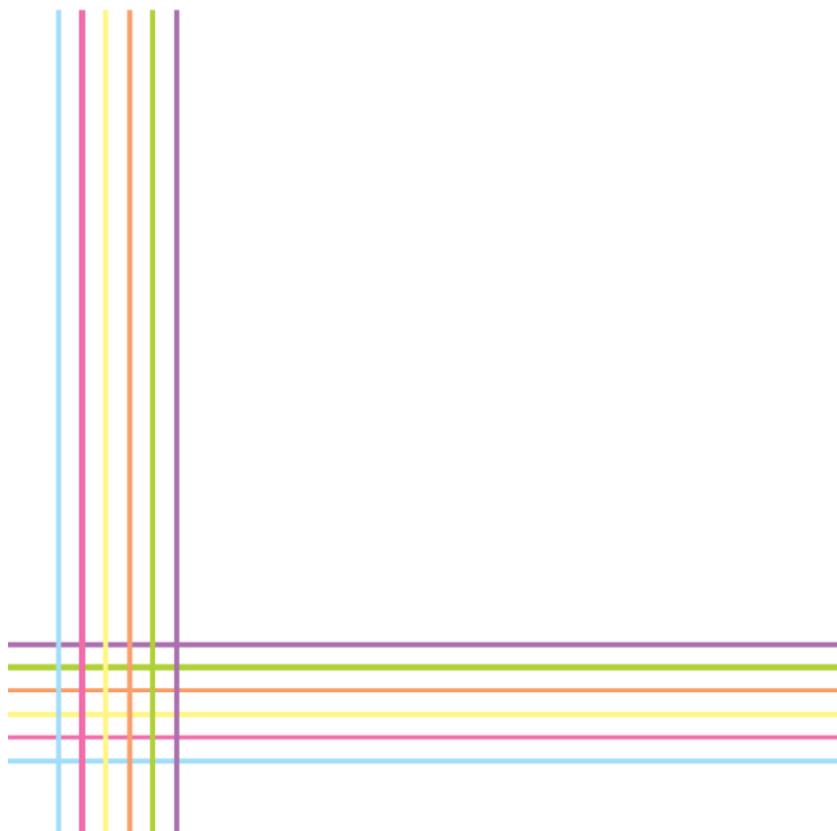


Collection CNNSE  
2014

## Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

### **Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité**



## Sommaire

Objet de ce guide pratique	p.4
Introduction	p.4
Caractéristiques de la précarité en périnatalité	p.4
Rôle des professionnels de la périnatalité	p.5
<b>I/ Comment organiser la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité ?</b>	p.6
<b><u>Premier objectif : identification des ressources</u></b>	p.7
<b>A/ Ressources dans le champ sanitaire :</b>	
a) Réseaux de santé en périnatalité	p.7
b) Les établissements de santé	p.8
c) Services de protection maternelle et infantile (PMI)	p.10
d) Offre de soins ambulatoire, notamment en secteur 1	p.10
<b>B/ Autres ressources mobilisables</b>	
a) Lieux ressources : CAF et CCAS	p. 11
b) Centres de planification ou d'éducation familiale	p.12
c) Structures d'addictologie	p.12
d) La plate-forme téléphonique « 39.19 »	p.12
e) Ateliers collectifs CNAMTS	p.12
f) Services d'interprétariat professionnel	p.13
g) Secteur associatif	p.13
<b>C/ Ressources dans le champ social</b>	p.15
a) Hébergement	p.15
b) Professionnels de l'aide sociale à l'enfant	p.16
<b><u>Second objectif : organisation adéquate du travail collaboratif</u></b>	p.17
<b>A/ Au sein des structures de prise en charge</b>	p.17
<b>B/ Modalités d'organisation du travail en partenariat</b>	p.18
<b><u>Troisième objectif : identification des femmes en situation de Précarité ou de vulnérabilité</u></b>	p.19
<b>II/ En pratique : comment accompagner les femmes en situation de vulnérabilité ?</b>	p.19
<b>A/ La prise en charge sanitaire</b>	p. 19
a) Les réseaux de santé en périnatalité	p. 19
b) La prise en charge par l'assurance maladie-maternité	p. 20

c) La prise en charge par les professionnels de santé	p.20
• Veiller à l'information des femmes	p.20
• Renforcer l'accompagnement	p.23
d) Prise en charge globale de la femme	p.24
• En période prénatale	p.24
• En période post-natale immédiate	p.25
<b>B/ Accompagnement des besoins non médicaux</b>	p.27
<b>Conclusion</b>	p.28
<b>Ressources</b>	p.29
<b><u>ANNEXES</u></b>	p. 31
<b>Annexe 1</b> : Composition du groupe de travail	p.32
<b>Annexe 2</b> : Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	p.34
<b>Annexe 3</b> : Modalités d'organisation relative à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité : organisation des CHU d'Angers et de Nantes	p.35
<b>Annexe 4</b> : Droits à l'assurance maladie-maternité ( <i>mise à jour au 8 juin 2014</i> )	p.37
<b>Annexe 5</b> : Proposition d'indicateurs de précarité en périnatalité	p.49
<b>Annexe 6</b> : Staffs de coordination prénatals et postnatals	p.55
<b>Annexe 7</b> : En pratique, les activités développées par le Conseil général du Haut-Rhin	p.64

## Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité

### **Objet de ce guide pratique :**

Le présent guide a pour objet de faire connaître aux professionnels de la périnatalité les différents dispositifs afin de les aider à assurer un suivi de la grossesse, un accompagnement et une qualité de prise en charge de droit commun aux femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité, de façon à prévenir les effets néfastes chez l'enfant.

### **Introduction**

L'article L.2122-1 du code de la santé publique dispose que « *Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement (...)* ».

L'accès aux soins reste cependant difficile pour certaines femmes vulnérables du fait de conditions défavorables pouvant relever de difficultés d'ordre social et/ou économique. Le suivi de leur grossesse peut alors devenir chaotique. Cette situation est à l'origine de pertes de chance pour la mère comme pour l'enfant, avec pour conséquence un risque plus grand de présenter des complications, des problèmes médicaux, voire de décéder. Afin de réduire les morbidité et mortalité maternelles et périnatales en France, il convient donc de s'assurer de l'égal accès aux soins des femmes enceintes. Un dispositif adéquat doit être mis en œuvre pour permettre l'accès effectif de ces personnes à la prévention et à des soins de qualité. Améliorer l'organisation des soins en faveur des femmes les plus démunies améliore le service rendu à toutes les femmes enceintes.

**« Grossesse + précarité = urgence médicale »  
(Pr Dominique Mahieu-Caputo <sup>†1</sup>)**

### **Caractéristiques de la précarité en périnatalité**

Définition proposée par Joseph Wresinski (1987) <sup>2</sup> :

*« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.*

*Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».*

<sup>1</sup> Chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Bichat Claude Bernard (2007-2009)

<sup>2</sup> WRESINSKI J., *Rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale »*, présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 février 1987.

Les situations de précarité en période périnatale se traduisent par un **recours au système de santé plus rare et plus tardif, qui ne résulte pas du choix des femmes** mais bien de leurs difficultés et d'un certain déficit d'information. Ainsi sont constatés<sup>3</sup> :

- Un retard à la prise en charge de la grossesse : retard à la déclaration de grossesse (qui à son tour pénalisera la femme), moins de consultations prénatales, moins d'échographies...
- Des ruptures (décrochages) dans le suivi de grossesse : difficultés rencontrées par les femmes pour respecter le calendrier défini, pour réaliser des examens complémentaires notamment s'ils sont prescrits en dehors du lieu de suivi (échographies, actes de biologie...);
- avec pour conséquence, un fort recours aux urgences.

Puisque les situations de précarité constituent un **facteur de risque médical** supplémentaire, tous les professionnels des secteurs sanitaire et social doivent être vigilants et inclure le « repérage » des vulnérabilités constitutives de cette situation de précarité dans leur pratique habituelle.

Les vulnérabilités personnelles et familiales<sup>4</sup> sont susceptibles d'altérer non seulement le bon déroulement du processus naturel de la naissance, mais aussi l'instauration du lien parent-enfant. Ces vulnérabilités peuvent être à l'origine de problèmes relationnels entre les parents et l'enfant et/ou de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant<sup>5</sup>. La vigilance bienveillante des professionnels a pour but de permettre le soutien et la valorisation des compétences parentales.

La précarité correspond à des états instables susceptibles d'évoluer défavorablement au cours de la période pré et postnatale. Or, si une situation de précarité s'installe de manière prolongée, elle peut conduire à une situation de grande pauvreté, surtout si elle affecte plusieurs domaines de vie.

### **Rôle des professionnels de la périnatalité**

Les professionnels de la périnatalité ont conscience des répercussions engendrées par la précarité sur l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés. Cependant, les moyens pour répondre à ces situations complexes dans toutes leurs composantes ne relèvent pas d'eux seuls. Ils n'ont pas une connaissance suffisante des acteurs et dispositifs existants qu'ils peuvent mobiliser pour accompagner globalement la femme, dans le respect de ses choix. C'est dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire partenarial que les professionnels de la périnatalité pourront assurer leur mission, c'est-à-dire assurer la prise en charge médicale de la grossesse de ces femmes dans des conditions de droit commun.

---

<sup>3</sup> Source : Enquête nationale périnatale 2010

<sup>4</sup> Par exemple : détresse psychologique, addictions, absence de logement personnel, violences intrafamiliales...

<sup>5</sup> Pour plus d'informations : cf. Françoise Molénat: rapport remis à la DHOS « *Périnatalité et prévention en santé mentale - Collaboration médico-psychologique en périnatalité* », janvier 2004

## *A qui est destiné ce guide ?*

1) A l'ensemble des professionnels susceptibles d'accueillir des femmes enceintes en situation de précarité et plus largement des femmes en situation de vulnérabilité. Ils exercent :

### *En établissement de santé*

Professionnels des établissements de santé publics et privés : personnel d'accueil, personnel administratif, professionnels médicaux et paramédicaux, personnel du service social des services d'obstétrique, de néonatalogie, de pédiatrie, des urgences, d'orthogénie, des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), de psychiatrie, de pédopsychiatrie, d'addictologie, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)...

### *En secteur ambulatoire,*

- en cabinet libéral : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, gynécologues médicaux ...

- en centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires...

Ces professionnels sont pour beaucoup de femmes le premier contact médical au cours de la grossesse et constituent une offre de soins de proximité.

- en service de protection maternelle et infantile (PMI) :

Les services de PMI sont particulièrement impliqués du fait de leurs missions et de leur implantation au plus près des populations vulnérables et des quartiers défavorisés.

## 2) Aux réseaux de santé en périnatalité

Ils jouent un rôle majeur dans le décloisonnement de la prise en charge médicosociale et la coordination des actions menées par les différents intervenants auprès des femmes.

3) Aux associations en contact avec des publics précaires, ainsi qu'aux associations d'usagers.

## **I- Comment organiser la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?**

Une attention bienveillante doit être portée à ces femmes pour qui peuvent constituer des obstacles considérables la complexité du système de santé, des difficultés de déplacement, le coût du suivi prénatal, mais aussi le cas échéant la barrière de la langue et les craintes liées à une situation administrative irrégulière.

La précarité sociale résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et difficultés diverses<sup>6</sup>. Il importe d'anticiper l'accueil des femmes en situation de précarité en identifiant les ressources locales disponibles et mettant en place de manière systématique une organisation adaptée à leur accueil et à leur accompagnement.

C'est à cette condition que le contact avec la femme/la famille aura le plus de chance de s'établir au mieux avec les professionnels qui la prendront en charge.

### **Premier objectif : identification des ressources**

Des outils permettant d'identifier les ressources nécessaires peuvent exister au niveau local, notamment des annuaires, spécifiques ou non à la périnatalité ; ils sont parfois établis par le Conseil général ou produits par des associations, un réseau de santé en périnatalité, un établissement de santé lui-même...

Constituent autant de ressources les différents acteurs intervenant, tant dans le champ sanitaire que dans le champ social, qui peuvent être sollicités en fonction des problématiques identifiées.

#### **A) Ressources dans le champ sanitaire :**

##### **a) Réseaux de santé en périnatalité :**

Les missions des réseaux de santé en périnatalité sont multiples et visent notamment à améliorer la qualité des prises en charge en proposant à la femme et au nouveau-né un réseau gradué de professionnels de proximité qui interviennent en complémentarité avec la sage-femme ou le médecin qui suit la grossesse et avec le médecin traitant, dans le respect du choix de la femme.

Les réseaux de santé en périnatalité favorisent également un accompagnement global de la mère (et du père) et de l'enfant dès le début de la grossesse : organisation de l'accompagnement médico-psycho-social de la grossesse, repérage et prise en charge des vulnérabilités psychosociales en amont et suivi à long terme du nouveau-né présentant notamment une vulnérabilité d'origine périnatale et susceptible de développer un handicap.

L'identification des différents acteurs impliqués en périnatalité, en lien avec les agences régionales de santé (ARS), ainsi que la coordination de leurs actions font partie des missions définies dans le cahier des charges porté par la circulaire N°DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006.

En ce sens, les réseaux constituent une ressource essentielle au niveau local, y compris en termes d'offre de sensibilisation et de formation pluridisciplinaire, que chaque professionnel ou service du champ est invité à connaître, qu'il doit être en mesure de solliciter et à laquelle il doit contribuer.

---

<sup>6</sup> [http://www.ined.fr/fr/recherches\\_cours/chercheurs/bdd/nom/Cambois+Emmanuelle/](http://www.ined.fr/fr/recherches_cours/chercheurs/bdd/nom/Cambois+Emmanuelle/)

En région Ile-de-France, où coexistent plusieurs réseaux de santé en périnatalité, les professionnels médicaux et sociaux se sont organisés au sein du réseau spécialisé Solidarité Paris Maman (Solipam) pour faire face aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité faute de prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins (danger somatique, psychique, la relation mère enfant pouvant être gravement perturbée avec des conséquences souvent irréversibles).

Solipam a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés ainsi que les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois après la naissance.

Il a également pour objectifs de sensibiliser les professionnels de santé (médicaux, sociaux et institutionnels) aux spécificités du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes en situation de grande précarité (complexité et singularité de chacun d'eux), en mettant l'accent sur l'équation fondatrice du réseau SOLIPAM : « Grossesse + Précarité = Urgence Médicale ».

Le réseau est au service des femmes qui peuvent faire appel à la coordination sociale/et ou médicale à tout moment de leur parcours de soins. Il garantit une coordination réseau au service des professionnels de santé, pour assurer une action territoriale pluridisciplinaire concertée et adaptée à chaque situation. Il offre une plate-forme d'informations et d'échanges entre professionnels de santé pour optimiser l'impact de leurs actions sur la population vulnérable considérée.

## **b) Les établissements de santé :**

Les établissements de santé<sup>7</sup> constituent l'une des principales portes d'accès aux soins pour les publics en situation de précarité, notamment par le biais des services d'urgences. Un codage existe dans le PMSI qui permet de saisir le fait qu'un patient est en situation de précarité et de vulnérabilité, les codes Z55 à Z65 du chapitre XXI de la classification de la CIM 10<sup>8</sup> permettent de l'indiquer.

