**----------- 1. CONTEXTE ---------------------------------------------------------------------------**

* 1. **Quel était le terme de la grossesse lors de la 1ère HDJ ?** ………………………………
  2. **Comment la situation de vulnérabilité a-t-elle été repérée ?**

Consultation d’une sage-femme

libérale   
 hospitalière

Consultation d’un gynécologue-obstétricien

libéral  
 hospitalier

PMI  
 Autre : ……………………………………………………………………………………………..

* 1. **Un questionnaire de repérage de la vulnérabilité a-t-il été utilisé ?**

Oui Si oui, lequel : ……………………………………………………………………………………………………………  
 Non

* 1. **Si existant, le référent parcours « vulnérabilité » de l’établissement a-t-il été informé du dossier ?**

Oui  
 Non

* 1. **Une ou plusieurs RC3P a(ont)-t-elle(s) eu lieu ?**

Nombre : ………………….  
Age(s) gestationnel(s) : ………………………………………………………………….

* 1. l’HDJ est-elle issue d’une RC3P

Oui  Non

* 1. **Quel(s) étai(en)t le(s) éléments de vulnérabilité(s) qui ont conduit à la mise en place de l’HDJ ?**

Antécédents de placements éducatifs ou judicaires d’enfants ou signalements  
 Conduites addictives (tabac, alcool, médicaments, toxicomanie, jeux, alimentaires…)  
 Handicap (niveau de compréhension limité, handicap physique…)  
 Pathologie mentale  
 Violences (tout type de violences, actuelles ou antérieures)  
 Vulnérabilité psychique  
 Patiente mineure  
 Difficultés financières  
 Sans couverture médicale ou couverture médicale incomplète (dont PUMa) ou AME ou CMUC  
 Sans logement, logement précaire ou inadapté  
 Isolement social (père absent, absence de soutien familial, réseau social restreint…)  
 Difficultés d’accès aux transports (absence de moyen de transport personnel, isolement   
 géographique…)  
 Barrière linguistique (ne parle pas français ou ne sait pas lire ou ne sait pas écrire)  
 Absence de suivi de grossesse ou déclaration tardive ou suivi irrégulier

* 1. **Commentaire éventuel concernant le type de vulnérabilité identifié :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**----------- 2. HOSPITALISATION(S) DE JOUR -------------------------------------------------**

**2.1. La patiente a-t-elle bénéficié d’un EPP[[1]](#footnote-0)**

Où / par qui :

SF en HDJ .  SF libérale

SF de PMI .  SF Hospitalière

Oui Préciser l’âge gestationnel : …………..   
 Non

**2.2. Combien d’HDJ ont-elles eu lieu ?** ………….

**2.3. Quelles consultations étaient prévues en HDJ ? Quelles sont celles ayant pu avoir lieu ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Prévu | | Réalisé | | Motif[[2]](#footnote-1) si non fait |
| Oui | Non | Oui | Non |
| Gynécologue-obstétricien |  |  |  |  |  |
| Sage-femme |  |  |  |  |  |
| Echographiste |  |  |  |  |  |
| Pédiatre |  |  |  |  |  |
| Anesthésiste-réanimateur |  |  |  |  |  |
| Psychiatre |  |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |  |
| Assistance sociale |  |  |  |  |  |
| Addictologue/Tabacologue |  |  |  |  |  |
| Diabétologue |  |  |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |  |  |
| Généticien |  |  |  |  |  |
| Autre spécialité  Préciser : …………………………… |  |  |  |  |  |
| Autre recours Préciser : …………………………… |  |  |  |  |  |

**2.4. La patiente a-t-elle bénéficié de bons de transport lors d’une ou plusieurs HDJ ?**

Oui  Non

**2.5. Suite à l’HDJ, vers quel(le)(s) service/structure/professionnel la patiente a-t-elle été orientée ?**

Hospitalisation conventionnelle :

En obstétrique  
 En psychiatrie   
 En addictologie  
 Autre Préciser : ………………………………………………………………………………………………………..

