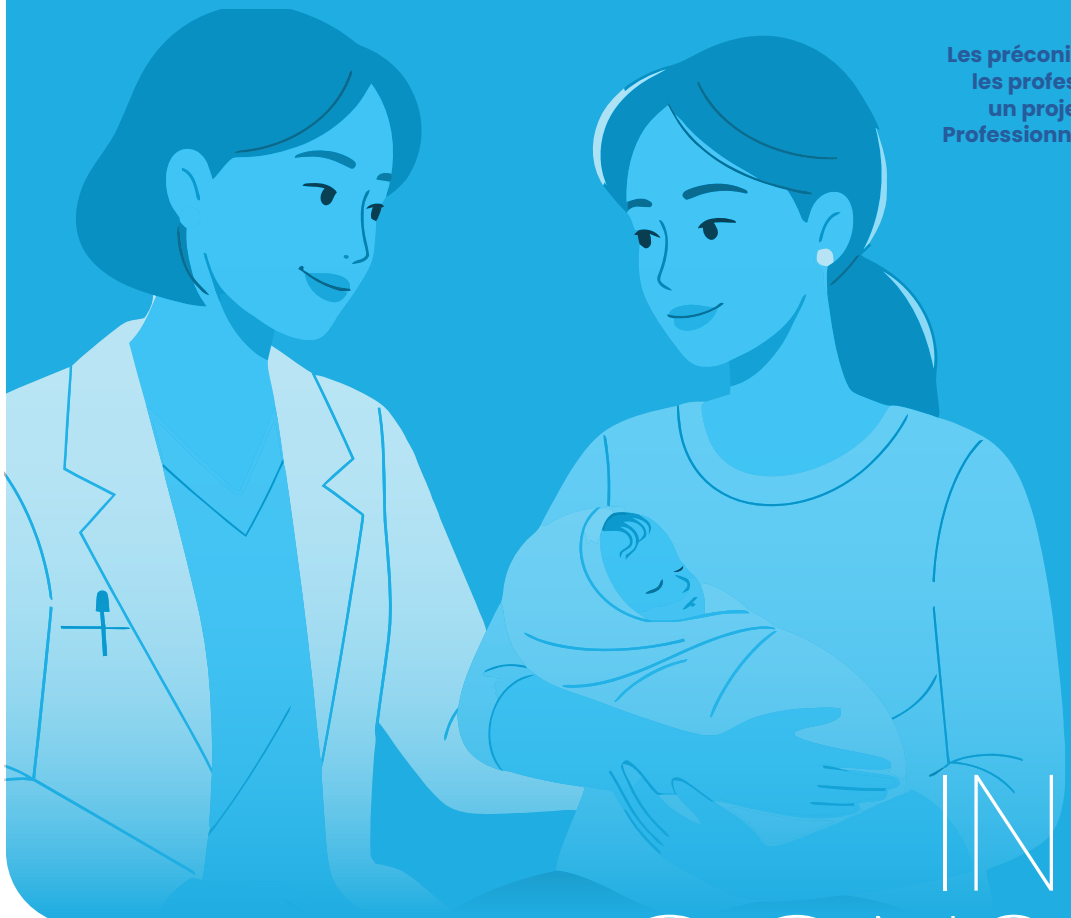
CPTS

En pratique

LE GUICHET CPTS
URPS OCCITANIE

Les préconisations de vos URPS pour les professionnels impliqués dans un projet de CPTS, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.



INFOS CONSEILS

Comment inclure la périnatalité dans un projet de CPTS ?

Guide pratique à destination des équipes de coordination et des professionnels de santé

N°20 – Édition actualisée 2026

Réseau de Périnatalité Occitanie

PÉRINATALITÉ ET 1000 PREMIERS JOURS

Définition

Au sens strict, la période périnatale désigne, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la fenêtre qui s'étend de la 28e semaine de grossesse au 7e jour de vie après la naissance. Elle correspond historiquement au champ de la surveillance obstétricale et néonatale.
Dans son acception contemporaine, la périnatalité déborde largement ce cadre. Elle intègre la santé sexuelle et reproductive et embrasse l'ensemble du continuum qui va du désir d'enfant (période préconceptionnelle) jusqu'aux premières années de vie, en passant par la grossesse, l'accouchement, le post-partum et la petite enfance.

Envisagé à la croisée des dimensions médicales, psychologiques, sociales et environnementales, ce continuum ne concerne plus seulement la santé de la femme enceinte et du nouveau-né, mais aussi les conditions de développement de l'enfant et le bien-être global des familles durant les 1 000er jours de vie. C'est cette vision élargie, centrée sur les parcours de vie et la prévention précoce des inégalités de santé, qui fonde la politique des 1 000 premiers jours.