Dans son manuel de certification des établissements de santé<sup>9</sup>, la Haute Autorité de santé enjoint les établissements de santé à adapter leur organisation en vue de la prise en charge de personnes appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers et précise que « *Le management d'un établissement de santé doit assurer la mise en place de politiques et d'organisations permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces populations* ». Il est précisé qu'« *il appartient à chaque établissement d'identifier les populations qui le concernent particulièrement et de réaliser une auto-évaluation pour chaque population identifiée* ».

Des ressources existent au sein des établissements de santé :

---

<sup>7</sup> Les établissements de santé sont susceptibles de recevoir une dotation spécifique lorsqu'ils reçoivent une proportion importante de patients bénéficiaires des CMU, CMUC et AME. La MIG précarité vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations (cf. guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, <http://www.sante.gouv.fr/le-guide-de-contractualisation-des-dotations-financiant-les-missions-d-interet-general-mig.html>).

<sup>8</sup> [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2121/chapXXI\\_Cim\\_2009\\_1.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2121/chapXXI_Cim_2009_1.pdf)

<sup>9</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)  
Critère 19 a - Prise en charge de populations particulières au nombre desquelles les personnes démunies

- **Assistant(e)s du service social:**

Ils assurent le lien entre l'hôpital et la vie extérieure. Présents au sein des établissements, ils informent, orientent, aident les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, en leur assurant écoute, soutien, dans le respect du secret professionnel.

Les modes de contact avec le service social diffèrent selon l'organisation des services d'hospitalisation et la présence physique ou non d'un assistant du service social sur place. Les femmes se présentent parfois directement, ou bien elles sont orientées par le service de PMI, le service social de secteur, les professionnels de santé, le secteur associatif...

L'assistant du service social hospitalier intervient en maternité dans des cas très précis comme l'absence de couverture sociale, un travail à engager avec une PASS<sup>10</sup> ou une recherche d'aide à la sortie de maternité (hébergement, attribution de lait, de couches...). En matière d'accompagnement d'une femme enceinte impliquant la prise en compte de différents éléments médico-psycho-sociaux, un travail en équipe à l'intérieur de l'établissement, ainsi qu'une collaboration avec des partenaires extérieurs sont indispensables, et leur rôle est majeur.

Les interventions de l'assistant du service social visent plus particulièrement à :

- permettre l'accès aux soins et aux droits,
- organiser les conditions de sortie de l'établissement et de continuité des soins, en particulier si la femme ne dispose pas d'un hébergement stable.

Une étude a été menée sur une période de 15 jours (31 mai au 11 juin 2010) dans 13 maternités relevant de l'AP-HP<sup>11</sup> auprès des femmes accompagnées par le service social.

Sur 651 femmes<sup>12</sup> qui ont été accompagnées à un moment de la grossesse [- 392 en prénatal – 259 en postnatal (dont 167 connues en prénatal)], 251 d'entre elles n'avaient aucune couverture sociale au premier contact avec la maternité.

Après accompagnement par le service social, une solution a été trouvée pour 218 d'entre elles (régime général, CMU, CMUC, AME soins urgents). Seules 33 femmes ne relevaient d'aucune prise en charge<sup>13</sup>.

- **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS):** (cf. annexe 2)

Il s'agit d'un dispositif<sup>14</sup> adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

---

<sup>10</sup> Cf. infra

<sup>11</sup> Armand Trousseau, Bichat, Beaujon, Bicêtre, Béclère, Lariboisière, Louis Mourier, Necker, Pitié-Salpêtrière, Port Royal, Robert Debré, Saint Antoine, Tenon et l'HAD

<sup>12</sup> Au cours de la même période 1 164 accouchements ont été enregistrés dans les mêmes maternités)

<sup>13</sup> Une prolongation de séjour pour une raison sociale a été nécessaire pour 89 femmes. Dans la moitié des situations, elles étaient en attente d'un hébergement. Parfois cette attente d'hébergement était associée à une problématique de protection de l'enfance, et moins souvent relevait d'une évaluation de la relation mère-enfant.

Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels il apparaît au moment de la réalisation des actes qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;
- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

Les PASS sont majoritairement « généralistes », accueillant toute population précaire.

Cependant, quelques PASS spécialisées en périnatalité ont été créées dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007.

### c) Les services de PMI (cf. annexe 7)

Les missions du service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) sont réglementairement définies dans le code de la santé publique<sup>15</sup>. Elles comprennent notamment le suivi médical prénatal et post-natal des femmes enceintes, ainsi que le suivi médical des nouveau-nés et enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

Plus spécifiquement en matière de périnatalité, les mesures de prévention englobent l'accompagnement médical, psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères, en particulier des plus démunies. Le service départemental de PMI propose une approche pluridisciplinaire, une offre diversifiée (individuelle et collective), une prise en charge de proximité ouverte à tous, facilement accessible aux plus démunis, ne nécessitant pas d'avance de frais ou la preuve de l'ouverture de droits sociaux.

Cependant, pour la mise en œuvre de ces missions, les ressources des services de PMI sont variables d'un département à un autre.

Les services de PMI sont un acteur essentiel de la prévention dans le domaine périnatal, tout particulièrement parce qu'ils sont bien identifiés par certaines populations qui en fréquentent plus facilement les consultations du fait de leur proximité et de la facilité d'accès à celles-ci.

Les services de PMI participent aux réseaux de santé en périnatalité, travaillent en lien avec les établissements de santé et participent aux réunions et staffs qui sont organisés. Selon les organisations définies au plan local entre les services du conseil général et les directeurs des établissements de santé publics, des consultations prénatales peuvent se dérouler dans des établissements de santé publics.

### d) Offre de soins ambulatoire, notamment en secteur I :

Différents professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens,

---

<sup>14</sup> Créé par l'article L6112.6 du code de santé publique.

<sup>15</sup> Code de la santé publique, 2<sup>ème</sup> partie « Santé et famille », Livre 1<sup>er</sup> « Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

Gynécologues-médicaux, sages-femmes, échographistes, pédiatres, psychologues, infirmiers...) constituent en proximité autant de ressources pour la prise en charge et l'orientation des femmes et des enfants en situation de précarité, notamment lorsque, en ce qui concerne les médecins, ils sont conventionnés en secteur I.

## **B) Autres ressources mobilisables :**

### **a) Lieux ressources : caisses d'allocations familiales (CAF) et centres communaux d'action sociale (CCAS)**

Les CAF, assurent le versement des prestations familiales, du revenu de solidarité active (RSA) et des aides au logement. Elles sont organisées pour réagir et prendre en compte les événements et situations de fragilité sociale. Elles proposent de nombreux dispositifs de contact dans l'objectif de rendre accessible l'information et d'accompagner les démarches des allocataires à faible niveau d'autonomie administrative ("rendez-vous des droits", politique d'accueil téléphonique et physique, médiation administrative...). Une rencontre avec un travailleur social est systématiquement proposée aux familles fragilisées en raison d'une situation ou d'un événement particulier. Les CAF financent par ailleurs l'intervention de technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) et d'auxiliaires de vie sociale (AVS), et peuvent attribuer des aides financières individuelles.

Les Centres communaux d'action sociale ont été créés par le décret-loi n° 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance, complété par les décrets n°s 54-661 du 11 juin 1954 et 55-191 du 2 février 1955. Ils ont pris la suite des bureaux d'aide social. Les CCAS sont présidés de plein droit par le maire de la commune. Leur conseil d'administration est constitué paritairement d'élus locaux désignés par le conseil municipal et de personnes qualifiées dans le secteur de l'action sociale, nommées par le maire. On compte parmi celles-ci un représentant des associations familiales, un représentant des associations de personnes handicapées, un représentant des associations de retraités et de personnes âgées, et un représentant des associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion.

L'Etat leur délègue une compétence globale dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, consécutivement aux lois de décentralisation. Aujourd'hui, les CCAS interviennent, auprès d'un large public mais aussi plus particulièrement auprès des populations défavorisées, dans de nombreux domaines tels que : services d'aide à domicile, soutien au logement et à l'hébergement, petite enfance, enfance/jeunesse, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, soutien aux personnes en situation de handicap.... Ils instruisent des demandes d'aide sociale légale (aide médicale, RSA, aide aux personnes âgées...) et les transmettent aux autorités décisionnelles compétentes telles que le conseil général, la préfecture ou les organismes de sécurité sociale. Dans le domaine de l'enfance, ils gèrent notamment des crèches, des haltes garderies, des centres aérés.

Les CCAS peuvent apporter un soutien spécifique aux femmes enceintes en situation de précarité dans le cadre de l'aide sociale facultative, qui constitue souvent l'essentiel de la politique sociale de la commune : secours d'urgence, prêts sans intérêt, colis alimentaires, chèques d'accompagnement personnalisé.

## **b) Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)**

Les CPEF sont susceptibles de répondre à certains besoins (contraception, IVG...) exprimés par les femmes en situation de précarité. Leur recensement<sup>16</sup> en métropole et dans les DOM est effectué par le ministère chargé de la santé et les coordonnées de ces centres de planification ou d'éducation familiale sont régulièrement actualisées et disponibles sur le site de celui-ci.

## **c) Structures d'addictologie :**

- Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non). Ils fonctionnent en ambulatoire et/ou avec hébergement. <http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles->

- Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux dont la mission est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants. Ils visent à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs. <http://www.drogues-info-service.fr/?-Adresses-utiles->

## **d) La plate-forme téléphonique « 39.19 » :**

Les femmes victimes de violence peuvent bénéficier d'une écoute anonyme auprès de la plateforme téléphonique « 39.19 ».

Le 3919 « Violences Femmes info » est, en effet, le numéro de référence d'écoute téléphonique à destination des femmes victimes de violences (violences conjugales, violences sexuelles, mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, violences au travail...), à leur entourage et aux professionnels concernés. Anonyme, accessible, gratuit depuis un poste fixe ou mobile en métropole, comme dans les DOM, ce numéro national garantit une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 22h, les samedi, dimanche et jours fériés de 9h à 18h.

Cette plate-forme assure un premier accueil des femmes victimes de violences sexistes et une réponse directe et complète pour les situations de violences conjugales. Pour les autres types de violences dont sont victimes les femmes, le 3919 assure une réponse de premier niveau et effectue une orientation ou un transfert d'appel vers les numéros téléphoniques nationaux ou locaux des associations partenaires en fonction de la thématique concernée.

## **e) Ateliers collectifs maternité organisés par la CNAMTS :**

Les ateliers maternité ont été institués depuis 2008 par la CNAMTS pour les femmes en situation de précarité, sur la base du constat que les femmes relevant de la CMU-C et de l'AME bénéficiaient globalement d'une moins bonne surveillance de leur grossesse. Ces ateliers, organisés localement par les caisses primaires, ont pour objet d'améliorer l'accès aux droits et aux

---

<sup>16</sup> <http://www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>

soins des femmes enceintes, de faciliter leurs démarches et de les accompagner, par exemple vers les services de PMI.

Ces ateliers sont animés par un conseiller de l'Assurance Maladie, un conseiller de la caisse d'allocations familiales et par un professionnel de santé impliqué en périnatalité, le plus souvent une sage-femme. (<http://www.ameli.fr/>).

#### **f) Services d'interprétariat professionnel :**

La méconnaissance de la langue française a pour conséquence, en particulier dans le domaine de la santé, de rendre l'accès à l'information et aux soins plus compliqué pour certaines populations immigrées. Le Comité interministériel à l'intégration<sup>17</sup> a souligné le besoin de « *développer l'interprétariat afin de permettre un dialogue plus facile entre soignants et personnes étrangères dans les établissements de soins, les centres de santé, les services de la PMI et les associations intervenant dans le domaine de la santé des migrants* ».

- Un certain nombre d'associations mettent à disposition un service d'interprétariat par téléphone auquel les professionnels de santé et du social peuvent faire appel, ces interprètes étant tout à la fois des « *traducteurs de mots et des décodeurs de comportements* ».
- La liste des associations ayant signé la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France est détaillée dans la charte de l'interprétariat médical et social<sup>18</sup> adoptée en novembre 2012. Certaines d'entre elles interviennent au niveau local ou régional, d'autres au niveau national (ISM interprétariat<sup>19</sup>).

#### **g) Secteur associatif**

Certaines associations constituent une ressource de proximité et offrent un accompagnement plus ou moins diversifié en fonction des publics qu'elles accueillent, des priorités qu'elles définissent et des moyens dont elles disposent (médecins, travailleurs sociaux, structures...). La liste qui suit n'est pas exhaustive mais propose un certain nombre de grandes associations « têtes de pont » au niveau national qui disposent de relais au niveau local.

Chaque établissement de santé, chaque professionnel libéral est invité à enrichir la liste des ressources disponibles au niveau local, en lien avec le réseau de santé de périnatalité auquel il participe, afin de la mettre à disposition des professionnels de santé et du social.

<sup>17</sup> Comité interministériel à l'intégration du 10 avril 2003

<sup>18</sup> [http://www.migrationssante.org/fichiers/File/Charte\\_diffusion\\_electronique2013\\_12.pdf](http://www.migrationssante.org/fichiers/File/Charte_diffusion_electronique2013_12.pdf)

<sup>19</sup> ISM interprétariat : association d'interprètes en milieu social, médical, juridique et administratif. Intervient, 24h/24 et 7 jours/7 dans près de 100 langues et dialectes (300 interprètes formés et encadrés). Actuellement, environ 80% des prestations d'interprétariat concernent chaque année le secteur de la santé. Ils interviennent, soit dans des permanences (physiques) notamment en IDF, soit par téléphone au 01 53 26 52 62 <http://ism-interpretariat.com/prestations/telephone/>

- **Médecins du monde**<sup>20</sup>

Au sein de ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), l'association Médecins du monde accueille des femmes enceintes. En 2012, elles représentaient près de 4 % de l'ensemble des femmes reçues en consultation médicale<sup>21</sup>. Parmi ces femmes enceintes, 9 % étaient sans domicile, près de la moitié présentaient un retard de suivi de grossesse et 70 % nécessitaient des soins urgents. Concernant leur protection sociale, moins de 10 % d'entre elles disposaient de droits ouverts.

Des délégations régionales<sup>22</sup>, au nombre de 15, assurent la mise en œuvre d'une stratégie adaptée aux spécificités locales, visant à défendre l'accès aux soins des populations vulnérables. Elles assurent en particulier des formations médicales et paramédicales en lien avec la précarité.

- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)**

Les associations de lutte contre la pauvreté, regroupées au sein de l'UNIOPSS, travaillent sur l'accès aux soins des populations précaires. Elles ont élaboré un guide pratique à destination des professionnels qui les accompagnent<sup>23</sup>.

- **Croix Rouge française**

Dans le cadre des actions qu'elle mène sur le territoire national, la Croix-Rouge intervient par délégation de certains conseils généraux en matière de protection maternelle et infantile, d'accueil et d'hébergement, d'accueil du jeune enfant de manière régulière, occasionnelle ou en urgence<sup>24</sup>.

- **Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)**

La FNARS met à la disposition des professionnels un annuaire<sup>25</sup> qui présente les conditions d'accueil de certaines populations spécifiques (mineurs, femmes enceintes, mères isolées avec enfant de moins de 3 ans...) dans les établissements d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes en difficulté sociale pour chaque département. Certaines associations, comme l'association Aurore, sont très impliquées dans la prise en charge des femmes enceintes ou accompagnées de nouveau-nés.