Transfert en maternité de type II ou III  
 HAD :

Pour motif obstétrical  
  Pour un autre motif Préciser : ….……………………………………………………………………………

PMI  
 Sage-femme libérale (suivi à domicile)  
 Assistante sociale de secteur   
 Unité mobile santé mentale ou addictions

**2.6. Le lien avec le médecin traitant a-t-il été fait (envoi des comptes rendus d’hospitalisation) ?**

Oui  
 Non

**----------- 3. ISSUE DE GROSSESSE -------------------------------------------------------------**

**3.1. Conditions de naissance ------------------------------------------------------------------------------------**

**3.1.1. Dans quel type de maternité l’accouchement était-il prévu :**

I  
 IIA  
 IIB  
 III

**3.1.2. Dans quel type de maternité l’accouchement a-t-il eu lieu ?**

I  
 IIA  
 IIB  
 III

**3.1.3. Si le type de maternité dans lequel a eu lieu la naissance ne correspond pas à celui prévu, pour quelle(s) raison(s) ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3.1.4. Durée de séjour :** ……………………………

**3.1.5. Quels étaient les adaptations prévues en post-partum  à l’issue de l’HDJ ? Quelles sont celles qui ont pu être réalisées ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Prévu | | Réalisé | | Motif si non réalisé[[3]](#footnote-2) |
| Oui | Non | Oui | Non |
| Présence d’un pédiatre lors de l’accouchement |  |  |  |  |  |
| Entretien avec un psychologue/psychiatre/une équipe de liaison en addictologie après l’accouchement |  |  |  |  |  |
| Autre : …………………………………………………………….  …………………………………………………………….………........................................................ |  |  |  |  |  |

**3.2. Enfant à la naissance ----------------------------------------------------------------------------------------**

**3.2.1. Age gestationnel de la naissance :** ……………………………….

**3.2.2. Poids de naissance :** …………………………………….

**3.2.3. Une hospitalisation en néonatologie a-t-elle été nécessaire ?**  
 Oui  
 Non

**3.3. Conditions de sortie -----------------------------------------------------------------------------------------**

**3.3.1. Vers quel professionnel/type de structure la patiente a-t-elle été orientée à la sortie du séjour d’accouchement ?**

Accompagnement par une sage-femme libérale à domicile  
 Accompagnement par la PMI  
 Centre maternel ou parental  
 CoPa4

Hospitalisation maternelle :

En psychiatrie

En addictologie  
 Dans un autre service Préciser : ……………………………………………………………………………….

Unité d’hospitalisation mère-bébé  
 Unité mobile de santé mentale périnatale   
 Autre Préciser : ………………………………………………………………………………………………………...............

**3.2.4. La sortie de l’enfant s’est faite :**  
 Au domicile familial sans accompagnement particulier ou avec PMI  
 Au domicile familial avec un accompagnement spécifique de type CoPa[[4]](#footnote-3) ou unité mobile de soins   
 en psychiatrie périnatale Préciser : …………………………………………………………………..  
 En centre maternel avec au moins un de ses 2 parents  
 En placement judiciaire (pouponnière ASE ou famille d’accueil)  
 Autre Préciser : ……………………………………………………………………………………………

**3.2.5. Un signalement judiciaire a-t-il été réalisé ?**  
 Oui  Non  
si oui, à quel moment ?   
 Pendant le séjour en maternité

Après le retour au domicile

**----------- 4. RESSOURCES LOCALES -----------------------------------------------------------**

**4.2.1. Est-ce que des orientations ou prises en charge n’ont pas été mises en place faute de ressources ?**

Oui Préciser : ……………………………………………………………………………………………………….…………...  
 Non

1. Entretien prénatal précoce [↑](#footnote-ref-0)
2. Refus, RDV non honoré, professionnel indisponible… [↑](#footnote-ref-1)
3. Refus, RDV non honoré, professionnel indisponible… [↑](#footnote-ref-2)
4. Coaching parental (projet d’accompagnement post-natal porté par le GHT de territoire Cœur Grand Est) [↑](#footnote-ref-3)