



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– Mai 2012 –

**« LES RUPTURES DE SUIVI DE GROSSESSE :
UN RÔLE CLE DES ACTEURS DE SANTE ? »**

– Groupe n° 25

AUBERT Gaëlle

CABOT Marion

EVERAERE Alexia

EUSTACHE Sandrine

GRUDET Carine

PIGERON Sylvie

SPYCHALA Chloé

STREIFF Caroline

SAGET Marion

SIMON Réjane

VERMEERSCH Murielle

Animatrice

Docteur Anne LETORET

S o m m a i r e

Introduction

1	Un dispositif complexe et ambitieux au service d'un suivi de grossesse sécurisé	10
1.1	Un cadre normatif progressivement déployé	10
1.2	Une pluralité d'acteurs.....	14
1.3	Une diversité d'outils.....	16
2	Un dispositif efficace mais perfectible	19
2.1	Une efficacité objectivée.....	19
2.2	La persistance de certains dysfonctionnements matriciels.....	23
2.3	Les leviers d'amélioration organiques et fonctionnels envisageables pour un renforcement du suivi de grossesse	26

Conclusion

Remerciements

Nous tenons à remercier Mme Anne LETORET pour nous avoir guidées dans nos travaux.

Ainsi que tous les professionnels qui ont accepté de nous rencontrer afin d'éclairer notre analyse.

Nous remercions également Mme Emmanuelle GUEVARA et M. François-Xavier SCHWEYER pour leur soutien pédagogique.

Un remerciement tout spécial aux onze femmes que nous sommes, qui aux termes de trois longues semaines d'aménorrhée, d'un suivi sans rupture et d'un accouchement eutocique, ont donné naissance à un rapport prénommé « MIP ». Le bébé et les mamans se portent bien.

Liste des sigles utilisés

- **ARS** : Agence régionale de santé
- **ASE** : Aide sociale à l'enfance
- **CAF** : Caisse d'allocations familiales
- **CCAS** : Centre communal d'action sociale
- **CDAS** : Centre départemental d'action sociale
- **CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- **CRIP** : Cellule de recueil des informations préoccupantes
- **CRN** : Commission régionale de la naissance
- **CSP** : Code de la santé publique
- **DRESS** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **EPP** : Entretien prénatal précoce
- **ETP** : Equivalent temps plein
- **HAD** : Hospitalisation à domicile
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HPST** : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- **PMI** : Protection maternelle et infantile
- **PRS** : Projet régional de santé
- **SAFED** : Service d'accompagnement aux femmes enceintes en difficulté
- **UNAF** : Union nationale des associations familiales
- **URPS** : Union régionale des professionnels de santé

METHODOLOGIE

Après la présentation du module par notre animatrice et une présentation rapide des participantes, nous avons rapidement adopté une méthode de travail afin de coordonner nos actions pour répondre à notre thématique concernant les ruptures de suivi de grossesse.

Nous avons commencé par la désignation du responsable de la logistique.

Compte tenu de l'approche transversale du sujet, nous avons choisi, dans un premier temps, une méthode d'investigation reposant sur l'analyse du contexte et du cadre normatif. Dans un second temps, nous avons défini notre problématique, délimité le périmètre de l'étude et élaboré une grille d'entretien adaptée aux professionnels rencontrés sur le terrain. Puis nous nous sommes répartis, par binôme ou trinômes, les entretiens à conduire avec les professionnels que notre animatrice avait préalablement sélectionnés. Les informations recueillies lors des différents entretiens nous ont permis de confronter nos hypothèses et de mettre en exergue des propositions d'amélioration.

De même, si la lecture des documents proposés dans le dossier documentaire et ceux mis en ligne sur Real a constitué une base de réflexion, nous l'avons également complétée par d'autres sources documentaires. Ainsi, sur l'analyse des entretiens réalisés et des recherches documentaires conduites, nous avons élaboré un premier projet étayé au fur et à mesure de l'avancement de notre étude.

Dans un souci de travailler ensemble et de recueillir le consensus, nous nous sommes réparties la rédaction avant de procéder à la mise en commun et à la relecture collective de tout le document.

Nous avons travaillé tout au long de ces semaines dans une ambiance de travail harmonieuse, favorisant l'échange de points de vue.

L'exercice de l'inter-filiarité fût une expérience très enrichissante qui nous a permis de mener notre étude à terme compte tenu de nos parcours et personnalités diversifiés.

INTRODUCTION

La thématique des ruptures du suivi de grossesse met en scène un sérieux paradoxe qui ne peut laisser indifférent : celui de la persistance des ruptures de suivi de grossesse malgré un renforcement croissant du dispositif normatif tendant à améliorer la surveillance et les conditions du suivi de la grossesse.

Au regard de la gravité des éventuelles conséquences préjudiciables¹ de ces ruptures de suivi objectivées par le ralentissement des progrès réalisés en termes de mortalité périnatale², par le retard observé dans les déclarations de grossesse³ et par l'augmentation du taux de placement des nourrissons à la naissance, la question de l'évitement ou à défaut, de la réduction des conséquences dommageables de ces ruptures, revêt une importance toute singulière en s'imposant comme un enjeu majeur de santé publique.

Une première définition dite « normée » du suivi de grossesse, issue du dispositif de la politique de périnatalité, lui confère un caractère polymorphe ainsi qu'une dimension évolutive. En effet, outre le suivi médical, il comporte un suivi clinique, psychologique, social et parental. Par ailleurs, il débute à compter des résultats des examens biologiques de confirmation de la grossesse et se termine par un examen post natal (avant la 8^{ème} semaine après accouchement), ce qui l'enserme dans un calendrier contraint et intangible. Toutefois, cette définition n'épuise pas l'étendue et la complexité de cette notion, qui fait l'objet d'une définition subjective en termes de « représentations » du suivi de grossesse donnée par chacun des acteurs de santé susceptibles d'intervenir dans ce suivi.

La notion de « rupture » appréhendée dans le cadre du suivi de grossesse est susceptible de pouvoir se définir comme le non suivi ou le non-respect d'un parcours normé et continu, qui se distingue du simple retard ou incident de suivi, pouvant être soit subi, soit organisé par la femme enceinte⁴. Cette rupture aux conséquences potentiellement

¹ Conséquences préjudiciables d'ordre médical : notamment un accouchement dystocique, des maladies et malformations / conséquences préjudiciables d'ordre psycho-social : notamment l'absence de dépistage psychologique voire psychiatrique et risque de placement tardif du nouveau-né.

² Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1000 naissances d'enfants nés vivants ou sans vie. Cet indicateur est produit chaque année par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) à partir de l'état civil; *Source* : « Périnatalité et santé des femmes », *Insee-Eurostat*.

³ Pour la première fois depuis 1995, le pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté de manière significative : 6,6 % des grossesses ont été déclarées au cours du deuxième trimestre et 1,2 % au cours du troisième trimestre en 2010, contre respectivement 4,3 % et 0,6 % en 2003 ; *Source* : Note Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), N°776, Octobre 2011 « Enquête nationale périnatale 2010 ».

⁴ Taux annuel de rupture de suivi de grossesse de la maternité Hôpital Sud Rennes : 10% (dont 75% pour raison inconnue ou oubli de RDV) - *Source* entretien réalisé le 13 mai 2012 avec la responsable du secrétariat des consultations externes.

préjudiciables (tant pour la santé de la mère que pour l'enfant) présente, de par ses causes, un caractère multidimensionnel en ce qu'il impose de distinguer la rupture d'ordre médical, de la rupture psychologique et/ou psychiatrique, de la rupture sociale (perte d'emploi), de la rupture parentale ou conjugale. Par ailleurs, cette rupture peut survenir soit, de manière « involontaire » et être « subie » par la femme enceinte soit, de manière « organisée » par la femme enceinte elle-même pour convenance personnelle⁵. Il convient de préciser à cet égard, que notre étude ne traitera que des ruptures dites « involontaires »⁶ de suivi de grossesse, lesquelles, contrairement aux ruptures « organisées », ne relèvent pas de la liberté individuelle des femmes enceintes et peuvent donc à ce titre, être objets d'actions préventives ou correctives en vue d'en atténuer les effets préjudiciables.

Du point de vue « organique », la politique de périnatalité n'a cessé d'étendre et de diversifier tant la qualité que le statut (public/privé) des acteurs de santé impliqués dans le suivi de grossesse. Les protagonistes institutionnels doivent conjuguer et coordonner leurs actions avec celles des acteurs de santé primaire et secondaire. Cette diversité d'acteurs, impliquant une pluralité de « représentations » et de « conceptions » de la notion de suivi de grossesse n'est pas sans conséquence sur « la sécurité » du parcours de la femme enceinte.

Par ailleurs, les ruptures du suivi de grossesse ne visent pas exclusivement des populations dites « vulnérables »⁷, lesquelles peuvent bénéficier d'une surveillance renforcée lorsqu'elles sont identifiées comme telles.

C'est pourquoi notre analyse sera élargie au risque de rupture du suivi de grossesse auquel est susceptible d'être exposée toute femme en âge de procréer, socialisée, en couple ou célibataire, qui exerce une activité professionnelle et qui ne présente a priori aucun facteur de prédisposition au risque de rupture (suivis médical, social, psychiatrique, conjugal).

L'analyse portera sur des données essentiellement collectées dans la région Bretagne.

⁵ Il est par exemple constaté une forme de tourisme médical en ce sens à destination des maternités Bretonnes manifestement préférées pour diverses raisons (qualité de la prise en charge, attachement culturel à la région, environnement familial proche...) aux établissements parisiens. *Source : entretien réalisé avec un sociologue en mai 2012*

⁶ Ruptures « involontaires ou subies » susceptibles de résulter de dysfonctionnements, de négligences dans le respect du parcours normé du suivi de grossesse.

⁷ La HAS a identifié dans ses recommandations professionnelles « *préparation à la naissance et à la parentalité* » novembre 2005 des facteurs de vulnérabilité qui doivent être pris en compte par les professionnels de santé lors du suivi de la grossesse pour éviter une défaillance dans la prise en charge de la femme enceinte.

Au regard de ces éléments, il semble pertinent de rechercher dans quelle mesure les acteurs de santé ont un rôle clé à jouer dans l'évitement des ruptures du suivi de grossesse ou à défaut, dans la réduction ou l'atténuation des effets préjudiciables des ruptures involontaires du suivi de grossesse.

Si l'état des lieux du dispositif du suivi de grossesse confirme le rôle déterminant des acteurs de santé (1), l'analyse du fonctionnement de ce dispositif révèle certains freins pouvant néanmoins être levés par la mise en œuvre d'axes d'amélioration qui semblent les plus pertinents (2).

1 UN DISPOSITIF COMPLEXE ET AMBITIEUX AU SERVICE D'UN SUIVI DE GROSSESSE SECURISE

1.1 UN CADRE NORMATIF PROGRESSIVEMENT DEPLOYE

De nombreux textes encadrent le suivi de la grossesse tant sur le plan médical que sur le plan psycho-social.

Le Code de la Santé Publique (CSP) énumère les examens médicaux obligatoires permettant un suivi médical de la grossesse⁸ :

- L'article R2122-1 dispose : « Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L. 2122-1 sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme.

Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement. »

- L'article L2122-1 prévoit que « toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire. A l'occasion du premier

⁸ Ils sont prévus aux articles L 2122-1, R 2122-1, R 2122-2, R 2122-3, L 2122-4 et L 2122-2 du CSP

examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Le volet médical du suivi de grossesse a été ultérieurement complété par un volet psychosocial.

Le Ministère de la Santé définit au travers de « plans périnatalité » une politique devant déboucher sur des actions concrètes en faveur des femmes enceintes :

Le plan périnatalité⁹ 2005-2007 est le plus récent et est toujours applicable à ce jour. Il se décompose en quatre volets (l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité) et fixe notamment pour objectifs de moderniser l'environnement médical de la grossesse (instauration de l'entretien du 4^{ème} mois et refonte du carnet de maternité), de l'accouchement et d'améliorer l'environnement psychique et social de la mère et de l'enfant.

La loi N°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance modifie l'article L.2112-2 du CSP en précisant les missions du président du conseil général qui doit notamment organiser :

- Des consultations prénuptiales¹⁰, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes
- Des activités de planification familiale et d'éducation familiale
- 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.
- 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.