- **Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF)**<sup>26</sup>

La FNSF est une association loi 1901<sup>27</sup> qui assure deux grandes missions :

- La gestion d'un service de téléphonie (créé en 1992) ayant une couverture nationale : « Violences Femmes Info » - 3919.

<sup>20</sup> <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/A-l-occasion-de-la-Journee-du-refus-de-la-misere-Medecins-du-Monde-publie-son-Observatoire-2013>

<sup>21</sup> <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Synthese-du-Rapport-de-l-Observatoire-de-l-acces-aux-soins-2013>

<sup>22</sup> <http://www.medecinsdumonde.org/Medecins-du-Monde/Delegations-regionales>

<sup>23</sup> [http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2012/J\\_octobre\\_2012//66651\\_Livret\\_acces\\_aux\\_soins.pdf](http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2012/J_octobre_2012//66651_Livret_acces_aux_soins.pdf)

<sup>24</sup> <http://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Prevenir-protger/Enfance-et-famille>

<sup>25</sup> <http://annuaire.action-sociale.org/?cat=centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214>

<sup>26</sup> Association de loi 1901 qui a déposé ses statuts le 4 février 1987

<sup>27</sup> Dépôt des statuts 4 février 1987

- L'animation d'un réseau national de 65 associations. Ces associations, adhérentes à une charte commune, se fixent comme principaux objectifs auprès des femmes de :
  - donner la parole aux femmes victimes de violences conjugales et mettre en place des moyens leur assurant une sécurité
  - proposer un accompagnement spécifique favorisant l'autonomie, la solidarité entre femmes, la - réflexion et l'action collective
  - lutter contre la banalisation des violences sexistes pour susciter les prises de conscience individuelles et collectives et faire évoluer les mentalités et les comportements
  - assurer une fonction de vigilance et réactive dans la défense des droits des femmes.

- **ATD Quart Monde**

Les « réseaux professionnels Wresinski » portent le nom du fondateur d'ATD Quart Monde. Ils mettent en lien des personnes (professionnels, militants associatifs et syndicaux, élus, etc.) membres du mouvement ATD Quart Monde ou non, qui dans leur domaine d'activité, ont le souci d'atteindre et d'associer les personnes très pauvres elles-mêmes.

Ces réseaux constitués sur différentes thématiques permettent aux participants de s'encourager, de confronter leurs expériences et réflexions. Il existe un réseau Famille-Petite enfance<sup>28</sup>.

- **Comité médical pour les exilés (COMEDE)<sup>29</sup>:**

Destinées aux exilés, réfugiés, migrants/étrangers en situation précaire et aux professionnels et personnes qui leur viennent en aide face à des problèmes de santé, les permanences téléphoniques sont assurées par les professionnels du COMEDE, médecins et psychologues référents. Pour ceux qui ne peuvent venir avec un accompagnant parlant français ou anglais, le centre de santé du COMEDE propose des consultations avec interprètes de différentes langues ou dialectes. Un centre de santé assure également un service d'accès aux soins de santé pour les patients encore dépourvus de protection maladie suffisante ainsi que des consultations médicales et d'infirmières gratuites, et la délivrance de médicaments.

### C) Ressources dans le champ social

#### **a) Hébergement :**

En application des dispositions de l'article L.222-5 du code de l'action sociale et des familles, les femmes isolées sans domicile accompagnées d'enfants de moins de trois ans, ont vocation à être prises en charge dans les centres mères/enfants relevant du Conseil général.

Pour faciliter l'accès à une solution d'hébergement, il convient de se rapprocher d'abord des services du Conseil général chargés de l'aide sociale à l'enfance.

---

<sup>28</sup> <http://www.fnars.org/annuaire-fnars-607>

<sup>29</sup> <http://www.comede.org/>

En l'absence de prise en charge par le Conseil général, le service intégré d'accueil et d'orientation départemental (SIAO<sup>30</sup>) qui assure la centralisation des demandes et des offres d'hébergement et qui est à même d'identifier la structure la plus adaptée à la situation de la mère, pourra intervenir et les orienter vers une structure du dispositif d'hébergement et d'accès au logement.

En effet, comme toute personne sans domicile, les femmes enceintes ou accompagnées de nouveau-nés ont accès au dispositif d'hébergement et d'accès au logement mis en place dans le département sous l'autorité du préfet.

Sur la base d'une évaluation par un professionnel du travail social de leur situation sociale et personnelle, elles seront orientées par le SIAO, présent dans chaque département, vers la réponse la plus adaptée à leur situation. Elles pourront bénéficier d'un accompagnement adapté en vue de leur faciliter, chaque fois que possible, l'accès à un logement autonome.

Cet hébergement peut prendre les formes suivantes :

- Centres et hôtels maternels
- Hébergement d'urgence
- Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. Les CHRS peuvent être spécialisés dans l'accueil d'un public comme les femmes isolées accompagnées d'enfants. C'est un élément que le SIAO prend en compte dans la définition de l'orientation proposée à la personne.
- Lits halte soins santé : destinés à des personnes sans domicile qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation ;
- Appartement de coordination thérapeutique (ACT)<sup>31</sup>.

#### **b) Professionnels de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et professionnels de la justice.**

La cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation<sup>32</sup> est un dispositif lié à la protection de l'enfance, créé par la loi du 5 mars 2007. Les professionnels de la santé et du social et les établissements de santé doivent identifier le numéro d'appel de la cellule de leur département afin d'être en mesure de demander un avis ou conseil lorsqu'ils sont confrontés à une situation susceptible de relever de l'ASE.

---

<sup>30</sup> Circulaire du 8 avril 2010 :

<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=31321>

<sup>31</sup> Il est précisé que l'orientation vers un lit halte soins santé ou vers un appartement de coordination thérapeutique ne peut être faite que par un médecin. C'est donc de la maternité que l'orientation doit être faite.

<sup>32</sup> [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_Cellule\\_depart\\_3\\_BAT.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Cellule_depart_3_BAT.pdf)

## Deuxième objectif : organisation adéquate du travail collaboratif

L'organisation de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité doit prendre en compte la double nécessité d'identifier un interlocuteur unique pour la femme et de disposer d'une prise en charge multidisciplinaire, mobilisable rapidement.

Le travail engagé pour améliorer l'accueil et l'accompagnement de ces femmes aura par ailleurs un impact bénéfique sur la prise en charge de l'ensemble des femmes.

### A) Au sein des structures de prise en charge:

1) **Désigner un responsable en interne** à l'établissement de santé chargé de l'organisation générale et des relations ville-hôpital.

Dans la mesure du possible, il convient d'identifier un professionnel de santé au sein de l'équipe qui sera l'interlocuteur privilégié de la femme enceinte. Plusieurs types d'organisation existent :

- Une sage-femme référent(e) est identifié(e) : c'est l'interlocuteur médical unique au sein de l'établissement de santé pour tous les professionnels. Cet interlocuteur est joignable directement et rapidement (numéro de téléphone dédié) :
  - en interne (consultations, service social, service des urgences, service de psychiatrie, service d'addictologie, PASS...)
  - par les professionnels de l'extérieur (services de PMI, médecins généralistes, sages-femmes libérales, pédiatres, unité d'addictologie, secteur associatif...). Cf. exemple de l'Unité médico-psycho-sociale en périnatalité (UMPSP) à la maternité du CHU d'Angers (annexe 3).
- Une équipe pluridisciplinaire prend en charge les femmes qui lui sont adressées par l'équipe obstétricale, elle-même sensibilisée au repérage de situations complexes : les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire interviennent en complémentarité. Cette équipe intervient d'ailleurs sur toutes les situations complexes (violences, mutilations sexuelles...) ayant un impact sur la santé des femmes. Cf. exemple de l'Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) au CHU de Nantes (annexe 3).

2) **Impulser une démarche de sensibilisation, voire de formation, de l'équipe** entendue au sens large (accueil et secrétariat compris) à la notion de vulnérabilité. Certaines ressources internes ou externes sont mobilisables : assistante sociale hospitalière, PASS, service de PMI, secteur associatif...

Des thématiques de formation peuvent être identifiées en mobilisant notamment les réseaux de santé en périnatalité ou le secteur associatif impliqués dans le champ de la précarité en lien avec la périnatalité (Médecins du monde, ATD Quart Monde, associations de femmes relais...), afin de

savoir reconnaître les situations de vulnérabilité (isolement, difficultés d'hébergement, problématique de l'accès aux droits insuffisance des revenus, situation de violences intrafamiliales, approche socioculturelle...).

3) **Créer les conditions favorables pour l'accueil** des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

- Rendre visibles les lieux, les circuits : améliorer la signalétique des consultations, des laboratoires, du service social, des différents services, de la PASS...

- Rechercher de la souplesse dans l'accueil, par exemple en adaptant les horaires (en cas de retard de la femme) ou en prévoyant des plages horaires de consultation sans rendez-vous, certaines femmes ayant du mal à se plier à des contraintes d'horaire.

4) **Evaluer à intervalle régulier le dispositif** mis en place et le faire évoluer si nécessaire.

### **B) Modalités d'organisation du travail en partenariat**

L'objectif est **d'apprendre aux différents acteurs impliqués dans cette prise en charge à travailler ensemble**, dans le respect des missions de chacun, et d'élaborer des prises en charge définies en collaboration.

Les modalités d'organisation de cette collaboration sont variées et peuvent se traduire par :

- la signature de conventions entre les services de protection maternelle et infantile et les établissements de santé, se traduisant par un rapprochement des équipes et l'intervention de sages-femmes de PMI au sein des consultations prénatales, sur la base de modalités de travail communes. C'est par exemple l'organisation, reconduite depuis 1977, mise en œuvre entre le département de Paris et les maternités de l'AP-HP ;
- la mise en œuvre de procédures de partenariat entre un établissement de santé et le secteur associatif pour définir, par exemple, les modalités de demande d'hébergement d'une femme pendant une grossesse ou dans les suites d'un accouchement ;
- la définition des modalités de travail entre l'établissement de santé et les sages-femmes libérales et les sages-femmes de PMI. Elles interviennent à des moments clefs propices au repérage des difficultés rencontrées par les femmes (première consultation prénatale, entretien prénatal précoce, visites à domicile...) et elles occupent une place privilégiée pour tisser un lien de confiance avec les femmes et les familles. Leur participation aux staffs de coordination interdisciplinaires leur permet d'échanger sur des situations à risque, de réfléchir à l'adaptation des conduites à tenir au cas par cas, d'anticiper la sortie de maternité et le suivi postnatal en complémentarité avec les autres professionnels ;
- L'organisation de formations réunissant professionnels de santé et intervenants associatifs afin de croiser les connaissances médicales et de « terrain ».

### Troisième objectif : identification des femmes en situations de vulnérabilité

L'identification des situations de vulnérabilité ne doit pas conduire à stigmatiser ces femmes ou à les priver de leur droit à prendre les décisions les concernant. Elle n'est légitime que pour permettre d'organiser le plus rapidement possible au cours de la grossesse une prise en charge de droit commun. Certaines situations difficiles seront évidentes, tandis que d'autres pourront être, soit minimisées, soit cachées par la femme qu'il s'agira de mettre en confiance.

Un certain nombre d'outils, identifiés dans le cadre des travaux de la CNNSE, sont présentés pour permettre aux professionnels de santé de s'en inspirer :

- Intégration d'items au dossier obstétrical : l'intégration d'items concernant les conditions de vie (conditions d'hébergement) et de prise en charge (assurance maladie, mutuelle) à la fiche d'inscription peut permettre de réaliser une première distinction des femmes concernées (cf. annexe 5).
- Un dialogue personnalisé et attentif doit s'engager à l'initiative du professionnel de santé avec chaque femme pour recueillir ses attentes et repérer d'éventuelles difficultés. Le groupe de travail propose ainsi de s'appuyer sur une grille de repérage des situations de vulnérabilité (cf. annexe 4). Ces items peuvent aussi être intégrés au dossier obstétrical.

En fonction de la situation exposée par la femme, le professionnel approfondira ou non chacun des aspects du questionnaire. Celui-ci n'a effectivement pas vocation à être lu in extenso. Il ne s'agit que de propositions de formulations que chaque professionnel doit s'approprier. De même, l'ensemble des items ne sera pas forcément renseigné dès la 1<sup>ère</sup> consultation. L'instauration d'un lien de confiance favorisé par le suivi par le même professionnel au cours du suivi de grossesse permettra de mieux appréhender la situation.

Par ailleurs, la situation est susceptible d'évoluer pendant la grossesse, ce qui nécessite de rester vigilant pendant toute la durée de celle-ci.

## II- En pratique : comment accompagner les femmes en situation de vulnérabilité ?

Le besoin d'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité recouvre des situations très diverses ; l'accompagnement sera individualisé pour répondre aux besoins spécifiques de chaque femme.

### A) La prise en charge sanitaire :

#### a) Les réseaux de santé en périnatalité<sup>33</sup>

Ils n'ont pas vocation à prendre en charge les situations individuelles.

---

<sup>33</sup> Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Cependant, ils doivent s'emparer de la thématique pour mettre en place des solutions adéquates :

- 1) Sensibilisation/ formation pluridisciplinaire des professionnels ;
- 2) Elaboration d'outils mis à disposition des professionnels (fiches de liaison, modèles de convention...);
- 3) Développement des collaborations nécessaires (professionnels libéraux - centres de santé-établissements de santé - services de PMI - réseaux de santé-secteur associatif...) pour permettre l'accès aux soins et la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes en situation de vulnérabilité ;
- 4) Modalités de transmission des informations qui soient transparentes pour les familles ;
- 5) Elaboration d'outils d'information à l'intention des familles (traductions, outils adaptés aux handicaps...).

### **b) Prise en charge par l'assurance maladie / maternité.**

Une fiche détaillée et actualisée des droits à l'assurance maladie et à l'assurance maternité figure en annexe 4 de ce document.

L'absence de preuve d'ouverture de droits ne doit pas constituer un obstacle à la prise en charge médicale. Pour autant, la situation de la femme au regard de l'assurance maladie (ou maternité en fonction du terme) nécessite d'être éclaircie dès le premier contact.

A cette fin, le professionnel de santé peut solliciter le concours de l'assistante sociale de l'établissement de santé ou de secteur. Différentes associations peuvent également contribuer à accompagner la femme dans ses démarches<sup>34</sup>. Une orientation vers le service de PMI peut permettre une prise en charge plus rapide, en l'absence de droits ouverts.

### **c) Prise en charge par le professionnel de santé :**

Le professionnel de santé doit :

#### **1- Veiller à délivrer une information pertinente et complète aux femmes en s'assurant de la bonne compréhension des informations reçues.**

Les messages à délivrer sont les mêmes que pour toutes les femmes enceintes, mais le professionnel doit s'assurer de la bonne compréhension de la femme et ne pas compter sur des connaissances a priori (du système de santé, du calendrier des examens prénatals, des contenus de prévention, etc.).

