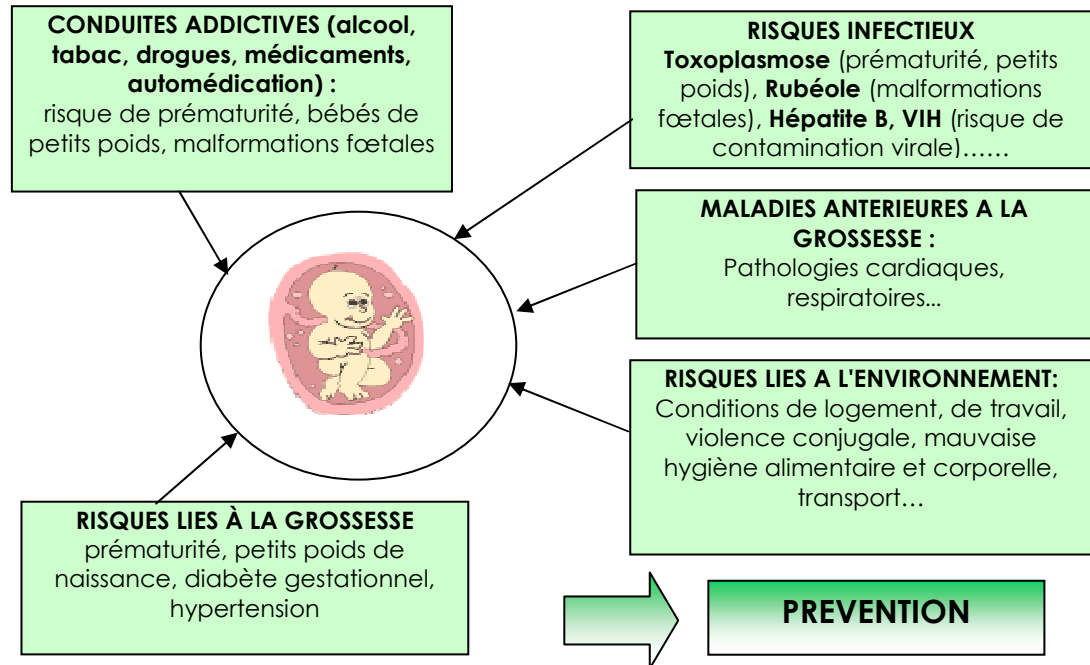
4.1 : Prévenir

- ❖ Prévenir = **vérifier le bon déroulement** de la grossesse
- ❖ **Limiter les risques** de nouveau-nés prématurés et de petits poids
- ❖ Intérêt de la **préparation à la naissance et à la parentalité**

4.2 : Dépister les risques et les pathologies au cours de la grossesse

- ❖ **L'examen clinique** : vérifier la croissance et la vitalité fœtale, détecter les signes de menace d'accouchement prématuré, s'assurer de l'état de santé de la future mère (poids, taille, tension artérielle, albuminurie, état général et psychique...)
- ❖ **Le bilan sanguin** pour dépister le risque infectieux par exemple, l'anémie maternelle...
- ❖ **L'échographie** pour dater la grossesse, dépister des malformations fœtales et surveiller la croissance du fœtus. Couplée au 1^{er} trimestre de la grossesse au dosage HT21 pour évaluer le risque chromosomique (Trisomie 21 notamment)

- ❖ **L'amniocentèse, après évaluation du risque, peut être proposée** pour diagnostiquer les anomalies chromosomiques (trisomie 21) ou génétiques (maladies héréditaires comme la mucoviscidose).



- Risques induits par la grossesse* → intérêt de suivre la grossesse pour adapter le mode de vie (repos), prescrire un traitement
- Risques induits par l'environnement* → intérêt d'informer, de dédramatiser et de proposer une prise en charge adaptée
- Risques infectieux* → intérêt de dépister ces infections dès le début de grossesse = bilans sanguins dès le début de la grossesse
- Risques liés à des pathologies préexistantes à la grossesse* → intérêt du suivi pluridisciplinaire

5/ Hygiène et grossesse

5.1 Hygiène alimentaire

Une alimentation variée et équilibrée est à recommander dans la mesure du possible. Les besoins sont augmentés en fer (risque d'anémie), vitamine B9, vitamine D et calcium (calcification osseuse). Les repas doivent être équilibrés et le rythme alimentaire doit être modifié : repas fractionnés, collations plus fréquentes. La seule boisson recommandée est l'eau.



La prise de poids est en moyenne de 1kg par mois et de 1,5kg les deux derniers mois, soit environ 9-12kg pendant la grossesse. La prise de poids idéale dépend de l'IMC de départ.

Certaines règles d'hygiène sont à respecter en prévention de la listériose et de la toxoplasmose (voir le guide de l'INPES : Grossesse et accueil de l'enfant - fiche action n°6).

Il est important d'adapter les conseils alimentaires à la réalité des conditions de vie et aux moyens d'existence. Le professionnel doit rester vigilant à ne pas culpabiliser les femmes mais s'assurer avec elles d'une alimentation la plus équilibrée possible.

Pour aller plus loin :

« Cuisiner et manger dans une chambre d'hôtel : un défi quotidien ». Article extrait de Alimentation et petit budget N°42 juillet 2008, édité par le CERIN (Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles). Accessible en ligne : <http://www.cerin.org/uploads/media/42-Cuisiner-manger-chambre-hotel-defi-quotidien-alimentation-sante-petit-budget.pdf> (dernière consultation le 25/08/2011)

Guide de l'INPES-Grossesse et accueil de l'enfant

Fiche action n°6 : « l'alimentation de la femme pendant la grossesse »

5.2 Mode de vie

Les professionnels doivent permettre aux femmes de trouver des lieux pour qu'elles puissent se retrouver, se reposer. Il existe des lieux d'accueil et des structures qui proposent des espaces de vie, d'hygiène... : **voir annuaire en ligne sur le site Internet de Solipam.**

En dehors d'une indication médicale particulière, une femme enceinte peut avoir une activité physique normale, en dehors des sports à risque de chute. Attention aux longs et/ou multiples trajets qui peuvent entraîner un risque de MAP (menace d'accouchement prématuré).

Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués. Il faut rappeler que la grossesse ne préserve pas des IST : l'utilisation des préservatifs doit être recommandée.

Les addictions (notamment alcool/tabac/drogues) ont des conséquences importantes sur la grossesse et le fœtus : risque de prématurité, petits poids, mort fœtale, syndrome alcoolisation fœtale... Il est important de les repérer le plus tôt possible et d'organiser une prise en charge adaptée.

Durant la grossesse et l'allaitement, aucun traitement ne doit être pris sans l'avis du médecin ou de la sage-femme (pas d'automédication).

Pour aller plus loin :

Guide de l'INPES-Grossesse et accueil de l'enfant :

- fiche action n°7 « La consommation de substances psychoactives »
- fiche action n°8 « La prise de médicaments pendant la grossesse »

Site internet de SOLIPAM : rubrique actualités, alcool et grossesse, annuaire des professionnels et des réseaux de santé d'IDF.

5.3 Les petits maux de la grossesse

Certains troubles fonctionnels peuvent apparaître durant la grossesse : nausées, vomissements, lombalgies, troubles du sommeil, pyrosis (remontées acides), hyper sialorrhée (excès de salive)...

Dans la majorité des cas, ces troubles peuvent disparaître ou être atténués par des mesures hygiéno-diététiques. S'ils persistent, le médecin ou la sage-femme pourra prescrire un traitement approprié en complément des mesures d'hygiène.

Pour aller plus loin :

Guide de l'INPES-Grossesse et accueil de l'enfant :

Fiche action n°5 « les petits maux de la grossesse »

Conclusion

Il ne faut pas oublier que la grossesse se déroule normalement dans 80% des cas, ceci grâce à une surveillance médicale personnalisée, permettant de limiter la survenue de pathologies. Il est important d'orienter les femmes précocement pour suivre la grossesse médicalement et leur délivrer des conseils de prévention efficaces.

**Orienter précocement vers un suivi médical
pendant la grossesse**

=

**Proposer
une prise en charge de qualité**

Le début de grossesse

1 / Confirmer la grossesse

Il est important de **confirmer le plus tôt possible le diagnostic** de grossesse afin de pouvoir mettre en place un suivi médical précoce ou proposer une interruption volontaire de grossesse.

Où faire un diagnostic de grossesse ?

Le test en pharmacie est cher et non remboursé. En cas d'absence de ressources, privilégier :

- ❖ **Un centre de planification familiale** : test de grossesse gratuit, conseils et orientation
- ❖ **Le médecin traitant** (si couverture médicale)

2 / Accueillir le projet

« Comment avez-vous réagi à l'annonce de votre grossesse ? »

Il est important de favoriser l'expression et de proposer une écoute attentive afin d'accueillir le projet de la femme et de l'accompagner dans sa réflexion. En fonction de leur environnement, de leur histoire,... les femmes peuvent être ambivalentes dans leur projet.

Cet accompagnement doit se faire sans jugement et en respectant les repères qui peuvent être différents d'une femme à l'autre.

Cette réflexion peut être accompagnée par des professionnels compétents, notamment par des conseillères conjugales, présentes au sein des centres de planification et d'éducation familiale.

Projet d'IVG

La loi : Toute femme enceinte que la grossesse place dans une situation de détresse, **dont elle est seule juge**, peut demander à un médecin une interruption de grossesse (loi de décembre 1975).

Le **délai de recours légal** est de 12 semaines de grossesse soit 14 SA (semaines d'aménorrhée).

La **technique** dépend du terme de la grossesse et du choix de la patiente : voie médicamenteuse ou chirurgicale.

En pratique :

- contacter un centre de planification ;
- ou contacter le réseau REVHO pour une IVG médicamenteuse avec un médecin de ville.

Projet de grossesse

Attention ! Lors du diagnostic de grossesse, le suivi médical n'est pas systématiquement mis en place.

Pour l'organisation du suivi de grossesse, voir le chapitre suivant.

A noter la possibilité pour la femme de faire un consentement à l'adoption. Voir le chapitre adoption p 53

A savoir pour l'IVG :

- ❖ **La prise en charge financière :** prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de PUMA, de l'AME, les mineures et également en l'absence de couverture sociale
- ❖ **L'accueil dans un centre de planification** du département ou associatif (en ville) permet à la femme d'avoir un entretien pré-IVG, si elle le désire (obligatoire pour les mineures) et de préparer les examens nécessaires à la réalisation d'une IVG à l'hôpital
- ❖ **Une IVG médicamenteuse** est possible jusqu'à 7 semaines de grossesse en ville (réseau REVHO), à l'hôpital ou dans les centres de planification familiale et jusqu'à 9 SA à l'hôpital

➔ **Retrouvez les contacts des Centres de Planification et d'Education Familiale et du réseau REVHO sur le site internet de SOLIPAM.**

Le suivi de grossesse

1/ Formalités d'inscription dans les maternités

L'inscription dans une maternité doit être faite de préférence avant les deux mois de grossesse. Il est préférable d'inscrire les femmes en situation de grande vulnérabilité sociale dans une maternité publique ou privée avec mission de service public (PSPH).

Les formalités d'inscription sont variables. Dans la plupart des établissements il n'est pas nécessaire d'avoir effectué une première échographie avant de s'inscrire ; se rendre au bureau des inscriptions avec au minimum si possible une pièce d'identité et les résultats des examens complémentaires le cas échéant.

Particularités parisiennes

1/ Les structures départementales d'accueil

La PMI, qui a une convention de partenariat avec l'AP-HP est présente dans les maternités : **structure départementale d'accueil (SDA)** et consultations de sages-femmes de PMI. Hors Paris, la PMI assure des consultations prénatales en dehors des hôpitaux.

Les structures d'accueil administratif (SDA) de la PMI de Paris assurent 3 missions :

- ❖ **Accueillir** toutes les femmes enceintes non assurée sociale (NAS) ou titulaires d'une AME et inscrites en maternité, avant la première consultation prénatale, réalisée dans l'établissement ou avant réorientation vers un autre établissement (faute de place)
- ❖ **Informier** et accompagner les femmes sur leurs droits à une couverture sociale (AME, PUMA) et sur les formalités permettant d'obtenir une assurance maladie (Sécurité Sociale (SS), AME ou PUMA)
- ❖ **Orienter** toutes les femmes en situation de grande vulnérabilité psychosociale dans la maternité ou vers une autre maternité pour les femmes ne pouvant être inscrites dans l'établissement, en lien avec le BCIM (Bureau Central des Inscriptions en Maternité)

2/ Le bureau central des inscriptions (BCIM)

En cas de refus de la maternité demandée, les coordonnées de la patiente seront automatiquement transmises au BCIM. Celui-ci rappelle chaque patiente sur son portable, dans un délai de 15 jours maxi, pour lui proposer une inscription dans une autre maternité.

Attention !

Inscription ne veut pas dire suivi immédiat : le délai entre l'inscription et la première consultation peut varier de 1 semaine à 2 mois. Un rendez-vous doit être programmé rapidement quand la femme n'est pas suivie.

Pour effectuer cette première consultation : il est **préférable d'orienter la femme vers un praticien de ville** quand elle possède une couverture sociale (ne pas attendre l'inscription en maternité pour le faire).

A noter : les réseaux de périnatalité primaires Ville-Hôpital ont pour vocation d'assurer l'orientation et l'inscription des femmes vers les maternités de leur territoire de santé.

2/ Les maternités

Il existe 3 grands types de maternités :

- ❖ **Maternités de type I** : elles possèdent un plateau technique permettant la naissance d'enfant à terme mais il n'y a pas de service de néonatalogie.
- ❖ **Maternités de type II** : elles possèdent un service de néonatalogie qui leur permet de prendre en charge des nouveau-nés prématurés n'ayant pas besoin d'une assistance respiratoire ou de nouveau-nés ayant besoin d'une hospitalisation (infection, retard de croissance...).
- ❖ **Maternités de type III** : ces maternités possèdent un service de réanimation pédiatrique permettant de prendre en charge des nouveau-nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie lourde.

Il est important d'inscrire la femme dans une **maternité proche de son lieu de vie** : en cas d'appel du SAMU ou des pompiers au moment de l'accouchement la femme sera transportée vers l'établissement le plus proche de son domicile et pas forcément vers l'établissement où elle a fait suivre sa grossesse.