⁹ Plans périnatalité antérieurs à 2005 : 1970-1976 : renforcement des examens et dépistages prénataux / 1995-2000 : sécurisation de l'accouchement et amélioration du suivi de grossesse

¹⁰ Les certificats prénuptiaux et les consultations prénuptiales ne sont plus obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2008

Ces missions sont déléguées par le président du conseil général à son service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dont il assure le financement et l'organisation. Il convient de noter que ce service doit rendre compte de ses activités annuellement à l'Etat, étant un service de santé publique déconcentré.

Par ailleurs, le Département peut déléguer, par convention, aux collectivités locales et associations la gestion de tout ou partie des missions de ce service de PMI (ex : les consultations prénatales).

La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, déclinée au niveau régional (CRN), constitue un lieu de discussion, d'élaboration et de recommandations en matière de périnatalité. Elle est composée de représentants de professionnels de la naissance et de représentants d'usagers et travaille notamment à partir du retour d'expériences des réseaux.

Les formalités et documents administratifs relatifs à la grossesse :

- La déclaration de grossesse constitue la première démarche administrative que doit accomplir la femme enceinte après constat de sa grossesse par le médecin ; cette déclaration est un document Cerfa délivré par le médecin à adresser à sa caisse d'assurance maladie avant la 14^{ème} semaine de grossesse et permettant notamment le remboursement des examens médicaux liés à la grossesse.
- Le carnet de grossesse, prévu à l'article L2122-2 du CSP, est un outil de promotion de la santé maternelle qui est délivré gratuitement par les services de PMI ; il contient les résultats des examens prescrits et toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère. Ces éléments sont confidentiels et soumis au secret professionnel.

Le suivi médico-psychosocial via l'entretien prénatal précoce :

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance réaffirme l'importance de l'entretien prénatal précoce (EPP) puisque le praticien qui constate la grossesse doit désormais proposer systématiquement cet entretien à la femme enceinte (cf développements infra).

L'élargissement des compétences des sages-femmes :

L'article 86 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») du 21 juillet 2009 précise que l'exercice de la profession de sage-femme peut désormais comporter la réalisation de consultations de contraception et

de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

L'article L.4151-1 du CSP précise par ailleurs que "l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant... »

Les droits de la femme enceinte :

La femme enceinte, en tant que patiente, peut se prévaloir de nombreux droits encadrés par une législation importante.

- Le droit à l'information : ce droit a été récemment réaffirmé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé et à l'article L. 1111-2 du CSP qui prévoit que l'information médicale doit porter « sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ». Ainsi, le médecin doit, à la femme enceinte qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.¹¹

- Le consentement du patient : si la loi impose de recueillir le consentement écrit du patient pour certains actes médicaux, telle que le dépistage de la trisomie 21, ce consentement doit également être recueilli oralement dans d'autres circonstances ; ainsi, la femme enceinte doit consentir à la prise en charge par le réseau périnatalité et au partage d'informations entre les professionnels du réseau.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit un dispositif de protection des mineurs en danger au sein du conseil général, dispositif dans lequel peuvent alors entrer les mineures enceintes.

Sont ainsi créés une cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)¹² et un observatoire départemental de la protection de l'enfance (article 16 de la loi). Les charges incombant au Département du fait de la mise en œuvre de cette loi peuvent être compensées par le Fonds national de la protection de l'enfance au sein de la Caisse nationale des allocations familiales (article 27 de la loi).

¹¹ L'obligation d'information du patient est aussi une obligation légale issue des articles L.1111-1, 1111-2, 1111-3, 1111-4, 1111-5, 1111-6, 1111-7, 1111-8 et L.1111-9 du Code de la santé publique

¹² 2% des situations préoccupantes concernent les femmes enceintes en 2011 dans le département des Côtes d'Armor, Source : entretien réalisé le 14 mai 2012 à la CRIP de St Brieuc.

1.2 UNE PLURALITE D'ACTEURS

Les acteurs de santé investis dans le suivi de grossesse se répartissent en deux catégories : non-institutionnels et institutionnels.

Les professions médicales et paramédicales regroupent les médecins généralistes (au véritable rôle de coordination et d'orientation), les sages-femmes, les gynécologues médicaux ainsi que les spécialistes en gynéco-obstétrique, les pédiatres néonataux, les aides-soignantes, ou encore les infirmières puéricultrices et les auxiliaires de puériculture se répartissant les actions de santé primaire et secondaire.

Leurs objectifs sont divers, mêmes si leurs missions se recoupent souvent.

Leur mission d'information est fondamentale et nécessite du temps, une écoute attentive, si nécessaire la proposition d'une consultation supplémentaire, ainsi que l'utilisation de langages et de supports adaptés.

Par ailleurs, leurs missions consistent également à assurer la continuité des soins, à proposer un programme de suivi, à identifier les situations de vulnérabilité en tenant compte du mode de vie et de la situation psycho-sociale de la femme ou du couple.

Concernant plus particulièrement le suivi de grossesse, il convient de noter qu'après la déclaration de grossesse, la surveillance est assurée par au moins un généraliste (23,8% des cas), une sage-femme (39,4% des cas) et une sage-femme libérale (15,6% des cas). L'entretien prénatal précoce (EPP) est d'ailleurs réalisé à plus de 80% par les sages-femmes¹³.

Les sages-femmes (hospitalières, libérales ou en PMI) se révèlent en effet des professionnelles de premier recours pour de nombreuses patientes dans le secteur public. Au cours des vingt dernières années, le nombre de sages-femmes a considérablement augmenté. Leur rôle sera renforcé corrélativement à la diminution annoncée du nombre de gynécologues obstétriciens entre 2011 et 2020. De plus, avec la loi de Santé Publique du 9 août 2004, confirmée par la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont vu leur rôle auprès des femmes enceintes s'accroître.

Afin de faciliter l'exercice de ces missions, divers outils sont mis à leur disposition dont un guide pour l'entretien du 1^{er} trimestre, une liste des facteurs de vulnérabilité ou encore des objectifs spécifiques et un contenu pour les séances prénatales individualisées.

¹³ DRESS, Etudes et résultats n°775, *La situation périnatale en France en 2010*, octobre 2011.

S'agissant des professions sociales et médico-sociales, elles se composent des psychologues, des conseillers conjugaux, des assistantes sociales, des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, des conseillers en économie sociale et familiale.

Concernant les institutions, les acteurs du suivi de grossesse sont les établissements de santé publics et privés, où sont en majorité effectués les entretiens prénatals précoces, les services des conseils généraux et particulièrement les services de PMI et de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les mairies, centres départementaux d'action sociale (CDAS), les caisses d'allocations familiales (CAF), les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les mutuelles, ou encore les Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

A propos des services de PMI plus particulièrement, leurs missions et actions regroupent l'éducation sanitaire familiale, les consultations et l'action médico-sociale à domicile. Ils se chargent donc de la protection de l'enfance, de faire en sorte que la grossesse se déroule dans des conditions médicales et environnementales favorables, de veiller au bien-être médico-psycho-affectif, de dépister les dysfonctionnements du lien parental et enfin de mettre en place des actions de prévention et d'éducation des femmes enceintes afin d'aider à leur resocialisation. Les services de PMI restent donc un acteur de santé primaire.

La plus-value des services de PMI consiste en leur accessibilité, notamment en leur capacité à proposer des visites à domicile, et en leur approche globale à la croisée des champs sanitaires et psycho-sociaux. La PMI porte une attention toute particulière aux femmes placées en situation de vulnérabilité, qui peut s'entendre non seulement comme la précarité financière mais aussi comme la précarité sociale, psychologique ou l'isolement social, affectif (pas d'entourage affectif bienveillant) et géographique¹⁴.

En effet, les professionnels des services de PMI mettent en exergue leur collaboration avec des assistantes sociales ou des psychologues, puisque ces derniers travaillent sur le versant social de la mission qu'ils ont en commun, la protection maternelle et infantile.

Enfin, concernant les réseaux de périnatalité¹⁵, ils peuvent être définis comme des ensembles de services au sein d'établissements publics ou privés qui offrent, à un bassin de population, des soins obstétricaux et pédiatriques selon une répartition prédéfinie des rôles.

¹⁴ Propos recueillis lors d'un entretien dans un service de PMI des Côtes d'Armor le 10/05/2012

¹⁵ Le réseau de périnatalité est un réseau de santé au sens de la loi du 4 mars 2002

98% des établissements de santé sont intégrés dans un réseau de santé formalisé en périnatalité¹⁶. Cependant, malgré leur appartenance à un réseau, les maternités continuent à poursuivre le suivi prénatal de façon autonome.

Les missions des réseaux consistent en un dépistage des risques médicaux, sociaux et psycho-sociaux, en l'information sur le déroulement de la grossesse et les modalités de prise en charge des réseaux, en l'orientation des patientes vers le lieu le plus adapté pour la surveillance de leur grossesse et enfin en un développement de la coordination des acteurs sur l'ensemble du territoire. Pour le suivi de grossesse, les réseaux s'appuient essentiellement sur les outils suivants : la diffusion de documents communs, la définition de protocoles communs, l'organisation de formations communes, le partage d'un répertoire de professionnels et, dans une moindre mesure, la mise en commun du dossier médical de la femme enceinte.

On pourra citer comme exemples de réseaux : le réseau périnatalité des Côtes d'Armor, le réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), l'Association départementale pour l'étude et la prévention des affections fœtales et leurs incidences néonatales (ADEPAFIN) qui est un support au réseau périnatalité et le service d'accueil national gratuit « allo parents-bébés ».

1.3 UNE DIVERSITE D'OUTILS

Divers outils sont à disposition des professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse.

Le carnet de maternité :

« Ce document a pour but d'apporter une information claire sur le déroulement de la grossesse et de faciliter le dialogue entre la mère et les professionnels du secteur médical ou social.

Il se présente en trois parties :

- Un livret d'accompagnement de la grossesse comportant des espaces d'annotations pour la mère et les professionnels qui la suivent ;
- Des fiches d'informations pratiques sur les examens à suivre, les soins, les services de préparation, les démarches à entreprendre, assortis de messages de prévention (exemples : conseils alimentaires, de suivi dentaire) ;
- Un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnels de santé, qui peut

¹⁶ Enquête nationale périnatale 2010

être remplacé par le dossier de suivi médical utilisé dans leur réseau de soins.

Le carnet est la propriété de la mère. Aucune personne, y compris le père, ne peut en exiger la communication. Les professionnels qui le consultent avec son accord et qui y inscrivent des annotations sont soumis au secret professionnel.

À noter : à la demande du père, le médecin peut lui rendre compte de l'état de santé de la future mère, dans le respect des règles de la déontologie médicale.

Le carnet est envoyé à la mère à l'issue du premier examen prénatal obligatoire soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par les services de protection maternelle et infantile du conseil général, soit par sa mutuelle selon les départements. Si elle ne le reçoit pas, elle peut aussi le demander à son médecin. »¹⁷

Entretien prénatal précoce :

Mis en place en 2007 (mesure centrale du Plan Périnatalité 2005-2007), cet entretien prénatal précoce est l'une des huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il est très différent des séances de préparation à l'accouchement qui ont vocation à aider les futures mères à préparer et à vivre leur accouchement dans les meilleures conditions. L'entretien prénatal peut se dérouler en individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin. D'une durée de 45 minutes à 1 heure, idéalement il devrait se dérouler au quatrième mois de grossesse. Cette séance, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, ne nécessite ni ordonnance ni passage par le médecin traitant.

Le professionnel est vigilant à l'environnement de la grossesse et offre une écoute attentive aux parents, alors invités à parler du projet de naissance et du projet parental.

Le professionnel ne peut partager le contenu de cet entretien que si les parents y ont consenti.

Selon le rapport d'évaluation du réseau périnatal des Côtes d'Armor de 2009, l'EPP est réalisé à 49,6% des cas par une sage-femme (24,2 % des cas par une sage-femme de PMI et 26,2 % des cas par une sage-femme libérale). Sur le département, 27% des femmes participent à un EPP et dans 46,8 % aucun facteur de risque n'est diagnostiqué. La problématique la plus souvent rencontrée (20,8%) concerne le chômage, la précarité et les difficultés financières.