##### 1-1 Sur le suivi de grossesse :

L'information est celle apportée à toute femme enceinte (déroulement de la grossesse, examens obligatoires ou proposés) : présentation et rappel du calendrier de suivi d'une grossesse (hors contexte pathologique qui nécessiterait une adaptation de celui-ci) :

---

<sup>34</sup> [http://www.comede.org/IMG/pdf/guide\\_comede\\_2013.pdf](http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf), en particulier chapitre « accès aux soins »

- Préciser le nombre de visites avec information sur le contenu et l'utilité de ceux-ci, nécessitant la réalisation de bilans sanguins en laboratoire d'analyse de biologie médicale, d'éventuels autres prélèvements et des 3 échographies recommandées ;
- Proposer un entretien prénatal précoce, à réaliser soit en établissement de santé, soit auprès d'une sage-femme exerçant en service de PMI ou en ville : s'assurer dans ce cas avec la femme que le rendez-vous est pris et qu'elle possède les coordonnées nécessaires ;
- S'assurer que la déclaration de grossesse a bien été adressée à la caisse d'assurance maladie dont la femme dépend et lui proposer de l'aide si nécessaire ;
- Délivrer les messages de prévention.

#### 1-2 Sur le choix d'une maternité :

L'orientation de la femme vers l'établissement de santé qui la prendra en charge doit être définie dès le début de la grossesse ou, à défaut, lors du premier contact avec un membre de l'équipe obstétricale. L'orientation sera faite au cas par cas en fonction des préférences de la femme (ou du couple), de son lieu d'habitation ou d'hébergement, des structures à proximité et du niveau de risque maternel et fœtal.

Certaines situations à risque peuvent cependant amener à réviser le choix initial. Aussi l'information des femmes doit-elle intégrer l'éventualité d'une réorientation vers un établissement de santé d'un type plus adapté au risque identifié en cours de grossesse.

La Haute Autorité de santé a produit plusieurs recommandations à l'attention des femmes qui peuvent être reprises à cet effet<sup>35</sup>.

#### 1-3 Sur l'IVG, le cas échéant

Il est important que chaque femme puisse décider, dans le délai fixé par la loi, d'interrompre ou de poursuivre la grossesse en fonction du contexte qui est le sien. L'accès à l'IVG peut s'avérer plus complexe encore pour une femme lorsqu'elle se trouve en situation de précarité. Il est donc essentiel qu'elle soit, dès le premier contact avec un professionnel de santé, pleinement informée de ses droits et correctement orientée en fonction du terme de la grossesse, de son choix concernant la méthode d'IVG qui sera utilisée et de l'offre locale disponible.

Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sont susceptibles de répondre à certains besoins (IVG, contraception...) exprimés par les femmes en situation de précarité. Leur recensement en métropole et dans les DOM est effectué par le ministère chargé de la santé et leurs coordonnées sont régulièrement actualisées et disponibles sur le site de celui-ci<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> *Comment mieux informer les femmes enceintes* (avril 2005) et *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* (mai 2007)

<sup>36</sup> <http://www.sante.gouv.fr/ivg.html>

Il convient de rappeler que, depuis 2009, les CPEF ainsi que les centres de santé<sup>37</sup> ayant conclu une convention entre un de leurs médecins et un établissement de santé public ou privé peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par mode médicamenteux (jusqu'à 5 semaines de grossesse).

L'attention des professionnels doit être attirée sur la nécessité d'orienter la femme en situation de précarité vers une structure dont l'organisation permet la réalisation sur site des examens complémentaires préalables à la réalisation d'une IVG (bilan sanguin, échographie...). Il faut en effet éviter une orientation occasionnant délais et coûts supplémentaires.

#### 1-4 Sur l'accouchement sous le secret

Toute femme peut demander lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par l'établissement de santé. Préalablement, d'une part, la femme sera informée des aides qui existent pour les parents pour garder et élever leur enfant et notamment l'hébergement de la mère et de l'enfant en centre maternel, les aides financières de la CAF et du conseil général, les aides éducatives, l'accueil provisoire de l'enfant en pouponnière ou famille d'accueil... D'autre part, une information lui sera faite sur les conséquences de sa demande (cf. article L.222-6 du code de l'action sociale et des familles) et sur la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité.

Un document explicitant la procédure et les droits est remis à la femme qui accouche sous le secret. En outre, la femme peut bénéficier d'un accompagnement psychologique et social mis en œuvre par le conseil général (ASE ou PMI).

Afin de garantir le droit de l'enfant à connaître ses origines la mère est invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance, et sous pli fermé, son identité. Aucune pièce d'identité ne peut être exigée et il ne peut être procédé à aucune enquête.

L'ensemble des formalités est accompli, sous la responsabilité des personnes désignées par le président du conseil général comme correspondants départementaux du Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) ou à défaut sous celle du directeur de l'établissement de santé. Un double du document comprenant les renseignements laissés par la mère lui est remis et le pli est conservé sous la responsabilité du président du conseil général et versé au dossier de l'enfant.

L'identité de la mère sera révélée dans les conditions prévues à l'article L.147-6 du code de l'action sociale et des familles.

---

<sup>37</sup> Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

## 2 - Renforcer l'accompagnement :

Les femmes peuvent éprouver des difficultés à s'orienter et à organiser leur propre suivi de grossesse. Ces difficultés sont majorées lorsque des événements de vie introduisent des ruptures pendant la période anténatale. Une attention bienveillante doit être portée aux femmes enceintes en situation de précarité afin de les accompagner efficacement dans leur suivi de grossesse et éviter des ruptures de soins et/ou un recours accru aux urgences.

Dans certains cas, la femme est orientée par un autre professionnel (de service de PMI par exemple) ou une association.

Dans d'autres cas, la femme peut se présenter directement. En ce cas, il faut penser à faciliter et simplifier l'accès au secrétariat.

Dès la prise de contact (prise de rendez-vous, première visite...) et pour toutes les femmes, il convient de mettre en place une organisation propre à :

- Améliorer l'accueil :
  - porter une attention bienveillante, en particulier vis-à-vis des femmes qui éprouvent des difficultés de compréhension et/ou d'expression, des difficultés d'ordre administratif ou qui sembleraient mal à l'aise...
  - être compréhensif face à un défaut de ponctualité, à l'absence de papiers administratifs et médicaux, à un comportement « atypique » (ex : femmes se présentant à plusieurs pour un rendez-vous)...
  - informer l'équipe soignante des difficultés rencontrées, y compris si la personne est partie avant de rencontrer un de ses membres. Recontacter la femme afin qu'elle ne soit pas perdue de vue.
  
- Faciliter l'orientation des femmes, en interne ou en externe :
  - vers les services médicaux : en prenant par exemple les rendez-vous avec elles, en les accompagnant dans le service d'adressage (ex. pour faire une échographie, des prélèvements biologiques...).
  - vers les services sociaux, lorsqu'un problème d'accès de la femme à ses droits en matière de santé est identifié (cf. annexe 3).

## 3 - Au total, cette prise en charge doit s'attacher à :

- Éviter tout retard dans le suivi de grossesse et, le cas échéant, organiser le rattrapage des consultations ou examens nécessaires à la surveillance de la grossesse en cas de déclaration tardive de celle-ci ou de suivi irrégulier (proposition de dépistage de la trisomie 21 au 2<sup>ème</sup> trimestre, consultations obligatoires manquées, échographies, bilans biologiques non réalisés, etc.).
- Anticiper, dès le suivi de grossesse et en fonction de la situation, les relais à mettre en place pour organiser la sortie de maternité pour la femme et l'enfant (cf. document de la CNNSE « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », octobre 2013, et

recommandations de la HAS « *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés* », mars 2014).

Il s'agit d'éviter les ruptures de soin en :

- organisant systématiquement avec la femme les rendez-vous d'une fois sur l'autre, en s'appuyant sur des outils de suivi (carnet de maternité notamment) qui permettent d'évaluer le bon déroulement de la surveillance de grossesse ;
- tenant compte des contraintes matérielles (situation financière, manque de mobilité, isolement en zone rurale, situation de handicap...) de la femme lorsqu'on l'adresse pour un examen complémentaire (ex. : échographies si celles-ci ne sont pas faites sur place).

#### **d) Prise en charge globale de la femme:**

La prise en charge sanitaire doit s'inscrire dans un cadre collaboratif plus large, faisant intervenir d'autres professionnels de santé mais aussi des acteurs sociaux, institutionnels ou associatifs.

Une collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle « en routine » permet aux professionnels d'« acquérir un état d'esprit et une culture communs » leur permettant d'apprendre à réfléchir ensemble autour de situations complexes. L'acquisition d'une culture commune bénéficiera d'ailleurs à la prise en charge de l'ensemble des femmes.

L'organisation du travail collaboratif doit exister en dehors de toute problématique de précarité, dès le suivi de la grossesse jusqu'à la période post-natale. Les professionnels intervenant pendant la grossesse et au moment de la naissance sont amenés à détecter et prendre en charge de situations parfois complexes. Ils éprouvent le besoin de ne pas travailler de manière isolée afin de pouvoir échanger et définir en concertation des modalités de suivi de la femme enceinte ou du couple mère-enfant.

#### **En période prénatale :**

##### **o Entretien prénatal précoce**

L'entretien prénatal précoce (EPP) doit être proposé au début de la grossesse, de préférence dès premier trimestre. Cependant, s'il n'a pu être réalisé dans ces délais, il doit quand même toujours être proposé aux femmes. Il est organisé par la maternité, par les services de PMI, ou en secteur libéral (par les sages-femmes majoritairement). Les professionnels qui le réalisent doivent avoir reçu une formation adéquate et avoir constitué un solide réseau de professionnels vers lesquels ils peuvent adresser la femme (ou le couple) lorsqu'une vulnérabilité est suspectée ou constatée. Un retour des informations utiles est également systématiquement réalisé vers le professionnel qui assure le suivi prénatal<sup>38</sup>.

Cet entretien, proposé de manière individuelle à la femme (ou au couple), a pour objectifs essentiels:

---

<sup>38</sup> HAS, préparation à la naissance et à la parentalité

- de lui donner un espace de parole : favoriser l'expression de ses attentes, de ses besoins d'information, de prévention, de ce qu'elle souhaite pour le déroulement de cette grossesse (son projet de naissance) ;
- de repérer des situations de vulnérabilité, de stress (lié par exemple au déroulement difficile d'une grossesse précédente), d'isolement ou des signes de violence intra familiale<sup>39</sup>...). Pour aider les professionnels de santé à repérer des situations de violences, la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a soutenu la réalisation d'outils pédagogiques destinés aux professionnels de santé, dont un centré sur la grossesse<sup>40</sup>. Ce « repérage » ne se conçoit que pour permettre d'orienter la femme vers un éventuel soutien spécialisé afin de mettre en œuvre et d'ajuster les interventions médicales et éventuellement sociales et psychologiques nécessaires ;
- de lui donner des informations utiles sur les ressources de proximité auxquelles elle peut faire appel;
- de créer des liens sécurisants pour elle-même et son couple, en lien avec les autres partenaires impliqués dans le suivi prénatal afin que celui-ci soit mené de manière continue et cohérente.
  - **Staff de coordination prénatal** (cf. annexe 6)

Un staff de coordination (parfois appelé « staff de parentalité ») permet aux professionnels de la grossesse et de la naissance d'échanger sur les situations de vulnérabilité ou de précarité des femmes enceintes et des nouveau-nés et de proposer un suivi adapté.

Il concerne les futures mères particulièrement fragilisées et réunissent selon les situations obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, médecins ou sages-femmes de PMI, représentants du service social, service de l'aide sociale à l'enfance...

Il est mis en place, soit de manière systématique dans certains services, soit au cas par cas lorsqu'une situation individuelle difficile est identifiée. Il a pour objet d'évaluer, dès le stade anténatal, les situations présentant des facteurs de risque, pour proposer, après concertation, une orientation et un soutien adapté. Cela nécessite d'obtenir l'adhésion du (ou des) parent(s) à ce type d'aide qui implique de partager entre professionnels certaines informations utiles au titre de la mise en œuvre d'actions de prévention.

#### En période post-natale immédiate :

Il s'agit de préparer, si nécessaire, le retour des parents à leur domicile.

- **Intervention de la PMI**

---

<sup>39</sup> <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/-La-mission-interministerielle-de,91-.html>

<sup>40</sup> <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/JOURNEE-INTERNATIONALE-DES-DROITS.html>: « Anna »: un outil pédagogique à destination des professionnel-le-s de santé.

À cet égard, il importe qu'une articulation soit faite entre les professionnels de la maternité et ceux du service de PMI. La loi du 5 mars 2007 prévoit en effet une mise en contact à la maternité des professionnels de la PMI avec les parents.

A cette occasion, le professionnel de PMI explique les missions, le rôle et l'organisation du service de PMI, et propose ses services, en cas de besoin, lors du retour au domicile. Il annonce la visite à domicile de la puéricultrice si celle-ci est déjà prévue, notamment parce qu'un accompagnement a été mis en place pendant la grossesse ou parce que des difficultés apparaissent lors du séjour à la maternité.

#### o **Staff de coordination postnatal**

Pour ces réunions, outre la participation des services de PMI, il est utile d'associer, en fonction des situations rencontrées, les professionnels libéraux (médecin traitant, obstétricien, sage-femme), les travailleurs sociaux, les professionnels du secteur pédopsychiatrique ou psychiatrique qui peuvent intervenir autour d'une femme qui vient d'accoucher.

Elles permettent d'anticiper et d'ajuster, entre institutions et professionnels, un accompagnement de la mère et de son enfant par un suivi personnalisé et attentif à la sortie de maternité, en lien avec le professionnel « référent de maternité » désigné dans le cadre de la coordination des soins lors de la sortie de maternité.<sup>41</sup>

La continuité et la cohérence des interventions constituent le fondement de la prise en charge médico-psycho-sociale en périnatalité. Les modalités de mise en œuvre de ces staffs ont été définies dans le cadre d'une circulaire dont les principes demeurent d'actualité.<sup>42</sup>

#### **Outils de liaison utilisables pour les échanges entre professionnels :**

- **Fiche de synthèse de l'entretien individuel ou en couple<sup>43</sup>** : cette synthèse est transmise, avec l'accord de la femme, au professionnel qui met en œuvre les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même) et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte ;
  
- **Fiches proposées par le groupe de travail :**
  - o fiche-type de compte rendu de staff de coordination prénatal (cf. annexe 6)
  - o fiche-type de compte rendu de staff de coordination postnatal (cf. annexe 6)

---

<sup>41</sup> CNNSE, « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », juin 2013, et HAS « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né », mars 2014

<sup>42</sup> Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

<sup>43</sup> HAS recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité

- **Feuille de liaison Maternité – PMI**, à établir pour chaque situation. Etablie au niveau de chaque département, en lien avec les maternités publiques et privées, elle est adressée au médecin responsable du service de PMI et comprend un volet permettant le renvoi d'informations à la maternité.
- **Fiches relais avec les structures extérieures** (associations...) pour qu'elles sachent si le suivi est assuré et ainsi limiter ou supprimer les « décrochages » qui sont un problème fréquent
- **Documents spécifiques créés par les réseaux de santé en périnatalité :**  
A titre d'exemple, pour aider les professionnels de santé à identifier les situations de précarité, le réseau sécurité-naissance de la Région Pays de Loire a créé une réglette "*Vulnérabilité de la femme enceinte - conduites addictives - repérer orienter*". Cet outil, présenté sous forme de « réglette de poche », comporte 5 questions. Le repérage des situations de précarité constitue une des 5 questions suggérées aux professionnels de santé.

Cette réglette est adaptée à chaque département du réseau<sup>44</sup> (coordonnées des structures). Ce type d'outil est également utilisé par le réseau du Val-d'Oise.