En cas de difficultés d'inscription en maternité :

- ❖ contacter les réseaux de périnatalité primaires
- ❖ ou orienter vers les permanences des sages-femmes PMI
- ❖ en cas de **difficultés d'inscription en maternité + situation de grande précarité : contacter le réseau SOLIPAM.**

3/ Les structures de soins complémentaires :

- ❖ **SSR : Soins de Suites et de Réadaptation périnatalité**

Ce sont des structures d'hospitalisation mère-enfant avec une durée moyenne de séjour de 2 mois. L'hospitalisation est possible en pré natal et en post natal.



Il existe en Ile de France, deux établissements de ce type : le Vésinet (78), et l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien (75011).

- les admissions se font sur dossier médical. L'accord de la femme est préalable à toute admission.
- une couverture sociale à jour est indispensable pour une prise en charge en SSR.

Les indications de soins sont les suivantes :

- psychopathologies entraînant des troubles de la relation mère-enfant : dépression, état limite
- handicaps, pathologies somatiques stabilisées de la femme enceinte ou ayant accouchée, pathologies du nouveau-né, nécessitant une convalescence conjointe de la mère et de l'enfant
- conduites addictives
- autres : projet de consentement à l'adoption, naissances multiples, grossesse chez l'adolescente

❖ **HAD : hospitalisation à domicile**

Elle peut être sollicitée soit pour la femme enceinte, soit pour la mère, soit pour l'enfant. Une couverture sociale est nécessaire pour la prise en charge des frais.

❖ **Unité mère bébé :**

Dans les situations où des troubles de la relation précoce sont repérés, et/ou dans les situations où la mère nécessite des soins psychiatriques.

4/ Suivi obstétrical et contenu des consultations

Les recommandations en matière de suivi de grossesse sont établies par la HAS (Haute Autorité de Santé). Ces pratiques peuvent dérouter certaines femmes enceintes venues de pays ayant adopté des procédures différentes.

4.1 La 1ère consultation : avant 12 SA

« Pourquoi est-il important que la 1ère consultation soit faite avant 12 SA ? »

- ❖ **Certains examens** doivent être faits à des termes précis et ne sont pas rattrapables plus tard.
- ❖ Il est important de **dépister les grossesses « à risque »** le plus tôt possible : orientation précoce vers un lieu de suivi et lieu d'accouchement adapté.

« A quoi sert-elle ? »

- ❖ **Préciser le terme** de la grossesse (examen clinique + prescription échographie) ;
- ❖ **Dépister une pathologie maternelle ;**
- ❖ **Evaluer le risque obstétrical** (risque d'accouchement prématuré) et orienter la femme vers un lieu de suivi et un lieu d'accouchement adapté ;
- ❖ **Dépister les addictions** : alcool, tabac, drogue, médicaments.

« Où orienter une femme pour effectuer cette consultation? »

- ❖ **Vers un praticien libéral** : un gynécologue, une sage-femme ou un généraliste. La patiente doit avoir une couverture sociale (AME, SS, CMU).
- ❖ **Vers un centre de santé municipal ou privé** : la patiente doit aussi avoir une couverture sociale (AME, PUMA).
- ❖ **Vers une sage-femme de PMI** (en l'absence de couverture médicale): en région parisienne, le suivi de grossesse peut être débuté dans les centres de PMI. Sur Paris, les sages-femmes de PMI effectuent leur consultation au sein des hôpitaux de l'AP-HP et les femmes doivent s'adresser au préalable à la SDA (structure d'accueil PMI).

« Que prescrit-on lors de cette consultation? »

❖ **Prescription de l'échographie du 1^{er} trimestre : entre 11 et 13 SA + 6 jours**

Cette échographie permet de :

- **Déterminer à \pm 5 jours la date** de conception et le terme théorique de la grossesse,
 - **Dépister des malformations** majeures à expression précoce,
 - **Dépister des signes d'appel** de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques.
- ❖ **Autres examens proposés systématiquement :**
- **Marqueurs sériques** pour le dépistage sanguin de la trisomie 21
 - Information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH et **proposition d'une sérologie VIH**, qui peut être refusée par la patiente
 - ➔ Objectif de ce dépistage : proposer un traitement aux femmes séropositives pendant la grossesse et l'accouchement afin de diminuer le risque de transmission du virus à l'enfant.
 - ➔ Attention aux modalités d'annonce de la pathologie qui nécessite un accompagnement spécifique.
 - **Frottis cervical** de dépistage des dysplasies cervicales si le dernier date de plus de 2 à 3 ans.

ATTENTION ! A ne pas oublier lors de cette consultation

❖ **La déclaration de grossesse :**

A l'issue de la 1^{ère} consultation, une déclaration de grossesse est établie par le médecin ou la sage-femme lorsque tous les examens obligatoires ont été prescrits.

Il faut adresser:

- ❖ les deux premiers volets à l'organisme chargé des prestations familiales
- ❖ le troisième volet à l'organisme d'assurance maladie

➔ **Même en l'absence de droits ouverts** en début de grossesse, il est important que la femme adresse bien chaque feuillet aux organismes concernés.

❖ **Le carnet de maternité**

A l'occasion de cette première consultation, le **carnet de maternité** doit être remis à la femme.

4.2 Puis une consultation par mois, soit 6 à 7 consultations

En l'absence de pathologie, la grossesse peut être suivie par une **sage-femme** qui orientera vers l'obstétricien en cas de complications.

L'**objectif de chaque consultation** est de s'assurer de la bonne évolution de la grossesse, de l'état de santé de la mère et de l'enfant à naître (examens cliniques, bilans biologiques, échographies).

Lorsqu'une **vulnérabilité psychique** est dépistée, le professionnel peut proposer une orientation vers la psychologue.

La sage-femme ou le médecin en charge du suivi de grossesse peut également proposer une orientation vers l'**assistante sociale** de la maternité (la femme doit être inscrite dans l'établissement au préalable).

❖ **Autres échographies obstétricales :**

- échographie obstétricale entre 21 et 23 SA
- échographie obstétricale entre 31 et 33 SA

Pour aller plus loin :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees (Dernière consultation le 27/10/11)

5 / La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La préparation à la naissance et à la parentalité fait partie des recommandations de la HAS. Les objectifs sont les suivants :

- ❖ **préparer les couples** à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées,
- ❖ **repérer les situations de vulnérabilité** en prévention des troubles de la relation parents-enfants,
- ❖ **soutenir la parentalité** par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux,
- ❖ **favoriser une meilleure coordination** des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal.

La PNP = un entretien prénatal précoce + 7 séances de préparation à la naissance

Toutes ces prestations sont **remboursées à 100%** par la sécurité sociale.

5.1 L'entretien prénatal précoce

C'est un entretien **individuel ou en couple** avec une sage-femme ou un médecin afin de préparer, accompagner et soutenir la parentalité. Il s'agit de consolider avec le couple ou la femme, le projet de naissance et de personnaliser le suivi.

Cet entretien est recommandé le plus précocement possible. Il peut être nécessaire que la famille soit accompagnée d'un médiateur culturel.

5.2 Les autres séances de préparation à la naissance :

Elles se déroulent en individuel ou en groupe. Le contenu est adapté aux stades de la grossesse : la physiologie de la grossesse, le travail, l'accouchement, l'alimentation du nouveau-né, les suites de couches... Il est sélectionné selon les besoins individuels.

Les femmes en situation de grande vulnérabilité sociale sont peu informées de la préparation à la naissance. Il est important de leur proposer et de les orienter vers des professionnels compétents.

Où réaliser la préparation à la naissance ?

- ❖ En ville (auprès d'une sage-femme libérale), à l'hôpital selon les maternités, en PMI.
- ❖ Les femmes sans couverture sociale doivent être prioritairement orientées vers la PMI ou l'hôpital pour bénéficier d'une préparation à la naissance.

Pour aller plus loin :

- ❖ Les réseaux de périnatalité pour connaître les professionnels qui proposent l'entretien prénatal précoce et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité
- ❖ Le réseau Sage-femme Ile-de-France pour connaître la liste des professionnels libéraux : <http://www.sages-femmes-idf.fr/>
- ❖ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite (Dernière consultation le 27/10/11)
- ❖ <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/> (Dernière consultation le 27/10/11)

6 / Quand consulter aux urgences de la maternité ?

- ✓ Contractions utérines > 10 jours (accouchement prématuré)
- ✓ Saignements (lié au placenta, risque pour l'oxygénation du fœtus)
- ✓ Perte de liquide amniotique (risque d'infection)
- ✓ Fièvre (signe d'infection et risque d'accouchement prématuré)
- ✓ Maux de tête, œdèmes importants (révélateurs d'hypertension)
- ✓ Diminution des mouvements du bébé (problème de bien-être du bébé)
- ✓ A la moindre inquiétude, si aucun professionnel de santé disponible pour évaluer la situation.

Le suivi postnatal

1 / Le séjour en suites de couches

C'est la période pendant laquelle la mère et/ou le couple fait davantage connaissance avec son bébé. C'est la première rencontre avec l'enfant réel. Il s'agit d'une période de **grand bouleversement affectif et émotionnel**.

Les professionnels portent une attention particulière à la **relation mère-enfant** ainsi qu'à la **mise en place de l'alimentation** du nouveau-né. La période de « suites de couches » doit également être l'occasion de revenir sur les conditions de mise au monde de l'enfant afin de répondre aux questions qui n'auraient pas pu être abordées.

Les soins nécessaires pour la mère (soins d'épisiotomie, soins de cicatrice de césarienne, hygiène des seins et soins des mamelons) et l'enfant (soins de cordon, bain) doivent être **adaptés aux conditions matérielles**.

- ❖ Il faut déculpabiliser les parents et renforcer leurs compétences parentales. Par exemple, pour l'enfant, un bain quotidien n'est pas forcément nécessaire si les conditions matérielles ne le permettent pas. Pour les soins quotidiens de la mère et de son enfant, un point d'eau et un savon classique suffisent.
- ❖ Néanmoins, lorsque les conditions d'hygiène à domicile semblent insuffisantes, le professionnel doit prévoir des rendez-vous supplémentaires pour vérifier la cicatrisation d'une épisiotomie ou d'un soin de cordon.

De même, il existe de nombreuses **listes des affaires recommandées** pour l'accueil d'un nouveau-né. Celles-ci sont très souvent exhaustives et culpabilisantes pour les parents qui ont peu de ressources. Il faut bien évidemment **rassurer les parents. Par exemple :**

- ❖ un thermomètre pour la température du bain n'est pas indispensable (possibilité de vérifier la température du bain en la testant soi-même avec le coude),
- ❖ le chauffe biberon n'est pas utile : le biberon peut être pris à température ambiante,
- ❖ la poussette peut être remplacée par un portage en écharpe durant les premiers mois (mode kangourou)...

Sauf indication médicale, l'allaitement maternel exclusif est à encourager. Si besoin, rediscuter avec la femme des éventuels préjugés. Par exemple, une femme n'ayant pas accès à une alimentation équilibrée a souvent l'impression que son lait ne va pas être « suffisant ». Le professionnel doit donner les informations nécessaires et renforcer la compétence maternelle.

Pour aller plus loin :

Guide de l'INPES-Grossesse et accueil de l'enfant :
Fiche action n°14 « l'allaitement maternel »

Le post partum immédiat peut être une première étape pour **envisager la contraception**. Cependant, de nombreuses femmes, et encore plus lorsqu'elles sont en situation précaire, ne sont pas disposées à entendre ces informations en suites de couches.

→ **L'essentiel est de faire connaître à la femme les structures existantes** (centre de planification) afin qu'elle puisse s'y rendre quand elle en aura besoin. **Il ne faut pas hésiter à lui remettre directement les adresses.**

La **préparation de la sortie de maternité** s'organise de manière pluridisciplinaire avec l'équipe de maternité (psychologue, sage-femme, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, pédiatre, assistante sociale...) mais également avec les intervenants extérieurs : relais avec la PMI, la sage-femme libérale, le médecin traitant et/ou la structure qui accueille la femme et l'enfant à la sortie (centre maternel, foyer...).

→ **Ne pas hésiter à prendre les premiers rendez-vous pour la femme et l'enfant dans les 8 jours** qui suivent la sortie afin de s'assurer des conditions d'hébergement et d'hygiène.

→ Si la femme est incluse dans le réseau Solipam, il faut **prévenir la coordination de sa sortie et du suivi médical nécessaire** (par exemple, soins de cicatrice particuliers pendant 10 jours). La coordination s'assurera que ses conditions d'hébergement lui permettent d'assurer le suivi médical nécessaire pour elle et son enfant et vérifiera la continuité de ce suivi. De plus, il faut encourager la femme à recontacter le réseau.

2 / Le suivi recommandé après la sortie de la maternité

Pour la mère :

1. Consultation postnatale :

recommandée et **remboursée à 100%** dans le cadre de l'assurance maladie. Elle peut être réalisée par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme.

- ❖ **Quand ?** 6 à 8 semaines après l'accouchement
- ❖ **Où ?** en ville ou en centre de planification familiale
- ❖ **Pourquoi ?**
 - s'assurer du retour à la normale des différentes fonctions du corps
 - informer sur la sexualité, la contraception
 - dépister les signes évocateurs de dépression postnatale

2. Rééducation périnéale par une sage-femme ou un kinésithérapeute à débiter 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Pour l'enfant :

Suivi médical préventif par un pédiatre ou un médecin généraliste

- ❖ **Où :** en ville ou en centre de PMI
- ❖ **Quand :** de 0 à 6 ans dans les centres de PMI. A la sortie de la maternité : une pesée une fois par semaine est recommandée pendant le premier mois. La première consultation pédiatrique est recommandée dès l'âge de 1 mois.
- ❖ **Pourquoi ?**
 - donner des conseils de puériculture, soutenir et accompagner les mères et les familles
 - surveiller le développement psychomoteur
 - prévoir, expliquer et assurer les vaccinations nécessaires
 - donner des conseils de puériculture et soutenir les mères et les familles

A savoir :

La PMI assure le suivi médical préventif des enfants de 0 à 6 ans. Dans les centres de PMI, il existe également :

- ❖ des accueils de puériculture : conseils, pesée, sommeil, alimentation, hygiène, pleurs du bébé...
- ❖ un accompagnement à la parentalité et à la relation mère enfant et famille enfant
- ❖ un soutien à l'allaitement
- ❖ des activités collectives : groupes de futurs et jeunes parents, groupe « éveil » du nourrisson et de l'enfant, socialisation du grand enfant
- ❖ un accès au psychologue, à la sage-femme et au psychomotricien

Les prestations proposées dans les centres de PMI sont **gratuites et ouvertes à tous** de la naissance à 6 ans. Pour toutes ces activités, **la présence des parents** est indispensable.

L'enfant **peut également être suivi médicalement en ville** par un médecin généraliste ou un pédiatre.