¹⁷ Source : <http://vosdroits.service-public.fr>

Le parcours maternité de la CPAM :

Après l'envoi de la déclaration de grossesse à la CPAM déclenchant l'ouverture des droits à l'assurance maternité¹⁸, chaque femme enceinte reçoit des informations sur le suivi de sa grossesse notamment un « guide maternité » élaboré par l'Assurance Maladie donnant des informations utiles et pratiques pour chaque étape de la grossesse.

Dans certains départements, il est également proposé, aux futures mères et aux futurs pères, des séances gratuites d'information et d'échanges autour de la maternité : suivi de grossesse, droits, prestations, démarches administratives, conseils santé, conseils pratiques, contacts utiles.

Outil d'intervention pour la santé des femmes enceintes « grossesse et accueil de l'enfant » :

En décembre 2009, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a publié un guide intitulé « grossesse et accueil de l'enfant », les objectifs étant d'aider les professionnels de santé, d'accompagner la femme enceinte et le couple durant la grossesse, de favoriser l'accès à la parentalité, dans le cadre d'actions d'éducation pour la santé.

Recommandation pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité » :

En novembre 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé des recommandations professionnelles dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 et propose une démarche visant à préparer les futurs parents à l'accueil de l'enfant.

Ces recommandations ont pour objectif d'aider les professionnels de santé à repérer les situations de vulnérabilité afin de prévenir les troubles de la relation parents-enfants, de soutenir la parentalité par une aide sur la construction des liens familiaux, de favoriser la coordination des professionnels autour de la femme enceinte.

Une série de critères de qualité est associée à ces recommandations pour permettre une évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Actions collectives pré et post-natales en partenariat avec l'équipe de PMI (actions notamment mises en œuvre dans les Côtes d'Armor) :

Il s'agit d'un temps de rencontre et d'échanges d'informations sur les besoins fondamentaux du nourrisson. Il est proposé à l'ensemble des femmes enceintes. L'objectif

¹⁸ Notamment : 7 consultations prénatales, 1 consultation postnatale, l'EPP, des échographies...

est de permettre aux futurs et nouveaux parents d'échanger avant et après la naissance sur toutes les problématiques liées au développement de leur nouveau-né. Ces séances sont animées par une sage-femme hospitalière et une puéricultrice ou un médecin de PMI.

L'état des lieux fait apparaître un dispositif qui repose sur un cadre normatif complexe et mobilise différents acteurs utilisant des outils divers. Une réflexion approfondie soulignera l'efficacité de ce dispositif, toutefois relativisée par des dysfonctionnements notables. Ceux-ci pourront être corrigés par des leviers d'action renforçant notamment le rôle clé des acteurs de santé.

2 UN DISPOSITIF EFFICACE MAIS PERFECTIBLE

2.1 UNE EFFICACITE OBJECTIVEE

Le dispositif actuel de suivi de grossesse est efficient sur plusieurs axes. Diverses mesures permettent l'évitement ou la diminution des ruptures de suivi de grossesse. L'ensemble des actions sont menées à différents échelons, certaines déclinées au niveau national, d'autres mises en œuvre au niveau local.

La HAS fait des recommandations aux professionnels pour le suivi et l'accompagnement de la grossesse. Elle propose de préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins ainsi qu'un accompagnement spécifique pour les couples en situation de vulnérabilité afin de prévenir les troubles de la relation parents-enfant. De plus, elle recommande une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal.

Certaines nouvelles mesures du plan périnatalité 2005-2007 ont amélioré les conditions du suivi de grossesse notamment sur le volet psycho-social via les mesures suivantes :

- La mise en place d'un EPP visant à accompagner plus efficacement les parents
- la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance¹⁹,
- le développement des réseaux en périnatalité,
- le positionnement de la PMI au centre du réseau de périnatalité,

¹⁹ Exemple d'accompagnement réussi : Entretien SAFED « L'accompagnement d'une femme malade mentale ayant permis l'accouchement sans mise en danger de l'enfant en évitant l'hospitalisation en psychiatrie »

- la participation des sages-femmes libérales et la création de structures d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

Ces améliorations ont été objectivées par les résultats d'enquêtes nationales²⁰. Elles font apparaître que 80 à 90% des femmes interrogées sont très majoritairement satisfaites de leur sage-femme, jugée plus à l'écoute que les gynécologues, leur prise en charge est plus appréciée car elle facilite la création d'un lien de confiance fort. En effet, le suivi de grossesse effectué par les sages-femmes permet un suivi personnalisé, rassurant et adapté.

D'autres points positifs sont relevés comme l'organisation des professionnels en réseau, l'existence de collaborations entre structures spécialisées et professionnels de la naissance, la création de « maisons de naissance » (lieu d'accueil, de suivi et d'accouchement) au sein des maternités. En effet, leur fonctionnement repose sur une relation de partenariat avec les différents acteurs du réseau. Interrogées sur l'aspect du suivi de grossesse qu'elles avaient trouvé le plus satisfaisant, les usagères de maternité ont mis en avant les qualités humaines des professionnels de santé : l'écoute et l'accompagnement (30%), le dialogue et les explications reçues (22%), la sécurité de la prise en charge (19%) et la qualité des prestations techniques (13%).

Le réseau périnatal des Côtes d'Armor :

Il a atteint ses principaux objectifs opérationnels de l'année 2009, dont l'information des usagers à travers la diffusion de guides ou de dépliants et l'engagement du réseau dans la mise en place de l'EPP.

Réalisation d'un guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risques : « Du projet de naissance à l'accouchement ». Ce guide est réalisé par l'URPS des médecins généralistes des Pays de Loire. Il a pour vocation d'apporter une aide pratique aux professionnels de santé, il peut être partiellement destiné aux femmes enceintes sous réserve d'en accompagner la distribution par une information adaptée. Ce guide comporte des fiches d'actions descriptives à chaque étape du suivi de grossesse, selon les critères de vulnérabilité (addiction, conduites à risque, etc.), qui permettent une traçabilité des mesures mises en œuvre. Un focus est fait sur l'EPP et sur le rôle préventif du médecin généraliste.

²⁰ Enquête DREES -2006- et Enquête de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) -2010-

Le service d'hospitalisation à domicile (HAD) à Lannion :

L'HAD adaptée à l'obstétrique permet une surveillance à domicile des grossesses pathologiques et des suites de couches, lorsque l'état de santé des patientes et le contexte familial le permettent. C'est un intermédiaire entre l'hospitalisation classique et la surveillance par la sage-femme ou le médecin à titre libéral.

L'activité d'HAD obstétrique représente 17.58 % de l'activité totale de l'HAD de Lannion. Le pourcentage de femmes prises en charge de cette façon est ainsi passé de 8.1 % en 1999 à 14.7 % en 2009.

Le service d'accompagnement aux femmes enceintes en difficulté de Rennes (SAFED) :

Un entretien a été réalisé au sein d'une structure atypique²¹ de Rennes : le SAFED, financé par le conseil général d'Ille et Vilaine. Les femmes sont adressées au SAFED sur la base d'un critère général : « la notion de danger pour la personne et l'enfant à naître », soit par les équipes médicales (médecins généralistes, médecins hospitaliers, sages-femmes, gynécologues, service de santé scolaire...) soit par les équipes médico-psycho-sociales (centre de planification, conseillers conjugaux, assistantes sociales ...).

Ce danger est identifié dès lors que :

- la femme annonce un projet de remise de l'enfant à l'ASE,
- la femme enceinte en désinsertion sociale ou familiale cumule plusieurs critères de vulnérabilité (isolement, absence de logement, de revenus, de couverture sociale, climat de violence familiale ou de couple, étrangère en situation irrégulière, prostitution, délai d'interruption volontaire de grossesse dépassé dans un contexte de grossesse non désirée),
- les mineures enceintes dépendent particulièrement de leur milieu familial,
- les femmes présentent des troubles psychologiques, une pathologie mentale connue et suivie mettant en danger la grossesse ou faisant craindre un risque pour l'enfant à naître.

Le SAFED garantit un accompagnement pluridisciplinaire adapté aux besoins spécifiques de la femme enceinte permettant l'entrée dans le dispositif de suivi et/ou son respect. Il veille à l'observance de ce suivi par un respect des entretiens, un accompagnement physique aux rendez-vous, un déplacement au domicile en cas de

²¹ Créée après la loi de 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse, cette structure unique en France intervient en amont et pendant la grossesse. 255 personnes par an sont prises en charge dont 1/3 sont d'origines étrangères (Afrique ou Europe de l'Est principalement). Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire : 1,5 ETP assistante sociale, une psychologue à 80 %, une sage-femme et une secrétaire.

demande expresse ou de non présentation aux consultations, examens ou entretiens. De plus, il garantit la continuité du suivi lorsque la femme refuse une prise en charge en l'orientant vers d'autres professionnels ou structures plus adaptés. Le SAFED facilite et organise les démarches administratives afin de permettre l'ouverture des droits liés à la grossesse (prise en charge financière des examens médicaux en partenariat avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes).

En assurant une veille permanente et individualisée de chaque femme enceinte, il permet d'anticiper les ruptures du suivi de grossesse (suspension, interruption volontaire du suivi...) par des mesures très réactives et coordonnées.

Le SAFED respecte les recommandations de la HAS et ses actions sont en adéquation avec les plans périnatalité comme l'illustrent les témoignages suivants de l'assistante sociale et de la psychologue :

« Existe-t-il une bonne coordination entre les différents acteurs ? »

« Très bonne notamment avec les acteurs hospitaliers, réseau construit et conforté avec le temps avec une permanence des référents qui garantissent une réactivité de prise en charge en traitant les femmes accompagnées par le SAFED comme des usagers prioritaires. Egalement très bonne avec d'autres acteurs administratifs du département (Commission locale de l'habitat, logements sociaux, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), PMI, ASE..... De même avertissement systématique du SAFED lorsqu'un rendez-vous n'a pas été honoré par l'une de leur « protégée » ce qui permet une grande réactivité (mesures de rattrapage immédiatement envisagées, personne immédiatement contactée pour en connaître les raisons...) »

« Quels outils favorisent cette coordination ? »

« Des Fiches de liaison²² CDAS-SAFED garantissent le suivi et la communication entre les professionnels... des commissions pluridisciplinaires d'aide à l'évaluation permettent d'évaluer les conditions d'arrivée de l'enfant... des commissions d'aide à la décision sont organisées pour décider de l'attribution de certaines prestations (travailleuse familiale en vue de préparer la mère ou les parents à la naissance)... pour valider l'engagement du conseil général dans la prise en charge financière des mesures d'accompagnement par le SAFED ... des staffs médico-psycho-sociaux sont organisés au sein des structures d'accouchement (maternités, hôpitaux...) »

²² Egalement utilisées dans le cadre du réseau de périnatalité des Côtes d'Armor sous l'appellation « fiche de liaison anténatale ».

2.2 LA PERSISTANCE DE CERTAINS DYSFONCTIONNEMENTS MATRICIELS

Une mise en œuvre incomplète du plan périnatalité 2005-2007 :

Le plan périnatalité 2005-2007 n'est pas, à ce jour, mis en œuvre dans son intégralité. A titre d'exemple, seule une des dix mesures concernant les populations défavorisées a été suivie et plus généralement seuls 45% des 90 sous-mesures ont été réalisés et près de 15% ne l'ont pas été du tout.²³ Près de cinq ans après l'élaboration de ce plan, le bilan de son application n'est donc pas positif dans l'ensemble.

Une mauvaise utilisation ou une insuffisance des outils disponibles :

L'entretien prénatal précoce :

L'EPP, qui représente une mesure phare du plan périnatalité 2005-2007 et qui est introduit pour renforcer la prise en compte de l'environnement psycho-social de la femme enceinte, est un outil très peu utilisé. En 2010, une femme sur cinq a bénéficié de cet entretien et il s'avère que les femmes ayant réalisé cet entretien ont principalement un profil socio-économique privilégié.