### **B) Accompagnement sur des besoins non médicaux ayant une répercussion sur l'état de santé.**

Le professionnel de santé doit aussi être attentif à certains aspects de la prise en charge des situations de vulnérabilité qui, même s'ils ne relèvent du domaine médical, ont néanmoins des répercussions sur l'état de santé des femmes et des enfants. Ces difficultés, de différents ordres, sont d'importance et d'urgence variables, depuis le besoin alimentaire le plus immédiat pour la mère et/ou pour l'enfant, jusqu'à la garde d'enfant (essentielle, mais non urgente), en passant par l'élément-clé que constitue la solution d'hébergement.

Le professionnel de santé doit ainsi informer (lui-même ou par l'intermédiaire d'une assistante sociale) les services compétents pour que cette prise en charge soit faite.

<b>Problème de...</b>	<b>Outre l'aide familiale et amicale, ressources possibles qu'il est nécessaire d'identifier au niveau local (liste non exhaustive) :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CCAS</li> <li>- associations</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde d'enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CAF</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aide à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CCAS</li> <li>- TISF (CAF, collectivités locales,</li> </ul>

<sup>44</sup> Réglottes de repérage des addictions et des vulnérabilités des femmes enceintes : réseau « sécurité-naissances » des Pays-de-la-Loire <http://www.reseau-naissance.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-53.html>

	associations) <sup>45</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hébergement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide sociale à l'enfance</li> <li>- SIAO (cf. annexe)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CCAS</li> <li>- Associations spécialisées : Banque alimentaire, Restos du cœur...</li> </ul>

## Conclusion

La mobilisation de chacun, dès à présent, est nécessaire afin d'être en mesure de repérer et de prendre en charge collectivement les situations de vulnérabilité lorsqu'elles se présentent. Il s'agit de se préparer en amont en prenant les contacts locaux nécessaires et en nouant des partenariats. Des outils existent d'ores et déjà pour identifier les femmes concernées.

Ces grossesses n'exigent pas en tant que telles un suivi médical spécifique, mais une prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale coordonnée par un responsable médical identifié au sein de chaque structure.

De même, il est nécessaire d'organiser des formations interdisciplinaires des acteurs (sanitaires et sociaux) pour favoriser la connaissance actualisée des possibilités d'accès aux droits, développer la mise en œuvre des staffs médico-psycho-sociaux et renforcer la coordination et le travail en réseau.

Enfin, les partenaires doivent s'interroger collectivement sur les ruptures et échecs de prise en charge lorsqu'ils surviennent pour réfléchir aux moyens d'améliorer le dispositif.

C'est par cette action coordonnée et volontariste de tous les acteurs qu'il sera possible d'améliorer la santé périnatale des femmes et des enfants en situation de précarité et, plus généralement, les indicateurs français de santé périnatale.

<sup>45</sup> [http://www.servicalapersonne.gouv.fr/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-\(tisf\)-\(11503\).cml](http://www.servicalapersonne.gouv.fr/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-(tisf)-(11503).cml)

## Ressources

- Plan périnatalité ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf))
- Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
- Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité
- Note de cadrage Périnatalité et petite enfance février 2011 ([http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/2\\_5\\_2011\\_15\\_34\\_12\\_notedorientationperinatalitepetiteenfance\\_2.pdf](http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/2_5_2011_15_34_12_notedorientationperinatalitepetiteenfance_2.pdf))

## **Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**

- CNNSE : <http://www.sante.gouv.fr/commission-nationale-de-la-naissance-et-de-la-sante-de-l-enfant.html>
- <http://www.sante.gouv.fr/ivg.html>
- <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/JOURNEE-INTERNATIONALE-DES-DROITS.html>
- <http://femmes.gouv.fr/dossiers/actions-dispositifs-interministeriels/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>

## **Haute Autorité de santé**

- Comment mieux informer les femmes enceintes : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
- Préparation à la naissance et à la parentalité : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite)
- Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

## **Etudes/**

- Enquête nationale périnatale 2010 (<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>)
- Etudes et résultats n°848, juillet 2013: Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités sociodémographiques (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>)
- Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle : résultats de l'enquête nationale confidentielle sur les décès survenus entre 2007 et 2009 (<http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>);

**INPES :**

- Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes destiné aux professionnels de santé : Grossesse et accueil de l'enfant (<http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp>)

**Secteur associatif**

- [http://www.comede.org/IMG/pdf/guide\\_comede\\_2013.pdf](http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf)
- <http://www.fnars.org/publics/enfance-famille>
- <http://www.medecinsdumonde.org/En-France>
- <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Contraception-et-prevention-des-cancers-feminins>

**Réseaux de santé en périnatalité**

- <http://www.ffrsp.fr/>
- <http://www.reseau-naissance.fr/module-pagesetter-viewpub-tid-2-pid-19.html>
- <http://solipam.fr/>

## Annexes

**Annexe 1** : Composition du groupe de travail ;

**Annexe 2** : Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ;

**Annexe 3** : Modalités d'organisation relative à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité : organisation mise en place aux CHU d'Angers et de Nantes ;

**Annexe 4** : Droits à l'assurance maladie-maternité (mise à jour au 8 juin 2014) ;

**Annexe 5** : Proposition d'indicateurs de précarité en périnatalité ;

**Annexe 6** : Staffs de coordination prénatals et postnatals ;

**Annexe 7** : En pratique, les activités développées par le Conseil général du Haut-Rhin (Présentation « PMI et Périnatalité » par Françoise WARYNSKI, réunion du groupe du travail du 24 mars 2011)

## Annexe 1

### Composition du groupe de travail

Pr Francis PUECH, président de la CNNSE  
Dr Paule BARNU, réseau SOLIPAM  
Françoise BAS (UNAF), membre de la CNNSE  
Amélie BATTAGLIA, ANSFL  
Denise BAUER, DGOS/R4  
Nathalie BAUNOT, Réseau périnatal Paris Nord (RPPN)  
Véronique BELOT, CNAMTS/service prévention-FNPEIS  
Samah BENABDALLAH, FEHAP, membre de la CNNSE  
Marie Chantal BLANCHARD, représentant le CNSF  
Maïté BOISTEL, Assistance service social, CHU Amiens  
Roselyne BÔQUET, adjointe au chef de bureau DGOS/R3  
Isabelle BOUILLE-AMBROSINI, DSS/2A  
Dr Bernard BRANGER, Fédération nationale des réseaux de santé en périnatalité  
Annie CARRON, service social de l'AP-HP  
Laura CHARRIER, FNARS  
Marie-Catherine COPET, sage-femme de PMI, Conseil général du Haut-Rhin  
Christine DERMER, clinique d'Estrée, Stains  
Anne-Marie DORÉ, Fédération hospitalière de France  
Chantal DUCROUX SCHOUWEY, représentant le CIANE, membre de la CNNSE  
Anne EVRARD, représentant le CIANE, membre de la CNNSE  
Katia FUCHS, sage-femme de PMI, Conseil général du Haut-Rhin  
Dr Thierry HARVEY, hôpital des Diaconesses, membre de la CNSSE  
Dr Pierre LARCHER, DGCS/1B  
Anne-Noëlle MACHU, DGOS/R3  
Dr Françoise MOLENAT, Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement  
Catherine MOREL, SF cadre supérieur Service de PMI Paris  
Pr Henri-Jean PHILIPPE, CNGOF  
Patricia PONCIN, Service Prévention, CNAMTS  
Dr Dominique RAVINET, CNAMTS  
Marie RECHAIN, Directrice adjointe Association Aurore (FNARS)  
Dr Jeanine ROCHEFORT, déléguée régionale Médecins du monde  
Dr Joël ROY, Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement  
Aurélie SERRY, représentant le CIANE, membre de la CNNSE  
Dr Hélène SIAVELLIS, DGCS  
Dr Françoise WARYNSKI, médecin chargée de la périnatalité, Conseil général du Haut-Rhin

#### Secrétariat de la CNNSE

Julie BARROIS, Direction générale de l'offre de soins/R3  
Nicole MATET, Direction générale de la santé /MC1

Ont été auditionnés :

Dr Jean EBERT, pédopsychiatre, directeur de l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien

Mme Kinga HAVASI sage-femme coordinatrice en maternité, Montpellier

Mme Samia IBEGAZENE, centre hospitalier de Melun

Mme Dominique LASSUS psychologue en maternité, Montpellier

Mme Rachel SARLAT YALCIN, association O'Monde

•

## Annexe 2

### Permanence d'accès aux soins de santé ou PASS

C'est un dispositif créé par l'article L. 6112.6 du code de santé publique adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels il apparaît, au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale.
- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

Le patient bénéficiaire de la PASS est un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder :

- en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins.

La permanence est habituellement située dans un établissement de santé ; elle peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics.

Il existe aujourd'hui 430 PASS selon une enquête effectuée en 2012 avec les ARS, la plus grande part sont des PASS généralistes (368), on compte également 18 PASS dentaires et 44 PASS psychiatriques.

La plupart des PASS généralistes sont situées dans des établissements publics. Tous les CHU/CHR ont une PASS généraliste, ce sont alors des permanences de taille plus importante en nombre de patients, comme en effectifs de professionnels. La plupart des PASSg (pour PASS généralistes) sont situées dans des établissements où le service des urgences a une fréquentation importante. Un certain nombre de PASS ont une vocation périnatale affirmée.

#### **Recommandations :**

En pratique, dans le champ périnatal, une PASS devrait être en mesure de :

- orienter une future mère vers les professionnels adéquats
- résoudre les questions d'accès à une couverture sociale
- donner un accès direct à une prise en charge spécialisée, des examens, des médicaments, mais aussi des services spécialisés (interprétariat par exemple)
- engager la personne dans un suivi de sa grossesse

Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass,14740.html>  
<http://www.aphp.fr/offredesoins/permanences-dacces-aux-soins-pass/>

## Annexe 3

### Modalités d'organisation relative à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité : organisation des CHU d'Angers et de Nantes<sup>46</sup>

#### Angers

Le dispositif de prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes en difficultés psychologique, sociale et économique a été initié au CHU il y a plus de dix ans, dans le cadre d'un appel à projet du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

Initialement ce dispositif associait les professionnels de santé du CHU, ainsi que différents services concernés du Conseil général (Protection maternelle et infantile [PMI], Aide sociale à l'enfance [Ase] et Direction d'intervention sanitaire et sociale [Diss]). Il reposait sur une consultation spécifique réalisée par une sage-femme, destinée à dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale, et à orienter les patientes vers les professionnels compétents.

Devant la difficulté de prise en charge de certaines situations psychosociales particulièrement complexes (grande précarité, tentatives de suicide, patientes schizophrènes, etc.), cette consultation a évolué vers la création d'une Unité médico-psycho-sociale en périnatalité (UMPSP). L'unité se compose d'un médecin coordonnateur, d'une sage-femme et d'un psychologue de liaison, d'un pédiatre, d'un pédopsychiatre, d'un échographiste et d'une secrétaire.

Le fonctionnement de l'unité repose sur deux principes : un accueil quotidien facilité, sans rendez-vous, et un interlocuteur médical unique. Pour chaque patiente, la sage-femme de liaison organise la continuité de la prise en charge : orientation des femmes vers les intervenants hospitaliers et extrahospitaliers qualifiés, organisation des rendez-vous pour le suivi de la grossesse, présentation du dossier lors de réunions d'équipe hebdomadaires, comptes-rendus de décisions, etc. Entre 2001 et 2008, le nombre annuel de patientes ayant consulté dans le cadre de ce dispositif est passé de 227 à 337.

#### Nantes

L'Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (Ugomps) a été créée au CHU en 2004 pour accompagner les *parentalités vulnérables*. Elle vise à établir une prise en charge pluridisciplinaire pour les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité (précarité, mineures, toxicomanie, etc.) ainsi que pour les femmes victimes de violences (sexuelles, conjugales, mutilations). L'accent est mis sur l'amélioration de l'accompagnement périnatal lorsque la grossesse survient chez des parents ayant connu ou vivant un parcours affectif et social insécurisant.

---

<sup>46</sup>

[http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/perinatalite/2013\\_RAPPORT\\_sante\\_perinatale.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/perinatalite/2013_RAPPORT_sante_perinatale.pdf)

L'unité est composée de quatre médecins, d'une sage-femme, de deux assistantes sociales, de deux psychologues et d'une sexologue particulièrement formés aux questions de vulnérabilité. L'unité fait par ailleurs partie d'un réseau réunissant, entre autres, SOS femmes, l'Association d'aide aux victimes d'infractions pénales (Adavip), le Centre interculturel de documentation, le Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), Gynécologie sans frontières, et l'Association santé migrants Loire-Atlantique (Asamla). Sur environ 1 000 nouvelles patientes consultant l'unité chaque année, plus de 500 sont en situation de précarité sociale.

## Annexe 4

### Droits à l'assurance maladie-maternité<sup>47</sup>

#### 1° La qualité d'assuré est dans tous les cas réservée aux personnes résidant de manière stable et régulière sur le territoire

L'organisation de la sécurité sociale repose depuis l'origine sur le principe de solidarité nationale historiquement entendu de la protection des travailleurs et de leur famille.

Les assurés sociaux sont donc **affiliés à raison de leur activité professionnelle** et financent leur protection par leurs cotisations.

Le droit aux prestations en nature (remboursement des soins) des assurances est ouvert pendant les deux ans suivant la période de référence, pour l'assuré et ses ayants droit, sous réserve des conditions suivantes :

- soit justifier depuis moins d'un an d'un montant de cotisations sur salaire égal à 60 SMIC horaire ou de 60 heures de travail salarié ou assimilé, au cours d'un mois civil ou 30 jours consécutifs ;
- soit justifier depuis moins d'un an d'un montant de cotisations sur salaire au moins égal à 120 SMIC horaire au cours de trois mois civils ou de 120 heures au cours de trois mois civils ou de trois mois de date à date ;
- soit justifier soit d'un montant de cotisations sur salaire au moins égal à 400 SMIC horaire ou de 400 heures au cours de l'année civile qui précède.

Si la personne vient à perdre la qualité d'assuré social ou d'ayant droit, le droit aux prestations est maintenu pendant un an.

En outre, l'article L.115-6 du code de la sécurité sociale dispose que les personnes de nationalité étrangère **ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail** des étrangers en France ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour.

Depuis la loi du 27 juillet 1999, la **qualité d'assuré est étendue** à ceux qui ne sont ni travailleurs ni ayants-droit d'un assuré, **sous réserve de la régularité de leur séjour** sur le territoire national.

Il s'agit de l'affiliation au régime général sur critère de résidence communément appelé CMU de base (CMUB).

---

<sup>47</sup> Annexe actualisée en juin 2014

## A- Conditions d'ouverture de droit à la CMU de base

Pour avoir droit et ouvrir droit à la CMUB, il faut remplir les conditions suivantes :

- ne pas avoir droit, à **aucun autre titre**<sup>48</sup>, aux *prestations en nature* (prise en charge des frais de santé) d'un régime d'assurance maladie et maternité ;
- être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour en France ;
- résider en France de manière stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.
- 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 leur permettant de faire valoir leurs droits sociaux.

Cependant, le délai de 3 mois n'est pas exigé dans certaines situations et notamment <sup>49</sup>:

- inscription dans un établissement d'enseignement ou stage en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;
- bénéficiaire de certaines prestations ou allocations (prestations familiales, allocations aux personnes âgées, allocation de logement ou aide personnalisée au logement, de prestations d'aide sociale) ;
- demandeur d'asile, demandeur du statut de réfugié, personne admise au titre de l'asile ou reconnue réfugiée<sup>50</sup>.