Un **soutien à domicile** est possible :

- ❖ par une sage-femme libérale :
 - 1) 100% Sécurité sociale : toutes les visites effectuées avant le 12^{ème} jour suivant l'accouchement et 2 visites effectuées avant la consultation postnatale (« séances postnatales »)
 - 2) 65% Sécurité sociale et complément mutuelle : visites sans limite de nombre et de délai après l'accouchement
- ❖ par une puéricultrice de PMI
- ❖ par l'HAD (hospitalisation à domicile): en cas de suites de couches pathologiques ou de pathologie pédiatrique

La PMI, la CAF, ainsi que certaines structures associatives mettent à disposition des parents et des enfants des **lieux d'accueil parents enfants**. Ce sont des lieux d'échange et de parole, où les familles peuvent trouver auprès de professionnels des conseils et les ressources pour construire un lien avec leur enfant.

→ **Retrouvez les adresses de ces structures sur le site internet de SOLIPAM**

Rappel : grossesse et précarité

« **Grossesse + précarité**
= urgence médicale »

Pr Dominique Mahieu-Caputo, 2003.

1 / Généralités :

La précarité est un facteur de risque médical. Il est donc primordial de **repérer la précarité le plus tôt possible** afin d'organiser une prise en charge globale et adaptée de toute la famille pour prévenir le risque périnatal pour la mère et l'enfant.

Les pratiques professionnelles devront être adaptées à ce facteur de risque médical, qui entraîne notamment :

- ❖ un **retard dans l'accès aux soins**
- ❖ **une réduction de l'accès au dépistage** de la trisomie 21
- ❖ une augmentation du **risque de prématurité** (qui peut être lié à l'instabilité de l'hébergement et/ou fatigue maternelle)
- ❖ une augmentation des nouveau-nés de **faible poids de naissance**
- ❖ un risque accru de **retard de croissance intra utérin** (qui peut être lié aux ruptures d'hébergement qui entraînent un épuisement maternel et/ou à la malnutrition)
- ❖ une augmentation des **pathologies durant la grossesse** (infections urinaires, anémie...)
- ❖ un recours plus fréquent aux **consultations aux urgences**
- ❖ une augmentation du **taux d'hospitalisation**

2 / Les dispositifs existants :

2.1 La PMI

❖ **En prénatal**

- sur Paris, la PMI et l'AP-HP ont signé une convention. Le suivi des femmes enceintes sans couverture médicale peut être pris en charge par la PMI au sein des maternités de l'AP-HP et, depuis 2016, dans certains centres de planification.
- en dehors de Paris, la PMI peut également prendre en charge le suivi prénatal des femmes enceintes sans couverture médicale. Ce suivi se fait au sein même des centres de PMI.

❖ **En postnatal :**

Les enfants peuvent avoir accès à un suivi médical préventif au sein des PMI jusqu'à l'âge de 6 ans. Les centres de PMI ne sont pas sectorisés.

→ **Retrouvez les adresses des centres de PMI sur le site internet de SOLIPAM**

2.2 Les centres de vaccination de la Ville de Paris

A partir de 6 ans et en l'absence de couverture médicale, les enfants et les adultes peuvent être orientés vers les centres de vaccination de la Ville de Paris, qui proposent sur rendez-vous un accès gratuit aux vaccins.

→ **Retrouvez les adresses de ces centres sur le site internet de SOLIPAM**

2.3 Les PASS

Depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998, plusieurs PASS (permanence d'accès aux soins de santé), généralistes ou spécifiques ont vu le jour sur des modèles très hétérogènes.

Ces PASS permettent aux personnes qui ne bénéficient pas de couverture médicale d'avoir accès aux soins. Une prise en charge sociale est systématiquement proposée avec la prise en charge médicale afin notamment d'ouvrir des droits au patient.

→ **Retrouvez les adresses de ces PASS sur le site internet de SOLIPAM**

2.4 Les centres médico-sociaux

Dans certaines villes, des centres médicaux sociaux (municipaux, départementaux ou associatifs) proposent des consultations de dépistage et d'orientation en l'absence de couverture médicale.

→ **Retrouvez les adresses de ces centres sur le site internet de SOLIPAM**

2.5 Les centres de planification familiale

Les centres de planification **informent** sur la sexualité, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, orientent vers les médecins et partenaires, pratiquent des tests de grossesse. **La prescription d'une contraception** (pilule, stérilet, implant, etc.) **est possible** grâce à la présence d'un médecin ou d'une sage-femme.

Certains centres assurent un suivi gynécologique préventif et la visite post natale en l'absence de couverture médicale.

→ **Retrouvez les adresses de ces centres sur le site internet de SOLIPAM**



3 / L'insertion vers le droit commun

Les femmes en situation précaire n'ont souvent pas accès à un suivi gynécologique de prévention ni à un médecin traitant. Elles ont plus souvent recours aux urgences. La grossesse constitue une chance de contact avec le système de soins pour l'ensemble des membres de la famille (enfants déjà nés). C'est une période favorable aux dépistages, à la prévention et à l'éducation à la santé.

Il est important de favoriser l'insertion vers une médecine de droit commun dès que l'ouverture des droits est effective (sécu, PUMA, AME). Cette insertion ou réinsertion est à favoriser pour la femme, l'enfant né mais également toute la fratrie.

Ce suivi peut se faire en ville : médecin généraliste, gynécologue, pédiatres... Les **centres de santé** regroupent plusieurs spécialistes et la plupart du temps ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires.

→ **Retrouvez les adresses de ces centres sur le site internet de SOLIPAM**

3.1 Les réseaux de périnatalité

Ils regroupent l'ensemble des professionnels de la périnatalité (libéraux, établissements de santé, centres de santé...) **sur un territoire donné**. Ils ont pour mission de favoriser l'accès aux soins, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire.

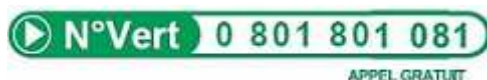
→ **Retrouvez les coordonnées de ces réseaux sur le site internet de SOLIPAM**

3.2 Le réseau SOLIPAM

Pour coordonner toutes les ressources mentionnées ci-dessus, le réseau SOLIPAM, est **spécifiquement dédié aux femmes enceintes ou ayant accouchées et leurs enfants en situation de grande précarité** afin d'assurer une coordination médicale et sociale personnalisée du parcours de soins de ces familles sur le territoire Ile-de-France.

Le réseau SOLIPAM est également **à disposition des professionnels** pour faciliter la connaissance des différents dispositifs et faire connaître les ressources existantes en situation de précarité/périnatalité.

Il met à disposition des familles les plus éloignées des professionnels de santé, un numéro vert assuré par l'équipe de coordination du réseau (sages-femmes et assistantes sociales)



Pour aller plus loin :

Enquête périnatale 2010:

<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html> (Dernière consultation le 27/10/2011)

Repères pour l'accompagnement psychologique Particularités en précarité/périnatalité

*La grossesse est, pour toutes les femmes, une période sensible, de grand bouleversement. Cette situation particulière dans la vie d'une femme **peut laisser apparaître des vulnérabilités psychiques** aux multiples origines, mais elle est aussi une période mobilisatrice pour la femme, ce qui permet de lui venir en aide puisqu'il va être possible de **s'occuper d'elle en s'occupant de sa grossesse**.*

La situation de précarité peut masquer ou engendrer des vulnérabilités psychiques qui peuvent elles-mêmes devenir des facteurs aggravants de précarisation. Il est important de les repérer et de proposer une orientation adaptée. Le psychologue ou « le professionnel du psychisme (psychiatre, pédopsychiatre) » est à part entière dans l'organisation de la prise en charge mais l'accompagnement psychologique devra être proposé de façon **coordonnée et concertée** entre tous les professionnels sociaux et médicaux.

1 / Quelques repères :

L'**accès aux soins** est primordial.

- ❖ **créer du lien** avec la femme et entre les professionnels est un préalable indispensable pour accompagner au mieux ces familles. Un travail cohérent et relié de l'ensemble des acteurs permet aux femmes de retrouver une sécurité psychique.
- ❖ **respecter le temps** de la femme et du couple : celui-ci n'est pas nécessairement le même que celui des professionnels. Il est préférable de favoriser l'adhésion et la demande de la femme avant de l'orienter vers la psychologue.
- ❖ dans certaines situations, un **accompagnement renforcé** par la sage-femme ou le médecin sera préférable dans un premier temps.

L'orientation vers le psychologue doit se faire en étroite collaboration pour ajuster et trouver le bon moment de la prise en charge afin d'**éviter que cette proposition soit ressentie comme un sentiment d'échec voire de persécution**.

ATTENTION !

Travailler sur la continuité en favorisant la **stabilité de l'hébergement** est également nécessaire pour permettre un accompagnement psychologique sans rupture de suivi



2 / Les différents acteurs :

Il existe de **nombreux professionnels** dans le champ de la périnatalité : psychologues de maternité, psychologues de PMI, CMP (centres médico-psychologiques), CATTP (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel)...

Des psychologues sont également présents **dans certaines associations**. Par exemple, la plupart des structures d'accompagnement juridique des femmes victimes de violences de guerre, proposent également un accompagnement psychologique ; c'est également le cas pour les associations qui accompagnent les femmes victimes de la traite des êtres humains...

L'apport des **ethno psychologues** peut être indispensable pour la prise en compte de la culture d'origine et la compréhension des repères.

L'important est que ces différents professionnels **soient reliés entre eux et ne se juxtaposent pas** afin d'éviter une **multitude d'intervenants**

Les ressources :

Réseaux de périnatalité

Réseau SOLIPAM : voir l'annuaire sur le site internet du réseau, mots-clés « accompagnement psychologique »

Pour aller plus loin :

« Prévention précoce - Petit Traité Pour Construire Des Liens Humains ». Françoise Molénat

Guide de la psychiatrie publique à Paris :

<http://www.psycom75.org/htmetphp/guide.php>

Les droits sociaux

1 / Couverture sociale :

Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est entrée en application (article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016). Cette réforme garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

❖ **PUMA : Protection Médicale Universelle :**

° Les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.

° Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de **leur résidence stable et régulière en France***.

Ainsi, pour les 18 ans et plus, la notion d'ayant droit disparaît. Seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit.

En pratique, avec la réforme, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou dès 16 ans à sa demande). Elle pourra choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé pris en charge.

***Conditions de résidence :**

Pour être rattaché sur critère de résidence, la personne doit résider en France de manière stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Il existe des exceptions qui dispensent de justifier d'une résidence stable depuis plus de 3 mois en France:

- Etre inscrit(e) dans un établissement d'enseignement ou stagiaire en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique
- Bénéficiaire de l'une des prestations suivantes : prestations familiales, prestations d'aide sociale (revenu de solidarité active, etc.), allocation de logement ou aide personnalisée au logement (APL), allocations aux personnes âgées (allocation de solidarité aux personnes âgées, etc.)
- Etre reconnu(e) réfugié(e) ou bénéficiaire de la protection subsidiaire, ou être demandeur d'asile
- Etre volontaire international à l'étranger de retour en France
- Rejoindre au titre du regroupement familial son conjoint, ou partenaire PACS, assuré social.

À noter : les personnes sans domicile fixe ou vivant dans un habitat mobile ou très précaire doivent, au préalable, élire domicile auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée, afin d'obtenir une attestation de domiciliation administrative et ainsi faire valoir leurs droits sociaux. Cette procédure est gratuite.

Les personnes de nationalité étrangère hors EEE/Suisse et en situation irrégulière ne peuvent pas être affiliées au régime général sur critère de résidence. Elles peuvent peut-être, en revanche, bénéficier de l'aide médicale d'État (AME).

- ❖ **AME : aide médicale Etat** : elle est attribuée pour un an et valable sur tout le territoire, quel que soit le département.

Les conditions sont :

a) 3 mois de résidence en France (un seul justificatif suffit = document officiel daté)

Conformément au 2° de l'article 4 du décret 2005-860 du 28/07/2005, le demandeur doit justifier de sa résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois par la production ou la copie d'un des documents suivants (LR DDGOS 30/2012 du 13 mars 2012) :

Pour justifier de cette résidence, le demandeur doit présenter :

- le visa ou le tampon figurant sur le passeport de celui-ci et comportant la date d'entrée en France ;
- une copie du contrat de location ou d'une quittance de loyer datant de plus de trois mois ou d'une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone (si établie au nom de l'hébergeant à titre gratuit si hébergement à titre gratuit et joindre dans ce cas l'attestation de l'hébergeant) datant de plus de trois mois ;
- un avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, à la taxe foncière ou à la taxe d'habitation ;
- une facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois ;
- une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois, lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique ;
- une attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois ; si la personne est sans domicile fixe,
- une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé en application de l'article L.252-2 du code de l'action sociale et des familles et datant de plus de trois mois ;
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

Pour justifier de la résidence, la production d'un seul de ces documents énuméré dans la liste ci-dessus est suffisante.

Remarques:

- La Circulaire Ministérielle DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 précise que sont susceptibles d'être utilisés à cette fin notamment les documents nominatifs suivants, émanant d'une administration ou d'un organisme sanitaire ou social : « un document des ministères des affaires étrangères, de l'intérieur ou de la justice ; une attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement ; un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de sécurité sociale ou Pôle emploi ; un bulletin d'hospitalisation, un titre de recettes ou une facture d'un établissement de santé ».
- **La condition de durée de résidence n'est pas opposable aux mineurs**

b) La justification de l'identité

La justification de l'identité du demandeur et des personnes à sa charge est nécessaire.

Conformément au 1° de l'article 4 décret 2005-860 du 28/07/2005, le demandeur et chacune des personnes à sa charge doivent apporter la preuve de leur identité par la production d'un des documents suivants :

- le passeport ;
- la carte nationale d'identité ;
- une traduction d'un extrait d'acte de naissance effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité ;
- une traduction du livret de famille effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité ;
- une copie d'un titre de séjour antérieurement détenu ;
- tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celles de ses personnes à charge. »

c) Des revenus annuels déclarés inférieurs à un certain plafond, défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence.

d) Une domiciliation (un original, pas de copie ni de fax) ou un justificatif de domicile

Elle offre une prise en charge à 100% avec dispense d'avance des frais des prestations légales prises en charge par les assurances maladie maternité. Mais le décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011 précise que les frais relatifs aux cures thermales ainsi que les frais relatifs à l'assistance médicale à la procréation ne sont plus pris en charges par l'AME.

Sa date d'effet : à compter de la date de dépôt de la demande.

- En cas d'hospitalisation : l'AME est accordée au jour d'entrée dans l'établissement de santé dans la limite de rétroactivité d'un mois (**si trois mois de présence à la date d'entrée**).

- Pour les enfants mineurs : elle est accordée dès leur arrivée sur le territoire quand les parents se voient attribuer un refus d'aide médicale de l'état pour moins de trois mois de présence. La demande est à constituer par les parents ou représentant légal.

❖ **AME partielle** : lorsqu'il y a eu une ouverture de droit sur un régime obligatoire, il y a un maintien de droit : l'AME partielle prend alors la part complémentaire.

2 / Quelques particularités à connaître

2.1 Rattachement d'un enfant à la couverture sociale de ses parents :

Lors d'une naissance, il faut adresser à la caisse d'Assurance Maladie la photocopie du livret de famille mis à jour ou de l'extrait de l'acte de naissance, ainsi que le formulaire n° S 3705 « Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés ».

Le rattachement de l'enfant doit être demandé par l'un des parents pour que l'enfant soit affilié sur le régime social du parent.

En priorité, l'enfant est rattaché à un régime obligatoire (régime général) ou à un régime de résidence (PUMA).

Toutefois, les situations sont examinées au cas par cas, et des documents supplémentaires peuvent être demandés afin de rattacher l'enfant sur la couverture sociale de la mère.

2.2 Dispositifs d'accès aux soins dans les hôpitaux :

Quand les conditions d'attribution de l'AME ne sont pas remplies, possibilité de **solliciter les soins urgents**. Un refus de prise en charge au titre de l'AME est nécessaire pour constituer le dossier.

Les soins urgents pris en charge sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le **pronostic vital** ou pourrait conduire à **l'altération grave et durable** de l'état de santé de l'adulte ou de celui d'un enfant à naître ;
- les soins destinés à éviter **la propagation d'une maladie** à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose) ;
- tous les soins d'une **femme enceinte et d'un nouveau-né** : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ;
- les **interruptions de grossesse** (volontaires ou pour motif médical).

Textes de référence :

- article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles
- circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005

➔ **Retrouvez les dispositifs spécifiques (PASS, PMI..) dans la fiche « grossesse et précarité » de ce mémento.**

2.3 Congé maternité / congé paternité :

La **durée du congé maternité** est de 16 semaines, dont en principe un congé en prénatal de 6 semaines.

- il est possible, avec l'avis écrit du professionnel de santé qui suit la grossesse, de reporter une partie du congé prénatal en postnatal (jusqu'à maximum 3 semaines)
- la durée du congé maternité augmente en fonction du nombre d'enfant à charge et / ou si la femme a une grossesse multiple.

La **durée du congé paternité** est de 11 jours consécutifs pour la naissance d'un enfant, et de 18 jours en cas de naissances multiples.

3 / Les prestations de la Caisse d'allocations familiales (CAF)

Les différentes prestations sont soumises à des critères spécifiques, notamment des conditions de ressources.

Les formulaires pour chaque prestation sont à demander auprès de la CAF.

Quelques prestations...

→ **Retrouvez toutes les prestations et conditions d'attribution sur le site de la CAF.**

a) La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

Pour les familles qui attendent un enfant, ou qui ont un enfant né, adopté ou recueilli en vue d'adoption depuis le 1^{er} janvier 2004. L'enfant est à charge de la famille.

Cette prestation comprend :

- o Une prime à la naissance ou à l'adoption
 - sous condition de déclaration à la CAF et à la CPAM dans les 14 premières semaines de la grossesse
 - les ressources de la famille ne doivent pas dépasser une limite définie
 - le montant de la prime est fixé annuellement. Versement au cours du 7^{ème} mois de grossesse
 - en cas de naissances multiples, il est versé autant de primes que d'enfants nés
 - la prime n'est pas due en cas d'interruption de grossesse avant la fin du 5^{ème} mois du début de grossesse.
- o Une allocation de base
 - pour les familles ayant un enfant de moins de 3 ans né depuis le 1^{er} janvier 2004
 - les ressources de la famille ne doivent pas dépasser une limite définie
 - après la naissance, l'enfant doit passer 3 examens médicaux obligatoires
 - le montant mensuel de l'allocation par famille est fixé annuellement. En cas de naissances multiples, plusieurs allocations de base peuvent être cumulées



- l'allocation de base est cumulable avec l'allocation journalière de présence parentale. Allocation non cumulable avec le complément familial
 - durée du versement : du jour de la naissance de l'enfant au mois précédant le 3^{ème} anniversaire de l'enfant.
- Un complément de libre choix du mode de garde
 - Un complément de libre choix d'activité si le parent réduit ou cesse son activité pour s'occuper de son enfant

b) Les allocations familiales :

- Pour les familles ayant au moins 2 enfants à charge âgés de moins de 20 ans, quels que soient la situation familiale et le montant des revenus.
- Le montant mensuel des allocations familiales varie selon le nombre d'enfants à charge au foyer et selon le niveau de ressources.

c) Le revenu de solidarité active (RSA)

- Pour les personnes ayant pas ou peu de ressources, exerçant ou non une activité professionnelle
- Conditions : être âgé de plus de 25 ans ou avoir un enfant à naître ou à charge. Le montant des ressources et des prestations familiales ne doivent pas dépasser un certain plafond
- Montant forfaitaire RSA socle en 2015 : pour 1 personne avec 1 enfant à charge : 771 € par mois (sans aide au logement).
- Une demande est à instruire. Une déclaration trimestrielle est à adresser à la CAF afin de recalculer les droits et d'assurer la continuité du versement.

Les ressources :

<http://www.ameli.fr/>

<http://www.mediam.ext.cnamts.fr/cgi-ameli/aurweb/ACIRCC/CIRM>

<http://caf.fr>

Pour aller plus loin :

Guide INPES, **Grossesse et accueil de l'enfant**

Fiche information n°2 « les droits des futurs parents »

L'hébergement en prénatal et post natal

Il existe différents types de structures pour les familles :

- les structures dites de l'urgence
- les structures dites de l'insertion
- les structures dites spécifiques

Il s'agit ici de présenter ici certains dispositifs d'hébergement / logement. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

1 / L'urgence et la mise à l'abri :

L'hébergement d'urgence répond à une nécessité de mise à l'abri immédiate. Ce type d'hébergement doit être un sas d'attente et d'orientation, soit un dépannage ponctuel face à une situation donnée avant l'entrée dans un autre dispositif d'hébergement ou de logement, soit un simple temps de pause.

La sollicitation de ce type d'hébergement est coordonnée par le 115 ou le Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) Urgence.

Les types de propositions relatifs à l'urgence et la mise à l'abri sont :

- l'hébergement en hôtel
- l'hébergement en centre d'hébergement d'urgence (CHU).

A noter que certaines familles (sous certaines conditions notamment la domiciliation) peuvent être prises en charge en hôtel par les services sociaux du conseil général, dans le cadre d'un projet d'accompagnement. Une participation financière de la famille est demandée.

2 / Les structures d'insertion :

Toutes ces structures proposent une prestation d'accompagnement sociale adaptée au public accueilli. Ces prestations peuvent être globales ou spécifiques (axée insertion logement, professionnelle, soins...) en fonction des problématiques.

La sollicitation de ce type d'hébergement est coordonnée :

- ❖ soit par l'aide sociale à l'enfance du conseil général du département où réside la famille pour les centres maternels. A Paris, c'est la cellule ADEMIE, aide départementale envers les mères isolées et leurs enfants, qui centralise, évalue, et oriente les demandes ;
- ❖ soit par le SIAO pour les structures d'hébergement (stabilisation, CHRS)
- ❖ soit au SIAO Insertion ou à la Direction du Logement et d'Habitat –DLH- de la Ville de Paris pour les logements d'insertion : résidence sociale, FJT, Maison relais, logement de transition
- ❖ soit au SIAO Insertion ou à la DLH pour l'intermédiation locative (solibail/ Louer solidaire)

Les différents SIAO d'Ile de France

- SIAO Insertion dans le 75 : GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale)
- BAIL, dans le 77 : association
- CAPLOGY, dans le 78 : association
- SIAO Insertion Essonne, dans le 91 : GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale)
- SIAO Hauts de Seine, dans le 92 : GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale)
- Interlogement, dans le 93 : collectif associatif
- GCSM Insertion 94, dans le 94 : GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale)
- IDL 95, dans le 95 : association

a) Les centres maternels (compétences Conseil général)

Les missions d'un centre maternel sont la prévention et la protection de l'enfance centrée sur la qualité de la relation mère/enfant et un soutien dans l'exercice de leur responsabilité parentale.

Un accompagnement global est proposé, dans un processus d'insertion par la formation professionnelle, le travail, le logement, la santé....visant à l'autonomie de la famille

Objectif : proposer un accompagnement individualisé pour les futures mères et mères seules avec enfants de moins de 3 ans par une équipe pluridisciplinaire (psycho-socio-éducative, médicale et paramédicale) qui soutient la relation mère/enfant et l'insertion socioprofessionnelle.

Au sein du centre maternel les femmes et leurs enfants trouvent un cadre de vie, une organisation matérielle et des services diversifiés, adaptés à leurs besoins.

Comment faire une demande ?

- ❖ Rédaction d'une lettre motivée et personnalisée avec un rapport social du professionnel qui accompagne la famille
- ❖ Les demandes sont à envoyer à l'aide sociale à l'enfance du conseil général du département où réside la famille.
- ❖ Une participation financière aux frais de séjour est demandée à la famille.

Textes de référence : Code de l'action sociale et des familles, titre II, chapitre 1 ; art L221-1, chapitre II, art L 222-2, L 222-5-4

b) Les structures de stabilisation et de réinsertion sociale CHS /CHRS

Objectifs : Les structures d'hébergement permettent à la personne/famille de « se poser » et de commencer à son rythme à faire émerger un projet. Ces structures ont pour objectif l'accompagnement de personne ou famille en grande difficulté sociale vers leur autonomie. Cela suppose l'élaboration d'un projet évolutif, individualisé basé sur un diagnostic et l'évaluation de la situation de la personne.

c) Les résidences sociales

Objectifs : elles ont une vocation sociale et constituent, pour l'essentiel du parc concerné, une solution temporaire de quelques mois qui doit déboucher à terme sur du logement ordinaire de droit commun. L'objectif est d'offrir une modalité de logement temporaire meublé à des personnes en difficulté sociale et/ou économique.

d) Les FJT - foyer jeunes travailleurs

Objectifs : accueil des jeunes en cours d'insertion sociale et professionnelle dans une résidence adaptée à leurs besoins avec des services d'ordre socio-éducatif. Jeunes de 16/25 ans en cours d'insertion sociale ; élargissement aux 25/30 ans dans certains rares établissements.

e) Les maisons relais ou pension de famille

Objectifs : accueil sans limitation de durée de personnes au faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome paraît difficile à court terme, sans relever, toutefois, de structures d'insertion de type CHRS. Ce mode d'habitat s'inscrit dans une vie collective avec une partie animation inclus dans le projet d'établissement.

f) L'intermédiation locative

Objectifs : ce dispositif, exclusivement dédié aux ménages hébergés en hôtel par l'Aide Sociale à l'Enfance ou le 115, permet d'héberger temporairement dans le parc privé ces ménages en vue d'un accès au logement de droit commun. Les prises en charges sont de 18 mois. Pour Paris le dispositif se nomme « Louer Solidaire », pour la banlieue « Solibail ».

3 / Les structures spécifiques

a) Les ACT - Appartements de Coordination Thérapeutique

Missions : « héberger à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ». Ouvert à toutes les pathologies lourdes (initialement pour les patients atteints du VIH Sida). Différentes formes d'ACT coexistent : immeuble collectif, appartement éclatés....

→ Les demandes d'hébergement en ACT sont dépendantes d'un diagnostic médical établi et doivent transiter par un service médical.

b) Les CADA (centres d'accueil pour demandeurs d'asile)

Les missions d'un CADA consistent en :

- l'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile
- l'accompagnement administratif, social et médical
- la scolarisation des enfants et l'animation du centre
- la gestion de la sortie du centre

Le dispositif est financé par l'Etat, les structures sont gérées par des associations type France Terre D'Asile (FTDA).

La demande d'admission en CADA est faite au niveau de la direction territoriale de l'OFII (Office français de l'immigration et de l'intégration) ou au niveau des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile (ex : CAFDA ou FTDA).

La Commission nationale d'admission (CNA) ou la Commission régionale d'admission (CRA) propose une orientation en fonction des places disponibles dans le département, la région ou l'ensemble du territoire français.

→ Seules les personnes engagées dans une procédure d'asile (démarche en préfecture) peuvent prétendre à ce type d'hébergement – cf. la fiche « Asile et protection » de ce mémento.

Les ressources :

- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi du 2 janvier 2002, de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
- Loi de cohésion sociale 2005
- Loi DALO 5 mars 2007
- Loi du 25/03/2009 de mobilisation pour le logement et de lutte contre les exclusions (MOLLE)
- Le *Référentiel national Accueil, hébergement, insertion*, Ministère délégué à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion, mars 2005
- L'article L.345-3 du code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)
- Note DGAS/DGCS du 16.12.2009
- Circulaire relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) du 8 avril 2010, secrétaire d'Etat chargé du Logement et de l'Urbanisme
- Circulaire DGCS/1A/2010/271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion
- Référentiel National des prestations du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion – 16 Juillet 2010
- Circulaire DGCS/USH/2010/252 du 7 juillet 2010 sur le SIAO
- Circulaire n° 5503 du 6 décembre 2010 relative au chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées
- Décret no 2008-376 du 17 avril 2008, pour les SSR
- loi ALUR art.30 et loi ALUR art.42
- L345-2-4 à L345-2-10 du Code Action Sociale et des Familles

Retrouvez la présentation du dispositif SIAO (urgence et insertion) sur notre site :

www.solipam.fr

Les services sociaux

1 / L'assistant social polyvalent de secteur

Il intervient pour toute la population d'un secteur géographique donné, pour tous types de difficultés qu'elle rencontre.

Il est généralement rattaché à une circonscription d'action médico-sociale qui peut porter un nom différent selon les départements (centre médico-social, unité territoriale, maison départementale de la solidarité et de l'insertion ou SSDP, service social départemental polyvalent sur Paris à l'échelle de l'arrondissement).

Il exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui comporte également des puéricultrices, médecin de PMI, conseillers en économie sociale et familiale (CESF), secrétaires médico-sociales, éducateurs spécialisés, sages-femmes...

C'est majoritairement le conseil général qui a compétence de mission de service social public.

Spécificités parisiennes : Paris est à la fois un département et une ville (cf. carte de répartition entre DASES et CASVP à la fin de la fiche).

Les missions du SSDP, service social départemental polyvalent (extrait du cahier des charges et du référentiel des interventions sociales, Paris) :

1 - Une mission d'accueil initial, de première écoute et d'orientation vis-à-vis de toute personne résidant sur Paris s'adressant au service de son arrondissement de résidence;

2 - Une mission d'action sociale globale, généraliste, de premier rang et de proximité auprès des personnes, des familles et des groupes en difficulté. Cette mission recouvre les domaines d'intervention suivants :

- a. information et accès aux droits ;
- b. action éducative préventive ;
- c. lutte contre l'exclusion avec l'objectif d'une autonomie et d'une insertion sociale et/ou professionnelle auprès des personnes propriétaires, locataires, sous locataires d'un logement ou occupant un logement en foyer logement, hébergées par un tiers (personne physique et structure d'accueil s'il n'y a pas de personnel social à l'intérieur), hébergées en hôtel ou occupantes sans droit ni titre d'un logement.

Remarque : il convient de différencier la notion de domiciliation administrative, de la production d'un certificat d'hébergement, requise pour l'accès à certaines prestations.

3 - Une mission de repérage et d'évaluation en matière de protection des personnes vulnérables : enfance en danger, femmes enceintes, personnes âgées, personnes handicapées,...

→ Cette mission s'exerce sans délai. La prise en compte des informations signalantes est immédiate et impérative, quelle que soit leur origine.

L'ensemble des missions s'exercent dans le cadre d'interventions ponctuelles (évaluations), d'accompagnements s'appuyant sur un projet de travail social, d'actions collectives et de développement social.

A Paris, le public sans domicile fixe est reçu par la permanence sociale d'accueil (PSA)

→ **Retrouvez les adresses des PSA sur le site internet de SOLIPAM (dans l'annuaire)**

En Seine Saint Denis, c'est la « circonscription errance » du conseil général, qui a en charge d'accompagner le public en errance, avec l'appui d'une commission technique de régulation en cas de difficulté d'orientation vers un secteur géographique.

2 / L'assistant social spécialisé

Il intervient pour des **difficultés sociales spécifiques à une population donnée** : service social spécialisé en milieu hospitalier, en maternité, en hospitalisation à domicile, en psychiatrie, en service social spécialisé auprès d'une association d'aide aux personnes victimes de violence par exemple, ou pour les migrants.

→ **Ces services ne sont pas sectorisés.**

Comment fonctionne le service social de maternité ?

Ses missions :

- Prévention et protection en faveur de la mère et de l'enfant
- Accompagnement social des femmes pendant leur grossesse et jusqu'à l'accouchement
- Accès aux droits et aux soins
- Participation à l'organisation de la sortie de la maternité de la mère et du bébé

Les modalités d'accès :

- Que la femme soit inscrite à la maternité
- A la demande de la femme et/ ou d'un professionnel en intra ou extra hospitalier.



3 / L'assistant social polyvalent de catégorie

Il s'adresse, **pour tous types de difficultés sociales, à une catégorie de population spécifique** : les ressortissants d'un régime (SNCF, EDF, CRAMIF, Mutualité sociale agricole...) ou d'un employeur (service social en entreprise).

A noter, l'existence de plateformes proposant un accompagnement social pour les familles prises en charge en hôtel, et n'ayant pas accès au service social de secteur

Pour l'ensemble des familles prises en charge par l'un des 115 d'Ile de France :

L'opérateur régional de la Croix Rouge : « se pose en acteur de soutien à l'accompagnement des familles vers les services de droit commun, dispositif de sorties, en mesurant les besoins, capacités et l'autonomie des ménages. Il a pour charge d'accompagner les familles vers des dispositifs en adéquation avec le département le plus pertinent pour les ménages en termes d'attache territoriale ».

L'Opérateur régional est sollicité via le 115, pour toutes les familles prises en charge de manière extra territoriale, c'est-à-dire dans un département différent du département financeur, dès lors que la famille est prise en charge depuis plus de un mois sur ce même département.

Pour les familles prises en charge par le Samu social du 75

Il existe différentes plates formes (CAFDA, Ordre de Malte, Equipe Mobile Famille, Croix Rouge...) qui proposent pour les familles hébergées par le Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH) du Samu Social du 75 un suivi et accompagnement administratif, social et juridique.

Les publics cibles des différentes plates formes évoluent en fonction des besoins de populations prises en charge, et de leur situation administrative.

Il est donc essentiel d'inciter les familles à actualiser régulièrement leur situation auprès du 115 (obtention de la carte nationale d'identité de l'enfant, RDV en préfecture, projet de prise en charge couple...) afin qu'elles puissent bénéficier des orientations adaptées, et permettre au 115 de rechercher l'acteur le plus approprié en matière de suivi social.

NB : Les équipes et services proposant un accompagnement social peuvent être composés d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux, de travailleurs sociaux, de conseillères en économie sociale et familiale (CESF), d'éducateurs de jeunes enfants...

Schéma de répartition entre le CASVP (vert clair) et la DASES (bleu)

CASVP : Centre d'action sociale de la Ville de Paris

DASES : Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé



La protection de l'enfance

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant pose les grandes thématiques et enjeux de cette réforme de la protection de l'enfance :

- améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance
- sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance
- adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme.

Son article 1er apporte une nouvelle définition du sens donné à la protection de l'enfance revenant sur une approche considérée comme « familialiste » voire « parentaliste » de l'article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : **il place l'enfant au centre de l'intervention**, le désignant clairement comme sujet de cette intervention, et ne vise les parents qu'en deuxième alinéa, dans le cadre des actions de prévention, puis en troisième alinéa dans le cadre de l'évaluation de la situation de l'enfant, pour adapter l'intervention. Le « projet pour l'enfant » (PPE) devient une pièce maîtresse de la protection de l'enfance.

Ainsi, la protection de l'enfance telle que nouvellement définie, vise « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

Source : http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf

1 / L'enfant en danger :

Il existe deux manières d'alerter les autorités, administratives ou judiciaires, d'une situation d'enfant en danger ou en risque de danger et ainsi :

- ❖ déclencher l'évaluation de la situation,
- ❖ permettre, si nécessaire, la protection de l'enfant sous une forme adaptée à la situation.

L'information préoccupante ou le signalement du danger ou du risque de danger a pour but premier de protéger les enfants.

a) Qu'est-ce qu'une information préoccupante, tel que définie par l'article R 221-3 ; 226-2-2 ; 226-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

C'est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au 2^{ème} alinéa de l'article 226-2-2 pour alerter le Président du Conseil général sur la situation d'un mineur bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. La finalité

de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

L'information préoccupante est constituée des éléments qui décrivent une situation de mineur en danger ou en risque de danger au sens de l'article 375 du code civil : faits observés, propos entendus, comportements de mineurs, de parents ou d'adultes, révélations...

En pratique, pour le professionnel en contact avec la situation

- ❖ Apprécier le danger et la nécessité d'une protection
- ❖ Identifier le danger ou le risque de danger
- ❖ Rédiger l'information préoccupante
- ❖ **Informers les parents** : obligation de l'article L. 226-2-1 du CASF sauf si l'enfant risque de faire l'objet de représailles (en cas de maltraitances ou de carences graves) et dans le cas d'allégations d'atteintes sexuelles, lorsque l'auteur présumé appartient à la famille. Dans ce dernier cas, l'information de la famille risquerait de compromettre le bon déroulement de l'enquête de police.
- ❖ **Transmettre l'information par écrit et par fax :**
 - au président du Conseil général, via la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), en cas d'existence d'un danger ou d'un risque de danger, dans le cadre d'information préoccupante
 - Au procureur du Tribunal de Grande Instance compétent et à une information conjointe à la CRIP en cas de nécessité de protection immédiate ou l'existence d'un fait susceptible de constituer une infraction pénale.
- ❖ **Informers des suites à donner**

L'évaluation de l'information préoccupante a pour objectif de confirmer ou non la situation de danger pour l'enfant, d'identifier les moyens pour y remédier et de proposer aux parents l'aide adaptée en terme de protection ou de prévention.

La CRIP peut ainsi :

- Demander à un service social et/ou médico social, la PMI d'intervenir pour une évaluation de l'environnement, de la famille et de l'enfant....
- Classer sans suite
- Saisir le procureur du tribunal

→ En fonction de la gravité de la situation, différentes mesures pourront être proposées : OPP (Ordonnance de Placement Provisoire), mesures éducatives....

b) En cas de nécessité immédiate de protection, lorsque la situation l'impose, solliciter directement l'intervention des forces de police ou de gendarmerie.

A noter : concernant le secret professionnel et le partage d'information

« Par exception à l'article 226-13 (2) du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont **autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret** afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

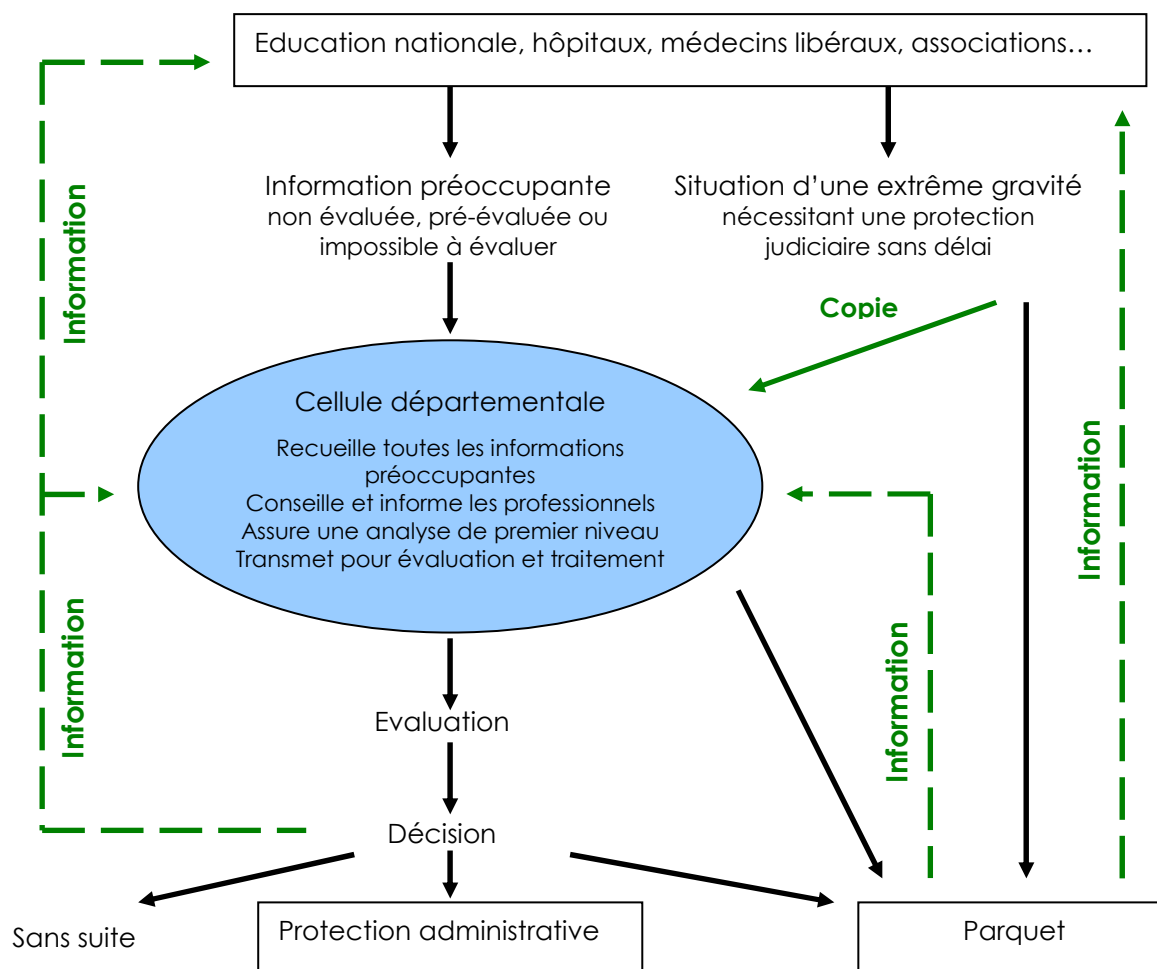
Le partage des informations relatives à une situation individuelle est **strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance.**

Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Précautions, recommandations

- ❖ Intérêt d'un contact entre les différents professionnels connaissant la situation le plus précocement possible pour permettre une meilleure appréciation des dangers encourus pour l'enfant et des réponses possibles à apporter.
- ❖ La transmission d'une information préoccupante n'est pas une fin en soi. Elle constitue souvent un point de départ des actions nécessaires. La responsabilité du service émetteur reste engagée tant qu'il n'y a pas de mise en œuvre effective d'une mesure.

Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être



Textes de référence :

- Code de l'Action Sociale et des Familles : articles L 226-3 et 4
- Code civil : article 375

2 / L'accueil d'un enfant, confié à l'aide sociale à l'enfance :

Dans certaines situations, l'enfant mineur ne peut pas être maintenu dans son environnement familial (notamment en cas d'absence d'un environnement familial ou amical, pendant le séjour en maternité de sa mère).

L'accueil d'un enfant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance peut alors se révéler incontournable dans certains cas.

Deux types de décisions peuvent être à l'origine de l'accueil :

- **décision judiciaire** (par le juge des enfants ou le procureur de la République pour les décisions en urgence) : celui-ci prononce une OPP, **ordonnance de**

placement provisoire, qui s'impose aux parents, pour protéger l'enfant. L'accueil d'un enfant en dehors du domicile familial constitue l'une des mesures d'assistance éducative prévue par le Code civil lorsqu'aucune autre solution ne permet de garantir la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur en danger ou lorsque les conditions de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. Seul le juge peut décider du retour de l'enfant dans sa famille. (1)

- **décision administrative** prise par le Conseil général, via l'Aide sociale à l'enfance, **réalisée uniquement sur demande ou avec l'accord des parents. Cet « accueil provisoire » peut être considéré comme une mesure de prévention** pour éviter que le déséquilibre temporaire de l'environnement familial de l'enfant n'ait une incidence néfaste sur son développement. Cet accueil provisoire intervient aussi quand les parents sont dans l'impossibilité momentanée d'assurer l'éducation ou l'entretien de l'enfant. (2)
L'articulation avec l'assistante sociale de la maternité est essentielle pour coordonner le projet d'accueil provisoire.

Textes de référence

(1) : code de l'action sociale et des familles : art L 225-5-3 et code civil : art 375 à 375-9, 373, 390 et 433

(2) : code de l'action sociale et des familles : art L 221-4 ; L 222-5-1 ; art L 223-1 ; L 223-2 ; L 223-3 ; L 223-4 ; L 223-5

Précautions, recommandations

- ❖ Importance d'anticiper la question de la garde des enfants à charge de la femme enceinte, pendant son séjour en maternité, en identifiant les ressources familiales ou amicales qui peuvent être mobilisées
- ❖ En l'absence de ressources mobilisables, intérêt de préparer avec la famille (en ayant recueilli l'accord de la mère et du père) un accueil provisoire, afin d'éviter une mesure judiciaire en urgence pour organiser l'accueil.
- ❖ A noter l'existence dans les maternités d'instance et staff de parentalité, permettant d'aborder en équipe pluridisciplinaire une situation complexe, avec l'accord de la famille

3 / Différentes mesures éducatives administratives :

a) L'action éducative à domicile (AED)

C'est une mesure de prévention et de protection administrative, relevant de l'aide sociale à l'enfance. Elle est mise en œuvre avec l'accord des parents, pour apporter un soutien matériel et éducatif à la famille.

Objectifs :

- ❖ accompagner les parents dans l'éducation de leur enfant ;
 - ❖ permettre d'élaborer des liens plus structurants entre parents et enfant ;
 - ❖ favoriser l'insertion sociale : école, loisirs, lieux de soins, associations, quartier.
- Elle s'adresse à des parents confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif (situation de carence éducative, de difficultés relationnelles, conditions d'existence qui risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, l'entretien, l'éducation ou le développement de leur enfant) pour lesquelles ils ne sont pas parvenus à trouver des réponses adaptées. **Les parents conservent le plein exercice de l'autorité parentale.**

Textes de référence :

Code de l'action sociale et des familles, Art. L. 222-2 et Art. L. 222-3

b) L'action éducative en milieu ouvert (AEMO)

C'est une mesure d'assistance éducative prononcée par le juge des enfants lorsque les détenteurs de l'autorité parentale ne sont pas ou plus en mesure de protéger et d'éduquer leur enfant dont la santé, la moralité, la sécurité, les conditions de son éducation ou son développement sont gravement compromis.

Objectifs :

- ❖ l'enfant n'encourt plus de danger dans son milieu familial
- ❖ les parents exercent leur autorité parentale de manière adaptée, une aide et des conseils leur sont proposés afin de leur permettre de surmonter les difficultés matérielles ou morales rencontrées et de leur donner ainsi la possibilité de développer leurs propres capacités d'éducation et de protection.

Textes de référence:

Code civil articles 375-1 et 375-2

Loi du 5 mars 2007 et article L.222-3 du code de l'action sociale et des familles

c) La TISF : technicienne de l'intervention sociale et familiale

C'est une professionnelle de l'action sociale qui intervient à titre préventif pour l'éducation, en pré et/ou post natal, au domicile de la famille.



Ses missions :

- ❖ Assurer une intervention sociale d'aide à la personne
- ❖ Accompagner la famille dans les actes de la vie quotidienne et dans son environnement
- ❖ Contribuer à développer la dynamique familiale et l'autonomie des personnes
- ❖ Soutenir la fonction parentale

Une participation financière de la famille peut être demandée selon les ressources. Une prise en charge est possible via la CAF, la PMI ou l'ASE. La durée de l'intervention est variable en fonction des situations.

Textes de référence :

Décret n° 2006-250 relatif au diplôme d'Etat de technicienne de l'intervention sociale et familiale.

4 / L'adoption

« Qui peut être adopté ? »

Seuls les pupilles de l'Etat, c'est-à-dire essentiellement les enfants sans filiation, les enfants qui ont fait l'objet d'un consentement d'adoption de la part de leur parent, ceux pour lesquels une décision judiciaire d'abandon a été prononcée, et les orphelins pour qui aucune tutelle de droit privé n'a pu être organisée, peuvent être adoptés.

« Quels sont les types d'adoption ? »

Il existe 2 types d'adoption :

- ❖ **l'adoption plénière** : concerne les enfants de moins de 15 ans et permet une assimilation complète de l'enfant adopté à l'enfant légitime, la nouvelle filiation annulant la filiation d'origine.
- ❖ **l'adoption simple** : donne à l'enfant adopté les droits équivalents à ceux d'un enfant légitime, sans faire disparaître sa filiation d'origine.

Le consentement à l'adoption au moment de l'accouchement

A tout moment de sa grossesse, la femme enceinte, ou celle qui vient d'accoucher peut demander à consentir à l'adoption.

Pour le suivi de la grossesse et l'accouchement, elle peut soit demander à accoucher sous son nom, soit accoucher sous son nom et demander la confidentialité ou demander l'anonymat (accouchement sous X) (article 326 du code civil, et l'article 222-6 du Code de l'action sociale et des familles).

Elle sera accompagnée pendant toutes les étapes de sa grossesse par l'équipe pluridisciplinaire de la maternité.

A noter, que chaque maternité a en interne un protocole de prise en charge pour faciliter l'accueil et l'admission de ces situations.

Que l'accouchement soit dans le secret ou non, dès lors que la femme a décidé de s'en séparer, l'enfant est accueilli, soit par l'Aide sociale à l'enfance, soit par un organisme privé autorisé pour l'adoption.

Elle a deux mois pour revenir sur sa décision

Si la femme confie l'enfant à l'ASE, il devient pupille de l'Etat, à titre provisoire pendant 2 mois, puis passé ce délai, il est pupille de l'Etat à titre définitif et pourra être placé dans une famille en vue de son adoption.

Dans tous les cas, la femme peut s'adresser à tout moment au CNAOP, Conseil national pour l'accès aux origines personnelles, pour :

- déclarer son identité ou lever le secret ; son identité sera communiquée directement à l'enfant, à sa demande uniquement et pas automatiquement
- remettre un pli fermé contenant son identité, elle sera communiquée à l'enfant à sa demande

A noter l'association A.G.E M.O.I.S.E, Maison pour l'orientation, l'information, le soutien et l'écoute, propose un service non confessionnel, anonyme et gratuit, afin



d'accompagner la femme dans sa réflexion autour de la grossesse (qu'elle souhaite le garder ou non, quand la situation apparaît à la femme, angoissante, difficile, compliquée...). Un soutien psychologique peut être proposé, ainsi qu'un accompagnement dans les démarches administratives, juridiques et sociales. Ce travail se fait en collaboration avec l'équipe de la maternité où est suivie la femme.

Textes de référence :

Code civil : art 343 à 344, Art 346 à 357

Code de l'action sociale et des familles : art L222-6 ; art L 222-5-2, L 224-4 à L 224-8, L 225-1, L 225-2

Pour aller plus loin :

- ❖ Guide « Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant ». Ministère de la santé et des solidarités ;
http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Intervenir_3_BAT.pdf
- ❖ Guide « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation ». Ministère de la santé et des solidarités
http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Cellule_depart_3_BAT.pdf
- ❖ Loi 2007-293 du 5 mars 2007 : portant sur la réforme de la protection de l'enfance
- ❖ Guide de l'aide sociale à l'enfance : l'accueil, l'éducation, la prise en charge des enfants et des jeunes,
www.mairie18.paris.fr/mairie18/document?id=14597&id_attribute=127
- ❖ CNAOP : <http://www.cnaop.gouv.fr/>

Les violences

1 / Le mariage forcé

Sur ce point, la loi est très simple et explicite : « **il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement** », art 146 du code civil.

2 / Les mutilations sexuelles féminines

Les deux formes les plus fréquentes :

- ❖ **l'excision** - c'est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres
- ❖ **l'infibulation** - l'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par l'ablation des grandes lèvres ; les deux côtés de la vulve sont cousus bord à bord.

La loi française protège les enfants qui vivent sur le territoire, quelle que soit la nationalité ; des peines sont prévues pour les auteurs de mutilations. En cas de menace d'excision, **toute personne qui a connaissance d'un tel acte a l'obligation de signaler le danger**. L'abstention constitue une infraction sanctionnée par l'article 223-6 du code pénal.

La loi française s'applique à l'acte commis à l'étranger si la victime est française ou si étrangère elle réside habituellement en France. La victime peut porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité pour condamner ces pratiques devant la justice (art 222-16-2 du code pénal).

« *Que faire en cas de constatation de mutilations ou de risques ?* »

Chez une mineure

- ❖ **Effectuer un signalement** au Procureur de la République du tribunal de grande instance.
- ❖ Si le risque n'est pas imminent, informer la CRIP, cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation, qui évaluera la situation.

Chez une majeure

- ❖ Le praticien ne peut révéler à l'autorité judiciaire l'existence d'une mutilation constatée chez une femme majeure qu'**avec le consentement** de celle-ci.
- ❖ Le signalement doit être adressé au Procureur de la République du tribunal de grande instance du lieu de résidence.

A noter

Il existe des unités de soins qui proposent une chirurgie réparatrice aux femmes ayant subi des mutilations sexuelles, notamment à l'Hôpital intercommunal de Montreuil (93)

Pour aller plus loin :

- ❖ Guide « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines », <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/MSF.pdf>
- ❖ Note technique du 1 février 2011 de la PMI de Paris, DFPE, « Conduite à tenir devant une excision constatée ou en risque d'excision chez une enfant ou une jeune fille mineure »
- ❖ Association GAMS – Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles

3 / Violences conjugales :

A noter

Numéro d'appel national gratuit destiné aux victimes et aux témoins de violences conjugales : **39 19**
Du lundi au vendredi de 9h00 à 22h00
Et samedi –dimanche de 9h00 à 18h00

Définition :

La violence conjugale se définit comme un processus au cours duquel une personne exerce à l'encontre de son (sa) partenaire, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs et destructeurs.

Cette violence s'exerce sous diverses formes (verbale, psychologique, sexuelle, économique...) au cours d'incidents répétés et, souvent, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures, des symptômes et des séquelles affectives et psychologiques graves.

Que dit la loi ?

La loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du Code Pénal mentionne que **la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante** des "atteintes volontaires à l'intégrité de la personne".

Il en ressort que, **même s'ils n'ont entraîné aucune Incapacité Totale de Travail (ITT), ces faits de violences sont constitutifs d'un délit**, donc passibles du tribunal correctionnel.

La loi du 4 avril 2006 a permis un **renforcement des sanctions judiciaires** à l'encontre des auteurs de violence et instaure une obligation d'évaluation régulière de la politique menée en matière de lutte contre les violences conjugales.

Le viol entre les époux est reconnu légalement selon les termes de l'article 222-22 du code pénal. Il revient à la femme victime de prouver le défaut de consentement.

Qu'est-ce que l'ordonnance de protection ?

La Loi du 9 juillet 2010, complétée par la loi du 4 août 2014 apporte une véritable innovation pour protéger les femmes et leurs enfants, victimes de violences conjugales, en créant **l'ordonnance de protection**, qui vise à protéger les femmes victimes de violence avant ou après un dépôt de plainte, que l'agresseur ait été condamné ou non. (article 515-9 à 515-13 du code civil)

Les formulaires sont à retirer auprès du tribunal de grande instance (TGI) du département de résidence, des points d'accès aux droits, des associations, des avocats... puis à déposer au tribunal auprès du Juge aux Affaires Familiales (JAF).

Certificats médicaux, témoignages de l'entourage, attestations d'associations, main courante, plaintes, doivent **accompagner la demande** pour permettre au juge d'estimer et de mesurer le danger.

Cette ordonnance de protection peut contenir plusieurs mesures (que la femme doit demander), et notamment :

- ❖ l'interdiction pour l'auteur des violences de rencontrer les personnes désignées par le Juge.
- ❖ délai de délivrance réduit à « dans les meilleurs délais ». Pour les personnes menacées d'un mariage forcé, l'ordonnance doit être délivrée en urgence.
- ❖ la résidence séparée des époux, avec attribution du logement conjugal à la femme victime de violences et possibilité de prise en charge des frais concernant ce logement, pour les couples mariés.
- ❖ l'attribution du logement du couple à la femme victime des violences et possibilité de prise en charge des frais concernant ce logement, pour les couples non mariés,
- ❖ la révision des modalités de l'autorité parentale, de la contribution aux charges du mariage (couples mariés) ou l'aide matérielle (partenaires de PACS) et de la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants.
- ❖ l'interdiction de sortie du territoire pour les enfants.
- ❖ l'instauration d'un dispositif d'information par le JAF au Procureur de la République lorsque l'ordonnance de protection a été délivrée en raison de violences, susceptibles de mettre en danger un ou plusieurs enfants.
- ❖ la création d'une mesure autorisant la dissimulation du domicile et l'élection de domicile pour les besoins de la vie courante chez une personne morale qualifiée (association...)

Ces mesures permettent une protection de la victime, l'organisation de la vie familiale liée à la séparation du fait de l'éloignement du conjoint violent.

Pour les femmes étrangères bénéficiant d'une ordonnance de protection, un titre de séjour est délivré, avec la mention « vie privée et familiale ».

Les mesures sont prises par le Juge aux Affaires Familiales pour une **durée maximum de six mois. Elles peuvent être prolongées** en particulier si dans ce délai une requête en divorce est déposée.

A tout moment, le JAF, après avoir entendu les personnes concernées, peut modifier l'ordonnance de protection (supprimer, modifier ou ajouter des mesures).

Pour les femmes étrangères, la loi du 20 novembre 2007, et celle du 16 juin 2011 modifiant le CESEDA (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) introduisent des dispositions spécifiques aux conjoints de Français ou d'étrangers entrés en France par la procédure de regroupement familial et ayant rompu la vie commune en raison de violences conjugales subies.

Le dispositif d'accompagnement

Il existe dans le cadre de l'accompagnement des victimes des **accueils de jour**, avec ou sans rendez vous qui permettent un soutien psychologique, juridique, groupe de parole, préparation des dispositifs de protection à solliciter (recherche d'hébergement, soutien....)

Des **structures d'urgence** peuvent être sollicitées en cas de nécessité de mise à l'abri immédiate.

Recommandations

- ❖ Inciter la personne à porter plainte : dans un point d'accueil de la Police
- ❖ L'absence d'un certificat médical n'empêche pas de porter plainte, mais il est conseillé d'en faire établir un
- ❖ Où faire pratiquer un examen médical ?
 - Au service des urgences médico-judiciaires (UMJ)
 - Au service des urgences de l'hôpital le plus proche de votre domicile
 - Chez un médecin
- ❖ Proposer à la personne un endroit calme, où la parole peut se libérer. Intérêt de proposer une orientation vers une association spécialisée

Ressources :

- ❖ Le rapport Henrion :
<http://www.sosviolenceconjugale04.org/rapport20henrion.pdf>
- ❖ Le CNIDFF : centre national d'information sur le droit des femmes et des familles
<http://www.infofemmes.com/v2/accueil.html>
- ❖ Le "guide d'accompagnement des victimes de violences conjugales", Mairie de Paris, 2010
- ❖ www.mariageforce.fr
- ❖ « Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels »
Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité, octobre 2008
- ❖ Circulaire NOR/INT/C/0600018/C du 24 janvier 2006 relative à l'amélioration du traitement des violences conjugales
- ❖ Loi du 9 juillet 2010, n° 2010-769, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants
- ❖ Loi du 16 juin 2011, n° 2011-672, relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité
- ❖ Instruction du Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, NOR IOCL 1124524 C du 9/09/2011 relative au droit au séjour des personnes victimes de violences conjugales
- ❖ Loi du 4 août 2014, n° 2014-873 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

Les femmes victimes de la traite des êtres humains

1 / Définition :

La loi pour la sécurité intérieure a introduit dans le droit français **l'incrimination de la traite des êtres humains**. L'article 225-4-1 du Code pénal, modifié par la loi 2013-711 du 5 août 2013 définit la traite des êtres humains comme étant :

« le fait de recruter une personne, de la transporter, de la transférer, de l'héberger ou de l'accueillir à des fins d'exploitation dans une des circonstances suivantes :

1° Soit avec l'emploi de menace, de contrainte, de violence ou de manœuvre dolosive visant la victime, sa famille ou une personne en relation habituelle avec la victime ;

2° Soit par un ascendant légitime, naturel ou adoptif de cette personne ou par une personne qui a autorité sur elle ou abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

3° Soit par abus d'une situation de vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, apparente ou connue de son auteur ;

4° Soit en échange ou par l'octroi d'une rémunération ou de tout autre avantage ou d'une promesse de rémunération ou d'avantage.

L'exploitation mentionnée au premier alinéa du présent I est le fait de mettre la victime à sa disposition ou à la disposition d'un tiers, même non identifié, afin soit de permettre la commission contre la victime des infractions de proxénétisme, d'agression ou d'atteintes sexuelles, de réduction en esclavage, de soumission à du travail ou à des services forcés, de réduction en servitude, de prélèvement de l'un de ses organes, d'exploitation de la mendicité, de conditions de travail ou d'hébergement contraires à sa dignité, soit de contraindre la victime à commettre tout crime *ou délit*.»

Référence : code pénal, article 225-4-1

2 / En pratique :

La traite des êtres humains concerne l'exploitation sexuelle, mais aussi l'exploitation de la mendicité, le travail forcé, l'esclavage domestique...

Des dispositifs et structures d'accompagnement pour les personnes victimes existent :

1. Dispositif national Ac.Sé : « accueil sécurisant », propose aux personnes majeures, françaises ou étrangères, victimes de traite des êtres humains, en danger localement, une solution d'accueil, de protection et de prise en charge globale, basée sur l'éloignement géographique.

La personne victime peut être accueillie seule ou avec son/ses enfant (s).



- ❖ L'orientation d'une victime de la traite des êtres humains vers le dispositif Ac.Sé se fait **toujours par l'intermédiaire d'un intervenant** (policier, travailleur social..) en contact direct avec elle.
- ❖ Le professionnel contacte la coordination du Dispositif au numéro suivant : **0 825 009 907** ou le 04 92 15 10 51
- ❖ Après évaluation conjointe de la situation, la coordination du Dispositif Ac.Sé recherche une place adaptée, parmi les lieux d'accueil partenaires du Dispositif et repartis sur l'ensemble du territoire national
- ❖ La personne victime est ensuite accompagnée vers le lieu d'accueil où elle pourra bénéficier d'un accompagnement global et d'une protection adéquate

Le Dispositif National Ac.Sé joue également une fonction de pôle sur les thèmes en lien avec la traite des êtres humains. Tout professionnel peut contacter la coordination du Dispositif pour toute question dans ce domaine aux numéros suivants : **0 825 009 907** / ou le 04 92 15 10 51

Texte de référence : décret n°2007-5352 du 13 septembre 2007 - « une victime de traite des êtres humains en danger localement peut être orientée vers le dispositif national d'accueil et de protection des victimes, mis en œuvre par voie de convention entre le ministère chargé de l'action sociale et l'association qui assure la coordination du dispositif »

A noter : le droit commun s'applique aux victimes de la traite des êtres humains, avec des règles particulières pour les ressortissants communautaires.

2. Comité contre l'esclavage moderne – CCEM :

Le CCEM a pour but de lutter contre le travail forcé, la servitude et l'esclavage dans tous les secteurs du travail.

Il propose un accompagnement juridique, social et administratif.

Quatre critères permettent d'identifier les situations d'esclavage domestique :

- ❖ **confiscation des papiers d'identité**
- ❖ **abus de vulnérabilité et / ou dépendance**
- ❖ **rupture des liens avec la famille**
- ❖ **isolement culturel**

Les autres critères pris en compte :

- ❖ **la charge excessive de travail**
- ❖ **la rémunération faible ou inexistante**
- ❖ **conditions de vie discriminatoires**
- ❖ **emprise et surveillance**
- ❖ **violences**

Texte de référence : Code pénal à l'article 225-4-1

3 / Accès aux droits :

Droit au séjour pour les personnes de nationalité étrangère : l'article L 316-1 du CESEDA, dispose qu'**une carte de séjour portant la mention « vie privée et familiale » peut être délivrée à la victime qui coopère** avec les services de police en témoignant ou en déposant plainte contre les auteurs d'infractions en lien avec la traite des êtres humains ou le proxénétisme.

Les victimes de la traite des êtres humains ayant coopéré dans une procédure judiciaire bénéficient d'une carte de séjour temporaire ouvrant droit à une activité professionnelle, à une attestation de protection de l'Etat qui est délivrée par la préfecture, permettant de déposer une demande d'allocation temporaire d'attente par le Pôle emploi.

La personne victime peut prétendre à un accueil en centre d'hébergement, qui garantit une prise en charge globale, en prenant en compte la personne dans toutes ses dimensions.

Recommandations

- ❖ Importance de prendre en compte les formes du syndrome post traumatique.
- ❖ Proposer à la personne un suivi prenant en compte la dimension psychologique et juridique de sa situation

Ressources :

- ❖ www.acse-alc.org
- ❖ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_a_une_victime_de_torture.pdf
- ❖ <http://www.esclavagemoderne.org/>

Sur le thème de la prostitution :

- ❖ <http://amicaledunid.org/>
- ❖ <http://lesamisdubusdesfemmes.com/default.aspx>
- ❖ <http://www.captifs.fr/-Prostitution-l-expression-d-une-.html>

→ Retrouvez toutes les informations sur l'annuaire du réseau SOLIPAM

Asile et protection

1 / Définition

Selon le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) :

« La France accorde sa protection si les craintes ou menaces encourues revêtent un caractère personnel, actuel et de gravité suffisante. Elles peuvent émaner des autorités de l'Etat, de partis ou d'organisations qui contrôlent l'Etat ou une partie substantielle du territoire de l'Etat ou de personnes privées lorsque les autorités de l'Etat ou des organisations internationales ou régionales refusent ou ne sont pas en mesure d'offrir une protection. »

2 / Les trois formes de protection :

2.1 Le statut de réfugié

Il peut être accordé sur 3 fondements :

- ❖ **L'asile dit constitutionnel**, consacré par l'alinéa 4 du préambule de la Constitution française de 1946 : « le statut est accordé à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ». **Le réfugié doit avoir effectivement subi des persécutions** et non simplement les craindre
- ❖ **La convention de Genève, 28 juillet 1951** : aux termes de l'article 1^{er} A2, le statut de réfugié est délivré « à toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays (...) »
- ❖ **Le mandat du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)**, sur les bases des articles 6 et 7 de son statut. C'est une définition proche de celle de la Convention de Genève. Cependant, le motif tenant à l'appartenance à un certain groupe social n'est pas mentionné.

2.2 La protection subsidiaire

Introduite par le droit français dans la loi du 10 décembre 2003, la protection subsidiaire est accordée « **à toute personne qui ne remplit pas les conditions d'octroi du statut de réfugié et qui établit qu'elle est exposée dans son pays à l'une des menaces graves suivantes :**

- ❖ La peine de mort
- ❖ La torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants
- ❖ S'agissant d'un civil, une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international ».

2.3 Le statut d'apatride

Selon la convention de New York du 28 septembre 1954, le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant en application de sa législation ». Ce statut concerne uniquement les personnes qui ne possèdent pas de nationalité. Il ne prend pas en compte les risques de persécutions. Ce statut est accordé par l'OFPRA. Un recours peut être introduit auprès du tribunal administratif du lieu de résidence.

3 / En pratique : Le parcours du demandeur d'asile

En France, c'est l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) qui examine la demande d'asile. En cas de rejet, un recours est possible devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

Dès lors que l'OFPRA a instruit favorablement leur dossier, les demandeurs d'asile deviennent réfugiés, ou bénéficiaires de la protection subsidiaire.

3.1 L'examen de la demande d'asile

Première étape : l'enregistrement de la demande d'asile/guichet unique

La loi portant réforme du droit d'asile prévoit que toute personne présente sur le territoire et souhaitant demander l'asile doit se présenter à un guichet unique (généralement situé en préfecture), rassemblant les services de la préfecture et de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), pour se faire enregistrer en tant que demandeur d'asile. Pour faciliter et fluidifier le passage en guichet unique, un premier accueil est effectué auprès d'un prestataire externe chargé de prendre rendez-vous pour le demandeur d'asile avec le guichet unique et de l'assister dans ses démarches.

Il est prévu que l'enregistrement de la demande d'asile par le guichet unique a lieu au plus tard dans un délai de trois jours et 10 jours en cas de forte affluence. Lors de l'enregistrement, le demandeur doit seulement fournir les indications concernant son identité, sa nationalité et sa situation familiale et remettre tous les documents d'identité ou de voyage dont il dispose.

Une fois l'enregistrement effectué, le demandeur se voit délivrer un premier titre provisoire de séjour, d'une durée de validité d'un mois, et remettre un formulaire de demande d'asile qu'il devra remplir et transmettre à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Le même jour que son passage au guichet unique, il est reçu par un agent de l'OFII qui étudie sa situation individuelle, identifie ses vulnérabilités éventuelles et formule une proposition d'hébergement.

Deuxième étape : l'examen de la demande d'asile par l'OFPRA

Une fois son enregistrement effectué, le demandeur peut introduire sa demande auprès de l'OFPRA.

L'examen de la demande d'asile relève de la compétence exclusive de l'OFPRA qui agit dans ce cadre en toute indépendance. L'OFPRA convoque le demandeur à un entretien personnel avec un officier de protection pour lui permettre de présenter en détail les motifs de sa demande. Il est entendu dans la langue de son choix, en présence le cas échéant d'un interprète, et peut se faire accompagner d'un conseil (avocat ou représentant d'une association habilitée par l'OFPRA). À l'issue de l'entretien, l'OFPRA prend une décision et la notifie par écrit au demandeur d'asile. S'il s'agit d'une décision de rejet, elle est motivée et précise les voies et délais de recours.

3.2 L'issue de la demande d'asile

En cas de décision positive : le demandeur d'asile devient une personne protégée. Le demandeur peut, à l'issue de l'examen de sa demande, se voir accorder par l'OFPRA deux types de protection :

- soit il est **reconnu réfugié** en application de la Convention de Genève au titre des risques de persécutions auxquels il est exposé dans son pays d'origine pour des motifs politiques, religieux, ethniques ou liés à son appartenance à un groupe social (femmes exposées à l'excision, orientation sexuelle, etc).
- soit il est admis au bénéfice de la **protection subsidiaire** prévue par le droit de l'Union européenne en considération d'autres menaces graves contre sa vie et sa personne, par exemple celles auxquelles l'expose un état de guerre généralisé dans son pays d'origine.

La reconnaissance de l'un ou de l'autre de ces statuts est sans incidence sur le contenu de la protection, la seule différence résidant dans la durée du titre de séjour délivré. La personne protégée doit déposer une demande auprès de la préfecture de son lieu de résidence en vue de la délivrance d'un titre de séjour. Celle-ci est de plein droit, sauf motif d'ordre public.

Si la personne protégée a été reconnue réfugiée, il lui est délivré une carte de résident de dix ans renouvelable.

Si elle a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire, il lui est délivré une carte de séjour temporaire d'un an, renouvelable ensuite pour une durée de deux ans.

Dans les deux cas, le titre de séjour délivré par le préfet permet d'accéder au marché du travail sur le territoire français, sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autres démarches.

Dès la décision positive prise sur son dossier, le réfugié ou le protégé subsidiaire est placé sous la protection de l'OFPRA qui s'assure du respect des garanties fondamentales que lui reconnaît le droit national, européen et international. Le réfugié ou le protégé subsidiaire peut solliciter une réunification familiale au bénéfice de son conjoint et de ses enfants âgés au plus de dix-neuf ans. Cette réunification n'est pas soumise à des conditions de durée préalable de séjour régulier, de ressources ou de logement.

A sa demande, et sauf si des raisons impérieuses de sécurité nationale ou d'ordre public s'y opposent, un document de voyage l'autorisant à voyager hors de France et lui permettant d'y revenir sans difficulté peut lui être remis par la préfecture.

En cas de décision négative : Lorsque la demande d'asile est rejetée par l'OFPRA et par la CNDA. La préfecture notifie à la personne une obligation de quitter le territoire français (OQTF) dans un délai d' 1 mois.

Le demandeur d'asile débouté dispose néanmoins de deux voies de droit lui permettant de poursuivre sa demande d'asile :

- le pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat
- le réexamen de sa demande d'asile pour faits nouveaux

En cas de refus définitif par l'OFPRA ou, après un recours, par la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), le demandeur d'asile, s'il ne justifie d'aucun autre motif d'admission au séjour en France, doit quitter le territoire sous peine de faire l'objet d'une mesure d'éloignement. Il peut toutefois recourir au dispositif d'aide au retour et à la réinsertion de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) qui a été rénové au printemps 2015.

Quelques définitions...

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides, établissement public doté de l'autonomie administrative et financière, chargé de l'application des textes français et des conventions européennes et internationales relatifs à la **reconnaissance de la qualité de réfugié**, d'**apatride** et à l'**admission à la protection subsidiaire**.

CNDA : cour nationale du droit d'asile, juridiction administrative spécialisée qui statue sur les recours formés contre les refus de l'OFRA d'accorder le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire. La personne peut être assistée d'un avocat.

Aide juridictionnelle : possibilité offerte aux personnes aux faibles revenus d'obtenir la prise en charge totale ou partielle de leurs frais d'avocat (dans le contexte de demande d'asile).

ATTENTION !

Une personne qui demande l'asile **ne doit pas entrer en contact avec l'ambassade ou le consulat** de son pays d'origine, pour des raisons de sécurité

3.2 Relais pour l'accompagnement des personnes demandeurs d'asile.

- ❖ FTDA : France Terre d'Asile ; pour les personnes isolées
- ❖ CAFDA : Coordination de l'accueil des familles demandeurs d'asile, pour les familles. Territoire : Paris
- ❖ OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration. Il existe une direction territoriale dans chacun des départements d'Ile de France. A noter que le département des Yvelines est rattaché à la direction territoriale du 92.

Source : <http://www.interieur.gouv.fr/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/Le-parcours-du-demandeur-d-asile>

Ressources

Retrouvez sur notre site internet : www.solipam.fr, les associations qui proposent des accompagnements, notamment juridiques, assurés soit par des salariés soit par des bénévoles.

3.3 Droits et aides sociales d'un demandeur d'asile

- a. **L'hébergement** : possibilité d'accès en place d'urgence ou en CADA, centre d'accueil pour demandeurs d'asile
- b. **ATA, allocation temporaire d'attente** : versée par l'OFII
 - ❖ Le montant journalier varie selon la composition familiale et le mode d'hébergement. Elle n'est pas versée aux demandeurs d'asile qui refusent un hébergement proposé par l'OFII. Lorsque le demandeur entre en CADA, il perçoit une Allocation Mensuelle de Subsistance en fonction du nombre de personnes dans la famille.
 - ❖ Le demandeur d'asile n'est pas autorisé à travailler.
- c. **Accès aux soins** : dès lors que la personne est enregistrée comme demandeur d'asile, une demande de PUMA peut être instruite.

Recommandations

- ❖ Soutenir les familles : malgré l'instauration du guichet unique, le circuit administratif d'étude de la demande d'asile reste complexe. L'attente et les différentes étapes (notification d'une réponse...) sont des périodes où la famille est particulièrement vulnérable. Une attention particulière doit dès lors leur être apportée.
- ❖ Aborder le vécu psychologique, les traumatismes subis ou craints, dans un espace approprié, indépendamment de la procédure administrative.

Ressources

- ❖ www.forumrefugies.org
- ❖ <http://www.interieur.gouv.fr/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/Le-parcours-du-demandeur-d-asile>
- ❖ www.france-terre-asile.org
- ❖ <http://www.cnda.fr/>
- ❖ <http://www.ofii.fr/>
- ❖ <http://www.cimade.org/>
- ❖ <http://www.gisti.org/>
- ❖ Guide du demandeur d'asile (existe en plusieurs langues)
http://www.ofii.fr/IMG/pdf/Guide_Demandeurd_Asile_BAT.pdf.

Indicateurs de précarité en périnatalité

Cette annexe se veut une aide pour permettre aux femmes d'aborder leurs difficultés.

Les indicateurs décrits ci-dessous ont pour objectif d'aider les professionnels à repérer les femmes enceintes en situation précaire afin d'organiser une prise en charge globale et optimale de la famille.

Le professionnel devra être particulièrement attentif aux indicateurs de vigilance dès lors qu'une situation précaire est repérée.

L'évaluation de la précarité par ces indicateurs, dont la liste n'est pas exhaustive, se doit d'être continue.

Mots clés

Anticiper Personnaliser
 Evaluer/réévaluer Autonomiser

I/ Indicateurs de repérage

1.1 AUTONOMIE/ENVIRONNEMENT

Barrière linguistique :

ne parle pas français	2
parle français, ne sait ni lire, ni écrire	1
parle français, sait lire et écrire	0

Environnement :

aucune personne (impossibilité de désigner une personne de confiance ; par exemple jeune majeure en situation de rupture familiale ou dans un contexte d'immigration récente.)	2
père absent, soutien familial ou amical restreint	1
en couple, soutien familial et amical	0

Transport* :

aucun moyen de transport propre ou en commun	2
possibilité de transport en commun, mais difficulté financière pour payer le trajet ou possibilité de l'aide de l'entourage de manière aléatoire	1
accès aux transports pour se rendre en consultation sans difficultés	0

Contexte : la difficulté de transport est l'un des motifs de décrochage du suivi de grossesse fréquemment relevé.

Vignette clinique

Mme A se présente à 41 SA à sa maternité de suivi pour surveillance de terme. L'examen clinique est normal, les examens complémentaires sont sans particularité (quantité de liquide amniotique normal, ERCF...). Retour à domicile avec surveillance dans 48h.

N'ayant pas de ressources pour prendre les transports en commun, Madame ne peut pas se présenter à son rendez-vous de surveillance à 41SA+2. Elle accouche à J+3 sur son lieu d'hébergement, le SAMU Pédiatrique prenant en charge le nouveau-né sur lieu et la maman est transportée à la maternité la plus proche pour prise en charge.

1.2 MOYENS D'EXISTENCE

Hébergement :

aucun hébergement, hébergement instable	2
hébergement précaire mais momentanément stabilisé	1
hébergement autonome	0

Ressources :

aucune ressource	2
ressources prestations sociales et autres	1
Salaire	0

1.3 SUIVI ANTERIEUR

Ouverture des droits :

aucune couverture médicale	2
couverture médicale sans complémentaire	1
couverture médicale avec complémentaire	0

Médecin ou sage-femme de ville :

aucun contact antérieur avec un médecin ou une sage-femme de ville	2
contact antérieur avec un médecin ou une sage-femme, mais suivi rompu (changement d'hébergement, notamment en cas d'instabilité d'hébergement, ou rupture familiale).	1
médecin ou sage-femme	0

Suivi de grossesse :

pas de déclaration de grossesse, pas de suivi	2
déclaration tardive de grossesse avec suivi irrégulier	1
suivi régulier de grossesse	0

II/ Indicateurs de vigilance :

2.1 Les addictions : tabac/alcool/toxicomanie/médicaments/autres

Contexte : dans les situations de précarité, une vigilance accrue doit être portée aux consommations d'alcool (particulièrement de bières) et de substances toxiques (drogues, auto médication), l'isolement environnemental et les difficultés d'accès aux soins pouvant se conjuguer pour rendre les femmes plus vulnérables.

2.2 La vulnérabilité psychique

Contexte : la précarité peut entraîner une vulnérabilité psychique. La vulnérabilité psychique peut précipiter les familles dans la précarité sociale. Une attention particulière doit être portée au repérage précoce de ces situations, qui risquent d'être masquées par les difficultés sociales.

2.3 La victime de violence

Contexte : Les violences de toute nature (conjugales, de guerre, familiale, ...) peuvent se rencontrer dans tous les milieux sociaux. Cependant, de même que la vulnérabilité psychique et que les conduites addictives, les violences faites aux femmes peuvent être masquées par les préoccupations immédiates liées à la précarité (logement, restauration, hygiène...).

2.5 Le mode d'alimentation

Contexte : il est clair que l'accès à une alimentation équilibrée et compatible avec l'état de grossesse doit être pris en compte et réfléchi avec la femme en mobilisant les possibilités existantes (aides caritatives, entourage, ...).

2.6 Les moyens de communication : téléphone, domiciliation...

Contexte : Le téléphone est un relais indispensable. L'absence de moyen de communication lié à la situation de précarité peut en effet entraîner un retard de prise en charge adaptée.

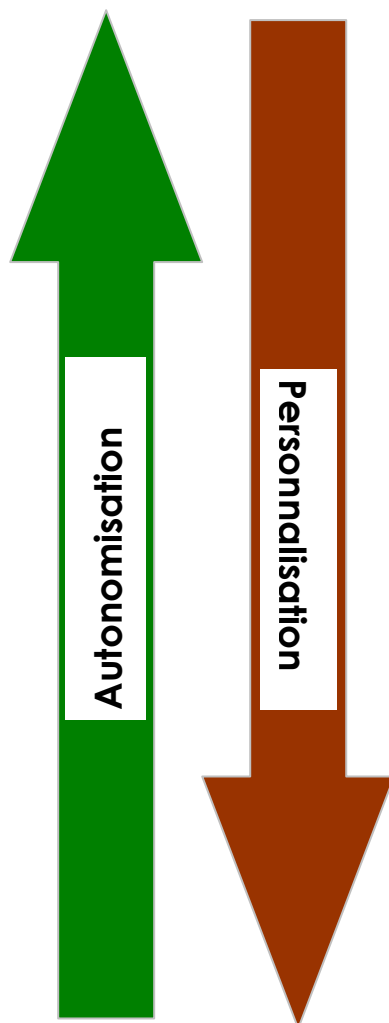
Vignette clinique

Mme B se présente à sa consultation du 6^{ème} mois de grossesse. L'HGPO est prélevé ce jour. Les résultats sont récupérés quelques jours plus tard et ils s'avèrent pathologiques. Madame n'a ni téléphone ni adresse fixe pour qu'on puisse la convoquer. Aucune possibilité de mise en place d'un suivi spécifique n'est possible avant la prochaine consultation.

2.7 L'état de santé général de la femme enceinte (notamment soins dentaires) et de ses enfants nés auparavant.

Contexte : la grossesse est une opportunité pour toute la famille en matière de prise en charge médico-psycho-sociale. C'est l'occasion d'une intégration ou d'une réintégration dans le système de soins (PMI, médecin traitant, spécialistes le cas échéant...) et de droit commun pour chaque membre de la famille (scolarisation des enfants déjà nés, par exemple).

III/ Score et recommandations



De 0 à 16 : plus le score est élevé, plus la précarité est avérée.

- ❖ Interroger les vigilances. Selon la répartition du ou des risques repérés, interpeller les professionnels concernés.
- ❖ Renforcer l'accompagnement en s'appuyant sur le réseau de santé. Assurer la coordination du parcours médico-psycho-social.
- ❖ Travailler en équipe pluridisciplinaire, staff de périnatalité.
- ❖ Réévaluer régulièrement la situation et adapter les réponses.
- ❖ Etayer la prise en charge à domicile (SF PMI, TISF...)
- ❖ Adapter de manière personnalisée le suivi avec interprétariat professionnel et médiation si nécessaire.
- ❖ Planifier le suivi de grossesse avec un référent médical unique, regrouper les rendez-vous
- ❖ Adapter les pratiques médicales aux difficultés repérées
- ❖ Tenir compte de l'histoire des femmes notamment dans le cas des demandes d'asile
- ❖ Prendre en compte les déterminants socioculturels
- ❖ Dépister toutes les problématiques de santé de la femme et de l'ensemble de la famille, en particulier de toute la fratrie. La grossesse est un moment privilégié pour le dépistage et l'éducation à la santé des femmes et des enfants.
- ❖ Veiller à l'intégration ou la réintégration dans le système de soins de droit commun.



Ce document a été élaboré en 2011 dans le cadre du groupe de travail « précarité » de la Commission Nationale de la Naissance.

Auteurs:

- ❖ **Marie-Chantal BLANCHARD, sage-femme cadre CHU d'Amiens, représentante du Collège National des Sages-femmes**
 - ❖ **Laure BRIEND, sage-femme coordinatrice réseau SOLIPAM**
- ❖ **Dr Paule HERSCHKORN-BARNU, gynécologue-obstétricienne, directrice du réseau SOLIPAM**
 - ❖ **Anne RENAERD, assistante sociale coordinatrice réseau SOLIPAM**
 - ❖ **Dr Jeanine ROCHEFORT, médecin responsable de la mission Banlieues 93, Médecins du monde**

L'expertise de la coordination SOLIPAM dans la prise en charge des femmes enceintes et des enfants en situation de grande précarité, a servi de base à la construction de ces indicateurs.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué au projet :

- Dr Malika Amellou, direction des Familles et de la Petite Enfance de la Ville de Paris
- Martine Beauplet, sage-femme cadre supérieure, CPEF- PMI Paris
- Annie Carron, responsable service social, Pôle Saint Antoine, Rothschild, Trousseau, La Roche Guyon, Tenon, APHP
- Marie-Claire Cloison, cadre Sage-femme, Hôpital de la Pitié Salpêtrière
- Dr Véronique Dufour, médecin chef adjoint, PMI Paris
- Dr Sylvie Epelboin, gynécologue Obstétricienne, Hôpital Bichat-Claude Bernard
- Catherine Gorce, responsable de la Cellule ADEMIE (Action départementale envers les mères isolées et leurs enfants), Aide Sociale à l'Enfance 75
- Dr Thierry Harvey, chef de Service Gynécologie-Obstétrique, Groupe Hospitalier des Diaconesses
- Paola Kohpcke, assistante sociale, et Mr Juan Moralès, assistant social, Comité contre l'esclavage moderne (CCEM)
- Caroline Lesimple, coordinatrice, SIAO 75
- Catherine Morel, sage-femme cadre supérieure, PMI Paris
- Marie-Christine Mourgue, assistante de service social intervenant dans le cadre de la mission sociale, Pôle clients du restaurant social d'insertion d'Aurore à Santeuil
- Sylvie Provost, conseillère technique, CPAM Paris
- Roselyne Sarouni, inspectrice technique, Service social départemental polyvalent, Direction de l'action sociale, de l'enfance, et de la santé (DASES)
- Christelle Seigneur, assistante sociale, Maternité Saint Antoine
- Dominique Vernier, psychologue, maternité de l'hôpital Robert Debré
- Federica Marengo : Coordinatrice du Dispositif National Ac.Sé
- Christelle FLAGEL, Chef de service de la plateforme de domiciliation du Val-de-Marne, France Terre d'Asile
- Jeanine Rochefort, Médecin déléguée régionale à Médecins du Monde
- Edith Launay, cadre sage-femme supérieure, PMI Paris

Ainsi que tous les participants à la rédaction du mémento « grossesse » SOLIPAM édité en 2007 et notamment :

- Anne Battut, sage-femme
- Nathalie Baunot, sage-femme coordinatrice Réseau périnatal Paris Nord
- Dr Meryam Belkacemi, médecin épidémiologiste
- Celine Jung, assistante sociale
- Catherine Secondi, assistante sociale cadre supérieure, Hôpital Bichat