Si cet entretien doit être proposé de manière systématique à toute femme et devrait être réalisé au 4^{ème} mois de grossesse, ce n'est pas le cas en pratique ; certaines femmes ne se voient jamais proposer cet entretien, entraînant alors un risque de ne pas diagnostiquer d'éventuelles situations précaires ou des problèmes d'addiction (alcool, tabac, drogues). Dans d'autres cas, l'entretien est réalisé tardivement (au-delà du 4^{ème} mois de grossesse), réduisant ainsi la durée, l'utilité et l'efficacité de l'accompagnement psycho-social de la femme. Quand bien même il est réalisé, il l'est parfois dans des conditions qui ne respectent pas les recommandations de la HAS (notamment celles relatives à la durée de cet entretien).

Par ailleurs, se pose la question des suites données par le professionnel à cet entretien ; le diagnostic réalisé au cours de l'entretien peut ne pas être suivi d'effets si le professionnel ne fait pas lui-même le relais avec des partenaires ou collègues.

Les deux premiers guides maternité (de 0 à 6 mois et de 6 à 9 mois de grossesse) ne mentionnent pas l'intérêt et l'importance de l'EPP et classent cet entretien dans l'une des huit séances de « préparation à l'accouchement ». Cette terminologie peut parfois nuire à la lisibilité sur le contenu, la finalité et l'utilité de cette « étape » pour la femme enceinte de quelques semaines.

²³ Rapport public annuel de la Cour des Comptes – février 2012

La déclaration de grossesse :

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) constate que les déclarations de grossesse sont de plus en plus souvent envoyées tardivement par la femme enceinte à l'Assurance-Maladie. Cet élément pose problème dans la mesure où l'envoi de cette déclaration représente le point de départ du suivi de grossesse.

Les disparités territoriales et sociales facteurs d'inégalités d'accès au suivi :

Disparités territoriales :

Les services de PMI relèvent des conseils généraux. Il en résulte que les modalités de mise en œuvre de la politique de périnatalité varient d'un département à un autre. La femme enceinte ne se verra pas proposer la même prise en charge selon le département dans lequel elle se situe.

Certains départements, via leur service de PMI, ne respectent pas les normes minimales d'activité et de moyens, tandis que d'autres les dépassent largement. En raison de contraintes budgétaires, il peut être demandé à certains services de PMI de se recentrer sur les populations vulnérables ; ceci marque encore davantage les différences territoriales et va à l'encontre de la mission première de prévention de ces services souffrant déjà d'une image négative²⁴. En outre, des disparités sont constatées en termes de démographie médicale. Certaines zones, selon qu'elles sont rurales, périurbaines ou urbaines, sont sous dotées en professionnels de la périnatalité.

Disparités sociales :

La précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis de grossesse peu satisfaisants, voire inexistants. Il convient de noter que la surveillance prénatale tardive est également plus fréquente chez la femme vivant dans un environnement social difficile.

Dès lors, ces disparités entraînent des inégalités non négligeables d'accès aux soins en général et au suivi de grossesse en particulier.

²⁴ Entretien réalisé le 10 mai 2012 avec un service de PMI des Côtes d'Armor

Un risque de déshumanisation de la grossesse :

La surmédicalisation est plus prégnante et plus justifiée pour les femmes présentant des risques particuliers, mais la femme a souvent le sentiment que cette surmédicalisation lui est imposée.

Au moment de l'accouchement, les femmes souhaitent que ce moment soit certes sécurisé mais moins médicalisé et plus personnalisé ; les pères peuvent également penser ne pas être suffisamment impliqués et désirent jouer un rôle plus actif autour de la grossesse et de l'accouchement.

Dès lors, il semblerait que le suivi de grossesse se limite trop souvent à un suivi médical en laissant de côté la dimension psychologique.

Le manque de coordination et de communication entre les différents acteurs :

Ce manque de coordination et de communication entre les différents acteurs de la périnatalité n'est pas nécessairement constaté dans chaque département ou région.

Si un médecin généraliste du Morbihan déclare n'avoir aucune relation avec le service de PMI de son département ni avec le réseau périnatalité dont il ignore même les missions et actions, ce même constat ne peut pas être dressé dans le département d'Ille et Vilaine.

Une mauvaise connaissance des missions de chacun des acteurs et parfois un chevauchement de leurs rôles nuit par ricochet à la prise en charge de la femme enceinte qui n'a alors elle-même pas ou peu connaissance des différents acteurs pouvant assurer le suivi de sa grossesse.

La communication entre professionnels à propos des soins, des prescriptions et des examens réalisés dans le cadre du suivi de grossesse apparaît primordial. Or, actuellement il existe peu d'outils d'échanges d'informations entre professionnels et de traçabilité des actes. Ainsi, les systèmes d'informations restent encore perfectibles (relativement aux interfaces entre les différents systèmes d'information), tout comme l'usage du carnet de maternité délivré aux femmes qui s'avère peu, pas ou mal utilisé par les femmes et les professionnels de santé.

L'expérience d'un médecin généraliste exerçant dans le Morbihan illustre bien ces dysfonctionnements. Il exprime clairement son sentiment de solitude dans le suivi de grossesse de ses patientes. Ce professionnel est non seulement isolé d'un point de vue géographique des autres acteurs de la périnatalité (ex : maternités, sages-femmes, PMI), mais l'est également dans l'exercice du suivi de ses patientes enceintes. En effet, il n'a pas d'interlocuteur privilégié identifié dans le département et déplore un manque, une absence de retour d'information des autres acteurs du suivi, dont l'hôpital et les maternités privées.

Cette carence ne lui permet pas d'être informé d'une rupture du suivi de grossesse de l'une de ses patientes.

2.3 LES LEVIERS D'AMELIORATION ORGANIQUES ET FONCTIONNELS ENVISAGEABLES POUR UN RENFORCEMENT DU SUIVI DE GROSSESSE

L'analyse des principaux dysfonctionnements du dispositif du suivi de grossesse nous révèle que la résolution de certains d'entre eux, unanimement dénoncés²⁵, semblent prioritaires, non seulement au regard de la gravité de leurs effets préjudiciables, mais également en raison de leur caractère « matriciel » : certains générant en effet de nouveaux dysfonctionnements par ricochet.

Les pistes d'amélioration ainsi proposées, visant non seulement les acteurs impliqués dans ce suivi, mais également les outils mis à disposition, devront contribuer à relever un défi majeur : personnaliser davantage le suivi de grossesse, tant sur le volet médical que sur le volet psychosocial, tout en continuant à le sécuriser en se gardant toutefois de sombrer dans l'écueil de la surmédicalisation.

Les leviers d'amélioration « organiques » impliquent une clarification des missions et optimisation de la coordination des acteurs davantage responsabilisés. Un des pré-requis incontournables de tout progrès dans le suivi de grossesse réside dans la nécessaire définition du rôle respectif de chacun des acteurs, en vue notamment, de neutraliser les risques de chevauchements et dénis de compétence, d'optimiser leur coordination et mieux les responsabiliser dans le suivi de grossesse.

La mission spécifique de prévention des ruptures du suivi en vue de sensibiliser les futures mères à l'importance de ce suivi tant pour leur santé que pour celle de leur enfant, devrait relever à titre principal du médecin traitant, qui peut, par son intervention dès le stade préconceptionnel, déterminer en amont les précautions qu'il conviendra de prendre en termes « d'accompagnement adapté » dans le suivi. Il pourrait ainsi être confirmé dans sa fonction de « guichet unique » chargé de la bonne orientation des femmes enceintes pour entrer dans le dispositif de suivi ou le réintégrer en cas de suspension, compte tenu de sa connaissance de l'offre de soins et de la démographie médicale et paramédicale de son territoire.

²⁵ Tant par la littérature sur le sujet que par les acteurs rencontrés dans le cadre de nos divers entretiens.

Concernant la mission de suivi médical, elle ne devrait échoir qu'à titre exceptionnel et dérogatoire au médecin généraliste, c'est à dire au titre de sa permanence des soins ambulatoires, justifié pour des raisons de démographie médicale. Ainsi, le suivi médical des grossesses qualifiées « à bas risque » devrait relever en principe à titre exclusif des missions confiées aux sages-femmes libérales ou hospitalières qui sont bien formées à cet exercice et répondent davantage aux attentes des femmes suivies²⁶. Ceci impliquerait une revalorisation de certains actes dont l'EPP pour lequel elles sont moins bien rémunérées que le médecin traitant. S'agissant des grossesses « à haut risque », le suivi médical doit nécessairement être confié aux gynécologues-obstétriciens libéraux et hospitaliers. Le respect des clés de répartition des missions dévolues à chacun impose une égalité d'accès à ces professionnels de santé impliqués dans le suivi médical de la grossesse, et ce, qu'elle que soit sa classification (à risque ou non).

Le suivi psychosocial devrait continuer à relever de la compétence exclusive des services de PMI en lien direct avec les CCAS et CDAS, et le cas échéant, des SAFED pour les femmes migrantes²⁷, sans droits, ou en situation d'exclusion.

Par ailleurs, une nouvelle mission dite de « Permanence et d'Alerte » (n° de téléphone unique et largement diffusé) pourrait être confiée à une sage-femme libérale d'astreinte, accompagnée d'une équipe pluridisciplinaire, par département ou par région sous la responsabilité du Conseil de l'Ordre ou de l'URPS. Elle pourrait dispenser un conseil urgent d'orientation, recueillir le signalement d'un risque de rupture ou d'une rupture effective en vue d'apporter une réponse rapide et fiable, ou bien mettre en œuvre une action corrective visant à prévenir ou limiter la gravité des éventuelles conséquences préjudiciables de la rupture.

La réussite du suivi de grossesse impliquant plusieurs acteurs tout au long d'une démarche continue et évolutive est conditionnée à l'effectivité d'une coordination de qualité entre l'ensemble des protagonistes, elle même tributaire du degré de responsabilisation de chacun.

Si la coordination des acteurs ne se décrète pas, en ce qu'elle comporte une dimension subjective « intuitu personae », son effectivité repose sur le respect d'un

²⁶ Résultat enquête UNAF 2010 précitée.

²⁷ 48% des femmes migrantes en Europe n'ont pas accès à un suivi de grossesse : *Source: 2ème rapport de l'Observatoire Européen de l'Accès aux Soins : L'accès aux soins, un droit non respecté en Europe*, 2009.

dispositif préalablement défini et appuyé par des mesures incitatives. Les nouveaux outils²⁸ de régulation territoriale de l'offre de soins mis à la disposition des ARS offrent sans doute de nouvelles opportunités de renforcement du dispositif de suivi de grossesse (de la prévention des ruptures aux modalités de leur prise en charge). Ainsi, la définition d'une politique²⁹ régionale de prévention et de réduction des conséquences préjudiciables de ces ruptures, impliquant en amont des représentants de tous les acteurs de ce suivi, y compris des associations d'usagers en vue de permettre aux femmes enceintes d'être davantage actrices et non plus seulement spectatrices de leur suivi, est sans doute un préalable nécessaire à l'amélioration de la coordination des acteurs de ce suivi.

En tant que garante de l'égalité d'accès à un suivi de grossesse adapté à ses besoins, chaque ARS devrait sécuriser une répartition territoriale équitable de l'offre de soins de premiers et seconds recours en matière de suivi de grossesse notamment, en renforçant le dispositif de permanence d'accès aux soins ambulatoires. Diverses mesures incitatives s'inscrivent dans la lignée de celles adoptées dans le cadre de la convention nationale médicale du 12 juillet dernier dont le secteur optionnel ouvert aux gynécologues-obstétriciens et la rémunération à la performance sur la base d'objectifs de santé publique. La prévention des facteurs de risque liés au tabac pendant la grossesse figure également dans cette convention au titre des thèmes prioritaires de prévention retenus ; il conviendrait d'étendre cette mesure au risque de ruptures de suivi de grossesse.

L'étude des différents axes d'amélioration à caractère « fonctionnel » conduira à constater que cette coordination dépend du dynamisme des réseaux et du volontarisme des différents acteurs à utiliser et à adapter des outils existants, supports indispensables.