**NB :** la CMU de base ne donne pas lieu à un maintien de droit en cas de perte de la qualité d'assuré ou d'ayant droit.

---

<sup>48</sup> Y compris au titre du maintien des droits

<sup>49</sup> En application du deuxième alinéa de l'article R.380-1 I du code de la sécurité sociale et de la circulaire DSS/2A/DAS/DPM n°2000-239 du 3 mai 2000, la condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois sur le territoire pour l'affiliation à la couverture maladie universelle (CMU) de base, n'est pas opposable à certaines catégories de personnes, énumérées de façon exhaustive.

<sup>50</sup> Les demandeurs d'asile et du statut de réfugié sont donc éligibles à la CMU (base et complémentaire) sans application du délai de résidence de plus de trois mois dès lors qu'ils sont en possession d'un document faisant état de ce statut (convocation, récépissé de demande de la préfecture...).

Lorsqu'ils sont déboutés de leur demande, conformément à la circulaire du 3 mai 2000 précitée, les intéressés conservent leurs droits à la CMU de base et complémentaire jusqu'à la date d'échéance de la CMU complémentaire.

En revanche, **les demandeurs d'asile « sous convocation Dublin »** s'étant vu refuser le séjour en France au titre de l'asile du fait que leur demande relève de la responsabilité d'un autre Etat-membre en application du « règlement Dublin », ne sont ainsi pas considérés comme des demandeurs d'asile en France. Ils doivent se tenir à la disposition de l'administration jusqu'à réception de la réponse de l'Etat-membre requis et l'organisation de leur transfert. Ils ne peuvent donc être affiliés au régime général d'Assurance maladie et bénéficient, le cas échéant, de l'AME.

## **B- Cas particuliers**

Même si elles résident en France de manière stable et régulière, certaines personnes ne peuvent pas bénéficier de la CMU de base.

Il s'agit notamment, outre les personnes déjà couvertes par un régime d'assurance maladie, des personnes suivantes :

- les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;
- personnes venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;
- personnes étrangères titulaires d'une carte de séjour "retraité".

## **C- Paiement de cotisations**

L'affiliation à la CMU de base est gratuite ou payante selon les revenus.

En outre, les personnes affiliées à la CMU de base sont systématiquement exonérées de cotisations si elles bénéficient de la CMU complémentaire (cf. infra).

Les revenus pris en compte correspondent au revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition.

Lorsque le revenu fiscal de référence dépasse un certain plafond révisé chaque année<sup>51</sup>, la cotisation annuelle (payable trimestriellement) est égale à 8 % du montant du dépassement de ce plafond.

## **D- Personnes couvertes**

L'assuré et ses ayants droit<sup>52</sup> si eux-mêmes remplissent les conditions d'affiliation à la CMU de base.

## **E- Prestations prises en charge**

Il s'agit des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général, c'est-à-dire la prise en charge des soins selon les mêmes conditions et taux de remboursement que les autres assurés sociaux.

---

<sup>51</sup> 9 534 euros pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 30 septembre 2014.

<sup>52</sup> Conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), enfants jusqu'à 16 ans et sous certaines conditions, jusqu'à 20 ans, ascendants, descendants, collatéraux (vivant sous le toit de l'assuré et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré), ainsi qu'une personne à charge vivant avec l'assuré depuis plus d'un an et se trouvant à sa charge totale, permanente et effective.

## F- Constitution de la demande

La demande d'affiliation à la couverture maladie universelle (CMU) de base doit être réalisée au moyen d'un formulaire<sup>53</sup> à remplir pour l'ensemble du foyer, qui comprend également une déclaration de ressources. Le formulaire doit être accompagné des justificatifs nécessaires, à savoir :

- **un justificatif d'identité en cours de validité** : carte d'identité, passeport...
- **un justificatif de résidence stable en France** : soit les trois dernières quittances de loyer, ou un bail de plus de trois mois, les deux plus récentes factures d'électricité ou de téléphonie fixe, un certificat d'hébergement, soit une attestation de domiciliation établie par le centre communal d'action sociale (CCAS) ou une association agréée pour les personnes sans domicile fixe, en habitat mobile ou très précaire;
- **en cas de personnes à charge** : livret de famille mis à jour, une attestation de la qualité d'ayant droit, etc.
- **en cas de nationalité étrangère hors Union européenne - Espace économique européen (UE-EEE) et Suisse**, un justificatif de séjour régulier en France : titre de séjour ou, à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, etc.) ;
- **les justificatifs de ressources** : avis d'imposition, bulletins de paie, attestations Pôle emploi, capitaux et valeurs mobilières ou immobilières, revenus perçus à l'étranger ou versés par une organisation internationale, même s'ils ne sont pas imposables en France, etc.

Le dossier dûment complété est à déposer ou à envoyer à la caisse d'Assurance Maladie du lieu de résidence de la personne.

## G- Date d'effet du droit

Le droit prend effet à la date de réception, par la caisse, du dossier complet.

---

<sup>53</sup> Formulaire S 3710b « Couverture maladie universelle : demande de protection de base »

### La CMU complémentaire (CMU C)

La couverture maladie universelle (CMU) complémentaire permet à toute personne, résidant régulièrement et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources des douze mois précédant la demande sont inférieures à un plafond<sup>54</sup> (cf. tableau en fin d'annexe), de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable sous réserve de continuer de remplir les conditions.

La demande est effectuée au moyen de formulaires de demande et de choix de l'organisme gestionnaire de la CMUC<sup>55</sup> à compléter par l'ensemble du foyer et à adresser à la caisse d'affiliation accompagnés des pièces justificatives indiquées.

La caisse dispose d'un délai de deux mois, à compter de la date de réception du dossier complet, pour étudier la demande.

La CMU C est attribuée pour un an à compter du premier jour du mois suivant la date de la décision de la caisse d'assurance maladie ou lorsque la situation du demandeur l'exige, au premier jour du mois du dépôt de la demande.

La CMUC prend en charge le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier dans **les cas où ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie ou l'assurance maternité.**

En outre, sont également pris en charge, au-delà des tarifs de responsabilité et dans des limites fixées par arrêté, les dépenses d'optique, prothèses dentaires, orthodontie, audio prothèse et certains dispositifs médicaux à usage individuel.

Les médecins ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires à l'encontre des bénéficiaires de la CMUC qui doivent quant à eux, respecter le parcours de soins coordonnés.

Les bénéficiaires de la CMUC ne sont redevables ni de la participation forfaitaire d' 1 € sur chaque consultation ou acte médical, examen radiologique ou analyse biologique, ni des franchises applicables sur les actes des auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports.

Au vu de ce qui précède, la prise en charge des soins délivrés aux personnes en situation irrégulière fait l'objet d'un mécanisme ad hoc, en dehors du champ de sécurité sociale, du fait de l'absence de respect des critères permettant de bénéficier de la qualité d'assuré.

<sup>54</sup> Le plafond varie en fonction de la composition du foyer et est revalorisé annuellement le 1<sup>er</sup> juillet.

<sup>55</sup> S 3711<sup>e</sup>, S 3712 et le cas échéant, S3713.

## 2° L'AME : un dispositif d'accès aux soins spécifique pour les personnes en situation irrégulière

L'Aide médicale de l'Etat (AME), créée par la loi CMU du 27 juillet 1999, est issue de l'assistance médicale gratuite créée en 1893, réformée en 1953 qui était à l'origine un dispositif à la charge de l'Etat permettant aux malades les plus pauvres de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, elle assure **une couverture maladie aux personnes en situation irrégulière** en poursuivant un objectif humanitaire mais également un objectif de santé publique en permettant la prise en charge de mesures de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles.

En termes budgétaires, l'AME fait partie du programme 183 « protection maladie »<sup>56</sup>.

### A- Conditions d'ouverture de droit à l'AME

Pour avoir droit à l'AME, il faut remplir les conditions suivantes, définies à l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), à savoir :

- Résider en France de manière stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois  
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.

En outre, deux précisions ont été apportées par la circulaire DSS/DHOS du 7 janvier 2008 :

- **la condition de résidence de trois mois n'est pas opposable aux mineurs** qui peuvent bénéficier de l'AME dès leur arrivée sur le territoire<sup>57</sup> ;
- **les ressortissants communautaires n'exerçant pas d'activité professionnelle ou ne poursuivant pas d'études doivent disposer d'une couverture sociale personnelle et de ressources suffisantes** pour se voir reconnaître un droit au séjour pour une période supérieure à 3 mois.
- Avoir des ressources inférieures à un plafond  
Ce sont les mêmes que celles de la CMU complémentaire (cf. tableau « Plafonds de ressources CMUC et AME applicables à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 » en fin d'annexe).

Les ressources prises en compte sont celles des douze mois précédant la demande.

---

<sup>56</sup> Le programme 183 couvre, outre ceux décrits dans la présente note, les dispositifs suivants :

- l'AME humanitaire accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (étrangères en situation régulière ou françaises) ;
- les hospitalisations de patients évacués par l'hôpital de Mayotte vers des établissements de santé des DOM et de métropole ;
- les frais pharmaceutiques et soins infirmiers des personnes gardées à vue (qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière).

<sup>57</sup> Arrêt du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 faisant référence aux dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant

## B- Personnes couvertes

Il s'agit du bénéficiaire et de ses ayant-droits<sup>58</sup> eux-mêmes en situation irrégulière ou considérés comme tels.

## C- Cas particulier des mineurs

Un droit à l'AME doit être ouvert aux ayants droit mineurs dès leur arrivée sur le territoire (sous réserve de demande), même si leurs parents ne sont pas éligibles à l'AME, soit parce qu'ils ne remplissent pas encore la condition de résidence de plus de trois mois, soit parce qu'ils disposent de ressources supérieures au plafond fixé pour le bénéfice de l'AME.

S'agissant des mineurs isolés étrangers originaires d'Etats tiers, ils ne sont pas tenus de disposer d'un titre de séjour durant leur séjour en France et leur situation au regard du séjour ne peut donc véritablement être évaluée (à l'exception, notamment, des cas de regroupement familial), jusqu'à ce qu'ils fassent une demande de titre de séjour à 16 ans ou à 18 ans.

Ces mineurs isolés peuvent bénéficier de la CMU (base et complémentaire) dès lors qu'ils relèvent de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Si tel n'est pas le cas, sans aucune attache ni prise en charge par une structure quelconque, ils bénéficient de l'AME en leur nom propre.

## D- Soins pris en charge

Actuellement, sont pris en charge avec dispense d'avance de frais, l'ensemble des frais de santé dans la limite des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie<sup>59</sup> et le forfait journalier hospitalier.

Les seules prestations d'assurance maladie non prises en charge par l'AME sont les frais d'hébergement et de traitement des enfants et adolescents handicapés en établissement médico-social, les indemnités journalières, les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné par l'article 2132-2-1 du code de la santé publique.

En outre, depuis la loi de finances pour 2011 qui a modifié l'article L.251-2 du CASF en ce sens, **les frais de santé concernant les bénéficiaires majeurs peuvent être exclus de la prise en charge**, « pour les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ».

---

<sup>58</sup> Conjoint, concubin, enfant jusqu'à 16 ans et jusqu'à 20 ans s'il poursuit des études ainsi qu'une personne à charge vivant avec l'ouvreur de droit depuis plus d'un an et se trouvant à sa charge totale, permanente et effective. En revanche, les ascendants et collatéraux vivant avec l'ouvreur de droit et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants de l'ouvreur de droit (au nombre de deux au moins et âgés de moins de 14 ans) n'ont pas le statut d'ayants droit des bénéficiaires de l'AME. Ils doivent pour en bénéficier, réaliser une demande à titre personnel.

<sup>59</sup> Définis aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale (prise en charge assurance maladie des frais de santé, transports, IVG et actes et traitements à visée préventive) et à l'article L.331-2 du même code, c'est-à-dire l'assurance maternité.

L'article R.251-1 du CASF **exclut ainsi les cures thermales et les actes techniques et examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation** ainsi que les médicaments et produits nécessaires à la réalisation des actes et examens ainsi définis.

Les bénéficiaires de l'AME ne sont redevables ni de la participation forfaitaire d' 1 € sur chaque consultation ou acte médical, examen radiologique ou analyse biologique, ni des franchises applicables sur les actes des auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports.

### E- Constitution de la demande

La demande d'AME doit être réalisée en remplissant le formulaire « Aide médicale de l'État - demande d'admission » qui doit être transmis, accompagné des pièces justificatives<sup>60</sup>, à la caisse d'Assurance Maladie du lieu de résidence.

### F- Date d'effet et durée du droit

L'AME prend effet à **compter de la date de dépôt ou de réception**, par la caisse compétente, **du dossier complet** et sa durée de **validité est d'un an** renouvelable.

## 3° Les soins urgents : un dispositif de prise en charge spécifique pour les personnes en situation irrégulière non éligible à l'AME

### A- Personnes couvertes

Les personnes **majeures** qui ne peuvent bénéficier de l'AME (condition de résidence ou de ressources non remplie) peuvent être prises en charge au titre des soins urgents conformément à l'article L.254-1 du CASF.

### B- Champ de la prise en charge

Les intéressés bénéficient de la prise en charge des soins urgents **réalisés en établissement hospitalier et dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître.**

Conformément à la circulaire DHOS/DSS/DGAS du 16 mars 2005, sont également considérés comme urgents les **soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité** (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple).

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que **les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.**

---

<sup>60</sup> Enumérées par le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

### **C- Constitution de la demande**

Pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements de santé doivent présenter, conformément à la circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008, une demande d'AME à la Caisse (même par mail ou fax pour plus de rapidité) et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui, relevant de cette catégorie, ont fait l'objet d'un refus de demande d'AME par la Caisse instructrice. Cette mesure permet à l'organisme d'assurance maladie de vérifier que le patient ne bénéficie pas de droits ouverts au titre d'un autre dispositif.

### **D- Contrôle**

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

## PRISE EN CHARGE MATERNITE

### 1° Personnes en situation régulière

#### A- Personnes couvertes

Il s'agit de l'assuré et de ses ayants droit, sous réserve de remplir les conditions d'ouverture de droit telles que précédemment décrites soit au régime général du fait d'une activité professionnelle<sup>61</sup>, soit à la CMU de base.

#### B- Constitution de la demande

La déclaration de grossesse doit être faite au cours du premier trimestre de la grossesse par le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme pour bénéficier des prestations maternité.

#### C- Champ de la prise en charge

La prise en charge au titre de l'assurance maternité est ouverte après l'envoi de la déclaration de grossesse. Le taux de prise en charge est de 100% et la participation forfaitaire d' 1 € sur chaque consultation ou acte médical, examen radiologique ou analyse biologique, ne s'applique pas pour les prestations prises en charge par l'assurance maternité. De même, les franchises applicables sur les actes des auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports ne sont pas facturables pour les prestations prise en charge par l'assurance maternité.

- Prise en charge d'examens et prestations dès la déclaration de grossesse
  - 7 examens médicaux mensuels obligatoires pris en charge à 100 %
  - D'autres examens sont pris en charge à 100 % dès la déclaration de grossesse, tels notamment certaines analyses de dépistage dont la rubéole, la toxoplasmose, l'hépatite B ou encore la syphilis.