Les 1 000 premiers jours : du concept scientifique à la politique publique

Le concept des 1 000 premiers jours est né de la recherche en neurosciences et en épidémiologie qui montre qu'entre le 4e mois de grossesse et les 2 ans, le cerveau forme 1 000 nouvelles connexions neuronales par seconde. Cette période de plasticité cérébrale, unique dans le développement, influence les capacités d'apprentissage, la régulation émotionnelle et la santé globale tout au long de la vie.
En France, ces connaissances, ont conduit à faire des 1 000 premiers jours un axe structurant de la politique de santé publique avec des objectifs ciblés d'accompagnement des mères et des futurs parents autour de la grossesse, du post-partum, de la santé mentale et des situations de vulnérabilité.

Ce qui s'est structuré depuis 2020

- **Une politique publique nationale :** feuille de route 2025-2027 déclinée en 6 axes prioritaires, pilotage interministériel, déclinaison territoriale confiée aux ARS.
- **Des outils à destination des parents :** application nationale « 1000 premiers jours » (informations, repères, orientation), livret des 1 000 premiers jours distribué en maternité, carnet de maternité actualisé.
- **Un cadre de repérage précoce :** recommandations HAS 2020 pour le suivi des enfants vulnérables (à haut risque de trouble du neurodéveloppement) jusqu'à 6-7 ans.
- **Des jalons obligatoires dans le parcours :** entretien prénatal précoce (EPP, obligatoire depuis 2020, réalisé par 67 % des femmes en 2024), entretien postnatal précoce (EPNP, obligatoire depuis juillet 2022, 22 % de réalisation en 2024).
- **Un statut pivot pour la coordination :** la sage-femme référente (décret de novembre 2023) pour garantir la continuité du suivi.
- **De nouvelles structures d'accueil :** réseau croissant de Maisons des 1 000 premiers jours, référentiel national publié.
- **Des expérimentations ciblées :** repérage et prise en charge de la dépression du post-partum dans 6 régions (LFSS 2024). Interdiction de l'exposition aux écrans pour les 0-3 ans dans les lieux d'accueil (depuis juillet 2025) ; expérimentation COCON, portée dans 3 régions dont l'Occitanie par les réseaux de suivi d'enfants vulnérables (RSEV) .

Au cœur de cette politique : le renforcement des coopérations territoriales entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, pour intervenir précocement, limiter les inégalités de santé et soutenir les familles dès le début du parcours de vie.

Un sujet qui dépasse le seul champ médical et pose de nombreux enjeux

La périnatalité se situe au croisement de plusieurs dimensions :

Dimension sanitaire

Suivi médical de la grossesse et du post-partum, dépistages prénataux et néonataux, prévention des pathologies obstétricales (diabète gestationnel, pré-éclampsie, prématurité), vaccination, santé bucco-dentaire de la femme enceinte.

Dimension sociale

Précarité économique, isolement, monoparentalité, barrières linguistiques, violences intrafamiliales. Les vulnérabilités sociales sont des déterminants majeurs de la santé périnatale : elles conditionnent l'accès au suivi, l'observance, la capacité à mobiliser les ressources. Les déterminants sociaux installent dès la grossesse des écarts de chances entre les enfants qui tendent à se renforcer au fil du temps.

Dimension éducative et parentale.

Accompagnement à la parentalité, soutien aux compétences parentales, préparation à la naissance, allaitement, diversification alimentaire, éveil. Le soutien précoce aux parents est l'un des leviers les plus efficaces de prévention en santé de l'enfant, avec des expérimentations en cours sur ce volet, notamment PANJO.

Dimension économique

Les interventions précoces sont les plus efficientes du système de santé : chaque euro investi dans la périnatalité génère des économies considérables en aval (moins de pathologies chroniques, moins de troubles d'apprentissage, moins de prises en charge lourdes).

Dimension psychologique

Santé mentale périnatale (dépression anténatale et postnatale, anxiété, psychose puerpérale), qualité du lien d'attachement parent-enfant, vécu de l'accouchement, deuil périnatal. Un pan longtemps invisibilisé qui fait désormais l'objet d'une politique de repérage systématique (EPNP, échelle EPDS).

Dimension environnementale et exposition à risque

Exposition aux perturbateurs endocriniens, addictions (tabac, alcool, substances psychoactives, médicaments etc.), qualité de l'air intérieur, alimentation, exposition aux écrans dès le plus jeune âge. L'environnement des 1 000 premiers jours impacte durablement le développement neurologique, métabolique et immunitaire de l'enfant.

Dimension territoriale et organisationnelle

Les inégalités d'accès aux soins périnataux entre territoires, les tensions sur les ressources et les difficultés de coordination entre les acteurs, fragilisent les parcours des femmes et des enfants, notamment dans les zones rurales ou sous-dotées.

Chiffres clés

Des évolutions démographiques et épidémiologiques qui transforment les besoins d'accompagnement

Les grossesses sont plus tardives, les pathologies chroniques plus fréquentes (diabète gestationnel, hypertension, obésité etc.), et les vulnérabilités psychosociales davantage repérées.

31.1 ans Âge moyen à l'accouchement en 2024 (vs 30 ans en 2010)

660 800 Naissances en France en 2024 (niveau historiquement bas)

Environ 1 mère sur 6 présente une dépression du post-partum deux mois après l'accouchement

4.1 ‰ Mortalité infantile 2024 : 23e rang sur 27 dans l'UE, contre 3e entre 1996 et 2000

** 41 décès pour 1000 naissances*

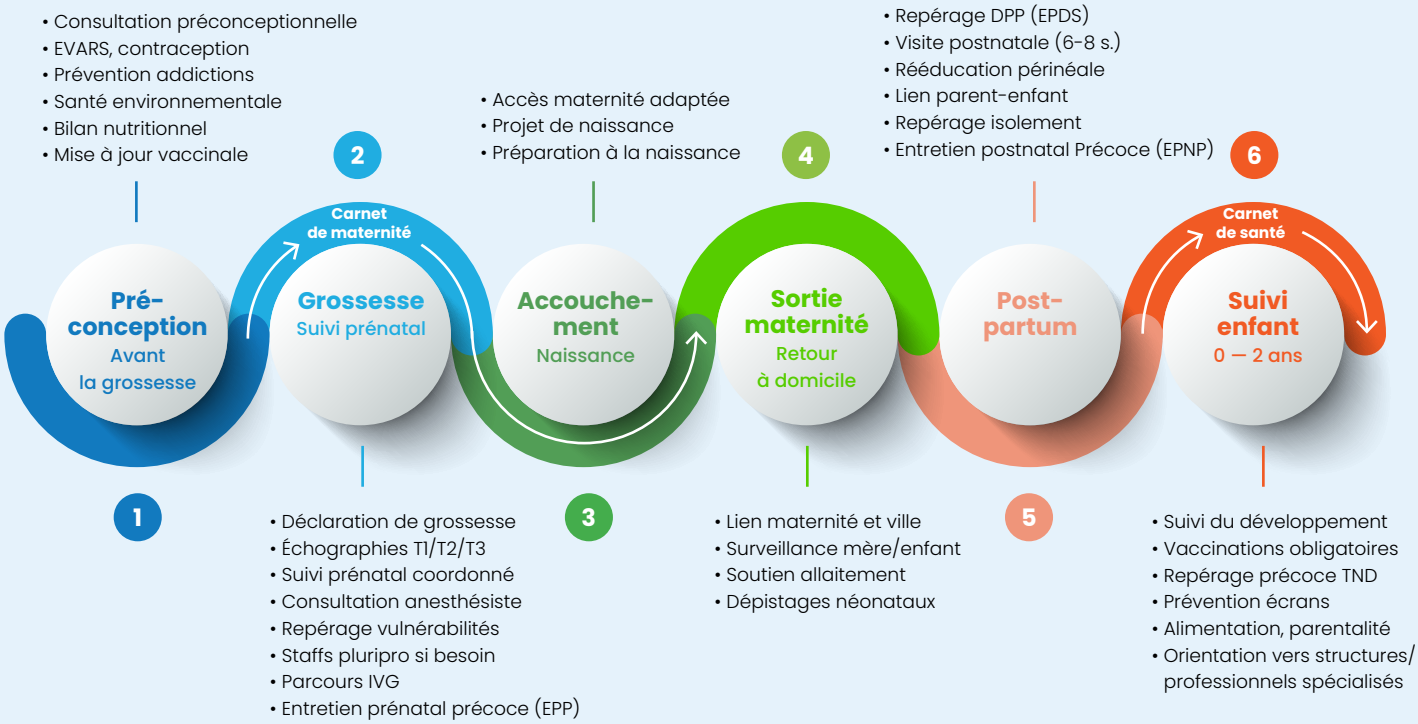
16.4 % De diabète gestationnel en 2021 (7,2 % en 2010)

LE PARCOURS PÉRINATAL : UN ENJEU DE COORDINATION POUR LES CPTS

Un parcours en périnatalité permet d'assurer la surveillance de la grossesse depuis la conception et l'accompagnement à la parentalité jusqu'au 2 ans de l'enfant. Il repose sur un socle défini et sur une prise en charge coordonnée et graduée, qui démarre en général sans critère pathologique.

Pour autant, le repérage et le suivi des vulnérabilités avant et pendant la grossesse restent exposés à des ruptures de prise en charge dès les premières étapes du parcours. Cette fragilité est d'autant plus marquée que le parcours mobilise une pluralité d'acteurs — ville, hôpital, PMI, services sociaux — et suppose de nombreux passages de relais. Chaque transition (sortie de maternité, retour à domicile, prise en charge spécifique de l'enfant, etc.) constitue un moment critique où la continuité du suivi et l'orientation des familles peuvent se rompre

Parcours en périnatalité



Jalons de parcours recommandés

1 Consultation préconceptionnelle

Peut être proposée à tout couple ayant un projet de grossesse, elle permet d'évaluer l'état de santé global, de repérer les facteurs de risque et d'adapter le suivi en amont. Elle inclut une mise à jour vaccinale et un point sur les comportements à adapter. Peu réalisée en pratique malgré les recommandations.

2 Entretien Prénatal Précoce — *1er trimestre*

Réalisé par un médecin ou une sage-femme, il permet d'apprécier la santé globale et la situation psychosociale de la femme enceinte, d'identifier les besoins, de repérer les vulnérabilités et de définir l'orientation du suivi.

3 PNP - projet naissance - *À partir du 2e trimestre*

La préparation à la naissance permet au couple d'exprimer ses souhaits pour l'accouchement et de se préparer physiquement et psychologiquement. Elle aborde la gestion de la douleur, l'allaitement, les premiers soins au nouveau-né, le retour à domicile et les premiers temps de la parentalité.

4 Bilan de santé
8 premiers jours de vie

Dépistages néonataux obligatoires (maladies métaboliques, surdité) réalisés dans les premières 72 heures. L'examen clinique des 8 premiers jours, généralement réalisé avant la sortie de maternité, vise à vérifier l'adaptation du nouveau-né et à dépister d'éventuelles anomalies congénitales.

5 L'entretien Postnatal Précoce EPNP
Réalisé entre la 4e et la 8e semaine après l'accouchement

Il vise le repérage des premiers signes de dépression du post-partum (DPP). On estime que la DPP touche 15 à 30 % des mères, mais seules 5 % sont diagnostiquées.

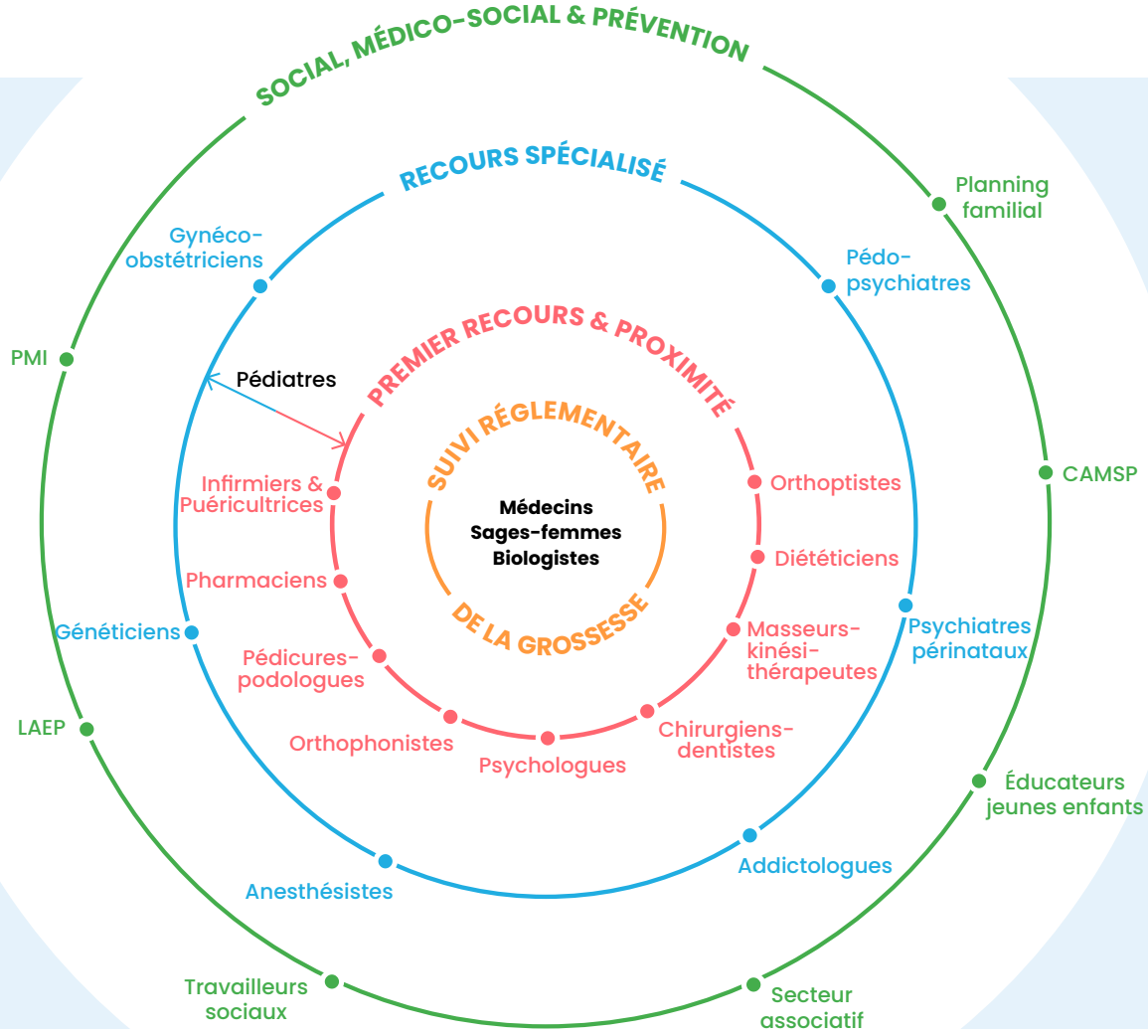
6 Bilan de développement
Réalisé autour des 2 ans

il évalue le développement psychomoteur, sensoriel et relationnel. Il permet le repérage précoce des troubles du neurodéveloppement (TND) et l'orientation vers les structures spécialisées (CAMSP, LAEP etc.) si nécessaire.

Une prise en charge pluriprofessionnelle

La prise en charge des femmes enceintes ainsi que le post-partum est assurée le plus souvent de manière transversale par la médecine de ville et notamment par les trois professions réglementaires du suivi de grossesse : médecin, sage-femme, biologiste.

Selon le niveau de risque (médical, vulnérabilité) un ensemble d'acteurs vont être introduits dans le parcours : spécialistes du secteur sanitaire, du champ social (assistantes sociales, ...), professionnels du champ médico-psycho-social. La collaboration pluriprofessionnelle, le partage d'outils, la transmission d'information réalisée avec l'accord de la femme vont être nécessaires.



LE DISPOSITIF SF RÉFÉRENTE : DÉCLARATION DE GROSSESSE > 14 SEMAINES POST-PARTUM

Le dispositif de sage-femme référente permet aux femmes enceintes de désigner une professionnelle comme interlocutrice principale de leur suivi. Ce cadre consacre la sage-femme comme fil rouge du parcours périnatal de la déclaration de grossesse jusqu'au post-partum., assurant le suivi global, l'orientation dans le système de soins, la coordination des intervenants notamment le lien avec le médecin traitant et la continuité du parcours périnatal, en lien avec les besoins de la patiente.

Autres acteurs clés du parcours : structuration de l'écosystème

Le RPO, les établissements de périnatalité, la PMI et les CPTS partagent une même finalité : la continuité du parcours périnatal, mais sur des échelles et des logiques complémentaires :



PILOTAGE RÉGIONAL

ARS Occitanie : pilotage stratégique, Projet Régional de Santé, financements. Déclinaison territoriale de la politique des 1 000 premiers jours.

Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO) : association interprofessionnelle et inter-établissements fédérant les établissements et les professionnels de la périnatalité de la région (maternités de types 1, 2a, 2b et 3, centres périnataux de proximité, maison de naissance). Coordination des parcours, formation des professionnels, harmonisation des pratiques, cellule transferts in utero, suivi des enfants vulnérables jusqu'à 7 ans.

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

Les établissements de périnatalité s'organisent selon une gradation des soins en 3 type (1, 2a, 2b, 3) adaptant le niveau de prise en charge au degré de risque, principalement néonatal. Les maternités de type 3 assurent la prise en charge des grossesses les plus complexes et des nouveau-nés les plus vulnérables. Les CPP, centres périnataux de proximité (suivi de grossesses et échographies) complètent le maillage territorial pour garantir une offre de suivi de proximité. Les maisons de naissance complètent cet écosystème, une en région, et permettent de proposer une offre répondant à un projet de naissance moins médicalisé, sous condition d'éligibilité.

Les PCO (Plateformes de Coordination et d'Orientation) coordonnent le parcours de diagnostic et d'interventions précoces pour les enfants présentant des écarts de développement (0-12 ans). Elles font le lien entre le repérage en ville (médecin traitant, PMI) et les structures spécialisées, sans attendre un diagnostic établi.

La PMI (Protection Maternelle et Infantile) occupe une place centrale dans la prévention et l'accompagnement des familles. Consultations prénatales et postnatales gratuites, visites à domicile, soutien à la parentalité : elle intervient précocement auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants en situation de vulnérabilité. Rôle majeur dans le dépistage précoce des fragilités médicales, psychologiques ou sociales.

Les CPDPN (Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal) assurent le diagnostic et l'évaluation des anomalies génétiques, chromosomiques ou malformatives. Expertise pluridisciplinaire, conseil génétique, accompagnement des familles dans les situations complexes.

Les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) constituent un relais essentiel pour les enfants présentant des fragilités développementales ou des troubles du neurodéveloppement. Bilans pluridisciplinaires et soins précoces de 0 à 6 ans, accès direct sans notification MDPH.

Les unités de psychiatrie périnatale (unités mère-bébé) prennent en charge les troubles psychiques périnataux sévères (psychose puerpérale, dépression sévère, trouble du lien).Hospitalisation conjointe mère-bébé, consultations spécialisées, équipes mobiles en lien avec les maternités.

ACTEURS DE PROXIMITÉ

Médecins traitants et sages-femmes libérales : suivi de proximité, repérage des vulnérabilités, coordination du parcours.

DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) : appui aux professionnels confrontés à des situations complexes, orientation vers le bon interlocuteur.

Professionnels libéraux : psychologues (repérage et accompagnement DPP), kinésithérapeutes (rééducation périnéale), orthophonistes (troubles de l'oralité), diététiciens, dentistes (bilan bucco-dentaire grossesse).

Secteur associatif et médico-social : soutien à la parentalité, prévention, accompagnement des vulnérabilités. Maisons des 1 000 premiers jours, LAEP (Lieux d'Accueil Enfants-Parents).

Place de la CPTS : fédérer ces acteurs de proximité, structurer les parcours pluriprofessionnels, améliorer l'accès au suivi de grossesse, organiser le repérage des vulnérabilités et les relais, porter les missions socles de l'ACI en périnatalité. Interface ville-hôpital et coordinateur territorial.

LES ACTIONS CPTS EN PÉRINATALITÉ

En Occitanie, la périnatalité est aujourd'hui investie par les CPTS selon des modalités très variables. Sur les 84 CPTS ayant signé leur ACI en mai 2026, une vingtaine a engagé une réflexion ou un projet identifié, à des niveaux de maturité très différents : de l'action ponctuelle — une soirée de sensibilisation, un atelier isolé — à des projets pluriprofessionnels structurés et inscrits dans le projet de santé.
Selon les territoires et les besoins identifiés, cinq grands angles d'entrée se dégagent :

Éducation à la vie affective relationnelle et sexuelle (EVARS) Dans plusieurs territoires, la périnatalité est pensée dans un champ plus large : repérage et accompagnement en santé sexuelle et reproductive, accès aux droits, prévention des violences et des inégalités.

Plusieurs CPTS développent des actions d'accompagnement des femmes enceintes sous différents prismes : rupture de suivi gynécologique ou obstétrical, diabète, situations de vulnérabilité, etc. Elles travaillent également sur l'accès à la contraception d'urgence et sur l'organisation du parcours d'IVG médicamenteuse en ville.



D'autres entrent dans la périnatalité par le post-partum : prévention et dépistage de la dépression du post-partum, repérage de l'épuisement parental, accompagnement du retour à domicile après l'accouchement.

Le soutien à la parentalité constitue un axe transversal fréquent : accompagnement des premiers liens parents-enfant, accompagnement dans la connaissance du développement de l'enfant, alimentation du jeune enfant, allaitement, et plus largement les 1000 premiers jours comme cadre d'action.

Enfin, certains projets font le lien entre périnatalité et repérage précoce des vulnérabilités : les premiers temps de vie représentant une fenêtre stratégique pour la prévention et le repérage des troubles du neurodéveloppement

La thématique périnatalité et les enjeux associés irriguent de nombreux projets, sans toujours être nommés comme tels. Ils sont souvent intégrés dans des périmètres d'intervention plus larges (santé mentale périnatale, accompagnement post partum, parentalité, santé sexuelle, prévention précoce, articulation avec le repérage précoce des TND ...). Cette diversité traduit une appropriation progressive de la périnatalité comme sujet d'organisation territoriale — et non plus seulement comme thème de prévention.

Les principaux types d'actions observés

Au-delà des angles d'entrée, l'analyse des projets fait apparaître six grands types d'actions opérationnelles, souvent combinés entre eux.

01 STRUCTURATION DE PARCOURS COORDONNÉS

Parmi les projets identifiés, l'orientation la plus fréquente est la formalisation de parcours avec des étapes, des rôles et des circuits d'orientation identifiés.
La CPTS Ariège Pyrénées a par exemple structuré un parcours de repérage précoce des troubles du neurodéveloppement chez les nouveaux nés fondé sur l'analyse des mouvements généraux. La CPTS Portes du Lauragais a construit un parcours autour du repérage de l'isolement et de l'épuisement parental : il s'appuie sur un professionnel référent qui contacte les parents, coordonne le suivi à 15 jours puis à 3 mois et les oriente vers le réseau pluriprofessionnel et associatif.
D'autres CPTS travaillent sur la structuration de parcours autour de la dépression du post-partum (Toulouse Centre), de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire (Cabardès, Gascogne Armagnac), ou encore du diabète gestationnel avec structuration du dépistage, prescription et téléexpertise (Montpellier Nord Grand Pic Saint Loup).

02 SOUTIEN À LA PARENTALITÉ ET ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL

Plusieurs CPTS accompagnent directement les parents dans les premiers temps de vie, avec des portes d'entrée variées : les 1000 premiers jours comme cadre d'action, des ateliers de soutien à la parentalité, des cafés parentalité ou des partenariats avec des structures d'appui du territoire. La CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes à par exemple mis en place un dispositif d'accueil « Premier pas », destiné à accueillir et orienter les parents inquiets par des troubles du comportement chez leur enfants. La CPTS de l'Adour s'appuie sur un partenariat avec la maison des familles et des 1000 premiers jours.

EN PROJET

La CPTS Entre Cèze et Gardon en Cévennes (ECEGEC) travaille sur un projet d'équipe mobile en psycho périnatalité visant à améliorer le repérage et la prise en charge des fragilités psychiques des parents (notamment en période post natale) et à prévenir les impacts sur le développement de l'enfant en agissant précocement sur l'environnement familial. Ce dispositif est en co construction avec la PMI et les services hospitaliers du territoire.

03 PRÉVENTION ET SENSIBILISATION GRAND PUBLIC

Les CPTS déploient une grande variété d'actions tournées vers le grand public lors d'événements territoriaux : santé de la femme, pratiques éducatives favorables (alimentation, sommeil, écrans), santé sexuelle, prévention anténatale, perturbateurs endocriniens, premiers secours nourrissons ou violences éducatives ordinaires. Certaines vont au-delà de l'événementiel ponctuel et construisent des formats plus ciblés. Par exemple, la CPTS Bassin Carcassonnais a modélisé un accompagnement post-partum structuré : un cycle de 4 rendez-vous pour des groupes de 6 femmes, animés par une sage-femme et une kinésithérapeute, avec pour objectifs de prévenir les troubles psychiques du post-partum, rompre l'isolement social et informer sur la santé post-natale. La CPTS Grand Albigeois utilise quant à elle l'action « 1 bébé, 1 livre » comme outil de sensibilisation à la santé du nourrisson et de repérage précoce : un livre remis aux parents après l'accouchement pour les aider à identifier les signes de troubles et à s'orienter.

04 FORMATION ET MONTÉE EN COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS

Plusieurs CPTS investissent la montée en compétences des professionnels du territoire impliqués dans la petite enfance sur le repérage, l'orientation et la prise en charge en périnatalité, à travers des formations pluriprofessionnelles, des webinaires ou des soirées d'échange. On retrouve des thématiques variés selon l'angle des projets retenus : sensibilisation à la dépression post partum, repérage des troubles du neurodéveloppement, prescription de psychotropes pendant la grossesse, formation au repérage de l'otite séromuqueuse chez le jeune enfant etc.

05 PRODUCTION D'OUTILS ET DE RESSOURCES – OUTILS D'INFORMATION ET ANNUAIRES TERRITORIAUX

Qu'il s'agisse d'un complément à un parcours ou d'un projet en soi, plusieurs CPTS produisent des supports concrets au service des professionnels et des usagers : livrets d'information, annuaires territoriaux, infographies de parcours, fiches synthétiques, flyers d'orientation. Par exemple, la CPTS Volvestre a créé un guide santé des femmes en ligne. La CPTS Quercy Garonne a produit une infographie parcours grossesse. La CPTS Gascogne Armagnac a réalisé des flyers d'orientation IVG pour les professionnels et les patientes.

LES AVANTAGES À INTÉGRER LA PÉRINATALITÉ DANS UN PROJET DE CPTS

Intégrer la périnatalité dans un projet de CPTS ne revient pas uniquement à développer une nouvelle thématique de prévention : c'est inscrire le projet de santé dans une logique d'intervention précoce, transversale et durable. Parce qu'elle articule santé des femmes, santé de l'enfant, santé mentale, parentalité, prévention précoce et vulnérabilités sociales, la périnatalité constitue un champ particulièrement fédérateur pour les professionnels du territoire.

Elle permet également d'investir une période déterminante du parcours de vie, durant laquelle les actions de prévention, de repérage et d'accompagnement peuvent avoir un impact majeur sur la santé future de l'enfant et sur les inégalités sociales de santé. En agissant dès la grossesse et durant les 1 000 premiers jours, les CPTS contribuent ainsi à renforcer une approche préventive et populationnelle de la santé.

Pour les équipes de coordination, la périnatalité constitue aussi une porte d'entrée concrète pour structurer des dynamiques pluriprofessionnelles et développer des coopérations durables entre acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associatifs. Elle favorise l'émergence d'une culture commune autour du repérage précoce, du post-partum, de la santé mentale périnatale ou encore du soutien à la parentalité.

Les projets de périnatalité peuvent ainsi contribuer à :

POUR LES PROFESSIONNELS

- **Développement de compétences autour du post-partum, de la prévention précoce et de la santé mentale périnatale**
- **Accès à des temps d'échange et de formation pluriprofessionnels**
- **Meilleure connaissance des ressources et dispositifs du territoire**
- **Réduction de l'isolement professionnel, notamment dans les territoires sous-dotés**

POUR LES PATIENTES ET LES FAMILLES

- **Repérage plus précoce des vulnérabilités médicales, psychologiques et sociales**
- **Renforcement des actions de prévention et d'éducation à la santé durant les 1 000 premiers jours**
- **Accompagnement plus précoce autour du post-partum et de la parentalité**
- **Accès facilité aux ressources du territoire**

DES RESSOURCES DISPONIBLES EN RÉGION

Le Réseau Périnatalité Occitanie (RPO)

Réseau de Périnatalité Occitanie

Le RPO est une structure de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale dans le champ de la santé périnatale. Il vise à :

- Coordination des acteurs hospitaliers et libéraux de la périnatalité et du service de protection maternelle et infantile
- Soutien aux acteurs de la périnatalité ;
- Soutien de la prise en charge globale des grossesses, avec notamment le déploiement de l'entretien prénatal et de l'entretien post-natal précoce
- Facilitation de l'accès à l'IVG ;
- Soutien de la démarche qualité et gestion des risques en périnatalité.
- Élaboration d'actions de formation, de sensibilisation et d'amélioration des pratiques

Feuille de route nationale « Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 »

Rapport Cyrulnik, Les 1000 premiers jours — Là où tout commence (2020)

Site 1 000 premiers jours : application, livret, parcours d'accueil de l'enfant etc.

Mon parcours périnatalité- 7 fiches tutorielles – commission Inter-URPS Périnatalité

UN PROJET, UN RÉFLEXE : WWW.GUICHET-CPTS-OCCITANIE.ORG

Si vous souhaitez mettre en place des actions périnatalité pertinente, le guichet CPTS en partenariat avec le Réseau Périnatalité Occitanie vous propose des outils.

Les fiches actions « Améliorer l'organisation du parcours périnatalité " et " Améliorer l'organisation du parcours IVG » sont disponibles sur demande pour vous accompagner dans la mise en oeuvre d'actions sur votre territoire.
Contactez-nous pour découvrir ces documents.

Exemples d'éléments mis à votre disposition:

- Des modèles de fiches action pour l'organisation d'une action périnatalité et d'un parcours IVG
- Un zoom sur les problématiques constatées en périnatalité
- Une définition des objectifs opérationnels
- Des exemples de sous-actions concrètes et de répartition des tâches à mettre en oeuvre sur vos territoires
- Une identification des ressources existantes, des freins et des leviers
- Un accompagnement personnalisé et adapté à votre projet, proposé par les équipes du Guichet

FICHE PRATIQUE
RÔLE DE LA SAGE-FEMME RÉFÉRENTE

La loi du 26 avril 2021 a ouvert la possibilité pour les femmes enceintes de déclarer à l'Assurance Maladie une sage-femme référente. L'avenant 6 à la convention nationale des sages-femmes en a défini les missions et les modalités de valorisation, renforcées ensuite par l'avenant 7— notamment pour les patientes bénéficiaires de la C2S.

Ce statut conventionnel matérialise une évolution majeure : il fait de la sage-femme libérale le fil rouge du parcours périnatal, de la déclaration de grossesse jusqu'à 14 semaines après l'accouchement. Ce n'est plus seulement une professionnelle de soin — c'est une coordonnatrice de parcours.

Sage-femme référente : ce qu'il faut retenir

Qui peut être déclarée ? Toute sage-femme libérale conventionnée. La déclaration est faite conjointement avec la patiente (formulaire Cerfa) avant la fin du 5e mois de grossesse.

Ses missions :

- Informer la patiente sur les étapes du parcours de grossesse et du suivi postnatal
- Réaliser ou s'assurer de la réalisation de la majorité des rendez-vous de suivi
- Porter la prévention tout au long du parcours : vaccination, examen bucco-dentaire, alimentation, hygiène de vie, repérage de la DPP
- Faire le lien avec la maternité et organiser le suivi à domicile à la sortie
- Coordonner avec le médecin traitant : l'alerter de la sortie de maternité, le prévenir en cas de difficultés
- Vérifier la réalisation du suivi médical du nourrisson et alimenter Mon espace santé

Rémunération : forfait de 45 € par suivi de grossesse (50 € pour les bénéficiaires de la C2S), pris en charge à 100 % sans avance de frais.

Ce que la sage-femme référente change pour une CPTS

- **Un point d'entrée identifié dans le parcours.** La sage-femme référente connaît la situation globale de la patiente. Elle est une interlocutrice naturelle pour organiser la coordination sur le territoire.
- **La coordination ville-maternité inscrite dans la convention.** Le lien avec le médecin traitant et la maternité n'est plus une bonne pratique informelle — c'est une mission rémunérée. La CPTS peut s'appuyer sur ce cadre pour structurer les protocoles de transmission.
- **Un levier de repérage des vulnérabilités.** Présente du début à la fin du parcours, la sage-femme référente est en première ligne pour identifier l'isolement, les addictions, les violences ou les signes précoces de DPP, et activer les relais du territoire.
- **Une articulation directe avec la RFSP.** Une rémunération forfaitaire de santé publique intègre des indicateurs liés au parcours périnatal. L'appartenance à une CPTS fait partie des critères valorisés — un argument concret pour mobiliser les Sages-Femmes du territoire.