L'une des conséquences négatives du dispositif actuel, impliquant une pluralité d'acteurs aux missions parfois communes, consiste en une dilution des responsabilités de toute rupture de suivi. Outre la clarification des compétences et la suppression de missions exercées « en doublon », la responsabilisation des acteurs exigerait de rendre obligatoire la traçabilité de tout acte réalisé dans le cadre de ce suivi sur un support unique, validé par l'ARS et l'Observatoire National de l'Accès aux Soins, en complément des données

²⁸ Ils s'inscrivent dans la logique de dispositifs préexistants : Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont constitué un outil de concertation et de coordination afin de permettre que les populations les plus démunies puissent bénéficier des prestations répondant au droit commun, de rechercher des solutions innovantes faisant intervenir les professionnels du sanitaire et du social. Le plan régional de santé publique, issu de la loi de santé publique du 9 août 2004 comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région, et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

²⁹ Comme toute politique de santé publique déclinée à l'échelon régional puis territorial, elle impliquerait la définition d'objectifs prioritaires contribuant à prévenir les ruptures, la désignation d'acteurs investis de missions ciblées, l'attribution de moyens et le déploiement d'outils adaptés à l'atteinte de ces objectifs, la mise en place d'indicateurs de suivi et de résultats en permettant une évaluation objective régulière de nature à adapter les orientations.

collectées dans le cadre de la remise de rapports d'activité (réseaux périnatalité, PMI, SAFED...). Cette responsabilisation impliquerait une contractualisation entre tous les acteurs impliqués dans le suivi, en vue de prédéfinir des objectifs à atteindre en termes d'amélioration du suivi et des indicateurs d'évaluation de l'action de chacun. Dans cette même optique, il serait souhaitable de responsabiliser davantage les femmes enceintes dans l'observance de leur suivi en contractualisant les engagements réciproques des parties (ex: apporter à chaque consultation ou examen le carnet de maternité pour les femmes suivies et obligation de respecter les recommandations HAS à chaque étape du suivi de grossesse par les professionnels de santé). Enfin, s'agissant des ruptures de suivi imputables à l'hôpital³⁰ ou maternités privées en raison d'une absence de communication à destination notamment du médecin traitant, elles pourraient faire l'objet d'une déclaration systématique en tant qu'« événement indésirable » susceptible d'alimenter un indicateur de performance en « périnatalité » faisant l'objet d'une publication nationale et ce faisant, permettant l'identification et la promotion de bonnes pratiques.

Toutefois, une meilleure clarification du rôle de chacun des acteurs de santé davantage responsabilisés, doit nécessairement s'accompagner d'une exploration des pistes d'amélioration des supports et outils mis à leur disposition pour consolider l'émergence d'un progrès dans le suivi de grossesse.

Du point de vue des leviers d'amélioration à caractère « fonctionnel », deux axes de progrès semblent devoir être explorés. Au regard des souhaits exprimés dans le cadre des divers entretiens réalisés ou de la littérature sur le sujet, il conviendrait d'optimiser l'usage des outils existants ou de promouvoir et de généraliser des outils résultant d'initiatives locales. Par ailleurs, d'autres modèles européens présentant de meilleurs résultats en matière de prévention des ruptures du suivi de grossesse pourraient être transposés.

Parmi les principaux outils utilisés, le carnet de maternité, réformé en 2007, semble répondre aux attentes des professionnels de santé dans son contenu. Toutefois, la majorité d'entre eux déplorent sa « sous utilisation » entendue comme une insuffisante exploitation de ses potentialités. Face à ce constat, alors que certains³¹ souhaiteraient en réformer le contenu en vue de le faire évoluer vers un véritable « carnet du parcours de grossesse » offrant davantage d'espaces dédiés à la libre expression de la femme enceinte. D'autres

³⁰ Dysfonctionnement répété notamment dénoncé par le médecin généraliste interviewé.

³¹ C'est le cas du médecin généraliste interviewé.

espèrent plus modestement un renforcement de la formation dispensée aux professionnels de santé en vue de les sensibiliser à son utilité, à sa valeur ajoutée dans le suivi de grossesse et ce faisant, de leur permettre d'attirer l'attention des femmes enceintes sur sa fonction essentielle dans le suivi.

Comme souligné précédemment, l'EPP qui fait l'objet d'un plan d'action spécifique au niveau du projet régional de santé (PRS) de Bretagne 2012-2016³², réalisé dans de bonnes conditions, occupe une place cardinale³³ dans les outils susceptibles de prévenir les ruptures du suivi de grossesse. Toutefois, son efficacité est trop souvent altérée par une utilisation qui contribue à en dénaturer l'objet (diagnostiquer les facteurs de risque conditionnant les modalités du suivi de grossesse) : réalisation très tardive dans des conditions expéditives. C'est pourquoi, la prévention des ruptures du suivi de grossesse impose de le proposer systématiquement à toutes les femmes enceintes et de le réaliser en respectant rigoureusement les recommandations émises par l'HAS, visant à la fois sa durée et le moment de sa réalisation. Par ailleurs, outre le fait qu'il serait souhaitable, par souci de lisibilité et de cohérence, de l'isoler des autres sept séances de préparation à la grossesse, il devrait être exclusivement réalisé par des sages-femmes³⁴.

S'agissant de la pratique quotidienne du suivi de grossesse par les médecins généralistes, insuffisamment formés à cet exercice, certaines initiatives locales inspirées des modèles de guides nationaux³⁵, dont le Guide de l'URPS Médecins Libéraux des Pays de Loire, devraient être encouragées compte tenu de la qualité des supports pratiques proposés, dont des fiches de diagnostic de facteurs de risque (addictologie, précarité...). De même, il conviendrait d'étendre le dispositif de la visite des délégués de l'Assurance Maladie aux médecins traitants à d'autres acteurs de santé impliqués dans le suivi de grossesse afin de se faire connaître, de diffuser des bonnes pratiques et de capitaliser des retours d'expérience.

L'absence trop fréquente de partage d'informations médicales et autres, entre acteurs de santé (problèmes d'interfaces entre systèmes d'informations souvent dénoncés) étant un des facteurs prédisposant au risque de rupture du suivi, la création du Dossier

³² Détection des facteurs de risque tabac, alcool.

³³ Valorisé notamment dans les réseaux de périnatalité des Côtes d'Armor et de Franche-Comté (respectivement dans un encart dédié au sein du carnet de maternité et via un support d'entretien).

³⁴ Meilleur taux de satisfaction des femmes quand réalisation de l'EPP par une sage femme: Cf. Enquête Périnatalité UNAF 2010.

³⁵ Cf. Guide INPES.

Médical Personnel, possible depuis janvier 2011, doit être encouragée en ce qu'il garantit un partage instantané d'informations sécurisées³⁶.

En effet, outre l'accompagnement physique par une équipe pluridisciplinaire tout au long du suivi des femmes enceintes diagnostiquées comme présentant des facteurs de risque de rupture ou s'étant déjà placées en situation de rupture³⁷, la meilleure garantie contre ce risque réside dans le volontarisme et l'investissement des différents acteurs à faire vivre les instruments de coordination.

Parmi les exemples d'initiatives locales facilitant cette coordination, celui offert par le dispositif instauré par le SAFED de Rennes pourrait être expérimenté sur plusieurs départements, avant d'être généralisé, compte tenu de ses potentialités³⁸.

Concernant plus particulièrement la coordination entre l'hôpital et l'offre ambulatoire, certains auteurs³⁹ ont encouragé le développement de « staff de parentalité » réunissant des obstétriciens, pédiatres y compris hospitaliers, le service de pédopsychiatrie, les médecins de PMI, le service social, le service de l'ASE, à l'initiative des départements afin « *d'évaluer, dès le stade anténatal, les situations présentant des facteurs de risque, et de proposer après concertation, une orientation et un soutien adapté* » aux futures mères particulièrement fragilisées psychologiquement. Mis en œuvre sous diverses appellations, ce dispositif est promu par les différents utilisateurs (dont le SAFED) et devrait être renforcé à l'avenir par la prise en compte de ces réunions dans le cadre du processus de certification⁴⁰. En termes strictement logistiques, l'équipement informatique adapté des différents acteurs nécessaire à la réalisation de visioconférences pourrait permettre d'en accroître la fréquence.

Par ailleurs, la désignation d'un référent unique au sein de chaque maternité, hospitalière ou privée permettrait de contourner l'écueil de la perte d'information auquel sont confrontés les médecins traitants lorsqu'ils souhaitent transmettre ou obtenir une information d'une de leurs patientes afin de prévenir tout risque de rupture.

A ce stade de l'analyse, il convient d'explorer les différents dispositifs du suivi de grossesse en Europe en vue d'en détecter d'éventuelles sources d'inspirations.

³⁶ Médecins généralistes, financièrement incités à s'équiper en matériel informatique, Cf. convention médicale 2011.

³⁷ Exemple de critère de réussite offert par le SAFED.

³⁸ Cf. partie 2.1 : une efficacité objectivée

³⁹ Source: Extrait du « *Guide Pratique. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* », 2008, Propos de M HERMANGE in « Périnatalité et parentalité », 2006.

⁴⁰ Guide HAS « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé », Certification V2010, décembre 2011

Parmi les dispositifs européens, la France se caractérise par une inflation législative et réglementaire, source de nombreuses obligations encadrant tant la fréquence et le déroulement des consultations, que la prescription des examens.

Reposant sur un socle commun, les autres systèmes européens présentent la particularité, soit de moduler le suivi selon la qualité (primipare/multipare) des femmes enceintes en renforçant celui des primipares (nombre de consultations plus élevé au Royaume-Uni et en Suède), soit de concentrer les examens sur les périodes les plus à risques notamment pour limiter le caractère anxiogène (autre le risque iatrogène) que peuvent recouvrir les examens médicaux (c'est le cas en Allemagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède où les consultations sont plus fréquentes en fin de grossesse).

S'inspirant de ces exemples européens, présentant des résultats satisfaisants en termes d'indicateurs de périnatalité, il a été proposé⁴¹ de permettre en France l'adaptation du suivi de grossesse au déroulement physiologique de celle-ci, afin d'optimiser sa surveillance, sans pour autant la surmédicaliser. Cette solution qui présente certes l'avantage d'un suivi personnalisé, se heurterait à certaines difficultés de mise en œuvre compte tenu de la forte dotation en sages-femmes notamment libérales, qu'elle exigerait et de la nécessaire réactivité qu'elle impliquerait de la part des différents professionnels de santé et structures, publiques ou privées, impliqués dans le suivi de grossesse.

CONCLUSION

Malgré l'existence d'un cadre normatif relativement dense, on déplore encore en 2012, la persistance de cas de rupture du suivi de grossesse et d'incidents de suivi, ce qui contribue au ralentissement des progrès réalisés en termes de périnatalité.

L'état des lieux du dispositif actuel aboutit au constat d'une organisation particulièrement complexe faisant intervenir une multiplicité d'acteurs aux missions parfois non clairement définies ou identifiées et disposant d'une pluralité d'outils aux potentialités non exploitées.

Si cet état des lieux est globalement positif, les atouts tenant à la richesse des acteurs et des outils, peuvent néanmoins engendrer des dysfonctionnements de nature tant exogène qu'endogène. En effet, parmi les dysfonctionnements majeurs identifiés, un manque de

⁴¹ Marie Jeanne JULIE : « Une grossesse physiologique...des suivis européens. Etude comparative des suivis de grossesse dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède) », *Mémoire Elève Sage-femme, Université Henri Poincaré, Nancy I, École de Sage-femme de Metz, 2009.*

coordination et de communication entre tous les acteurs de la périnatalité peut être associé à une insuffisante appropriation des outils existants et à des difficultés d'interface entre systèmes d'information.

Le dispositif actuel comporte en lui-même des leviers d'amélioration dont la mise en œuvre effective repose essentiellement sur l'investissement et le volontarisme des différents acteurs qui doivent se mobiliser dans un délai contraint, celui des neuf mois de la grossesse. Toutefois, ce constat, bien que déjà satisfaisant, n'exonère pas de l'étude de solutions novatrices tirées d'expériences locales ou de dispositifs européens dont seules les plus prometteuses ont été développées dans cette réflexion.

A l'issue de cette étude, nourrie des richesses de l'interfiliarité, il appert que les acteurs de santé sont appelés à jouer un rôle clé tant dans la prévention des ruptures de suivi de grossesse que dans l'atténuation des conséquences éventuellement préjudiciables d'une rupture effective.