En outre, l'arrêté du 23 décembre 2004 fixe une liste de prestations prises en charge par l'assurance maternité :

- le caryotype fœtal et l'amniocentèse (sur justification médicale ou selon l'âge) ;
- le test HIV ;
- le dosage de la glycémie ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- l'avortement spontané et l'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique ;
- les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

---

<sup>61</sup> Les conditions d'ouverture des droits tant aux prestations en nature qu'aux prestations en espèce de l'assurance maternité s'apprécient soit au début du 9<sup>ème</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement, soit à la date du début du repos prénatal.

Le maintien de droit aux prestations en nature et en espèces de l'assurance maternité s'applique si la personne a perdu la qualité d'assuré social depuis moins d'un an à la date du début de la grossesse ou à la date du début du repos prénatal et qu'elle remplissait, pour chaque nature de prestations, l'une des conditions énoncées.

- Prise en charge à compter du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse

A compter du **1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'à 12 jours** après l'accouchement, **tous les frais médicaux**, pharmaceutiques, analyses et examens de laboratoire, appareillage et hospitalisation en lien ou non avec la grossesse sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité dès lors qu'ils sont remboursables.

Ainsi, les honoraires d'accouchement et le cas échéant, la péridurale (sauf dépassement d'honoraires), les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée dans la limite de 12 jours et en dehors des frais pour confort personnel (chambre particulière, télévision, etc.) ainsi que les frais de transport à l'hôpital ou à la clinique, en ambulance ou autre, sur prescription médicale sont ainsi pris en charge intégralement.

### Remarques

- Il est conseillé de réaliser 3 échographies durant la grossesse, soit une échographie par trimestre, d'autres échographies pouvant être effectuées selon l'avis du médecin.  
Les échographies sont prises en charge à 70 % jusqu'à la fin du 5<sup>ème</sup> mois de grossesse et à 100 % à partir du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois.
- Si la personne bénéficie de la CMU complémentaire, les **soins sont pris en charge avec dispense d'avance des frais et à 100%** lorsqu'ils ne relèvent pas de l'assurance maternité.

### 2° Personnes en situation irrégulière

- **AME**

Pour les majeurs remplissant les conditions de résidence et de ressources, la prise en charge est à 100% pour l'ensemble des prestations prises en charge par les assurances maladie-maternité, y compris le forfait journalier hospitalier, avec dispense d'avance des frais.

- **Soins urgents :**

Sous réserve que les actes soient réalisés au sein d'établissements de santé, les personnes en situation irrégulière ne pouvant bénéficier de l'AME bénéficient de la prise en charge des examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse définis par les articles L.2122-1 et suivants du code de santé publique ainsi que ceux définis par l'arrêté du 23 décembre 2004 et les frais inhérents à l'accouchement.

**Plafonds de ressources CMUC et AME**  
**applicables à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013**

<b>Composition du foyer</b>	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>
Personne seule	<b>8 593 €</b>	<b>9 564 €</b>
2 personnes	<b>12 889 €</b>	<b>14 346 €</b>
3 personnes	<b>15 467 €</b>	<b>17 215 €</b>
4 personnes	<b>18 045 €</b>	<b>20 084 €</b>
Par personne supplémentaire	<b>3 437,182 €</b>	<b>3 825,585 €</b>

## Annexe 5

### Indicateurs de précarité en périnatalité

Les indicateurs décrits et proposés<sup>62</sup> ci-dessous ont pour objectif d'aider les professionnels à repérer les femmes enceintes en situation de précarité afin d'organiser une prise en charge globale et optimale de la famille. Ils ont été élaborés dans le cadre de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant.

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

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

**Mots clés :** anticiper-personnaliser-évaluer/réévaluer-autonomiser

#### I/ Indicateurs de repérage

##### 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
--	---

<sup>62</sup> Il existe d'autres outils de repérage, parmi lesquels:

- EPICES Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé : [http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh\\_14\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf)
- Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public : Jean Pascal,, Pierre Lombrail,Christian Agard , Christine Quélier, Jean-Michel Nguyen, <http://www.irdes.fr/recherche/colloques-et-workshops/jefs-approches-economiques-des-inegalites-de-sante-17-18-juin-2004/pascal-j-lombrail-p-agard-c-quelier-c-nguyen-j-m.pdf>
- Article proposant une analyse métrologique de ces scores puis une comparaison quantitative en les appliquant à une même population précaire : .Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 62 (2014) 237–247 Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris : A. Fouchard a,\*,b, P.-H. Bre´chat c,d, D. Castiel e, J. Pascal f, C. Sass g, J. Lebas a,d, P. Chauvin a,b

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

MOYENS D'EXISTENCE

**Hébergement :**

aucun hébergement, hébergement instable	2
hébergement précaire mais stable	1
hébergement autonome	0

**Ressources :**

aucune ressource	2
ressources prestations sociales et autres	1
Salaire	0

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 :**

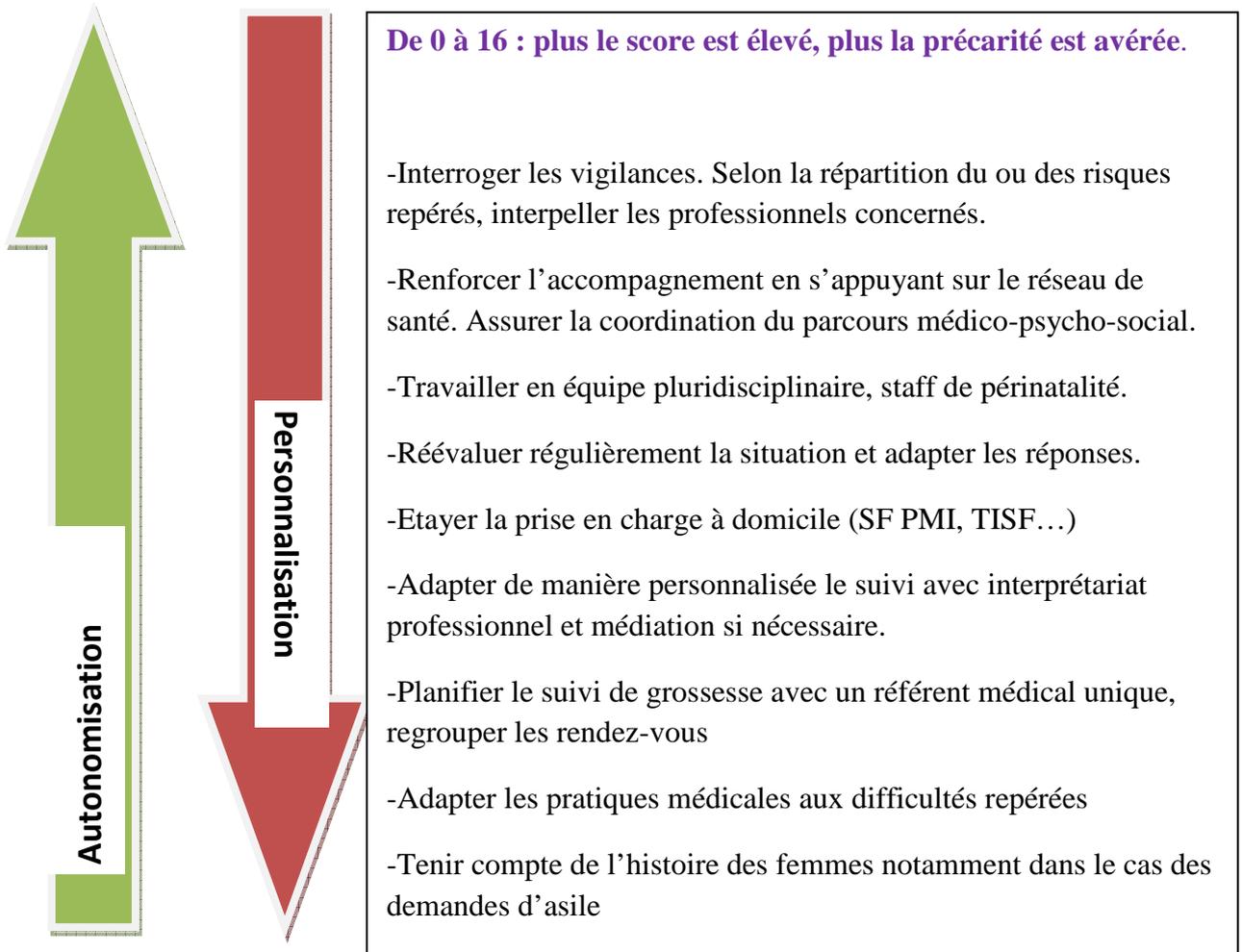
Pas de déclaration de grossesse, pas de suivi	2
Déclaration tardive de grossesse avec suivi irrégulier	1
suivi régulier de grossesse	0

**II/ Indicateurs de vigilance :**

- Addictions : tabac/alcool/toxicomanie/médicaments/autres
- Vulnérabilité psychique
- Victime de violence
- Mode d'alimentation
- Moyen de transport
- Moyen de communication : téléphone, domiciliation...
- Etat de santé général de la femme enceinte (notamment soins dentaires) et de ses enfants nés auparavant.



### III/ Score et recommandations



## Propositions permettant d'intégrer ces items dans un contexte de consultation

### Indicateurs pour le repérage

- Barrière linguistique
  - ✓ *Au cours de la discussion..*
  
- Environnement
  - ✓ Vivez-vous seule ou en couple ?
  - ✓ Avez-vous des aides autour de vous ?
  
- Transport
  - ✓ Comment êtes-vous venue ?
  
- Hébergement
  - ✓ Avez-vous un logement stable ?
  - ✓ Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?
  
- Ressources
  - ✓ Avez-vous un emploi ? A temps plein ? A temps partiel ?
  - ✓ Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi ?
  
- Ouverture des droits
  - ✓ Avez-vous la Couverture médicale universelle (CMU) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'Etat (AME) ?
  - ✓ Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ?
  
- Médecin ou SF de ville
  - ✓ Avez-vous vu un médecin ou une sage-femme depuis le début de votre grossesse ?
  
- Suivi de grossesse
  - ✓ Est-ce que vous avez fait votre déclaration de grossesse ?

### Pour les vigilances

- Addictions (en fait conduites à risques à cause de l'alcool..)
  - ✓ Fumez-vous du tabac ?
  - ✓ Vous arrive-t-il de fumer du cannabis ou d'autres toxiques ?
  - ✓ Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?
  - ✓ Qu'avez-vous l'habitude de boire (eau, sodas..) ?

- ✓ Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?
- ✓ Et depuis la grossesse, comment a évolué votre consommation ?
- ✓ Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?
- ✓ Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : héroïne, cocaïne, ecstasy ?
  
- Violence
  - ✓ Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ?
  - ✓ Vous sentez-vous parfois surmenée ou débordée ?
  
- Alimentation
  - ✓ Quelles sont vos habitudes alimentaires (poissons, viandes, fruits..) ?
  - ✓ Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ? Si oui, à quelles occasions ?
  - ✓ Vous arrive-t-il de vomir ?
  
- Moyen de communication
  - ✓ Avez-vous une adresse pour le courrier ?
  - ✓ Avez-vous un téléphone ?
  
- Etat de santé général
  - ✓ *Examen clinique...*

*A noter que « moyens de transport » est dans « Indicateurs » et « Vigilances »*

## Annexe 6

### Staffs de coordination prénatals et postnatals

#### 1. Définitions et contexte

- Les professionnels de la grossesse et de la naissance repèrent et accompagnent des situations de vulnérabilité et de précarité des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.
- A la suite de ce repérage, et de l'évaluation de la situation, les professionnels sont amenés à se rencontrer et à communiquer entre eux pour coordonner et adapter les modalités de suivi de la grossesse et de prise en charge de la mère (et de couple) et du nouveau-né.
- Ces réunions sont souvent dénommées « staff de parentalité », qui est restrictif et qui risque d'être stigmatisant, ou « staff de périnatalité » qui est assez général. Ces dénominations ne sont pas pleinement satisfaisantes. D'autres noms sont proposés : « staff de coordination » ou « staff de concertation », ou « réunion de synthèse »... Quelle que soit la dénomination choisie, **l'important est que les équipes se positionnent sur la nécessité de se parler et de se rencontrer.**

De plus, deux domaines différents peuvent être distingués :

- ✓ le premier, assez général, est de préparer le suivi de grossesse, l'hospitalisation des mamans et des bébés surtout en post-partum ; il concerne les professionnels qui suivent la grossesse et les professionnels chargés de l'accouchement et des suites de couches. **Ce domaine peut se dénommer plus spécifiquement « staff de parentalité » ou « staff de périnatalité ».**
- ✓ le deuxième, plus ciblé, est une réunion de concertation et d'échanges pluridisciplinaires avec les personnes chargées du suivi en vue de permettre aux professionnels d'ajuster au mieux leur accompagnement et dans certains cas de danger de prendre les décisions pour assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille ; cette réunion est appelée dans certains secteurs « réunion relais ». **Ce domaine peut se dénommer plus spécifiquement « réunion de coordination médico-psycho-sociale ».**
- La période de la parentalité commence dès le projet de conception et le travail des équipes de périnatalité pourrait se terminer vers l'âge d'un an. Le niveau de prise en charge et d'analyse de la situation est basé sur la proximité (territoire de périnatalité).

#### 2. Référentiels

- Circulaire n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité – « Rapport de Mme Molénat » – page 6 à 24.

- Plan de périnatalité 2005 – 2007. « Humanité, proximité, sécurité, qualité » du 10 novembre 2004
- Commission régionale de la naissance. Place et fonctions des psychiatres et des psychologues au sein des services de gynéco-obstétrique et de néonatalogie. Pr Duverger, Pr Descamps. 2000 – Transparents.
- Haute Autorité de santé - Recommandations pour la pratique clinique : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)

### 3. Professionnels qui peuvent être concernés

- Personnels soignants des maternités : gynéco-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, échographistes de première ligne et de recours, cadres, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, psychologues, assistantes sociales ;
- Psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, neuro-pédiatres, infirmiers psychiatriques intervenant dans le champ de la périnatalité des secteurs de psychiatrie, et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ;
- Professionnels des services des Conseils généraux/PMI : médecins, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux, professionnels de l'Aide sociale à l'enfance ;
- Professionnels libéraux : médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, échographistes, pédiatres, sages-femmes libérales, psychologues, infirmières ;
- Professionnels de la justice ;
- Professionnels des Centres d'Action Médico-sociale précoce (CAMSP) et Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) ;
- Personnes des centres et hôtels maternels, centres éducatifs pour les mineures ;
- Service médico-psychologique régionaux (SMPR) dans les établissements pénitentiaires.

### 4. Objectifs

Les objectifs des staffs sont généraux et opérationnels et visent à aider les personnes fragilisées par des situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale. Les différents objectifs peuvent se résumer dans les points suivants :

1. Créer l'occasion de rencontres entre les différents intervenants travaillant en ambulatoire (« en ville »), et ceux travaillant dans les maternités, en évitant des conflits entre institutions ;
2. Permettre aux professionnels d'exprimer leurs difficultés vis-à-vis des femmes et des couples concernés ;
3. Inciter les professionnels à travailler ensemble pour un projet commun autour d'objectifs et de valeurs partagés, et pour proposer des interventions avec plus de cohérence et d'adaptation ;

4. Réunir et partager des informations sur la situation d'ensemble d'une femme enceinte, d'un couple ou d'un nouveau-né, en analysant les fragilités, les compétences, et les aides à apporter, en tenant compte du ressenti de la mère ou du couple, de leurs attentes, de leurs craintes, et de leurs souhaits ;
5. Permettre aux professionnels ensemble de proposer des interventions, adaptées à la situation, avec une continuité de l'accompagnement, et un projet de soins personnalisés ;
6. Anticiper la nécessité d'une concertation avec les intervenants de la famille ;
7. Prévoir les modes de transmission des informations et des décisions à l'ensemble des professionnels susceptibles de suivre la mère ou le nouveau-né, en pré-partum et en post-partum ;
8. Transmettre, dans la transparence, à la femme ou au couple, les décisions pour la grossesse, l'accouchement et la période post-natale, avec un accueil adapté, bienveillant et non stigmatisant ;
9. Prévoir des situations de crise et préparer des mesures de protection.

## 5. Organisation des réunions

### → Préalables

L'organisation de la prise en charge s'appuie sur une pratique de liaison personnalisée durant toute la grossesse entre le secteur libéral, les services du Conseil Général et de la PMI, les maternités et les autres structures et n'a pas pour fonction de s'y substituer.

- Seules les informations nécessaires à la compréhension, à la décision, à l'ajustement de l'accompagnement doivent être échangées ;
- Les informations à transmettre au moment de la réunion concernent le ressenti des parents plutôt que leurs comportements, ou les facteurs de risques (sauf dans les situations en cas de danger). C'est la transmission des attentes, des craintes, des désirs des parents qui permettent aux professionnels de s'ajuster et de s'inscrire dans une continuité relationnelle nécessaire ;
- N'assistent au staff que les professionnels concernés par la patiente ou son enfant ; la liste doit être dressée auparavant. La présence de stagiaires ou de professionnels en formation ne doit pas être la règle ; une procédure doit être trouvée dans chaque centre entre les impératifs de confidentialité et les nécessités de formation. Des invités peuvent aussi s'ajouter selon les mêmes procédures ;
- Les professionnels participants sont astreints au secret médical ou professionnel, et donc ne doivent pas divulguer, en dehors du staff, les informations entendues ;

- La femme ou le couple doivent être informés de la réunion, et ont donné leur accord ; ils sont informés des noms et fonctions des participants, ainsi que du contenu, et des modalités de leur participation ou de restitution des échanges.

### → Période, moment

- Un staff peut être organisé soit de manière systématique et régulière (jour de la semaine, jour du mois), soit sur demande spécifique ;
- Il peut être organisé pendant la grossesse (quelquefois même avant.), soit dans les semaines suivant la naissance.

### → Déroulement

- Une personne est désignée comme coordinateur de la réunion : le cadre ou un praticien hospitalier de la maternité peut assurer ce rôle ;
- Une personne dite « initiateur/initiatrice » est la référente du suivi de la grossesse ; elle est chargée de présenter la situation au staff. Elle assure les liaisons avec la patiente ou le couple, et transmet les propositions et décisions ;
- Un professionnel est chargé, en début de séance, de recueillir les données nécessaires à l'analyse, et de rédiger un compte rendu destiné aux professionnels ;
- Les professionnels présents exposent à tour de rôle le contenu des contacts effectués ;
- Seuls les renseignements nécessaires à la compréhension des problèmes sont exposés.

### → Compte rendu, ou synthèse, ou fiche de liaison

Les règles de confidentialité doivent être décidées et connues de tous. Le compte rendu comporte la date et le lieu du staff, les noms et fonctions des personnes présentes, le résumé de la situation, et les décisions prises. Des informations non nécessaires à la décision ou confidentielles ne doivent pas être écrites dans le compte rendu. Une fiche-type est proposée en annexe. Un document de synthèse peut être réalisé pour le dossier médical.

Chaque territoire ou chaque structure décide de l'endroit où doit être déposé le compte rendu : dossier obstétrical, dossier à part, dossier disponible en salle de naissance ou en maternité... Il n'y a pas de textes réglementaires relatifs à la durée de conservation de tels documents (sinon cf. les dossiers médicaux).

### → Précautions

- Eviter la multiplicité des réunions ;
- Eviter que la réunion soit un lieu de « déversoir » des représentations des participants ;
- En cas de proposition de mesure de protection de l'enfant (placement par exemple), une personne désignée sera chargée de l'information de la mère ou du couple. Un signalement sera

effectué selon les procédures locales auprès des autorités compétentes (cellule du Conseil Général, ou au procureur) ;

- Les liens doivent être organisés avec les autres instances de réflexion, et de décision : secteur libéral, PMI, maternités, protection de l'enfance, services de pédo-psychiatrie...

## **6. Perspectives**

Une évaluation annuelle des réunions et de leurs impacts peut être proposée pour améliorer les rapports entre professionnels, et pour évaluer les services rendus aux familles et les conséquences des décisions. Deux niveaux d'évaluation peuvent être retenus :

- Evaluation quantitative des réunions et des situations annuelles dans un secteur de périnatalité donné. Les cotations PMSI pourraient servir à cette évaluation. Les codes suivants peuvent être notés : Z658 (Situation psycho-sociale), Z550 (Faible niveau éducatif), A603 (Acculturation), Z601 (Famille monoparentale), Z610 (Enfance malheureuse), Z630 (Difficultés avec conjoint), Z590 (Sans abri), Z591 (Problème de logement), Z596 (Faibles revenus), Z595 (Couverture sociale insuffisante) ;
- Evaluation des « résultats » des décisions prises, en lien avec les structures d'aval comme l'Aide Sociale à l'Enfance, pour permettre aux professionnels de connaître les événements ultérieurs et les conséquences des décisions prises.

## Fiche-type de compte rendu d'un staff de coordination prénatal

Territoire de .....	Circonscription .....
Maternité de .....	
Date .....	Lieu .....
Personne ou structure initiatrice .....	
Rédacteur du compte rendu .....	
Personnes présentes (nom, fonction, lieu de travail)	
.....	
.....	
.....	
.....	
<b>Mère ou couple ou enfant concerné</b>	
Mère : Nom .....	Prénom ..... Date de naissance .....
Père : Nom .....	Prénom ..... Date de naissance .....
Adresse .....	
Téléphone .....	
Vie en couple ou non .....	Nombre enfants au domicile .....
Couverture sociale .....	
Antécédents médicaux, obstétricaux	
.....	
.....	
<b>Grossesse</b>	
Parité	Terme prévu
Suivi par .....	
Médecin traitant	Gynéco-obstétricien/ sage-femme PMI

**Points de préoccupation**

.....

.....

.....

.....

.....

**Points d'appui (compétences)**

.....

.....

.....

.....

.....

**Décisions proposées - Plan d'aide**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Personne à contacter** ..... **Tél** .....

**Personne** qui doit rencontrer la famille pour annonce .....

## Fiche-type de compte rendu d'un staff de coordination postnatal

Nom de la femme ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Conjoint ..... Autres enfants .....

Adresse .....

Date prévue d'accouchement .....

Intervenants auprès de la famille .....

Par qui la personne a été informée de la réunion .....

### ➔ Motif de la réunion / Problématique

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### ➔ Actions déjà entreprises / aides / points d'appui

.....  
.....  
.....  
.....

➔ Aide retenue

Avant la naissance

.....  
.....  
.....  
.....

A la maternité

.....  
.....  
.....  
.....

A la sortie de maternité

.....  
.....  
.....  
.....

Personne qui informera la femme et le couple des conclusions .....

Date de la prochaine réunion .....

## Annexe 7

### En pratique, les activités développées par le Conseil général du Haut-Rhin

# PMI et Périnatalité

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
2ème Partie : Santé et Famille  
Livre 1er : Protection et Promotion de la Santé  
Maternelle et Infantile

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 -  
Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Chapitre 1er : dispositions générales Article L 2111-1 : **les mesures de PMI responsabilité partagée**

L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

- 1 Des mesures de prévention **médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;**
- 2 Des actions d'accompagnement **psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;**
- 3 Des actions de prévention et de dépistage des **handicaps des enfants de moins de six ans** ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps

### En périnatalité

PMI =

Mesures de prévention

- ↳ médicales, psychologiques, sociales et éducation
- ↳ accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères particulièrement les + démunies
- ↳ prévention et dépistage des handicaps

Responsabilité partagée  
État  
Collectivités territoriales  
Sécurité sociale

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011

## Article L 2111-2 : compétence du Département

### En périnatalité

Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistants familiaux ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L.421-14 du code de l'action sociale et des familles et la surveillance des assistants maternels, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions des articles L.2112-7, L.2112-8, L.2214-1, L.2322-6 et L.2323-2. (examens obligatoire de la grossesse de l'enfant, IVG)

- ↳ Consultations de santé maternelle et infantile
- ↳ Protection de la santé maternelle et infantile à domicile

Le Département organise et finance

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile

### Article L 2112-2 : responsabilité du PCG, service de PMI, dirigé par un médecin

Les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du Conseil Général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

- ✓ Autorité et responsabilité du Président du Conseil Général
- ✓ Service départemental non personnalisé
- ✓ Un service dirigé par un médecin
- ✓ Personnels qualifiés domaine paramédical, social, psychologique

*L1423 = le Département est responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance dans les conditions prévues au livre ...*

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article L 2112-2 : les consultations et actions de prévention de la compétence du PCG

Le Président du Conseil Général a pour mission d'organiser :

- 1 Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- 2 Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- 3 Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

### En périnatalité

Le Président doit organiser

- ↳ Les consultations prénatales et postnatales
- ↳ La prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes
- ↳ L'activité de planification familiale

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article L 2112-2 (suite)

- 4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés

### En périnatalité

Actions médico-sociales préventives et de suivi pour les femmes enceintes

- ↳ À domicile
- ↳ Notamment accompagnement dans les suites de l'entretien du 4ème mois de grossesse
- ↳ En lien avec le médecin traitant et l'hôpital
- ↳ A la demande ou avec l'accord de l'intéressée

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article L 2112-2 (suite)

### En périnatalité

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations

Actions médico-sociales préventives et de suivi

- ↳ Pour les parents en période postnatale
- ↳ Les jours qui suivent le retour à domicile
- ↳ A la demande ou avec l'accord de l'intéressée

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article L 2112-2 (suite)

### En périnatalité

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ; (*avis de grossesse, certificats de santé*)

Recueil et traitements des informations

- ↳ Avis de grossesse (déclaration)
- ↳ Avis de naissance
- ↳ Certificats de santé

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L.2132-2

↳ Dossier de naissance  
Édition et diffusion

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article L 2112-7: remboursement au Département par assurance maladie

Lorsque des examens prénuptiaux et les examens institués par les articles L.2122-1, deuxième alinéa, L. 2122-3 et L.2132-2, deuxième alinéa, sont pratiqués dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.

Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le Département

2122-1-3 et 2132-2  
=  
Examens obligatoires de suivi de la grossesse > remboursés au CG

et

Convention de participation possible sur fonds d'action sanitaire et sociale

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Section 1 : Missions et organisation

### Article R 2112-1 : réglementation pour l'organisation et répartition des actions

Le service départemental de protection maternelle et infantile exerce les missions qui lui sont dévolues par les articles L. 2112-1 et L. 2112-2 en organisant notamment, soit directement, soit par voie de convention dans les conditions prévues à l'article L. 2112-4 les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile.

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Le Département organise ou conventionne

- ↳ les consultations,
- ↳ les visites à domicile,
- ↳ les actions de prévention individuelles et collectives de promotion de la santé maternelle et infantile

Répartition géographique en fonction des besoins sanitaires et sociaux

Priorités :

- Populations vulnérables
- Quartiers défavorisés

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article R 2112-2 : objet des actions de PMI

### Périnatalité

Les actions médico-sociales mentionnées au 1° et au 4° de l'article L. 2112-2 et concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance foetale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et foetale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.

- ↳ Surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse
- ↳ Croissance foetale
- ↳ Dépistage précoce pathologie maternelle et foetale
- ↳ Prise en charge en réseau

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article R 2112-5 : normes consultations

### Règlementation

Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales

Les normes indicatrices pour les consultations prénatales et planification sont :  
16 demi journées par semaine pour 100 000 habitants, âgé de 15 à 50 ans, dont 4 prénatales

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe de travail CNN 24 mars 2011

## Article R 2112-7: normes de personnel

Le service départemental doit disposer :

- 1° D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;
- 2° D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmiers ou infirmières ayant acquis une expérience appropriée.

1 ETP sage femme pour  
1 500 enfants

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011

## Article R 2112-8 : les états statistiques

Les états statistiques concernant, d'une part, les activités du service départemental et, d'autre part, la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile, transmis au préfet par le président du conseil général en application des 1° et 3° de l'article R. 1614-30 du code général des collectivités territoriales, sont établis par ce service.

Ces documents sont présentés et analysés par le service départemental au cours d'une réunion organisée chaque année par le président du conseil général à laquelle participent les personnes et organismes concourant à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, notamment les représentants des établissements de santé et des établissements libéraux, des organismes de sécurité sociale et des services concernés de l'Etat.

### Statistiques

- ↳ Activités du service et situation sanitaire de la santé de la mère et de l'enfant
- ↳ Analysées
- ↳ Présentées par le PCG
- ↳ En présence des organismes et établissements

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011

## LES ACTIONS PRENATALES ET PERINATALES DE PMI Conseil Général du Haut-Rhin

- ✓ Édition et diffusion de supports d'informations
- ✓ Consultations et examens gratuits
- ✓ Actions médico-sociales à domicile : accompagnement des sages femmes ++
- ✓ Relais vers la maternité
- ✓ Actions partenariales en maternité et au retour à domicile
- ✓ Consultations de puériculture
- ✓ Recueil d'informations en épidémiologie et santé publique

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011

## Répartition géographique

- Trois points de consultation prénatale dans des centres médicosociaux  
3% des femmes enceintes du département suivies (260 femmes /an)
  - ✓ 2/3 consulte en raison de difficultés financières
  - ✓ 1/3 est orientée par un professionnel : hôpital, centre d'hébergement, associations, médecins, assistantes sociales, CADA, PASS
  - ✓ 15% sans couverture sociale
  - ✓ des parcours de vie difficile +++
- Des relais dans les CPEF du département (6 hospitaliers , 3 PMI + médecins réseaux)
- Des consultations de puériculture sans rendez vous au 1er mois
- Des relais dans les 43 points de consultations infantiles

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011

## Financement

- ✓ Remboursement par l'assurance maladie au Conseil Général des actes de consultation médicale des assurées (carte vitale)
- ✓ Pour les non assurées : les bilans biologiques obligatoires de la grossesse sont pris en charge par le Conseil Général
- ✓ Les échographies de datation sont faites en consultation de PMI par les médecins et sages femmes
- ✓ Les autres examens des non assurés sont pris en charge par la PASS

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011

## Les travaux en cours

- ✓ Procédure pour les situations les plus difficiles pour la sécurité de l'enfant  
*..... conjuguer humanité et sécurité*
- ✓ Améliorer les collaborations avec la psychiatrie adulte
- ✓ Permettre un suivi plus précoce des femmes présentant une déficience...
- ✓ Valoriser le travail des assistantes sociales de maternité
- ✓ Intervention de la sage femme en Cada
- ✓ .....

Françoise WARYNSKI - Périnatalité 68 - Groupe  
de travail CNN 24 mars 2011