La réponse apportée à la problématique traitée dans ce rapport est d'autant plus fondamentale qu'elle est susceptible d'avoir une incidence sur le risque de rupture de suivi tant médical que psycho-social du nourrisson, autre composante de la périnatalité.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de l'action sociale et de la famille

Code de la Santé Publique

Plan « périnatalité » 2005-2007 « *humanité, proximité, sécurité, qualité* », 2004, [en ligne], [visité le 5 mai 2012] disponible sur REAL.

Projet Régional de Bretagne 2012-2016 « *Agir ensemble pour la santé des bretons* », (extraits), [en ligne], [visité le 5 mai 2012] disponible sur REAL.

Ouvrages

HASSANI A - LETORET A - MORELLEC J, novembre 2009 « *Protection maternelle et infantile- de la promotion de la santé à la protection de l'enfance* », Edition Berger-Levrault, 502 pages.

BELANGER H – CHARBONNEAU L, 1995, « *La santé des femmes* », Edition Edisem, 1141 pages.

Articles de périodiques

BLONDEL B, Novembre 2010, « Déroulement de la grossesse et santé périnatale chez les femmes en situation précaire », *Réalités en gynécologie-obstétrique*, n°149.

DELMOTTE H, Avril 2012, « Le cri d'alarme des médecins de PMI », *Gazette santé-social*, N°86.

TREHONY A, 2007 « Démographie médicale : la Bretagne est attractive pour les médecins », *Observatoire régionale de santé de Bretagne*, [en ligne], [visité le 5 mai 2012] disponible sur REAL.

LE BRETON-LEROUVILLOIS G – ROMESTAING P, 2011, Atlas régional du Conseil National de l'Ordre des médecins, « *la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Bretagne - situation au 1^{er} juin 2011* » [en ligne], [visité le 5 mai 2012] disponible sur REAL

Rapports et guides

HERMANGE M-T, 2006, Rapport sénatorial « *Périnatalité et Parentalité* », [en ligne], [visité le 5 mai 2012] disponible sur REAL.

INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2008, Rapport européen sur la périnatalité « *la France comparée aux autres pays d'Europe* », [en ligne], [visité le 7 mai 2012] disponible sur <http://www.inserm.fr>

Réseau périnatalité des Côtes d'Armor, rapport d'activité 2010 et d'évaluation (extraits) [en ligne], [visité le 8 mai 2012] disponible sur REAL

Cour des comptes, 2012, rapport public annuel « *politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation* » (extraits) [en ligne], [visité le 8 mai 2012] disponible sur REAL

Cour des comptes, 2012, synthèse du rapport public annuel, [en ligne], [visité le 8 mai 2012] disponible sur REAL.

Commission régionale de la naissance de Bretagne, 2009, rapport d'étape « *enquête périnatale en Bretagne - constats et prospectives* » [en ligne], [visité le 4 mai 2012] disponible sur REAL.

URPS Pays de Loire, 2011, Guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risque « *du projet de naissance à l'accouchement* », [en ligne], [visité le 4 mai 2012] disponible sur REAL.

Ministère de la Santé et des Solidarités, 2008, Guide Pratique en faveur de protection de l'enfance « *prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* », [en ligne], [visité le 4 mai 2012] disponible sur REAL.

HAS, 2011, Guide certification V2010 « *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé* », [en ligne], [visité le 10 mai 2012] disponible sur <http://www.has-sante.fr>.

HAS, 2007, Guide « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* », [en ligne], [visité le 10 mai 2012] disponible sur <http://www.has-sante.fr>.

Supports électroniques

INPES, 2010, « *Outil d'intervention en éducation pour la santé de la femme enceinte : Grossesse et accueil de l'enfant* » [en ligne], [visité le 03 mai 2012] disponible <http://www.inpes.sante.fr>

HAS, 2005, « *Préparation à la naissance et à la parentalité - recommandation pour la pratique clinique* » [en ligne], [visité le 03 mai 2012] disponible <http://www.has-sante.fr>

GAUTIER-COIFFARD Y, 2007, Annexe 4 de l'Assemblée Générale du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile, « *Notion de vulnérabilité* » [en ligne]. [visité le 03 mai 2012] disponible <http://www.snmpmi.org>

Carnet de maternité, 2011, Direction de l'information légale et administrative [en ligne]. [visité le 11 mai 2012] disponible sur internet : <http://vosdroits.service-public.fr>

« Le suivi de la femme enceinte », 2011, [en ligne], [visité le 13 mai 2012] disponible sur <http://www.hopital.fr>

Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise, 2007, Protocole de « *Suivi de grossesse* », [en ligne] [visité le 11 mai 2012] disponible sur <http://www.nat78.com>

Etudes et Enquête

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), octobre 2011, Etudes et Résultats, « La situation périnatale en France en 2010 », n° 775.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), mars 2012, Etudes et Résultats, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », n°791.

UNAF, 2010, Enquête Périnatalité « *Regards de femmes sur leur maternité* » [en ligne], [visité le 12 mai 2012] disponible sur REAL.

Mémoire

MARIE-JEANNE J, 2009, Mémoire d'élève sage-femme, Université Henri Poincaré « *Une grossesse physiologique...des suivis européens : étude comparative des suivis de grossesse physiologique (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède)* » [en ligne], [visité le 14 mai 2012] disponible sur www.scd.uhp-nancy.fr.

Plaquettes d'informations

Assurance maladie, 2011, Plaquette d'information portant sur le « *le parcours d'assuré-maternité* », [en ligne], [visité le 14 mai 2012] disponible sur internet : <http://www.ameli.fr>

Assurance maladie, 2011, Plaquette d'information portant sur le « *réseau périnatalité de Bretagne occidentale* » [en ligne], [visité le 14 mai 2012] disponible sur internet : <http://www.ameli.fr>

Assurance maladie, 2011, Guides maternité 1, 2 et 3 [en ligne], [visité le 4 mai 2012] disponible sur internet : <http://www.ameli.fr>

Liste des annexes

- Carnet de maternité (extraits)
- Grille de rendez-vous
- Grille d'entretien
- Fiche de liaison SAFED
- Fiche « précarité » du guide URPS
- Fiche « EPP » du guide URPS
- Fiche de liaison anténatale du réseau périnatal des Côtes d'Armor
- Plaquette du réseau périnatale des Côtes d'Armor



Vous attendez un enfant : dès maintenant, aidez-le à venir au monde avec le maximum de sécurité. L'état de santé de votre bébé à la naissance ainsi qu'ultérieurement peut être influencé par :

- votre mode de vie ;
- les précautions que vous prendrez au quotidien ;
- la qualité du suivi médical de votre grossesse.

Ce carnet a pour buts :

- de vous donner une information sur le déroulement du suivi médical de votre grossesse, vos droits, vos obligations, les aides diverses ;
- d'améliorer le suivi de votre grossesse et la communication avec et entre les professionnels de santé et sociaux qui vous suivront jusqu'à votre accouchement.

Ce carnet vous appartient. Présentez-le à chaque consultation. Il est strictement confidentiel, et il est couvert par le secret médical.

il comprend trois parties :

- un livret d'accompagnement de votre grossesse ; il comporte des espaces d'annotations pour vous et les professionnels qui vous entourent ; n'hésitez pas à le remplir ;
- des fiches, situées dans le rabat de la première feuille de couverture, pour compléter les informations ;
- un dossier prénatal (de suivi médical), situé dans le rabat de la dernière feuille de couverture ; à remplir par les professionnels de santé. il peut être remplacé par le dossier qu'eux-mêmes utilisent dans le réseau de soins.



Bien débuter votre grossesse

Votre grossesse vient d'être confirmée. Être enceinte est un événement important qui entraîne des changements dans votre vie et celle de votre entourage.

Aujourd'hui, des professionnels organisés en réseaux de soins* et des institutions travaillent ensemble pour suivre, accompagner votre grossesse et préparer l'accueil de votre enfant, en collaboration avec des associations.

Le suivi de votre grossesse

Vous bénéficiez d'un suivi médicalisé prévu par la loi, avec sept consultations médicales prénatales (avant l'accouchement) et des examens complémentaires systématiques. D'autres consultations et d'autres examens complémentaires peuvent être proposés.

Ce suivi est complété par un entretien individuel ou en couple et des séances de préparation à la naissance.

La première consultation prénatale *

- À partir de la date de vos dernières règles, et des résultats de la première échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée*), le médecin ou la sage-femme détermine la date de début de grossesse et la date probable de votre accouchement.
- Ensemble, vous établissez le calendrier des consultations médicales, des échographies, des examens complémentaires et de l'entretien individuel, et vous prévoyez le lieu d'accouchement.
- La connaissance de votre passé médical et de celui de votre famille permet d'adapter le suivi de la grossesse (prévention, dépistage, médicaments).
- Si vous preniez un traitement avant votre grossesse, parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme dès la première consultation prénatale, même s'il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance.

Vos remarques et questions à poser

* Voir glossaire.

Les démarches à entreprendre

La déclaration de grossesse

Seul document officiel, le formulaire de déclaration de grossesse rempli doit être adressé à votre organisme de prestations familiales et à votre organisme d'assurance-maladie.

Envoyez au plus tard avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse :

- les deux premiers volets à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales ;
- le troisième volet à l'organisme d'assurance-maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

Il n'y a pas d'obligation à prévenir l'employeur (voir fiche 5).

Préparez la naissance: un entretien et sept séances

Un entretien individuel ou en couple, réalisé par une sage-femme ou par un médecin, vous sera proposé systématiquement lors de la première consultation.

C'est un temps d'échanges et d'écoute. Il permet d'exprimer vos besoins, vos attentes, notamment par rapport à votre projet de naissance, de répondre à vos interrogations, d'évoquer vos difficultés psychologiques, matérielles, sociales et familiales et de trouver ensemble les moyens d'y répondre.

C'est vous qui choisissez le moment où vous souhaitez avoir cet entretien, qui doit de préférence se dérouler durant le premier trimestre de la grossesse. Il permet notamment de définir le calendrier et le programme des séances de préparation à la naissance. Celles-ci sont au nombre de sept (voir fiche 1 et page 7).



Préparez l'entretien

Quels sont les changements dans ma vie, dans mes habitudes, dans mon entourage ?
Y a-t-il des difficultés dont je souhaite parler ?
Quels sont les professionnels dont j'ai besoin ?

Le suivi de votre grossesse

La grossesse n'est pas une maladie, mais un suivi médical régulier est bénéfique pour vous et votre enfant.

En l'absence de problème particulier, ce suivi comporte une consultation médicale par mois à partir du quatrième mois.

À chaque consultation, votre médecin ou votre sage-femme vous interroge sur les événements survenus depuis la dernière consultation, répond à vos questions, vous examine (poids, tension artérielle, examen de l'utérus, bruits du cœur fœtal) pour s'assurer de votre état et de celui de votre enfant et prescrit les examens complémentaires.

Chaque consultation a un objectif précis.

En particulier, la dernière permet d'envisager les modalités de l'accouchement.

Il est préférable que chaque consultation se fasse au début de chaque mois de grossesse.



Dépistages

Le nombre d'échographies proposées systématiquement pendant la grossesse est actuellement de trois. Elles doivent être faites à des **dates précises** (autour de 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée^(*)); les prises de rendez-vous sont donc à prévoir à l'avance avec le médecin ou la sage-femme qui va les réaliser. Ces échographies ne permettent pas de tout dépister. Elles doivent répondre à des nécessités médicales et selon des modalités de réalisation précises.

D'autres échographies peuvent être nécessaires en cas de problème particulier.

Le dépistage des anomalies et des malformations repose sur l'examen clinique et certains examens complémentaires (échographies et examens de laboratoire). Votre médecin vous en expliquera le bénéfice, l'intérêt et les risques.

Dans certains cas, d'autres examens vous seront proposés. Tous doivent être motivés, expliqués et acceptés. Certains nécessitent un accord de votre part signé (marqueurs sériques, amniocentèse, etc.).

Ne pas hésiter à parler à votre praticien de ce qui vous préoccupe, que ce soient des conseils, des informations donnés par votre entourage ou provenant de vos lectures.

^(*) Voir glossaire.

Le suivi de votre grossesse

Petits maux de la grossesse

La grossesse peut provoquer des symptômes gênants, appelés petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, crampes, varices, douleurs ostéoarticulaires...), qui peuvent être soulagés.

Ne prenez aucun médicament sans un avis médical.

La grossesse ne vous protège pas de la survenue de maladies

Tout nouveau symptôme ou anomalie justifie une consultation.

En cas de fièvre, vous devez toujours consulter votre médecin.

Il est particulièrement recommandé de consulter votre médecin ou votre sage-femme dès que se produit une des situations suivantes :

- Pertes vaginales de liquide ou de sang, quelle qu'en soit la quantité.
- Contractions ou douleurs dans le bas du dos ou dans le bas-ventre, ne s'arrêtant pas malgré un repos d'au moins une 1/2 heure en position allongée.
- Fièvre (au-delà de 37,5 °C).
- Chute.
- Le matin, gonflement des jambes, des doigts et/ou du visage.
- Maux de tête qui ne passent pas malgré le paracétamol, surtout si vous avez de l'hypertension artérielle.
- Vomissements en fin de grossesse.
- Diminution ou disparition brutale des mouvements du bébé.

Vos remarques et questions à poser

Area reserved for your remarks and questions.

L'agenda de la grossesse

Mois	Démarches administratives	Conseils	
	Date des dernières règles		
1	Début de la grossesse		
2-3	1 ^{re} Consultation prénatale*	Déclarez la grossesse. Informez votre employeur : non obligatoire mais utile.	Renseignez-vous sur : <ul style="list-style-type: none"> - la préparation à la naissance et le projet de naissance (voir page 7) ; - les professionnels de santé et/ou le réseau qui vont vous suivre ; - votre maternité (inscription et fonctionnement) ; - éventuellement, le mode de garde de l'enfant. Informez éventuellement votre médecin du travail.
	1 ^{re} Échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée)		Respectez cette date.
	Entretien prénatal (individuel ou en couple)		(Voir page 3).
4	2 ^e Consultation prénatale		Réfléchissez au choix de l'alimentation du bébé (voir fiche 1). Au besoin, renseignez-vous auprès de votre mutuelle sur les conditions de remboursement de votre séjour en maternité.
5	3 ^e Consultation prénatale 2 ^e Échographie (autour de 22 semaines d'aménorrhée)		Respectez cette date.
6	4 ^e Consultation prénatale	Si vous n'êtes pas mariés, le père peut reconnaître l'enfant avant la naissance (voir page 2 1).	
7	5 ^e Consultation prénatale	Vous bénéficiez peut-être de la prime à la naissance (voir fiche 5).	
8	6 ^e Consultation prénatale 3 ^e Échographie (autour de 32 semaines d'aménorrhée)	Vous bénéficiez du congé prénatal (voir fiche 4 : « Droit des salariés : congés maternité »). Organisation du congé parental.	Commencez à préparer votre séjour en maternité et les modalités de votre accouchement.
	Consultation avec l'anesthésiste	Elle est réglementaire.	Elle permet d'assurer la sécurité d'une éventuelle anesthésie.
9	7 ^e Consultation prénatale		Renseignez-vous sur les documents à présenter, les modalités du séjour, le personnel présent en salle d'accouchement, etc.
	Accouchement et séjour à la maternité	Déclaration de naissance à faire dans les 3 jours.	Informez-vous et discutez avec l'équipe des sujets suivants : modalités de surveillance et de sortie, dépistages néonataux, mise en route de l'allaitement ou d'un autre mode d'alimentation de l'enfant, méthode contraceptive...
SEM-AINE 1	1 ^{er} examen médical de l'enfant (1 ^{er} semaine)	Certificat médical de l'enfant obligatoire.	Certificat médical de l'enfant établi en maternité par le pédiatre ou par votre médecin traitant.
6-8	Consultation postnatale (entre 6 et 8 semaines après la naissance)	10 séances de rééducation périnéale (voir glossaire) remboursées par la Sécurité sociale peuvent être utiles. Pensez à vérifier les dates de fin de congé postnatal.	Reprenez votre méthode contraceptive.

(*) Voir glossaire.

Le calendrier de votre grossesse

Neuf mois de grossesse bien suivie, c'est au minimum :

→ Sept consultations prénatales

	Date	Médecin ou sage-femme	Lieu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

→ Une consultation anesthésique

Date	Médecin	Lieu

→ Trois échographies

	Date	Médecin ou sage-femme	Lieu
Autour de 12 semaines d'aménorrhée			
Autour de 22 semaines d'aménorrhée			
Autour de 32 semaines d'aménorrhée			

→ Préparation à la naissance : un entretien et sept autres séances

Entretien		séance	
séance		séance	
séance		séance	
séance		séance	

→ Une consultation postnatale

Date	Médecin ou sage-femme	Lieu

GROSSESSE ACTUELLE: DDR:

DG retenue:

AP:

ÉCHOGRAPHIES

1^{re} échographie

Date: _____ Nombre d'embryons: _____

T: _____ CN: _____

LCC: _____ Autres: _____

BIP: _____

2^e échographie

Date: _____ T: _____

Conclusion: _____

3^e échographie

Date: _____ T: _____

Conclusion: _____

CONSULTATION

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONSULTATION

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONSULTATIONS PRÉVUES

Le: _____ à: _____ Docteur: _____ SF: _____

Consultation d'anesthésie: Le: _____ à: _____

Cours de préparation à la naissance: Le: _____ à: _____

Par: _____

ACCOUCHEMENT

Date de naissance:

jour	mois	an

Heure de naissance: _____ h _____ min

Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse): _____

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues): _____

Présentation: sommet siège autre

Début de travail: spontané déclenché césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement: non oui

Analgésie: aucune générale péridurale rachianesthésie autre

Naissance par:

voie basse non instrumentale

extraction voie basse instrumentale

césarienne programmée

césarienne en urgence

En cas de césarienne, quelle est l'indication?

cause maternelle

cause fœtale

Couleur du liquide amniotique: clair teinté méconial autre

Fièvre maternelle: non oui

Examen de l'enfant à la naissance

Poids: _____ g PC: _____ cm Taille: _____ cm

Transfert: _____ non oui

Pathologie pendant le séjour en maternité: _____

CONSULTATION

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONSULTATION

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONSULTATION

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONSULTATION

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

LISTE DES ENTRETIENS REALISES

Date	Qualité - Organisme	Localisation géographique
Mercredi 3 mai 15h30	Sociologue - EHESP	Rennes
Mercredi 9 mai 14h	Psychologue / Assistante sociale / Sage-femme - SAFED	Rennes
Jeudi 10 mai 9h00 10h30	Médecin Généraliste (Morbihan) Médecin / Sages-femmes - PMI	Faculté de Médecine Rennes Dinan
Lundi 14 mai 11h15 14h00 15h15 (entretien téléphonique)	Médecin / CRIP Médecin et coordinatrice / Réseau périnatal Responsable du secrétariat des consultations externes - Maternité Hôpital Sud	Saint Brieuc Saint Brieuc Rennes

FICHE D'ENTRETIEN

- Structure :
 - Organisation,
 - Composition,
 - Rôle de la structure / professionnel,
 - Fonctionnement de la structure,
 - Les moyens et financements,
 - Les freins à l'activité,
 - Comparaison avec d'autres départements/professionnels,
 - Principaux interlocuteurs,
 - Coordination avec d'autres professionnels,
 - Utilisation des outils (type carnet de maternité, de santé...),
 - Question du consentement.

- Public :
 - Typologie et évolution du public concerné,
 - Exemple de parcours réussi,

- Ruptures du suivi de grossesse :
 - Typologie et définition des ruptures de suivi de grossesse
 - Facteurs de risques de rupture (médico-socio-psycho),
 - Evolution dans le temps de ces facteurs de risques de rupture,

- Pistes de réflexions :
 - Opinion sur la planification, les différentes réformes, les plans périnataux, etc,
 - Idée de leviers,
 - Idée de pistes d'amélioration,
 - Idée de nouveaux outils.

Service d'accompagnement
des femmes enceintes en difficulté

Guide à l'usage des professionnels

Fiche de liaison SAFED - CDAS

SAFED :

Fiche transmise par :

Assistante sociale responsable de circonscription
Psychologue et
Sage femme médecin de PMI

Coordonnées référent SAFED :

Date de la transmission :

Transmission pour : Information Intervention
Famille informée de la transmission : oui non

Famille connue du CDAS avant intervention SAFED :
oui non ne sait pas

COORDONNÉES DE LA FAMILLE :

→ Mère

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Situation :

seule en couple chez ses parents autre
ou famille (préciser)

Hébergement :

Sans hébergement
Avec hébergement autonome structure sociale autre
Ne sait pas (CHRS - FJT..) (préciser)

Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté
Guide à l'usage des professionnels

Activité professionnelle : oui non ne sait pas

Profession :
(en clair si connue)

→ **Père**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Hébergement :

Sans hébergement

Avec hébergement autonome structure sociale autre
(CHRS - FJT...) (préciser)

Ne sait pas

Activité professionnelle : oui non ne sait pas

Profession :
(en clair si connue)

SUIVI SAFED :

Date de début d'intervention SAFED : _____

Demandeur et motifs de la demande d'intervention du SAFED : _____

Intervenants SAFED : Assistante sociale Psychologue Sage femme

Accouchement prévu le : _____ à : _____

Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté
Guide à l'usage des professionnels

→ **Enfant** né le : _____ lieu : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Sexe : M Poids (en gr) : _____ Terme : _____ Rang de naissance
F en semaines

Transfert en service spécialisé : oui non ne sait pas

Si oui lieu : _____

Sorti de la maternité ou du service spécialisé le : _____

Motifs de la demande d'intervention du CDAS : (à détailler)

Circonstances de la transmission :

suite évaluation SAFED uniquement

suite évaluation maternité ou service de pédiatrie - SAFED

PROPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT FAITES A LA FAMILLE :

Puéricultrice PMI Assistante sociale T.I.S.F. Autre (préciser)

ATTENTES DE LA FAMILLE : (à préciser en clair)

POURSUITE DE L'INTERVENTION SAFED ENVISAGÉE : oui non

Si oui, motif et qualité de l'intervenant : _____

COORDONNÉES DES AUTRES INTERVENANTS CONNUS DANS LA FAMILLE :

12

Notice d'utilisation des fiches de liaison

• Fiche de liaison " CDAS - SAFED "

Cette fiche est à remplir pour toute femme enceinte adressée au SAFED par un professionnel d'un CDAS.

L'intervention du SAFED ne pourra se faire qu'à la demande ou avec l'accord de la femme, après évaluation de sa situation en fonction des critères d'intervention retenus. Il est important de bien préciser qui transmet la fiche et les coordonnées du référent CDAS, c'est-à-dire le professionnel disposant des éléments d'évaluation de la situation.

Les renseignements socio-administratifs, en particulier l'adresse et le numéro de téléphone de la femme sont indispensables. Il en est de même de ceux concernant les motifs de la demande d'intervention du SAFED et de ceux relatifs à la poursuite ou non de l'intervention du CDAS.

Les informations disponibles relatives à la grossesse seront communiquées au SAFED mais elles ne sont pas indispensables pour une demande d'intervention.

La fiche sera faxée exclusivement sur le numéro de fax du SAFED afin de préserver la confidentialité des informations.

• Fiche de liaison " SAFED - CDAS "

Cette fiche destinée au CDAS est remplie par un professionnel du SAFED dans deux circonstances :

- soit à titre d'information,
- soit pour une demande d'intervention de l'équipe du CDAS.

A titre d'information :

- lorsqu'une femme enceinte adressée par le CDAS ne s'est pas présentée au SAFED,
- lorsqu'une femme enceinte s'est présentée une première fois au SAFED et qu'une décision de prise en charge avec proposition de second rendez-vous est effective - fiche établie au deuxième rendez-vous,
- lorsqu'une femme enceinte s'est présentée une première fois au SAFED et, malgré la décision de prise en charge, elle ne s'est pas présentée aux rendez-vous suivants.

Pour une demande d'intervention en période post-natale :

La fiche pourra servir de support pour l'évaluation en commission au CDAS. Elle devra préciser : les motifs et les modalités du suivi de la grossesse par le SAFED ; les motifs de la demande d'intervention et les propositions faites à la famille, ainsi que les attentes de celle-ci.

Le principe de l'arrêt de l'intervention du SAFED à l'accouchement est adopté sauf cas particulier. Dans ce cas, l'intervention ne pourra être poursuivie au-delà des deux mois qui suivent l'accouchement.

La famille sera informée de la transmission. Les renseignements socio-administratifs la concernant seront communiqués au CDAS pour faciliter l'intervention.

FICHE DEPISTAGE - « PRECARITE ET VULNERABILITE »

Le but de la grille ci-dessous, élaborée par Réseau « Sécurité Naissance – Naitre ensemble » des Pays de la Loire, est de proposer aux soignants des critères minimaux, permettant de dépister les femmes en situation de vulnérabilité pour les aider et les informer sur les possibilités de prises en charge.

Les critères de vulnérabilité :

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

Rechercher des situations de stress, de maltraitance ou de violence domestique :

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

Rechercher une pénibilité du travail et d'éventuels risques professionnels

Interroger la patiente sur son environnement professionnel, ses conditions de travail, le vécu du travail pendant la grossesse, afin d'identifier des éléments potentiellement péjoratifs sur l'évolution de la grossesse.

Proposer, en cas de métiers à risque (pénibilité, exposition à des produits tératogènes), une consultation avec le médecin du travail. Celui-ci ne peut être informé de la grossesse que par la patiente elle-même.

o existence de conventions collectives qui proposent certaines adaptations au travail.

o moyens d'adapter le rythme de travail pendant la grossesse, sur le choix des dates de congé de maternité.

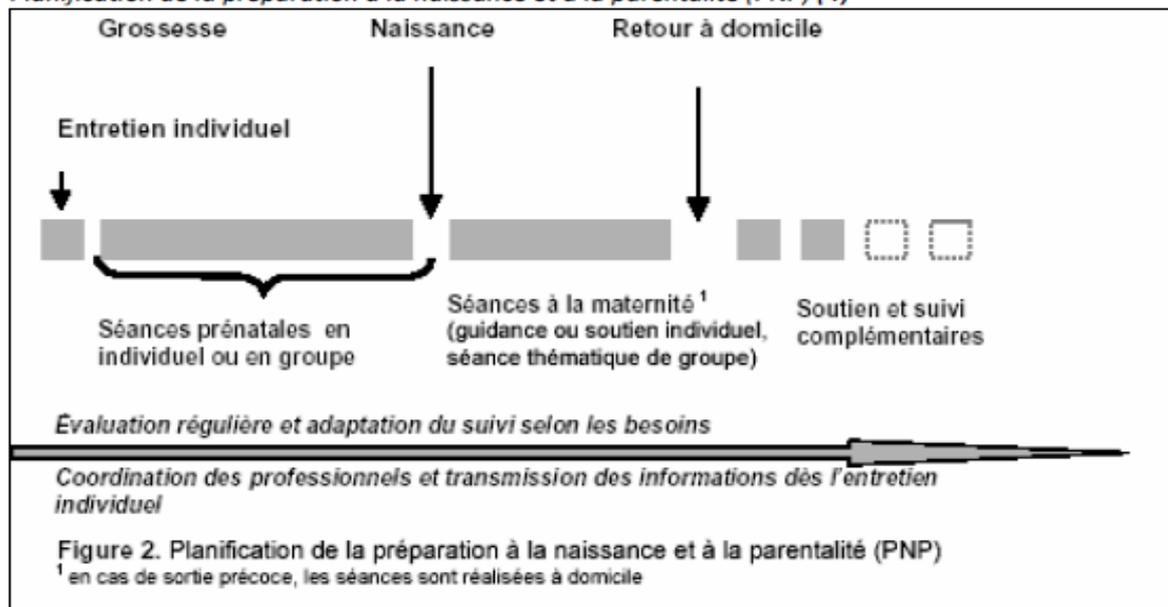
Source: Extrait Guide URPS Médecin Libéraux Pays de Loire 2011

L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (dit du 4eme MOIS)

Mis en œuvre dans le Plan Périnatalité 2005-2007(21), l'entretien du 1er trimestre de la grossesse est conçu pour aider les professionnels à s'ajuster aux besoins spécifiques de la femme enceinte et du couple. Il ne peut donc se mener sans une bonne connaissance des acteurs relais : médico-sociaux, psychologiques et psychiatriques.

L'HAS a publié en 2005 des recommandations concernant la « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » qui consacre un chapitre à l'entretien prénatal précoce. Il est considéré comme la 1ère des 8 séances de préparation à l'accouchement, remboursées à 100% par l'Assurance Maladie.

Planification de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (4)



Modalités :

Cet entretien prénatal « précoce » peut être réalisé en fonction de chaque situation à n'importe quel moment de la grossesse. Il peut être organisé dans chaque maternité ou réalisé en ambulatoire (médecins libéraux, sages-femmes libérales). Ce n'est pas une consultation médicale, il ne comprend pas d'examen clinique. Il est coté C 2.5 pour les médecins et SF15 pour les sages-femmes.

Les objectifs de l'entretien prénatal précoce sont :

- Recueillir des facteurs de stress ou des facteurs de risque pouvant interférer avec certaines formes de complications obstétricales, afin de les prendre en compte des que possible,
- Veiller à la cohérence et à l'ajustement de l'environnement professionnel en fonction de ce qui est vécu et exprime par la femme enceinte,
- Repérer des situations de vulnérabilité, des antécédents médicaux et/ou obstétricaux mal vécus, une présence sécurisante ou non de l'entourage pour la grossesse et après la naissance, l'existence d'inquiétudes particulières (peur de l'accouchement, de se sentir incompetent...).
- Répondre aux éventuelles questions sur le suivi médical de la grossesse et l'accouchement.
- Établir avec la femme et le couple un projet de naissance en tenant compte des données de la grossesse en cours et du futur accouchement, des désirs de la femme et adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

Source: Extrait Guide Pratique URPS Médecins Libéraux Pays de Loire p.17.

4. Réponse

Le :

Nom :

Fonction :

SUIVI PREVU

Suivi libéral

Sage Femme :

Médecin généraliste :

Gynécologue :

Suivi médicosocial par les intervenants PMI et Professionnels de MDD :

Sage-femme :

Médecin PMI :

Puéricultrice :

Assistante sociale :

Educateurs ASE :

Psychologue :

SUITES DONNEES

Transmission à l'équipe PMI

Information de la situation à l'assistante sociale

Information de la situation à l'équipe éducative ASE

MODALITES D'INTERVENTION

EPP fait le :

prévu le :

PNP prévue :

VAD rythme envisagé :

Autres :

COMMENTAIRES (contact anténatal avec puéricultrice, mesure d'aide à domicile, ...)

-
-
-
-

Réunion de synthèse / participation à Staff médico-psycho-social

Date :

Lieu :

CONCLUSION

**Réseau Périnatal
CÔTES D'ARMOR**

**FICHE DE RECUEIL
DE CONSENTEMENT
DE LA PATIENTE**

pour une prise en charge individuelle

Voire prise en charge par le réseau de santé périnatal des Côtes d'Armor ne peut se faire qu'avec votre consentement libre et éclairé tel qu'exprimé ci-dessous :

- J'accepte d'être pris en charge par ce réseau et de ce fait j'accepte que les informations me concernant soient transmises aux professionnels du réseau qui suivent ma grossesse.
Oui Non
- J'accepte que des informations me concernant soient informatisées pour être utilisées, une fois rendus anonymes, pour des études et formations.
Oui Non
- Je m'engage à présenter à chaque consultation, le carnet de santé maternité renseigné et à apporter tous les résultats des examens réalisés.
Oui Non

Si vous êtes d'accord avec l'ensemble de ces propositions, vous n'avez rien à renvoyer.

En renché, si vous avez coché au moins un **NON**, complétez le bulletin réponse au verso et adressez le au :

Secrétariat de l'ADEPAFIN
23 rue des capucins,
22000 Saint-Brieuc
Secrétariat: 02 96 01 77 24
www.adepafin.com



LES PARTENAIRES DU RESEAU



Maison périnatale
CH PAIMPOL
02 96 55 60 85
• Centre périnatal de proximité et salles de couches

Niveau 1
CH LANNION
02 96 05 70 62
• Maternité

Niveau 1
CH GUINGAMP
02 96 44 56 52
• Maternité

Niveau 1
CH PONTIVY
02 97 38 40 42
• Maternité
• Néonatalogie

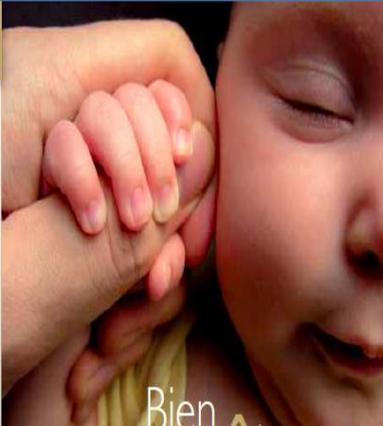
Niveau 1
CH LOUDEAC-PONTIVY
02 96 23 32 70
• Consultations périnatales et perinatales, cours de préparation à la naissance...

Niveau 1
POLYCLINIQUE DU LITTORAL
02 96 62 60 00
• Maternité
• Néonatalogie

Niveau 3
CH SAINT-BRIEUC
02 96 01 71 62
• Maternité
• Néonatalogie
• Radiologie périnatale
• Chirurgie pédiatrique

Niveau 3
CH DINAN
02 96 85 72 15
• Maternité
• Néonatalogie

Répartition géographique des maternités et des Circonscriptions de Solidarité Départementale (PHI) des Côtes d'Armor (Année 2007)



**Bien
naître**
en Côtes d'Armor

Un enjeu
Humaniser et sécuriser la naissance

Une réponse
Le réseau périnatal

**Réseau Périnatal
CÔTES D'ARMOR**

Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Périnatal (CPDP) 02 96 01 75 11
Service de Protection Périnatale et Infantile (SPI) 02 96 62 62 34
Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) 02 96 01 73 22
Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne 02 99 30 36 45
ADEPAFIN 02 96 01 77 24

« LES RUPTURES DU SUIVI DE GROSSESSE : UN RÔLE CLE DES ACTEURS DE SANTE ? »

**AUBERT Gaëlle (AAH) - CABOT Marion (MISP) - EVERAERE Alexia (IASS) –
EUSTACHE Sandrine (IASS) - GRUDET Carine (AAH) - PIGERON Sylvie (EDH) -
SPYCHALA Chloé (DESSMS) - STREIFF Caroline (DESSMS)
SAGET Marion (AAH) - SIMON Réjane (DS) - VERMEERSCH Murielle (DESSMS)**

Résumé :

Ce rapport a pour objet d'identifier dans quelle mesure les acteurs de santé ont un rôle à jouer dans l'évitement des ruptures de suivi de grossesse ou à défaut, dans la réduction ou l'atténuation des effets préjudiciables des ruptures involontaires du suivi de grossesse.

Le suivi de grossesse revêt une dimension médicale et une dimension psycho-sociale.

Les ruptures de suivi de grossesse peuvent être définies comme le non suivi ou le non-respect d'un parcours normé et continu, qui se distingue du simple retard ou incident de suivi, pouvant être soit subi, soit organisé par toute femme enceinte.

La première partie dresse l'état des lieux d'un dispositif complexe, support d'une prise en charge globale optimale. Celui-ci comprend un cadre normatif conséquent mis en œuvre par divers acteurs, aux missions parfois communes, s'appuyant sur de multiples outils.

La seconde partie aborde tant l'efficacité que les dysfonctionnements du dispositif, avant d'explorer des leviers d'amélioration organiques et fonctionnels envisageables pour un renforcement du suivi de grossesse et une meilleure prévention des risques de rupture.

Mots clés :

Suivi de grossesse / Rupture / Coordination des acteurs de périnatalité / Entretien prénatal précoce / Périnatalité / Prévention / Suivi médico-psycho-social

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs