



HAL
open science

Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam

Caroline Scoazec

► **To cite this version:**

Caroline Scoazec. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00633666

HAL Id: dumas-00633666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633666>

Submitted on 19 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 7 avril 2011

par

Caroline SCOAZEC

Née le 15/09/1987

Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Briend Laure Sage-femme coordinatrice, réseau Solipam

JURY :

M. le Pr Cabrol Directeur technique de l'ESF de Baudelocque
Mme Prudhomme Représentante de la directrice de l'ESF de Baudelocque
M. le Dr Bounan Gynécologue obstétricien, maternité Port Royal
Mme Lebot Sage-femme, maternité Port Royal
Mme Mesnil Sage-femme guide de l'ESF de Baudelocque

N° du Mémoire : 2011PA05MA33

Remerciements

Je remercie sincèrement :

- Mme Briend pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour ses conseils avisés et surtout sa disponibilité.
- Mme Mesnil pour avoir su me guider pendant ses longs mois de travail, ainsi que pour son expérience et ses conseils.
- L'ensemble de l'équipe du réseau Solipam pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire ainsi que les membres du groupe de travail et en particulier M. Dommergues pour ses conseils méthodologiques.
- Anne Chantry pour sa relecture attentive de mon étude.
- L'ensemble de ma promotion et en particulier Amandine, Céline, Julia, Lucie, Marion, Mélina, Myrtille, Sandrine et Sophie pour ses quatre merveilleuses années passées ensemble.
- Miren pour son soutien et surtout sa relecture.
- Ma famille pour leur aide et leur encouragement au cours de ces cinq années d'étude.

Table des matières

Remerciements.....	4
Liste des tableaux et figures.....	8
Liste des annexes	10
Lexique	11
Introduction.....	12
Première partie Cadre Conceptuel	13
1. Le contexte de précarité	13
1.1 <i>Dans la population générale</i>	13
1.2 <i>Chez les femmes enceintes</i>	13
1.2.1 Sur le plan national	14
1.2.2 En région parisienne	14
2. Qu'est-ce que la précarité et en quoi est-elle un enjeu de santé publique ?..	15
2.1 <i>Définition de la précarité</i>	15
2.2 <i>La lutte contre la précarité : un enjeu de santé publique ?</i>	16
2.2.1 La santé : un droit fondamental	16
2.2.2 Des inégalités sociales de santé bien réelles	17
2.2.3 Les déterminants sociaux de la santé.....	18
3. Les conséquences de la précarité sur la santé des mères et de leurs enfants.	20
3.1 <i>Les conséquences sur le suivi de grossesse</i>	20
3.2 <i>Les conséquences sur la santé maternelle</i>	22
3.3 <i>Les conséquences néonatales</i>	23
4. Des solutions pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité.	23
4.1 <i>Le plan périnatalité 2005-2007</i>	23
4.2. <i>Le décroisement des milieux sociaux et médicaux</i>	24
Deuxième partie Etude	27
1. Problématique	27
2. Hypothèses.....	28
3. Objectifs	28
4. Présentation de Solipam.....	28
5. Méthodologie	30
5.1 <i>Population d'étude</i>	30
5.2 <i>Recueil de données</i>	31

5.3 Analyse des données	31
6. Résultats	32
6.1 <i>Caractéristiques socio-médicales de la population</i>	32
6.1.1 Données médicales	32
6.1.2 Données socio-économiques	33
6.1.3 Le suivi de grossesse avant l'inclusion	36
6.2 <i>Fonctionnement du réseau</i>	38
6.3 <i>Impact de l'inclusion sur la qualité du suivi</i>	39
6.3.1 Le suivi de grossesse après l'inclusion	39
6.3.2 Issue de grossesse	41
6.3.3 Données médico-sociales de la sortie de maternité à la sortie du réseau	43
6.3.4 Evaluation des améliorations	46
6.4 <i>Impact du terme d'inclusion</i>	48
6.4.1 Critères généraux	48
6.4.2 Terme d'inclusion et suivi de grossesse	49
6.4.3 Terme d'inclusion et issue de grossesse	50
6.4.4 Terme d'inclusion et post-partum	50
6.5 <i>Impact du nombre d'hébergement</i>	51
6.5.1 Critères généraux	51
6.5.2 Nombre d'hébergement et suivi de grossesse	52
6.5.3 Nombre d'hébergement et issue de grossesse	53
6.5.4 Nombre d'hébergement et post-partum	53
Troisième partie Discussion	55
1. Caractéristique de la population étudiée	55
1.1 <i>Caractéristiques médicales</i>	55
1.1.1 Age	55
1.1.2 Gestité et parité	56
1.1.3 Antécédents médicaux et médecin traitant	56
1.2 <i>Caractéristiques socio-économiques</i>	56
1.2.1 Origine, nationalité et titre de séjour	56
1.2.2 Niveau d'étude et maîtrise du français	57
1.2.3 Ressources	58
1.2.4 Couverture sociale	58
1.2.5 Entourage et vie de couple	59
1.3 <i>Caractéristiques concernant la grossesse</i>	60
1.3.1 Le déroulement de grossesse	60
1.3.2 L'issue de grossesse	62
2. L'impact de l'inclusion dans le réseau sur la prise en charge médico-sociale des femmes	63

2.1	<i>L'impact de l'inclusion sur le suivi de grossesse</i>	63
2.2	<i>L'impact de l'inclusion sur la prise en charge sociale</i>	63
2.3	<i>Des patientes plus sensibilisées ?</i>	64
3.	Quel est l'impact du terme d'inclusion ?	65
3.1	<i>Impact sur le suivi de grossesse</i>	65
3.2	<i>Impact sur l'issue de grossesse</i>	65
3.3	<i>Impact sur le post-partum</i>	66
3.4	<i>Impact sur la prise en charge sociale</i>	66
4.	Quel est l'impact du parcours d'hébergement ?	68
4.1	<i>Impact sur le suivi de grossesse</i>	68
4.2	<i>Impact sur l'issue de grossesse</i>	69
4.3	<i>Impact sur le post-partum</i>	69
4.4	<i>Impact sur la prise en charge sociale</i>	69
5.	Limites de l'étude	70
6.	Propositions	71
	Conclusion	73
	Bibliographie	75
	Annexes	78

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Antécédents médicaux et gynécologiques	32
Figure 2 : Médecin traitant	33
Figure 3 : Origine géographique.....	33
Figure 4 : Entourage	34
Figure 5 : Niveau d'étude	34
Figure 6 : Titre de séjour	35
Figure 7 : Couverture sociale avant l'inclusion	36
Figure 8 : Type de suivi avant l'inclusion.....	37
Figure 9 : Conformité du suivi aux recommandations de la HAS avant l'inclusion dans le réseau.....	37
Figure 10 : Origine de la demande d'inclusion.....	38
Figure 11 : Conformité du suivi aux recommandations de la HAS après l'inclusion dans le réseau.....	39
Figure 12 : Pathologie au cours de la grossesse	40
Figure 13 : Motif d'hospitalisation.....	41
Figure 14 : Accouchement sur site prévu	41
Figure 15 : Hospitalisation en néonatalogie.....	42
Figure 16 : Visite post-natale.....	43
Figure 17 : Rééducation du périnée	43
Figure 18 : Couverture sociale maternelle à la sortie du réseau.....	44
Figure 19 : Couverture sociale du nouveau-né.....	45
Figure 20 : Comparaison du suivi de grossesse avant/après l'inclusion	46
Figure 21 : Médecin traitant à l'inclusion et à la sortie du réseau	46
Figure 22 : Couverture sociale à l'inclusion et à la sortie du réseau	47
Figure 23 : Suivi social à l'inclusion et à la sortie du réseau	48

Tableau 1 : Prise en charge de la grossesse selon les revenus au cours de la grossesse (enquête périnatale 2003)	21
Tableau 2 : distribution des âges gestationnel des femmes à l'inclusion.....	38
Tableau 3 : Critères généraux des deux groupes formés en fonction du terme d'inclusion.....	49
Tableau 4 : Impact du terme d'inclusion sur le suivi de grossesse.....	49

Tableau 5 : Impact du terme d'inclusion sur l'issue de grossesse	50
Tableau 6 : Impact du terme d'inclusion sur le suivi médical dans le post-partum	50
Tableau 7 : Impact du terme d'inclusion sur la prise en charge sociale	51
Tableau 8 : Critères généraux dans les deux groupes formés en fonction du nombre d'hébergement	52
Tableau 9 : Impact du nombre d'hébergement sur le suivi de grossesse	52
Tableau 10 : Impact du nombre d'hébergement sur l'issue de grossesse.....	53
Tableau 11 : Impact du nombre d'hébergement sur le suivi médical dans le post-partum .	53
Tableau 12 : Impact du nombre d'hébergement sur la prise en charge sociale	54

Liste des annexes

Annexe 1 : Recueil de données et définitions.....	79
Annexe 2 : Tableau extrait des recommandations de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées.....	82

Lexique

AME : aide médical d'état

CMU : couverture médicale universelle

ECIMUD : équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogue

MAP : menace d'accouchement prématuré

PASS : permanence d'accès aux soins

PMI : protection maternelle et infantile

PRAPS : programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins

RCIU : retard de croissance intra-utérin

UME : unité mère-enfant

Introduction

Nous sommes confrontés, en tant que professionnels de l'obstétrique, à la précarité des femmes enceintes qui est une véritable problématique de santé publique. Des difficultés se posent alors à nous quant à la prise en charge de ces femmes. En effet, nous sommes parfois démunis face à ces situations de grande vulnérabilité qui nécessitent une collaboration multidisciplinaire.

Devant ce constat, nous donnerons en premier lieu, des définitions fondamentales permettant de comprendre ce phénomène. Puis nous tenterons de déterminer l'impact de cette précarité sur la santé des mères et des nouveau-nés par l'analyse de la littérature. Nous chercherons ensuite quels sont les moyens mis en œuvre pour améliorer la prise en charge de ces femmes en insistant sur le travail des réseaux périnataux qui semble être un des moyens d'action privilégiés depuis plusieurs années.

Pour déterminer l'impact de ce travail en collaboration au sein des réseaux, nous avons décidé de nous intéresser à un réseau secondaire de périnatalité et d'accès aux soins consacré aux femmes enceintes en très grande précarité : Solipam. En effet, ce réseau qui a vu le jour en 2006 sur le territoire de santé parisien, se développe de plus en plus et tend à devenir un recours essentiel à la prise en charge des femmes précaires domiciliées à Paris.

Nous étudierons, de manière descriptive et rétrospective, le parcours des femmes incluses dans le réseau Solipam de 2006 au premier semestre 2009.

Dans un premier temps nous décrirons les caractéristiques socio-économiques des femmes de Solipam ainsi que les caractéristiques du suivi médico-social pendant la grossesse et dans le post-partum.

Par la suite nous chercherons à mettre en évidence les améliorations médico-sociales apportées aux femmes incluses dans le réseau.

Enfin nous essaierons d'évaluer l'impact du terme d'inclusion au sein du réseau et du parcours d'hébergement des femmes sur la qualité du suivi.

Première partie

Cadre Conceptuel

1. Le contexte de précarité

1.1 Dans la population générale

La précarité fait partie des grandes préoccupations de notre société depuis de nombreuses années mais elle est aujourd'hui un réel sujet d'actualité notamment dans le contexte de crise économique dans lequel nous nous trouvons. Elle concerne une part importante de la population : en 2007, 13,4% de la population vivait sous le seuil de pauvreté correspondant à moins de 60% du revenu médian soit 908 euros mensuels. (1)

De plus les inégalités sociales sont bien présentes dans notre société et elles sont loin de s'atténuer, au contraire les écarts de revenus entre les plus riches et les plus pauvres s'accroissent. (1)

Cette composante doit être prise en compte dans nos conduites professionnelles puisque la précarité touche particulièrement les femmes et notamment les familles monoparentales. En effet le taux de pauvreté (seuil à 60%) est plus important chez les femmes seules actives que dans le reste de la population (14,5%) et il augmente encore lorsqu'elles ont un ou des enfants à charge (26,8%). (2)

De plus cela montre que l'emploi ne semble plus être une protection suffisante contre la pauvreté surtout du fait du développement des emplois précaires qui une fois encore touche fortement les femmes : la moitié des femmes seules occupe un emploi à temps partiel. (3)

1.2 Chez les femmes enceintes

Les professionnels de l'obstétrique sont particulièrement concernés par la prise en charge des femmes précaires.

En effet, il est assez commun de considérer que la grossesse est une période de fragilité et de vulnérabilité pouvant entraîner une aggravation de la situation de ces femmes. Pourtant, même si c'est le cas pour certaines d'entre elles, la grossesse est aussi une occasion d'améliorer leurs conditions de vie. Ceci a été mis en évidence lors d'entretiens menés par l'Observatoire du Samu Social auprès de femmes enceintes vivant dans la rue. (4) Les auteurs ont montré que la grossesse pouvait être un bénéfice pour elles tout d'abord en leur apportant une force et un but qui les poussent à se projeter dans l'avenir et d'autre part en les mettant en contact avec des acteurs du milieu médico-psycho-social.

En tant que professionnel de santé, nous avons un double rôle. D'une part assurer le suivi en prenant en compte le fait que la précarité est un facteur de risque médical et donc organiser une prise en charge adaptée avec l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux. D'autre part, il est également essentiel de favoriser l'intégration vers un médecin traitant et un suivi gynécologique régulier, la grossesse étant, pour les femmes en situation précaire, une occasion de réintégration ou d'intégration dans le système de soins.

La précarité est présente chez les femmes enceintes mais ses caractéristiques peuvent varier en fonction des régions. Nous avons donc cherché à faire un état des lieux de ce phénomène au niveau national puis au niveau de l'île de France.

1.2.1 Sur le plan national

L'enquête nationale périnatale de 2003 montre que la précarité est bien présente chez les femmes enceintes puisque « 10% des femmes déclaraient être au chômage et 19,1% des ménages avaient des ressources provenant des allocations chômage, du Revenu Minimum d'Insertion ou de l'Allocation Parent Isolé. De plus, 19,3% des ménages au moment de la naissance étaient des femmes vivant seules sans emploi, des couples où l'homme et la femme n'avaient pas d'emploi et des couples où l'homme et la femme étaient au chômage. Enfin 2,7% des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse. » (5)

1.2.2 En région parisienne

Il y a deux problématiques importantes qui peuvent expliquer en partie les caractéristiques de la précarité en région parisienne. Tout d'abord l'existence d'une

population migrante arrivée récemment sur le territoire. Ceci est illustré par le fait que 75% des bénéficiaires de l'AME en France sont domiciliés en Ile de France. (6) D'autre part, il y a en région parisienne une forte problématique liée à l'hébergement. Ainsi l'Observatoire du Samu sociale rappelle que même si les femmes vivant dans la rue ne représentent qu'un cinquième de l'ensemble des personnes sans domicile, leur situation est assez compliquée car les hébergements d'urgence leurs sont peu adaptés. (4) S. Parigi, la directrice générale du GIP Samu Social de Paris, signale que la part des familles prises en charge par le Samu Social de Paris ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années. De plus ces familles sont constituées à 58% de femmes seules ou enceintes. (7)

Bien sûr, la précarité en région parisienne a d'autres problématiques que celles que nous avons évoquées précédemment mais ces deux phénomènes sont tout de même très marqués et doivent être pris en considération pour optimiser la prise en charge de ces femmes.

2. Qu'est-ce que la précarité et en quoi est-elle un enjeu de santé publique ?

2.1 Définition de la précarité

Pour bien comprendre le phénomène de précarité il est important de revenir sur un certain nombre de définitions indispensables. La notion de précarité apparaît en France dans les années 70 dans un contexte de difficultés sociales. L'augmentation du chômage entraîne l'apparition d'emplois instables, créant des situations de fragilité. C'est pour décrire ces nouvelles situations que la notion de précarité est introduite.

En 1987, Joseph Wresinski, membre du conseil économique et sociale de la République française, rédige un rapport dans lequel il propose une définition de la précarité qui fait encore aujourd'hui référence : « Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les

chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». (8)

La précarité peut être vue comme « le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale ». (9) Ainsi, elle désigne la situation dans laquelle se trouve une personne ou une famille, leurs parcours. Elle n'évoque pas un niveau de ressources ou un niveau de vie. C'est le reflet de l'évolution d'une situation : c'est une dynamique. C'est pourquoi on parle aussi de la notion de précarisation.

Christian Loisy définit la précarité comme « un ensemble de facteurs de risque et d'incertitude sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté » (10). Il explique que la précarité est liée à des instabilités « de revenus(...), d'emplois(...), de situations personnelles(...), de conditions de logement, de santé ». (10) Les personnes ou foyers précaires sont donc fragilisés par un manque de stabilité qui ne leur permet pas de maîtriser et de planifier les événements de leur vie à moyen terme. Les concepts de fragilité, de manque de stabilité et de vulnérabilité sont donc indispensables à la définition et à la compréhension du phénomène de précarité.

Les vulnérabilités peuvent être liées à des moments particuliers de la vie comme la grossesse, l'enfance ou la vieillesse mais aussi au «contexte social, familial ou sanitaire»(11). Cependant il est parfois difficile de savoir si ces situations de vulnérabilité sont la cause ou la conséquence de la précarité.

C'est lorsque les instabilités s'accumulent et que la précarisation s'aggrave, que les personnes peuvent glisser vers la pauvreté.

2.2 La lutte contre la précarité : un enjeu de santé publique ?

2.2.1 La santé : un droit fondamental

Le droit à la santé est évoqué dans de nombreux textes fondateurs comme la Constitution française de 1946 : « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». (12)

Ce principe est réitéré à de nombreuses reprises, notamment dans la loi relative à la politique de santé publique de 2004 : « la politique de santé publique concerne la réduction des inégalités de santé, pour la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics. » (13)

Pourtant les inégalités de santé sont bien présentes dans notre société.

2.2.2 Des inégalités sociales de santé bien réelles

L'état de santé est fortement lié au niveau social et d'éducation de l'individu. Dans son rapport sur la santé de la population en France en 2006, la DRESS rappelle que ce lien se retrouve au niveau de nombreux indicateurs tels que « l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée et le recours aux soins ». (14)

La politique de lutte contre les inégalités de santé en France s'est concentrée sur l'accès aux soins par l'intermédiaire du système de protection sociale. En effet depuis 1945, la France est dotée d'un système d'assurance maladie dont le but est de couvrir la totalité de la population. Ce système a bien sûr évolué au cours du temps pour tenter de permettre à tous l'accès aux soins. Ainsi la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, a instauré les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dont l'objectif était d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes précaires en favorisant le travail en collaboration des différents acteurs de la prise en charge. (15) C'est dans le cadre de ces programmes, que sont instaurés les PASS (permanence d'accès aux soins de santé) qui doivent permettre de faciliter l'accès au système de santé pour les personnes les plus démunies. Les PASS sont « des cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics ». (16) D'autre part, en 1999, une loi est votée pour instaurer une couverture maladie universelle (CMU) dont le but est de permettre aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une protection de base et d'une protection complémentaire. (17) La CMU était censé être universelle cependant la nécessité d'être en situation régulière sur le territoire français pour pouvoir en bénéficier a entraîné l'exclusion d'une partie de la population. Ainsi, un système spécifique pour les personnes en situation irrégulière a du être conservé : l'aide médicale d'Etat (AME). (17),(16).

Malgré tous ces efforts, l'accès aux soins reste encore limité pour certains, notamment les personnes qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé. Ainsi le taux de renoncement aux soins pour raisons financières était de 14% en 2006 (1). Il existe donc toujours des obstacles à l'accès aux soins pour les populations précaires. L'ONPES explique ce phénomène par l'augmentation de la part de

dépenses de santé à la charge des ménages, le refus de prise en charge par certains praticiens des patients bénéficiant de la CMU, la difficulté de compréhension du système de santé et du parcours de soins et l'isolement social de certaines personnes pour qui la santé n'est plus une priorité. (1)

Ces données se retrouvent également chez les femmes enceintes. En effet en 2003, 2,3 % des femmes déclarent avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières. (5)

En France, la politique de lutte contre les inégalités de santé s'est donc surtout basée sur un travail d'amélioration de l'accès aux soins par l'intermédiaire d'un système de protection sociale et d'assurance maladie. Il semble que les politiques de santé publique devraient porter davantage d'attention aux facteurs sociaux économiques pour réduire les inégalités. « L'absence de barrière financière à l'accès ne suffit pas à garantir l'égalité des soins » (18)

2.2.3 Les déterminants sociaux de la santé

La charte d'Ottawa, établit en 1986 au terme de la première conférence internationale sur la promotion de la santé, rappelle que « la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable des ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable». (19) Il y a donc d'autres éléments à prendre en compte, en dehors du facteur financier, pour comprendre les inégalités de santé.

Il existe 3 grandes catégories de déterminants de l'état de santé : «les facteurs économiques, les comportements et le système de santé». (18) Les facteurs socio-économiques entrent en jeu tout au long de la vie de l'individu. Le Haut Comité de la santé publique retient comme déterminants sociaux économiques (18) :

- l'accès à l'éducation car il « influence les styles de vie et les comportements de santé » et il permet d'accéder à un certain niveau social et de lutter contre le chômage.

- le revenu. En effet, les conditions économiques dans l'enfance et à l'âge adulte vont influencer « les conditions de vie, les conditions de travail, l'accès à l'emploi et l'accès à un haut niveau d'étude ».
- les conditions de vie dans l'enfance qui permettraient de constituer à la fin de l'enfance un « capital santé » qui détermine à la fois l'état de santé de l'individu mais aussi son « potentiel de santé pour le futur ».
- l'accès à l'emploi. En effet la perte de l'emploi entraîne d'une part une réduction des ressources de l'individu qui peut limiter son accès aux soins mais elle est aussi génératrice de stress, d'anxiété voire de dépression.
- les conditions de travail du fait des « expositions professionnels » aux produits chimiques, au bruit ou aux conditions difficiles en générale (travail debout, transport de charges lourdes...). De plus il existe un facteur stress notamment lié à la peur de la perte de l'emploi.
- les conditions de vie et d'environnement. En effet les populations les moins favorisées sont non seulement plus exposées à des « sources de pollutions environnementales, physiques ou chimiques » mais aussi plus vulnérables à ces conditions de vie.
- l'intégration sociale ; en effet il existe un lien entre les relations sociales de l'individu et les comportements à risque notamment les conduites addictives mais aussi la sédentarité ou les troubles du comportement alimentaire. Ainsi plus une personne est isolée plus elle est à risque de comportements influençant négativement sur sa santé.

Il existe une réelle prise de conscience par la société de l'importance de la réduction des inégalités de santé dans notre société. Cependant les politiques de santé publique mises en place n'ont pas suffi et les inégalités persistent.

La grossesse est une période cruciale au cours de laquelle il est indispensable de réduire les inégalités pour préserver la santé de la mère mais aussi celle de son enfant à naître.

3. Les conséquences de la précarité sur la santé des mères et de leurs enfants

De nombreuses études ont été réalisées depuis plusieurs années pour montrer que la précarité des femmes enceintes avait des conséquences sur le déroulement et l'issue de grossesse mais aussi sur la santé périnatale. Le Professeur Dominique Mahieu Caputo, fondatrice du réseau Solipam, a résumé en 2003 cette situation par une équation simple : « grossesse + précarité = urgence médicale ».

3.1 Les conséquences sur le suivi de grossesse

Une étude rétrospective a été menée au CHU de Toulouse en 2001/2002 pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques et les risques périnataux des mères en situation de précarité. Pour cela ils ont comparés 988 femmes considérées comme précaires à 5047 femmes ayant accouché à la même période. (20). L'étude montre que le nombre de suivi insuffisant est significativement plus élevé chez les mères en situation de précarité. (11,6% vs. 0,8%, $p < 0,001$)

Ces données se retrouvent dans l'analyse des résultats de l'enquête périnatale de 2003 (21). Pour définir les différents niveaux de précarité, les auteurs ont constitué quatre groupes :

- les ménages ayant des ressources provenant uniquement d'une activité professionnelle
- les ménages ayant à la fois des ressources provenant d'une activité professionnelle et d'une aide publique
- les ménages ayant une aide publique
- les ménages ayant d'autres aides ou aucune aide déclarée

Les auteurs trouvent les résultats suivants :

	Source de revenu				P
	Travail	Travail et AP	AP	Autres	
Nombre de consultations prénatales :					
- 0-7	25.9%	28.4%	40.8%	51.8%	<0.001
- 8-9	44.6%	44.4%	37.3%	32.1%	
- >10	29.5%	27.3%	21.3%	14.1%	
Surveillance insuffisante	2.3%	3.2%	10.4%	19.4%	<0.001

Tableau 1 : Prise en charge de la grossesse selon les revenus au cours de la grossesse (enquête périnatale 2003)

Ces résultats mettent en évidence le fait que le suivi de grossesse est moins intensif chez les femmes dont les ressources proviennent uniquement d'aides publiques ou d'autres aides. De plus, le taux de surveillance insuffisante est significativement plus élevé chez les femmes dont les ressources ne proviennent pas du travail.

Dans une étude prospective plus ancienne menée à l'hôpital Louis Mourier en 1993, les auteurs ont comparé le suivi de grossesse de 192 femmes sans couverture sociale à celui de 2735 femmes ayant accouché à la même période. (22) Le taux de suivi insuffisant était significativement plus élevé dans le groupe des femmes sans couverture sociale (38.5% vs. 0.9%, $p < 10^{-5}$). Les auteurs montraient par ailleurs que « l'instabilité du logement est associé à un risque supplémentaire de mauvais suivi de la grossesse ». (22)

A la même période, une étude a été menée à l'hôpital Robert Debré pour étudier les caractéristiques des femmes qui sollicitaient le service social maternité. (23) Parmi ces femmes, seuls 40% avaient eu une consultation de grossesse avant 15SA et 29% avaient moins de 3 consultations prénatales. Toutes ces données mettent bien en évidence le fait que les femmes plus vulnérables en ce qui concerne les ressources, le logement ou encore la couverture sociale sont moins bien suivies au cours de leur grossesse.

Dans l'enquête périnatale de 2003, les femmes ayant renoncé à des consultations pour raison financière présentaient les caractéristiques suivantes : (5)

- elles vivaient plus souvent seules (18,9 %) que les autres femmes (7,0 %) ;
- elles étaient plus souvent de nationalité étrangère (27,6 versus 10,7 %)
- elles avaient plus souvent un niveau d'études bas que les autres femmes.

Ces femmes sont donc dans des situations de grande vulnérabilité sur le plan familial et financier. De plus, peut s'ajouter à cela des problématiques liées à l'accès aux soins et à la barrière de la langue. Ces critères pourraient être pris en considération pour repérer les femmes enceintes précaires plus précocement puisqu'il a été montré qu'un moins bon suivi de grossesse augmente les complications néonatales notamment en ce qui concerne la prématurité, l'hypotrophie et les hospitalisations néonatales. (24)

3.2 Les conséquences sur la santé maternelle

L'étude menée à Toulouse en 2001/2002 montre que le taux de pathologie est significativement plus élevé chez les femmes en situation de précarité ($p < 0,0001$). (20) Celles-ci sont notamment plus touchées par les anémies, les infections urinaires et génitales et les menaces d'accouchement prématuré. Ceci s'accompagne d'un taux d'hospitalisation significativement plus élevé chez les femmes précaires (43,9% vs. 38,7%, $p < 0,001$). Ce surrisque de pathologie se retrouve également en post-partum (25,6 vs 17,7%, $p < 0,001$) avec une augmentation significative de la durée moyenne de séjour.

Nous retrouvons le même type de résultats dans une étude menée à Rotterdam entre 2002 et 2006. (25) Les auteurs ont comparé le déroulement de la grossesse entre des femmes provenant de quartier défavorisés ($n=2779$) et des femmes ayant accouchés à la même période et habitant des quartiers non défavorisés ($n=4580$). Ils retrouvent un taux significativement plus élevé de retard de croissance intra-utérin (RCIU) (RR= 1.25 [0.88; 1.78]) et de pré éclampsie (RR 1.46 [1.09; 1.95]) dans le groupe des femmes habitant dans les quartiers défavorisés.

3.3 Les conséquences néonatales

La précarité est liée à une augmentation des risques néonataux. De nombreuses études ont montré une augmentation du taux de prématurité et d'hypotrophie chez les enfants des mères considérés comme précaires. (20),(21),(22),(25). Ceci s'accompagne d'un taux plus élevé de transfert en néonatalogie. (20),(21),(22) Dans certaines études, nous retrouvons également des proportions de score d'Apgar < à 7 à 5 minutes plus importantes dans le groupe de femmes précaires. (20),(25).

La précarité s'accompagne en général d'un mauvais suivi de grossesse et d'une augmentation des risques maternels et néonataux. Elle a donc un coût humain pour la mère et son enfant mais aussi un coût financier pour la société avec notamment l'augmentation du taux d'hospitalisation.

Cette réalité a été prise en considération par les professionnels de la santé qui tentent de mettre en place des solutions.

4. Des solutions pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité.

La prise en charge des femmes précaires et de leurs nouveaux nés peut poser un certain nombre de problèmes éthiques. Il est nécessaire d'éviter la stigmatisation de ces femmes et de favoriser leur intégration dans un parcours de soins classique tout en s'adaptant aux problèmes spécifiques rencontrés. Ainsi, « le système de soins, et en particulier l'hôpital, ne doit pas scinder son activité. Il ne doit pas donner des objectifs médicaux différents en fonction de la situation des patients [...] La prise en charge médicale des femmes enceintes en situation de précarité doit absolument relever du droit commun ». (26)

4.1 Le plan périnatalité 2005-2007

Ce plan mis en place par le ministère de la santé avait pour objectif principal d'« améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche ». (27) Dans la partie « plus d'humanité », le plan prévoyait « un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité » pour répondre aux enjeux médicaux et économiques liés à la situation de ces personnes.

L'objectif principal était d' « améliorer l'accès aux droits, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial, afin de permettre aux parents en situation précaire de mieux assumer leurs responsabilités, notamment de protection de leur enfant ».

Parmi les mesures proposées pour atteindre cet objectif, nous retrouvons les suivantes :

- appliquer la notion de soins urgents aux grossesses des femmes étrangères résidant depuis moins de 3 mois sur le territoire français
- créer ou renforcer les PASS
- mettre en place un « programme de sensibilisation aux enjeux d'un accompagnement approprié des futurs parents et des parents vivant dans les milieux exposés durant la période périnatale »
- mener une enquête sur « l'adéquation de l'offre d'hébergement et d'accueil [...] aux besoins spécifiques des femmes enceintes »
- « renforcer la vigilance dans les points de rencontre les plus fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité »

Enfin l'un des objectifs fondamentaux du plan périnatalité est de développer et de consolider les réseaux de périnatalité afin de « couvrir l'ensemble du territoire ».

Cependant, l'évaluation du plan périnatalité initiée par la direction générale de la santé, a montré que le plan ne semblait pas avoir atteint les objectifs attendus notamment en ce qui concerne l'accès aux droits et aux soins des femmes enceintes en situation de précarité. Bien qu'il y ait eu une consolidation et une intensification du travail en réseau et une prise de conscience des difficultés rencontrées par les femmes et couples précaires, les mesures mises en œuvre n'ont pas été suffisantes et ont conduit à une prise en charge inégale. (28)

4.2. Le décroisement des milieux sociaux et médicaux

La prise en charge des femmes enceintes précaires nécessite un travail en collaboration des acteurs du milieu médical et du milieu psycho-social. En effet, ils ne doivent pas seulement travailler en parallèle mais doivent avoir des espaces de communication et d'échange pour que les prises en charges médicales soient en adéquation avec les prises en charge sociales. Il faut « décroiser les secteurs

sanitaire et social [...] afin de potentialiser les ressources du terrain (tant médicales que sociales, y compris les ressources relatives à l'hébergement) ». (29)

Le secteur hospitalier semble avoir pris en compte cette réalité en mettant en place, par exemple, les staffs médicaux-psycho-sociaux. Mais même si un effort a été fait dans ce sens cela ne semble pas toujours suffisant. En effet, comme le rappelait le professeur Mahieu-Caputo « les structures hospitalières n'ont pas la capacité de prendre en charge l'ensemble des grossesses en situation de précarité depuis le tout début de la grossesse ». (26) Il faut exploiter au mieux les ressources existantes pour faciliter la prise en charge des femmes précaires. Ainsi, il semble indispensable d'associer la médecine de ville à la prise en charge de ces femmes car elle présente des atouts indéniables notamment en favorisant un contact plus précoce en début de grossesse.

Les réseaux périnataux paraissent être un des moyens les plus adaptés pour permettre cette coordination entre les milieux médicaux et psycho-sociaux d'une part mais aussi entre le secteur hospitalier et le secteur libéral.

Ainsi, il est rappelé dans le cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité, que ceux-ci doivent permettre « une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernées ». (30) En mettant en relation le milieu hospitalier, le milieu libéral, la PMI et les acteurs psycho-sociaux, les réseaux de périnatalité contribuent à l'optimisation de la prise en charge des femmes enceintes précaires. D'ailleurs le repérage « des vulnérabilités psycho-sociales » et la mise en place de l'accompagnement adapté à ces situations font partie intégrante de leurs objectifs et de leurs missions. (30)

Les réseaux de périnatalité doivent permettre aux usagers de mieux connaître l'offre de soins et de bénéficier d'une égale accessibilité à cette offre. Ils permettent une collaboration des différents acteurs médicaux-psycho-sociaux, une mise en commun des connaissances et des compétences et une harmonisation des actions. Tout ceci est fait dans le but « d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ». (30)

Le cahier des charges précise que les réseaux de santé en périnatalité doivent s'appuyer sur les réseaux de proximité et les réseaux inter-établissement

Afin de répondre à des problématiques plus complexes, il existe également des réseaux dit « secondaires » concernant des pathologies ou des populations spécifiques. Ainsi à Paris, le réseau Solipam prend en charge des femmes enceintes en situation de très grande précarité. D'autres réseaux sont consacrés aux femmes toxicomanes ou aux femmes séropositives au VIH et semblent faire la preuve de l'efficacité du travail en collaboration. En effet, C. Lejeune présente dans un article les résultats d'un programme de prise en charge périnatale des femmes toxicomanes à l'hôpital Louis Mourier dans les Hauts de Seine. (31) Il montre que la collaboration des équipes hospitalières (sages-femmes, obstétriciens, pédiatre néonatalogistes, anesthésistes) et de l'équipe de liaison ECIMUD (équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues), qui est dirigée par la coordinatrice du réseau ville-hôpital Toxicomanie Arès 92, permet une amélioration de la prise en charge des femmes pendant la grossesse et une diminution des complications périnatales.

Les réseaux de périnatalité dit « secondaires » sont complémentaires et transversaux des réseaux de périnatalité primaires, ils doivent donc travailler en collaboration pour optimiser leur fonctionnement.

La prise en charge des femmes enceintes précaires nécessite donc un travail de collaboration des acteurs médicaux et sociaux mais dans un cadre commun avec les autres femmes pour ne pas les stigmatiser et les isoler encore plus. Le développement d'initiative de ce genre devrait permettre l'amélioration de la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.

Deuxième partie

Etude

1. Problématique

Le contexte de crise économique dans lequel nous nous trouvons met en lumière les difficultés rencontrées par une partie de la population.

Dans notre pratique quotidienne, nous sommes donc confrontés aux problèmes vécus par les femmes en grande précarité et leur famille. Il n'est pas toujours évident, à l'échelle individuelle, de mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge optimale de ces personnes. Pourtant la prise en charge des femmes enceintes précaires est aujourd'hui un véritable enjeu pour notre société. En effet la précarité a des conséquences importantes pour la santé des femmes et des enfants. Elle entraîne un moins bon suivi de grossesse et une augmentation des pathologies et donc des hospitalisations. La précarité est un facteur de risque médical pour la grossesse, qui doit être identifié et pris en compte par les professionnels de la périnatalité.

Devant ce constat, les milieux médicaux, sociaux et politiques tentent de mobiliser des ressources et d'initier des projets pouvant améliorer la situation.

Deux éléments primordiaux sont à prendre en considération dans la prise en charge de ces femmes. D'une part, ne pas les stigmatiser en les isolant du reste des femmes, d'autre part décloisonner le secteur médicale et psycho-social en favorisant le travail en collaboration. Ceci est rendu possible notamment grâce au travail en réseau qui permet la mise en relation de tous les acteurs de la prise en charge des femmes.

Nous avons décidé de nous intéresser à un réseau de périnatalité secondaire, Solipam, qui coordonne la prise en charge médico-sociale des femmes en grande précarité à Paris. Nous avons cherché quels étaient les avantages médico-sociaux apportés par le suivi au sein de Solipam pour les femmes et leurs nouveau-nés et quels étaient les éléments de la prise en charge qu'il faut développer et perfectionner pour optimiser ce suivi.

2. Hypothèses

- Hypothèse 1 : L'inclusion dans le réseau facilite la prise en charge médico-sociale des femmes grâce au travail de coordination ce qui se traduit par une amélioration du suivi médico-social.
- Hypothèse 2 : L'inclusion précoce (<25SA) au sein du réseau permet une meilleure prise en charge de la grossesse, de la santé de la femme et de son enfant et doit donc être facilitée et développée.
- Hypothèse 3 : Le parcours d'hébergement des femmes a un impact sur le suivi et l'issue de grossesse ainsi que sur le suivi social et doit donc être amélioré pour optimiser leur prise en charge.

3. Objectifs

- Décrire les caractéristiques médico-socio-économiques des femmes incluses dans le réseau.
- Définir des indicateurs permettant de décrire la qualité de la prise en charge des femmes du réseau et d'évaluer les améliorations de la prise en charge.
- Evaluer l'impact de l'inclusion dans le réseau sur la prise en charge médico-sociale des femmes.
- Déterminer si le terme d'inclusion et le parcours d'hébergement influent sur la qualité du suivi médical et social et sur l'issue de grossesse.

4. Présentation de Solipam

Le réseau périnatal Solipam (Solidarité Paris Maman), fondé par le Pr Dominique Mahieu-Caputo, repose sur le constat que la grande précarité pendant la grossesse constitue une urgence médicale. Il s'appuie sur une volonté de prendre en charge transversalement les problématiques sociales et médicales sur l'ensemble du territoire de santé parisien. Les membres fondateurs sont l'AP-HP, la maternité du groupe hospitalier Diaconesses-Croix Saint Simon (PSPH), le GIP SAMU Social de Paris, le Centre d'Action Sociale Protestant la Ville de Paris et la Direction des familles et de la petite enfance. Le réseau a un double objectif : d'une part améliorer la prise en charge médicale et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs nouveau-nés en situation de grande précarité et d'autre part faciliter le

travail des professionnels du monde médical et social dans la prise en charge de ces femmes.

Les femmes en précarité sont repérées par le personnel médical ou social avec lesquelles elles sont en contact puis orientées vers le réseau qui coordonne alors leurs parcours pendant la grossesse et les trois mois de vie du nouveau-né.

Une sage-femme et une assistante sociale coordonnent la prise en charge médico-sociale des patientes et de leurs enfants pour s'assurer du bon suivi de grossesse et du suivi post natal (prises de rendez-vous, inscription en maternité, prévention des décrochages médicaux et suivi du parcours de soins jusqu'au 3 mois de l'enfant né...). La coordination apporte également une réponse adaptée aux difficultés (hébergement, alimentation, rétablissement des droits...) en concertation avec les partenaires du réseau.

En plus des membres fondateurs qui constituent le réseau Solipam, de nombreux partenariats existent avec des associations et la médecine de ville. Le réseau Solipam travaille également en collaboration avec l'ensemble des réseaux de périnatalité du territoire de santé, ce qui est essentielle pour le partenariat avec la médecine de ville, ainsi qu'avec d'autres réseaux de santé sur des problématiques spécifiques

La période sur laquelle porte notre étude correspond à la phase pilote de Solipam. Les critères d'inclusion sur cette période étaient les suivants :

- être enceinte d'au moins 15SA
- domiciliées sur Paris
- isolées
- ressources faibles
- logement absent ou instable
- être majeure

Le réseau fonctionnait alors avec 5 maternités: Bichat, Saint-Antoine, Les Diaconesses, Lariboisière, la Pitié Salpêtrière. A partir d'Avril 2009, la maternité de Robert Debré a également été intégrée.

Depuis Janvier 2010, la direction du réseau a été confiée au Dr Paule Herschkorn Barnu, gynécologue-obstétricien. Les critères d'inclusion ont été levés et les modalités de prise en charge des femmes et des enfants ont évoluées. A ce jour, les femmes peuvent être prises en charge dès le début de grossesse donnant ainsi une possibilité d'accès à l'orthogénie si elles le souhaitent. D'autre part, l'isolement et la

domiciliation ne sont plus des obstacles à la prise en charge puisque ce sont les partenaires eux-mêmes qui jugent de la nécessité d'une inclusion dans le réseau Solipam.

Depuis cette même période, le réseau s'est étendu à l'ensemble du territoire de santé parisien et devient maintenant un réseau de périnatalité/grande précarité sur tout le territoire de santé Paris-Ile-de-France, transversal et complémentaire de l'ensemble des réseaux de périnatalité d'Ile-de-France.

De plus, Solipam est dans une dynamique de travail en mode projet qui repose notamment sur trois groupes de travail :

- Groupe 1 : groupe de travail opérationnel ayant pour objectif général de mettre en place des outils et des collaborations territoriales ayant pour vocation de garantir la continuité du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés jusqu'au trois mois de vie.
- Groupe 2 : groupe de travail « conduite du changement » ayant pour objectif que le réseau devienne un centre ressource « Périnatalité/ grande précarité »
- Groupe 3 : groupe de travail d'évaluation du service rendu par Solipam aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé et à la collectivité.

Notre étude entre dans le groupe de travail numéro trois.

5. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective des femmes incluses dans le réseau Solipam de 2006 à juin 2009.

5.1 Population d'étude

La population de notre étude est constituée de 144 patientes incluses dans le réseau de 2006 à juin 2009 inclus. Parmi les 144 femmes, une a réalisé une interruption médicale de grossesse et une présentait une grossesse gémellaire.

Nous avons exclu de notre population les femmes entrées dans le réseau après la naissance de leur enfant.

5.2 Recueil de données

Nous avons recueilli différentes données concernant les caractéristiques médico-sociales, le suivi de grossesse, l'issue de grossesse et le suivi social des femmes que nous avons reportées dans un tableau Excel. Ces données étaient contenues dans les dossiers constitués par la sage-femme et l'assistante sociale de Solipam. La liste et la définition des différents indicateurs se trouvent en annexe 1.

5.3 Analyse des données

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse générale de notre population en étudiant les caractéristiques médico-sociales des femmes ainsi que leur suivi de grossesse et certains éléments du fonctionnement du réseau. Les moyennes et écarts types ont été calculés à l'aide du logiciel Excel. Pour le calcul des pourcentages nous avons calculé le taux de l'indicateur dans la population pour laquelle cette donnée était renseignée.

Par la suite nous avons constitué deux groupes en fonction du terme d'inclusion : avant 25SA (inclus) et après 25SA. Nous avons comparé les variables qualitatives à l'aide d'un test de chi deux, d'un test de chi deux corrigé Yates ou d'un test de Fisher en fonction des critères d'application. Pour l'âge (variable quantitative) nous avons utilisé un test de Student.

Enfin nous avons constitué deux groupes en fonction du nombre d'hébergement au cours de la grossesse et des 3 mois de vie du nouveau-né. Le nombre d'hébergement moyen par femme étant de 3,22, nous avons constitué un groupe de femme ayant eu entre 1 et 3 hébergements et un groupe de femmes ayant eu plus de trois hébergements pendant la dite période. Nous avons ensuite utilisé la même méthode que celle expliquée précédemment pour analyser nos données.

6. Résultats

6.1 Caractéristiques socio-médicales de la population

6.1.1 Données médicales

➤ Age

L'âge moyen des femmes du réseau Solipam est de 27,6 +/- 5,5 ans.

Quatorze patientes ont moins de 20 ans soit 6,2% de la population d'étude.

➤ Gestité et parité

Notre population d'étude est constituée de 37 primigestes soit 25,7% des femmes. 52,82% sont primipares, 42,96% ont deux ou trois enfants et 4,22% ont plus de trois enfants (en comptant l'enfant à naître).

➤ Antécédents médicaux et gynécologiques

73 patientes ont des antécédents médicaux et gynécologiques notables (50,70%).

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans notre population sont les pathologies infectieuses (hépatite B, hépatite C, VIH, HSV1/2, syphilis, paludisme).

Nous avons pu observer la répartition suivante (en nombre de patientes) :

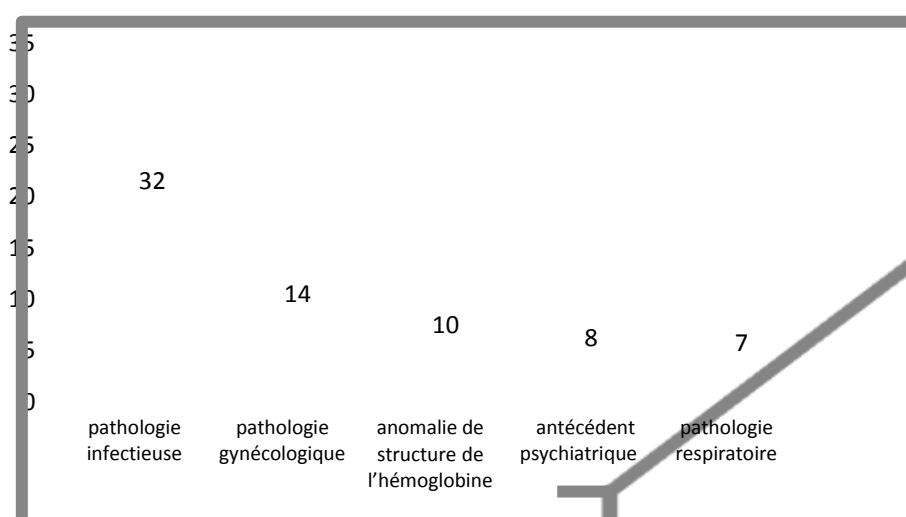


Figure 1 : Antécédents médicaux et gynécologiques

➤ Médecin traitant

La majorité des patientes n'ont pas de médecin traitant avant l'inclusion dans le réseau (64,9%).

Cette donnée est non renseignée dans les dossiers pour 13 patientes.

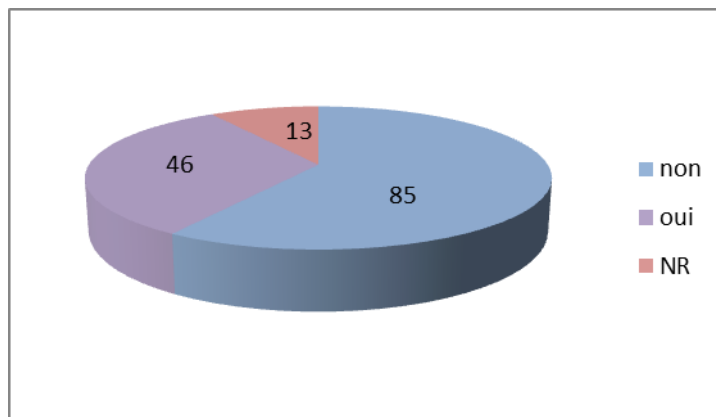


Figure 2 : Médecin traitant

6.1.2 Données socio-économiques

➤ Origine géographique

La majorité des femmes incluses dans le réseau est originaire d'Afrique subsaharienne (82,5%).

Cette donnée n'est pas renseignée pour une patiente.

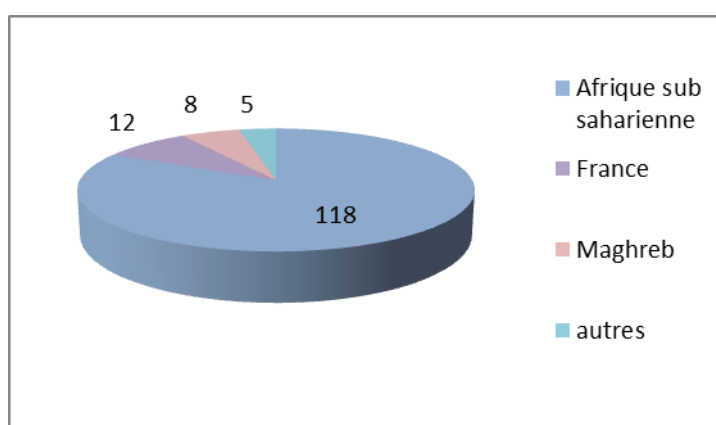


Figure 3 : Origine géographique

➤ Entourage

45,65% des femmes sont isolées c'est-à-dire qu'elles n'ont aucune personne ressource.

Cette donnée est non renseignée dans les dossiers pour 6 patientes.

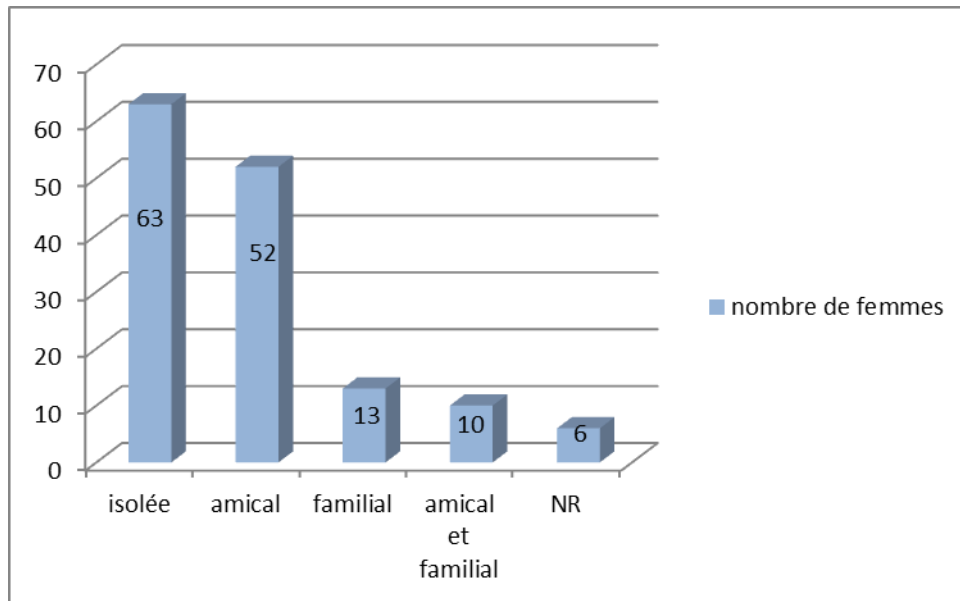


Figure 4 : Entourage

➤ Projet de vie de couple

La majorité des patientes n'est pas installée en couple ou n'a pas de projet de vie de couple avec le père de l'enfant (83.1%).

Cette donnée n'est pas renseignée dans les dossiers pour 2 patientes.

➤ Niveau d'étude

85,41% des femmes ont eu accès à une scolarité que ce soit en France ou dans leur pays d'origine. Cependant cette donnée n'est pas renseignée dans plus d'un tiers des cas.

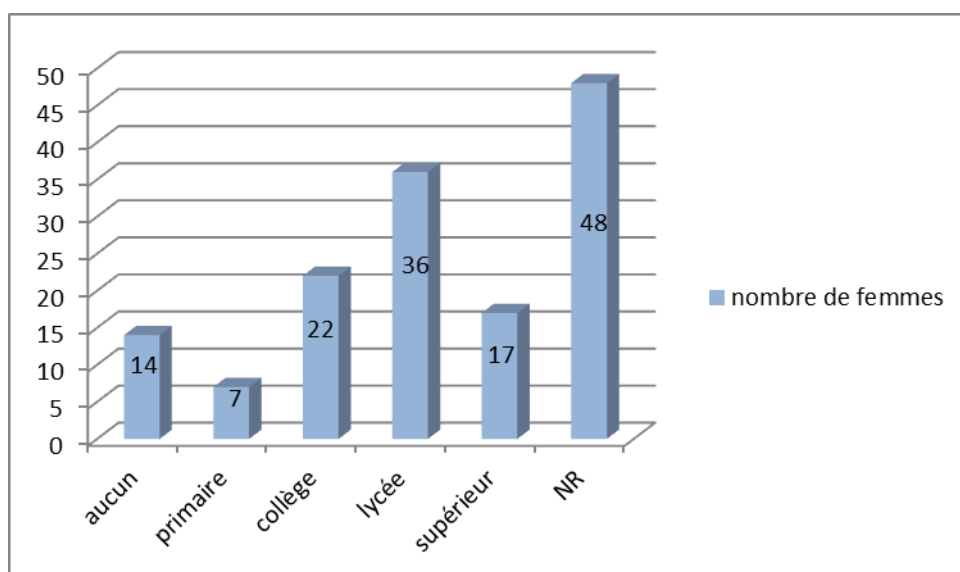


Figure 5 : Niveau d'étude

➤ Maîtrise du français

La majorité des femmes parlent le français (122 soit 91%). Cependant seulement 79 femmes maîtrisent le français écrit (75,24%).

Cette donnée n'est pas renseignée dans 10 dossiers pour le français oral et dans 39 dossiers pour le français écrit.

➤ Ressources

117 femmes de notre étude n'ont pas de ressources fixes soit 82,98%.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 3 dossiers.

➤ Titre de séjour

13 femmes de la population d'étude ont la nationalité française, elles ne sont donc pas prises en compte pour cet indicateur.

Parmi les femmes de nationalité étrangère, 82,44% n'ont pas de titre de séjour.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 2 dossiers.

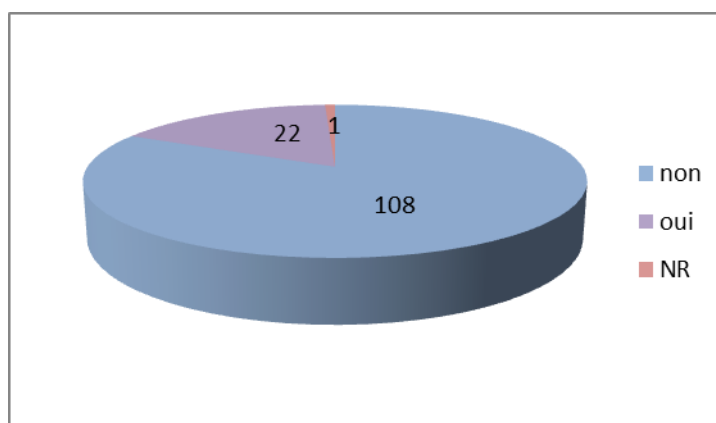


Figure 6 : Titre de séjour

➤ Suivi social

67 femmes ont accès à un suivi social avant l'inclusion dans le réseau soit 50,76%.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 12 dossiers.

➤ Couverture sociale

La majorité des femmes a une couverture sociale (75,89%). Parmi elles, 67,29% sont bénéficiaires de l'AME.

Nous avons pu observer la répartition suivante :

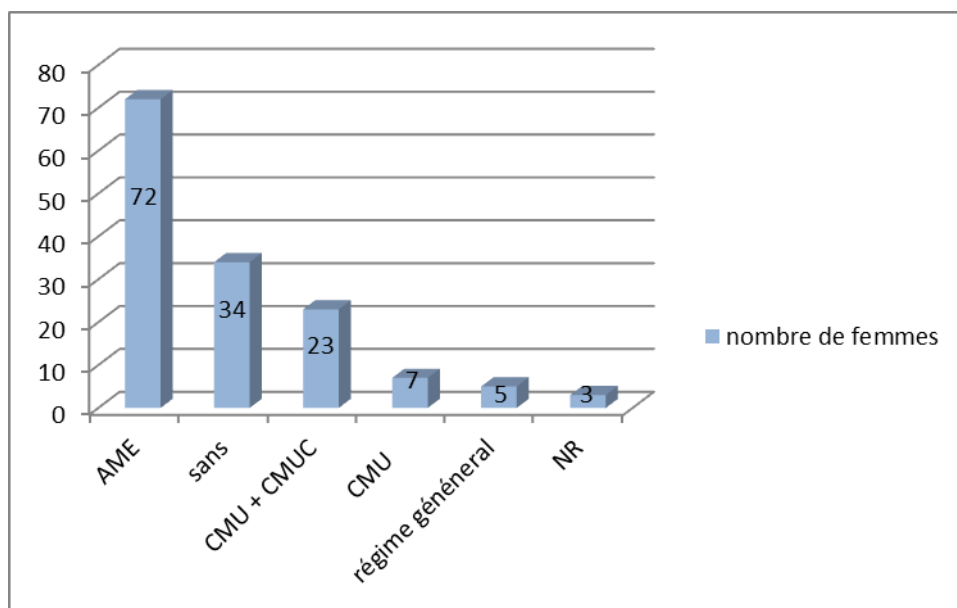


Figure 7 : Couverture sociale avant l'inclusion

6.1.3 Le suivi de grossesse avant l'inclusion

➤ Inscription en maternité

36 femmes ne sont pas inscrites à la maternité au moment de l'inclusion dans le réseau soit 25,17%.

➤ Type de suivi avant l'inclusion

22% des femmes n'ont aucun suivi de grossesse avant l'inclusion.

Dans la majorité des autres cas, le suivi se fait uniquement en hospitalier (80% des femmes suivies)

*

Nous avons pu observer la répartition suivante :

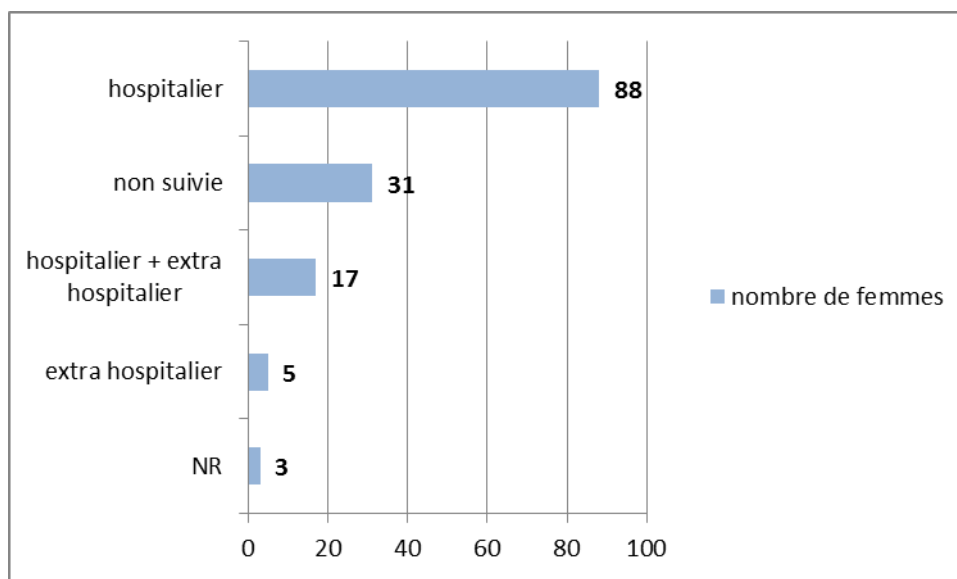


Figure 8 : Type de suivi avant l'inclusion

➤ Suivi conforme aux recommandations de la HAS

Les recommandations de la HAS sont définies en annexe 1 et 2.

Une femme a été incluse dans le réseau à 9 SA, elle n'est donc pas prise en compte pour cet indicateur.

La majorité des femmes n'a pas un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS avant l'inclusion dans le réseau (68,10%).

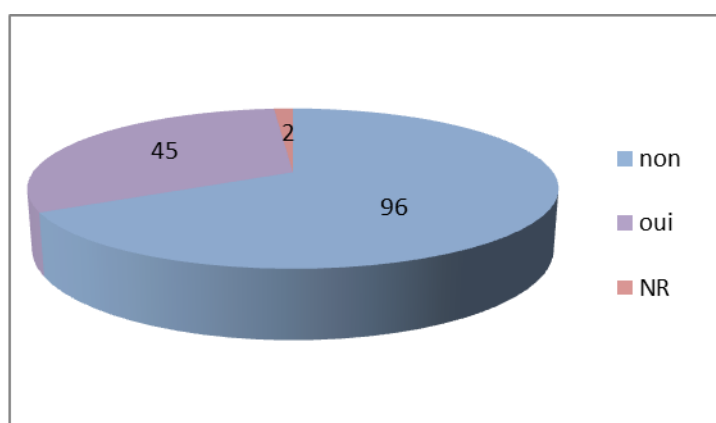


Figure 9 : Conformité du suivi aux recommandations de la HAS avant l'inclusion dans le réseau

6.2 Fonctionnement du réseau

➤ Terme d'inclusion

Le terme moyen d'inclusion dans le réseau est 27,44SA +/- 7,6.

62 patientes sont incluses dans le réseau avant 25SA soit 43%.

Nous avons réalisé un tableau sur la distribution de l'âge gestationnel des femmes au moment de l'inclusion :

terme d'inclusion (en semaine d'aménorrhée)	nombre de femmes
< ou = 25	9
15-25	53
25-32	28
32-37	44
> 37	10

Tableau 2 : distribution des âges gestationnel des femmes à l'inclusion

➤ Origine de la demande

70 femmes sont orientées vers le réseau par un service hospitalier soit 58,33%. Dans ce cas, la demande d'inclusion est faite par une assistante sociale, une sage-femme ou un médecin.

Les autres femmes sont orientées par des associations ou par la PMI. Dans la majorité des cas, la demande d'inclusion est faite par un acteur du milieu social (85,83%). Nous avons pu observer la répartition suivante :

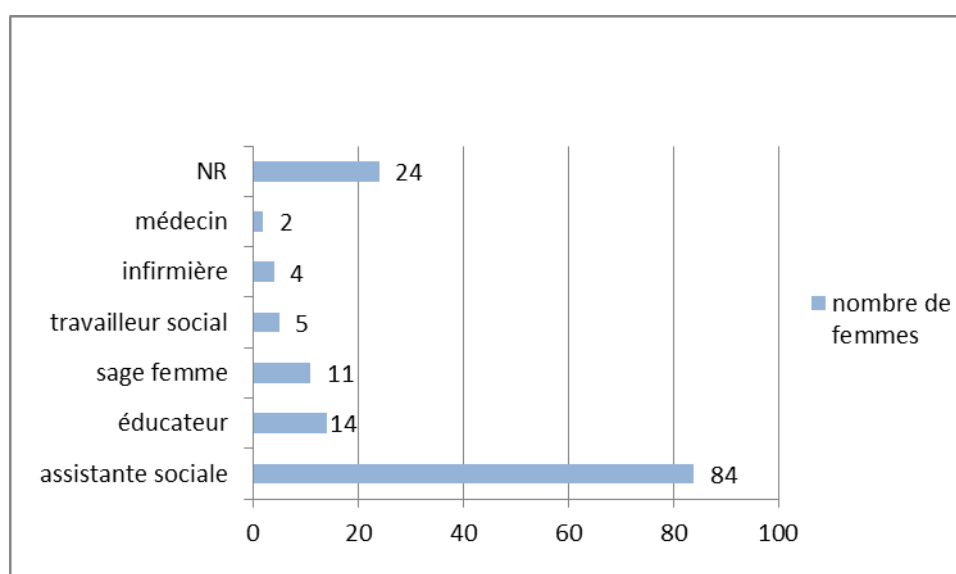


Figure 10 : Origine de la demande d'inclusion

6.3 Impact de l'inclusion sur la qualité du suivi

6.3.1 Le suivi de grossesse après l'inclusion

➤ Conformité du suivi de grossesse avec les recommandations de la HAS

9 femmes ont accouché trop rapidement après l'inclusion dans le réseau (moins de trois semaines) pour que nous puissions évaluer la qualité de leur suivi. Elles ne sont donc pas prises en compte pour cet indicateur.

112 femmes ont un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS après l'inclusion dans le réseau soit 88,19%.

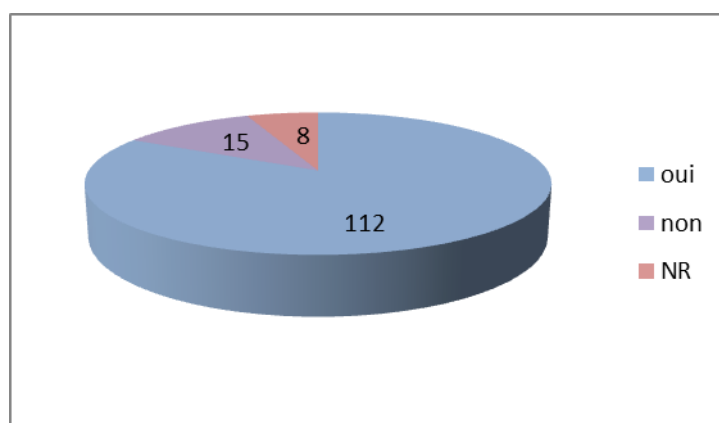


Figure 11 : Conformité du suivi aux recommandations de la HAS après l'inclusion dans le réseau

Parmi les quinze femmes qui n'ont pas un suivi adéquat :

- 5 femmes n'ont pas eu leurs consultations et leurs échographies en nombre ou aux termes recommandés
- 5 femmes ont réalisé leur échographie aux termes prévus mais n'ont pas eu le bon nombre de consultations.
- 5 femmes ont eu un nombre de consultations conformes aux recommandations mais n'ont pas réalisé leurs échographies en nombres ou aux termes prévus.

➤ Taux de décrochage

Le taux de décrochage dans la population est de 11,81%.

Nous considérons qu'il y a un décrochage lorsque la femme ne s'est pas présentée à au moins une consultation ou une échographie et qu'elle n'a pas pu être raccrochée dans les 15 jours.

➤ Pathologie au cours de la grossesse

51 femmes présentent une pathologie au cours de la grossesse.

Certaines femmes associaient plusieurs pathologies.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 5 dossiers.

Parmi les pathologies les plus fréquemment rencontrées nous retrouvons la répartition suivante :

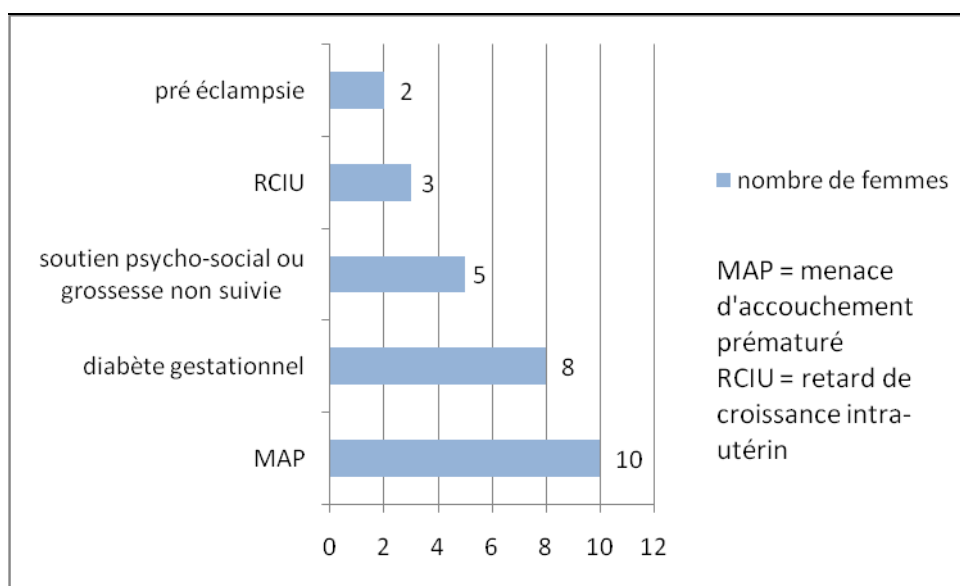


Figure 12 : Pathologie au cours de la grossesse

➤ Hospitalisation

60 femmes incluses dans le réseau sont hospitalisées au cours de la grossesse soit 43,8%.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 7 dossiers.

Parmi les causes d'hospitalisation les plus fréquentes nous retrouvons la répartition suivante :

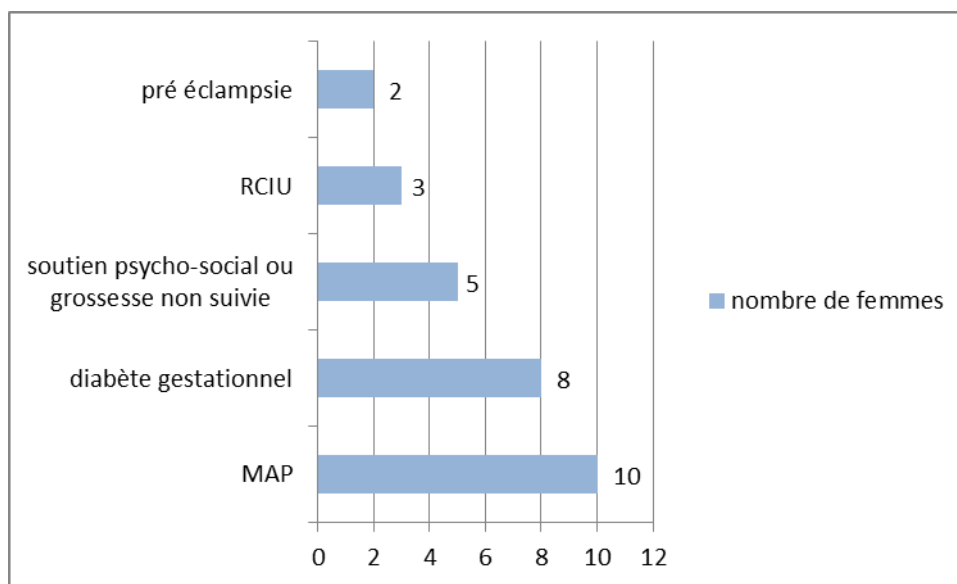


Figure 13 : Motif d'hospitalisation

6.3.2 Issue de grossesse

➤ Accouchement sur site prévu :

Cet indicateur n'est pas renseigné dans 8 cas car les femmes ont été transférées dans des maternités hors secteur.

Parmi les autres, seules 7 femmes n'ont pas accouché dans la maternité où elles étaient suivies (5,15%).

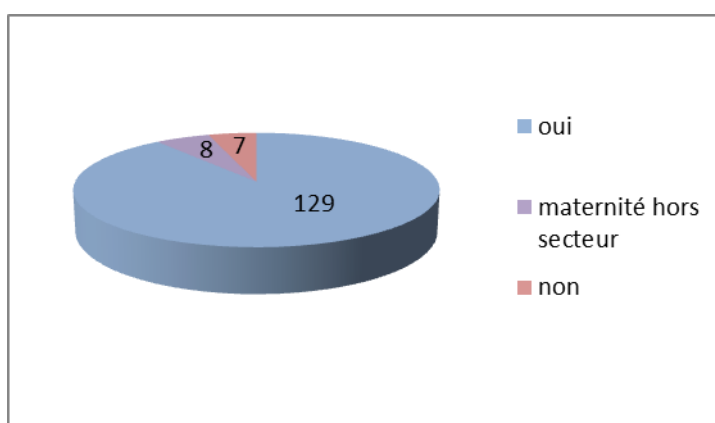


Figure 14 : Accouchement sur site prévu

➤ Age gestationnel à l'accouchement

L'âge gestationnel moyen d'accouchement des femmes incluses dans le réseau est de 39,23 SA +/- 1,64.

Cette donnée n'est pas renseignée pour les 8 femmes qui ont accouché dans des maternités hors secteur.

12 femmes ont accouché avant 37 SA soit 8,82%.

➤ Poids de naissance

Le poids moyen des nouveau-nés est 3194g.

8.95% des nouveau-nés pèsent moins de 2500g.

➤ Voie d'accouchement

88 femmes ont accouché par voie basse (65,18%) et 47 femmes ont accouché par césarienne (34,82%).

Cette donnée n'est pas renseignée pour 9 femmes.

➤ Durée moyenne de séjour en suites de couches

La durée moyenne de séjour en suite de couches pour les femmes incluses dans le réseau et ayant accouché par voie basse est de 5,07 jours +/- 2,1.

Celles qui accouchent par césarienne restent en moyenne 8,28 jours +/- 3,26.

➤ Hospitalisation néonatale

Notre population est constituée de 144 enfants pour cet indicateur. En effet, une des femmes de notre étude a réalisé une IMG et une a eu une grossesse gémellaire donc les deux enfants ont été pris en compte.

14,81% des enfants sont hospitalisés en néonatalogie ou à l'unité mère-enfant (UME). Parmi eux 40% sont transférés dans un autre établissement.

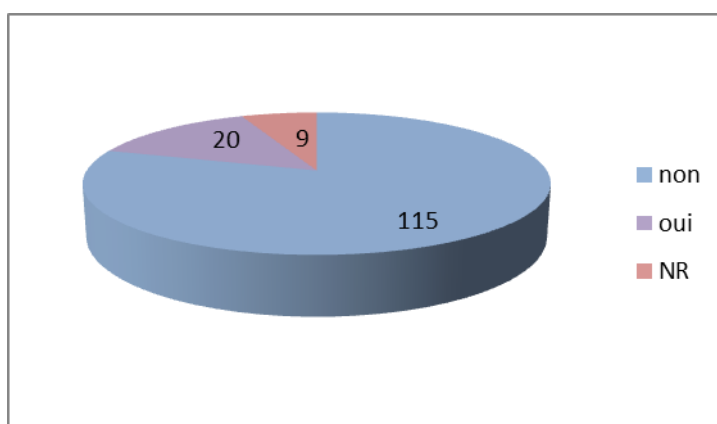


Figure 15 : hospitalisation en néonatalogie

6.3.3 Données médico-sociales de la sortie de maternité à la sortie du réseau

➤ Visite post-natale

Cette donnée n'est pas renseignée dans les dossiers dans 20 % des cas.

26.54% des femmes ne vont pas à leur visite post-natale.

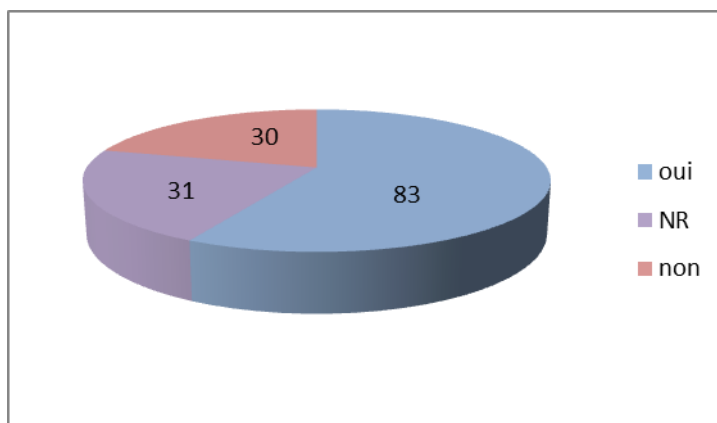


Figure 16 : Visite post-natale

➤ Rééducation du périnée

La majorité des patientes ne font pas de rééducation du périnée (72.55%).

Cette donnée n'est pas renseignée dans 29,2% des cas.

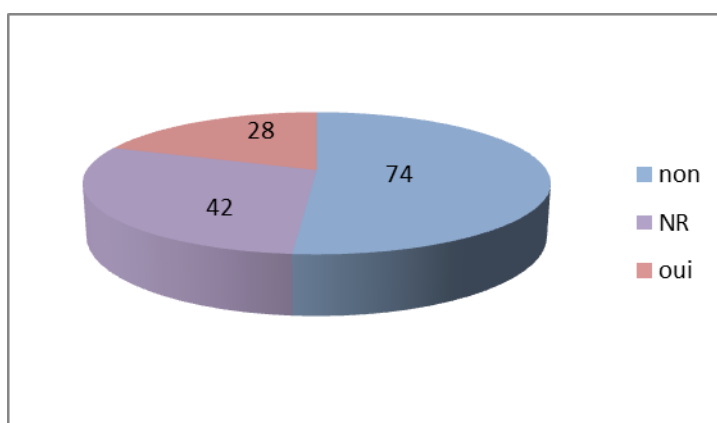


Figure 17 : Rééducation du périnée

➤ Suivi pédiatrique

Notre population est constituée de 143 enfants pour cet indicateur. En effet, une des femmes de notre étude a réalisé une IMG et un enfant a été placé en pouponnière donc dans ces deux cas cet indicateur n'a pas pu être analysé. De plus il y a dans notre population une grossesse gémellaire donc les deux enfants ont été pris en compte pour cet indicateur.

115 enfants ont un suivi pédiatrique régulier pendant 3 mois et seul un enfant n'y a pas accès.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 27 dossiers.

Parmi les 115 enfants :

- 84 sont suivis uniquement en PMI
- 29 sont suivis à la fois en PMI et en ville ou en hospitalier
- 2 ne sont pas suivis à la PMI mais uniquement en ville ou en hospitalier

➤ Médecin traitant

70 femmes ont un médecin traitant à la sortie du réseau soit 69,30%.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 30% des cas.

Couverture sociale maternelle à la sortie :

109 femmes bénéficient d'une couverture sociale à la sortie du réseau soit 97,32%. Parmi elles, 69,72% sont bénéficiaires de l'AME.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 22,2% des cas.

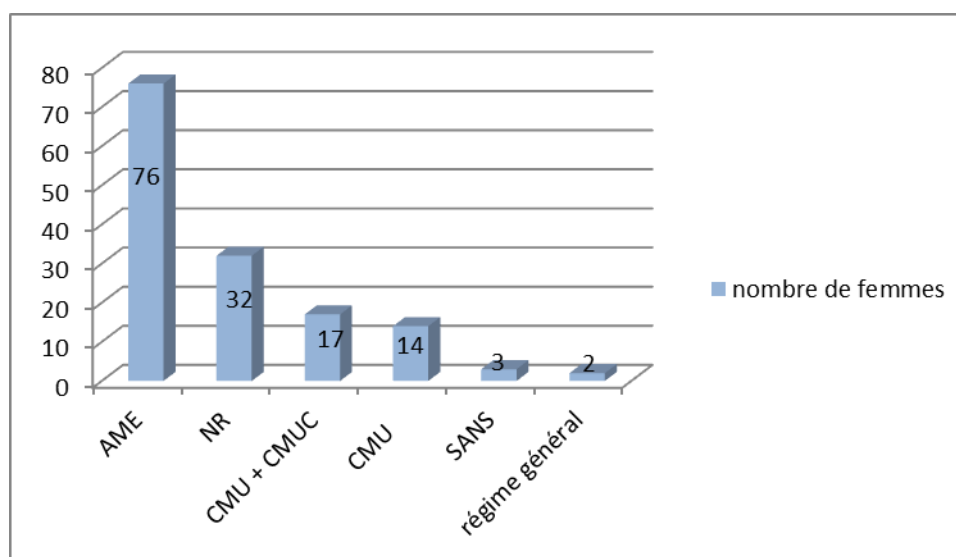


Figure 18 : Couverture sociale maternelle à la sortie du réseau

➤ Couverture sociale nouveau-né

89,80% des enfants ont une couverture sociale. Parmi eux 68,18% sont bénéficiaires de l'AME.

Cette donnée n'est pas renseignée dans 32% des dossiers.

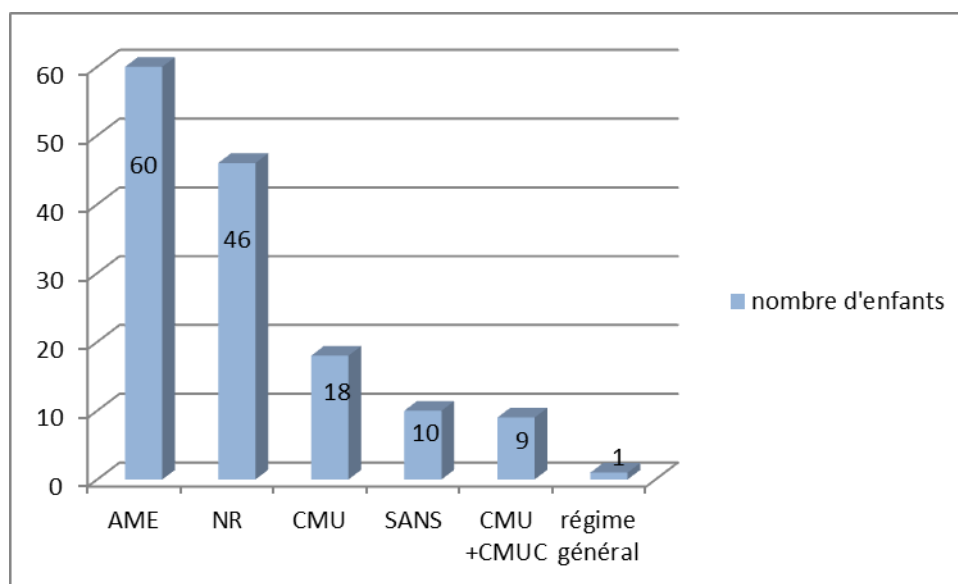


Figure 19 : Couverture sociale du nouveau-né

➤ Suivi social

88 femmes ont accès à un suivi social à la sortie du réseau soit 80%.

6.3.4 Evaluation des améliorations

➤ Conformité du suivi de grossesse aux recommandations de la HAS

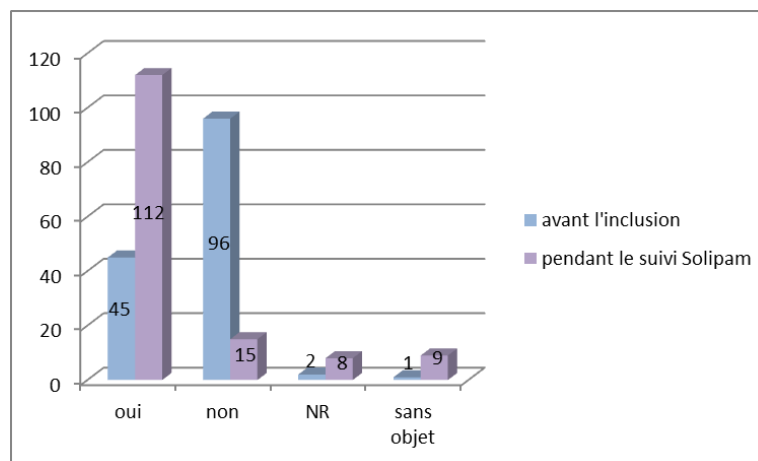


Figure 20 : Comparaison du suivi de grossesse avant/après l'inclusion

Le taux de suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS est de 31.9% avant l'inclusion dans le réseau contre 88.19% après soit une différence de 58,3%. Le calcul des intervalles de confiance au risque de 5% donne :

Avant l'inclusion : IC (95%) [24.2 ; 39.59]

Après l'inclusion : IC (95%) [82.57 ; 93.8]

Les deux intervalles de confiance au risque de 5% ne se recoupent pas, la différence peut donc être considérée comme significative.

➤ Médecin traitant

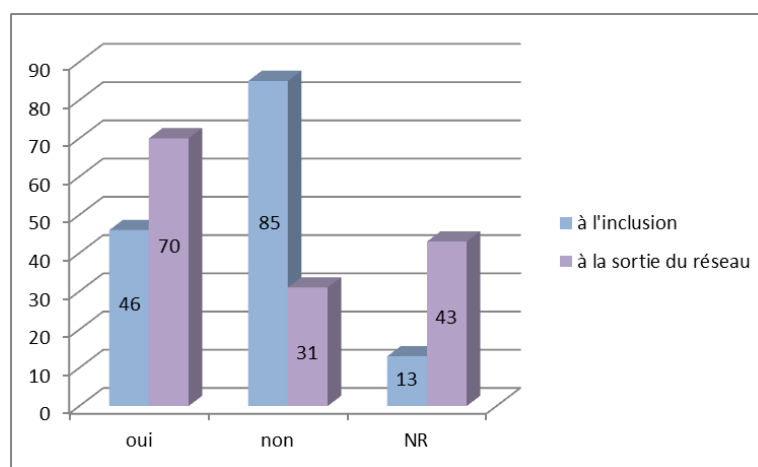


Figure 21 : Médecin traitant à l'inclusion et à la sortie du réseau

Le taux de femmes ayant un médecin traitant avant l'inclusion est de 35,1% contre 69,3% à la sortie du réseau soit une différence de 34,2%. Le calcul des intervalles de confiance au risque de 5% donne :

A l'inclusion : IC (95%) [26.93 ; 43.27]

A la sortie du réseau : IC (95%) [60.31 ; 78.29]

Les deux intervalles de confiance au risque de 5% ne se recoupent pas, la différence peut donc être considérée comme significative.

➤ Couverture sociale

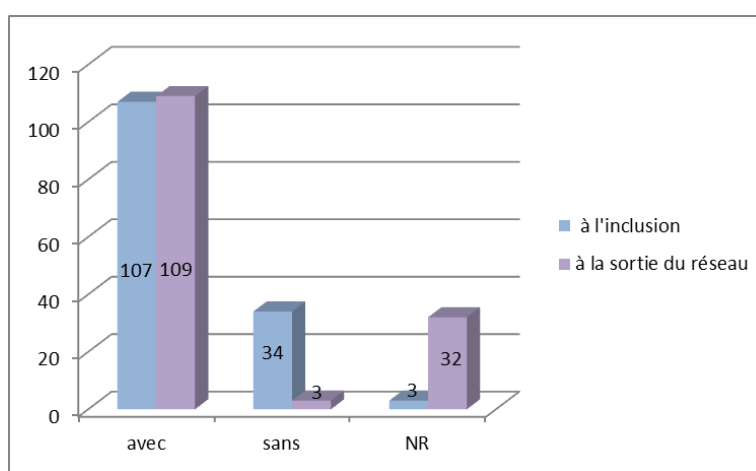


Figure 22 : Couverture sociale à l'inclusion et à la sortie du réseau

75,84% des femmes ont une couverture sociale à l'inclusion contre 97,3% à la sortie soit une différence de \square 21.46%. Le calcul des intervalles de confiance au risque de 5% donne :

A l'inclusion : IC (95%) [68,72 ; 82.96]

A la sortie du réseau : IC (95%) [94.3 ; 100]

Les deux intervalles de confiance au risque de 5% ne se recoupent pas, la différence peut donc être considérée comme significative.

➤ Suivi social

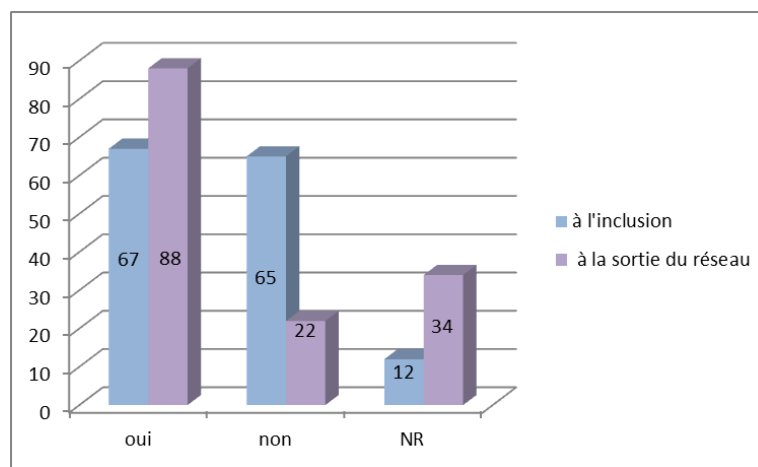


Figure 23 : Suivi social à l'inclusion et à la sortie du réseau

50,76% des femmes bénéficient d'un suivi social à l'inclusion contre 80% à la sortie soit une différence de 29,24%.

Le calcul des intervalles de confiance au risque de 5% donne :

A l'inclusion : IC (95%) [42.23 ; 59.29]

A la sortie du réseau : IC (95%) [72.54 ; 87.46]

Les deux intervalles de confiance au risque de 5% ne se recoupent pas, la différence peut donc être considérée comme significative.

6.4 Impact du terme d'inclusion

6.4.1 Critères généraux

Le groupe « inclusion < ou = à 25SA » est constitué de 62 femmes.

Le groupe « inclusion >25SA » est constitué de 82 femmes.

Nous avons calculé le pourcentage d'un certain nombre de critères généraux dans chaque population pour déterminer si nos deux groupes sont comparables.

Le sigle NS veut dire non significatif.

Nous obtenons le tableau suivant :

	inclusion avant 25SA	inclusion après 25SA	Student, chi2, chi2 corrigé yates, Fisher*
Total	(n = 62)	(n = 82)	
âge moyen (années)	27,72	27,69	NS
Nulliparité	20,98%	32,25%	NS
Multiparité	79,02%	67,75%	NS
taux de femmes sans ressources	81,90%	81,70%	NS
taux de femmes originaire d'Afrique sub saharienne	79,00%	85,20%	NS
taux de femmes originaires du Maghreb	6,45%	4,90%	NS
taux de femmes d'origine française	11,29%	6,17%	NS
taux de femmes originaires d'autres pays	4,76%	3,70%	NS

Tableau 3 : Critères généraux des deux groupes formés en fonction du terme d'inclusion

*En fonction du type de variable et de l'effectif

Les deux populations peuvent donc être comparées.

Pour les résultats qui vont suivre, certains effectifs ont été ajustés en excluant les femmes pour lesquelles l'indicateur n'est pas renseigné.

6.4.2 Terme d'inclusion et suivi de grossesse

	inclusion avant 25SA	inclusion après 25SA	chi2
Total	(n = 57)	(n = 71)	
suivi conforme aux recommandations de la HAS	48 (84,21%)	65 (91,55%)	NS
	(n = 59)	(n = 80)	
pathologie au cours de la grossesse	27 (45,76%)	27 (33,75%)	NS
	(n = 57)	(n = 80)	
patiente hospitalisée au cours de la grossesse	29 (50,87%)	31 (38,75%)	NS

Tableau 4 : Impact du terme d'inclusion sur le suivi de grossesse

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne la conformité du suivi de grossesse aux recommandations de la HAS, le taux de pathologie au cours de la grossesse et le taux d'hospitalisation.

6.4.3 Terme d'inclusion et issue de grossesse

	inclusion avant 25SA	inclusion après 25SA	chi ² , chi ² corrigé yates*
	(n = 58)	(n = 81)	
Accouchement sur site prévu	53 (91,38%)	78 (96,30%)	NS
	(n = 55)	(n = 80)	
Accouchement voie basse	36 (65,45%)	52 (65%)	NS
Césarienne	19 (34,55%)	28 (35%)	NS
	(n = 54)	(n = 80)	
hospitalisation en néonatalogie	14 (25,92%)	6 (7,5%)	p < 0,005

Tableau 5 : Impact du terme d'inclusion sur l'issue de grossesse

*En fonction de l'effectif

Le nombre d'hospitalisation en néonatalogie est significativement plus élevé dans le groupe des femmes incluses avant 25SA. (OR=4.32 ; [1.54 ;12,11])

6.4.4 Terme d'inclusion et post-partum

Données médicales

	inclusion avant 25SA	inclusion après 25SA	chi ² , fisher*
	(n = 45)	(n = 68)	
visite post-natale	32 (71,11%)	51 (75%)	NS
	(n =49)	(n = 66)	
suivi pédiatrique régulier	48 (97,9%)	66 (100%)	NS

Tableau 6 : Impact du terme d'inclusion sur le suivi médical dans le post-partum

*En fonction de l'effectif

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne le taux de visite post-natale et le suivi pédiatrique.

Données sociales

	inclusion avant 25SA	inclusion après 25SA	chi2, chi2 corrigé yates, Fisher*
	(n = 44)	(n = 68)	
couverture sociale mère	44 (100%)	64 (94,12%)	NS
	(n =36)	(n = 61)	
couverture sociale nouveau-né	32 (88,89%)	55 (90,16%)	NS
	(n =41)	(n = 69)	
suivi social	35 (85,36%)	53 (76,81%)	NS

Tableau 7 : Impact du terme d'inclusion sur la prise en charge sociale

*En fonction de l'effectif

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne la couverture sociale de la mère et du nouveau-né et le suivi social à la sortie du réseau.

6.5 Impact du nombre d'hébergement

6.5.1 Critères généraux

5 femmes ont été exclues car elles ont changé de région au cours du suivi donc nous ne connaissons pas leur parcours d'hébergement complet.

Pour cette analyse nous avons considéré le nombre d'hébergement du début de la grossesse jusqu' au trois mois du post-partum.

Le nombre moyen d'hébergement est de 3,22 +/- 1,52.

Le premier groupe est constitué de 82 femmes ayant eu entre 1 et 3 hébergements.

Le deuxième groupe est constitué de 57 femmes ayant eu entre 4 et 7 hébergements.

Nous avons calculé le pourcentage d'un certain nombre de critères généraux dans chaque population pour déterminer si nos deux groupes sont comparables.

Nous obtenons le tableau suivant :

	1 à 3 hébergements (n = 82)	4 à 7 hébergements (n = 57)	Student, chi2, chi2 corrigé yates, Fisher*
âge moyen	27,64	27,72	NS
taux de primigeste	22/81 (27,16%)	13 (22.80%)	NS
taux de femmes sans ressources	66/81(81,48%)	49/55 (89,10%)	NS
taux de femmes originaire d'Afrique sub saharienne	65/81(80,25%)	49 (85,96%)	NS
taux de femmes originaires du Maghreb	7/81(8,64%)	1 (1,75%)	NS
taux de femmes d'origine française	6/81(7,41%)	5 (8.77%)	NS
taux de femmes originaires d'autres pays	3/81(3,70%)	2 (3,51%)	NS

Tableau 8 : Critères généraux dans les deux groupes formés en fonction du nombre d'hébergement

*En fonction du type de variable et de l'effectif

Les deux populations peuvent être comparées.

Pour les résultats qui vont suivre, certains effectifs ont été ajustés en excluant les femmes pour lesquelles l'indicateur n'est pas renseigné.

6.5.2 Nombre d'hébergement et suivi de grossesse

	1 à 3 hébergements (n = 76)	4 à 7 hébergements (n = 52)	chi 2
suivi conforme aux recommandations de la HAS	68 (89.47%)	46 (88,46%)	NS
pathologie au cours de la grossesse	31 (38,75%)	19 (33,3%)	NS
patiente hospitalisée au cours de la grossesse	34 (43,04%)	25 (43,86%)	NS

Tableau 9 : Impact du nombre d'hébergement sur le suivi de grossesse

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne la conformité du suivi de grossesse aux recommandations de la HAS, le taux de pathologie au cours de la grossesse et le taux d'hospitalisation en fonction du nombre d'hébergements.

6.5.3 Nombre d'hébergement et issue de grossesse

	1 à 3 hébergements	4 à 7 hébergements	chi 2, fisher*
	(n = 81)	(n = 57)	
Accouchement sur site prévu	76 (93,83%)	55 (96,50%)	NS
	(n = 79)	(n = 57)	
Accouchement voie basse	56 (70,89%)	32 (57,14%)	NS
Césarienne	23 (29,11%)	24 (42,86%)	NS
	(n=78)	(n=57)	
Accouchement avant 37SA	7 (8,97%)	5 (8,77%)	NS
	(n = 77)	(n = 57)	
hospitalisation en néonatalogie	13 (16,88%)	7 (12,28%)	NS

Tableau 10 : Impact du nombre d'hébergement sur l'issue de grossesse

*En fonction de l'effectif

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne l'issue de la grossesse en fonction du nombre d'hébergements.

6.5.4 Nombre d'hébergement et post-partum

➤ Données médicales

	1 à 3 hébergements	4 à 7 hébergements	chi 2, fisher*
	(n = 65)	(n = 48)	
visite post-natale	48 (73,85%)	35 (72,92%)	NS
	(n = 65)	(n = 50)	
suivi pédiatrique régulier	64 (98,46%)	50 (100%)	NS

Tableau 11 : Impact du nombre d'hébergement sur le suivi médical dans le post-partum

*En fonction de l'effectif

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne le taux de visite post-natale et le suivi pédiatrique en fonction du nombre d'hébergements

➤ Données sociales

	inclusion avant 25SA	inclusion après 25SA	chi 2, fisher*
	(n = 65)	(n = 47)	
couverture sociale mère	62 (95.38%)	46 (97.87%)	NS
	(n = 56)	(n = 41)	
couverture sociale nouveau-né	48 (85.71%)	39 (95.12%)	NS
	(n = 64)	(n = 46)	
suivi social	51 (79.69%)	37 (80.43%)	NS

Tableau 12 : Impact du nombre d'hébergement sur la prise en charge sociale

*En fonction de l'effectif

Il n'existe pas de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne la couverture sociale de la mère et du nouveau-né et le suivi social à la sortie du réseau en fonction du nombre d'hébergements.

Troisième partie

Discussion

1. Caractéristique de la population étudiée

Pour cette partie nous avons comparé nos résultats principalement avec ceux de la population générale de l'enquête périnatale de 2003(5) et ses compléments de 2007 sur les disparités sociales et la surveillance de grossesse. (32) De plus, nous avons cherché les différences qu'il existait entre notre population et celle de l'enquête menée à Toulouse en 2001/2002 (20) par Gayral-Taminh M. et al ainsi que celle de l'enquête menée à Robert Debré en 1993 par Ozluger A. et al. (23) Ces deux études ont été décrites dans la première partie.

1.1 Caractéristiques médicales

1.1.1 Age

L'âge moyen des femmes de notre population est de 27,6 +/- 5,5 ans ce qui concorde avec celui des femmes de l'étude de Robert Debré en 1993 (27 +/- 5,9 ans). Notre population est constituée de 6,5% de femmes âgées de 18 à 20 ans. Les femmes de moins de 20 ans constituent 8% de la population d'étude de Robert Debré mais celle-ci prend en compte les femmes mineures ce qui n'est pas le cas à Solipam.

Dans la lettre d'Emmaüs France de l'été 2010, il est rappelé que parmi les femmes en situations de précarité, trois catégories particulières se détachent dont les jeunes filles en rupture familiale et les jeunes mères avec enfants. (33)

Ces deux catégories ne sont pas surreprésentées dans la population de Solipam puisque l'âge moyen des femmes du réseau reste assez proche de celui de la population générale de l'enquête périnatale (29,5ans).

1.1.2 Gestité et parité

Il y a moins de femmes primigestes dans notre population que dans celle de la population générale de l'enquête périnatale (25,7% vs 43.7%). Cependant le taux de primipare de notre population est plus élevé que dans celle de l'étude de Robert Debré et de Toulouse (52,82% vs 46% / 46.6%).

De plus, à Toulouse, les auteurs retrouvaient un nombre significativement plus élevé de mères de plus de 3 enfants dans leur population de femmes précaires (15.5% vs 6.1%, $p < 0.001$) ; or elles ne sont que 4.22% dans notre population.

La grande multiparité n'est pas une caractéristique prédominante chez les femmes de notre population alors qu'elle est une caractéristique essentielle dans celle de Toulouse.

1.1.3 Antécédents médicaux et médecin traitant

50,70% des femmes de notre population présentent au moins un antécédent médical contre 40% dans celle de Robert Debré.

Pourtant seulement 35% d'entre elles ont un médecin traitant et donc accès à un suivi régulier.

Les femmes de notre étude ne semblent pas avoir accès, avant l'inclusion, au suivi et à la prévention nécessaire alors que la moitié d'entre elles présentent au moins un antécédent médical notable.

1.2 Caractéristiques socio-économiques

1.2.1 Origine, nationalité et titre de séjour

82.5% des femmes de notre population sont originaires d'Afrique subsaharienne, 8,4% sont d'origine française et 5,6% sont originaires d'Afrique du Nord. Nous observons donc une différence importante avec la population de l'enquête de Toulouse dans laquelle 41,9% des femmes étaient d'origine française, 30.9% étaient originaires d'Afrique du Nord et 12,9% étaient originaires d'Afrique subsaharienne.

Parmi les femmes de nationalité étrangère, 89,31% viennent d'Afrique subsaharienne et 6,1% viennent d'Afrique du nord. Or dans l'enquête périnatale de

2003, les femmes étrangères provenaient d'abord d'Afrique du Nord puis d'autres pays d'Europe et ensuite d'Afrique subsaharienne. De même dans l'étude de Robert Debré, seule 33% des femmes de nationalité étrangère viennent d'Afrique subsaharienne.

Parmi les femmes de nationalité étrangère, 82,44% n'ont pas de titre de séjour alors qu'elle n'était que 42% dans la population de Robert Debré.

Nous pouvons supposer que les femmes étrangères de notre population sont arrivées plus récemment sur le territoire français que celles de la population de Robert Debré ce qui a limité la possibilité de faire les démarches nécessaires à l'obtention d'un titre de séjour. Cependant nous n'avons pas de données concernant la date d'arrivée des femmes sur le territoire français dans notre étude ou dans celle de Robert Debré. De plus leur enquête a été menée en 1993, les modalités d'obtention de titre de séjour sont donc différentes de celles de notre période d'étude.

1.2.2 Niveau d'étude et maîtrise du français

➤ Niveau d'étude

Cette donnée n'était pas renseignée dans un nombre important de dossier ce qui limite l'analyse de cet indicateur dans notre population. Les pourcentages sont donc calculés en fonction du nombre total de femmes de la population pour lesquelles cette donnée était renseignée soit 96.

Dans notre population, 17,7% des femmes ont eu accès aux études supérieures alors qu'elles sont 42,6% dans l'enquête périnatale.

Cependant au total 55,21% des femmes de notre population ont été jusqu'au lycée ou à l'université contre 16,5% dans l'enquête de Toulouse mais 14,58% des femmes de notre étude n'ont eu aucun accès à une éducation scolaire alors qu'elles n'étaient que 5,9% à Toulouse. Cela montre qu'il existe une grande disparité dans notre population en ce qui concerne le niveau d'étude.

Dans la littérature, le niveau d'étude a une influence sur le suivi de grossesse puisque d'après les données de l'enquête périnatale, « 23,8% des femmes non scolarisées n'ont pas effectué leurs 7 consultations contre 4,4% pour celles qui ont atteint au moins le niveau bac » (32)

➤ Maîtrise du français

9% des femmes de notre étude, pour lesquelles cette donnée était renseignée, ne parlaient pas français contre 19% dans l'étude de Robert Debré. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie des femmes étrangères de notre population vient d'Afrique subsaharienne où la pratique du français est courante.

1.2.3 Ressources

Nous avons considérés comme ressources fixes les ressources provenant de salaires ou d'aides sociales.

82,98% des femmes de notre population n'ont aucune ressource fixe ce qui est plus élevé que dans l'enquête de Toulouse dans laquelle 68,3% de femmes ont des ressources insuffisantes.

Les femmes de notre étude semblent donc être dans une situation de précarité financière très importante.

1.2.4 Couverture sociale

24,11 % des femmes de notre population n'ont pas de couverture sociale à l'inclusion dans le réseau alors que cela ne concerne que 2,7% de la population générale de l'enquête périnatale.

Elles sont également plus nombreuses que dans la population de Toulouse (10,3%) mais beaucoup moins nombreuses qu'en 1993 à Robert Debré (45%).

Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a eu une amélioration de l'accès à une couverture sociale depuis 1993 puisque la mise en place de la CMU et l'AME a été voté en 1999.

Il existe sur Paris un phénomène d'immigration récente qui peut expliquer la différence avec Toulouse. En effet, ces femmes méconnaissent souvent leurs droits ou ne remplissent pas les critères d'obtention d'une couverture sociale.

De plus, près de la moitié des femmes n'ont pas de suivi social à l'inclusion ce qui limite la possibilité de connaître et de faire appliquer leurs droits.

1.2.5 Entourage et vie de couple

83,1% des femmes de notre population déclarent ne pas être en couple et ne pas avoir de projet de vie de couple. Ce pourcentage est d'une part beaucoup plus élevé que dans la population générale (7,3% dans l'enquête périnatale) et d'autre part plus élevée que dans la population précaire de l'enquête de Toulouse (42,3%). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agissait dans un premier temps d'un des critères d'inclusion fixé par Solipam.

45,65% des femmes du réseau sont isolées c'est-à-dire qu'elles n'ont pas de cercle amical ou familial contre 27% dans la population de Robert Debré. Bien que l'entourage constitue le plus souvent un soutien indispensable pour les femmes, il semble primordial de rappeler que certaines d'entre elles se retrouvent dans des situations de violence et de pression perpétués par leurs proches. Cependant cet aspect ne peut pas être évalué avec les indicateurs utilisés dans notre étude.

Les femmes de notre population d'étude semblent donc être dans des situations de précarité plus profondes et plus complexes que les femmes de l'étude de Toulouse.

En effet, il s'agit de femmes en grande précarité sociale puisque près de la moitié d'entre elles sont totalement isolées, n'ayant aucun cercle amical ou familial pouvant les soutenir et les aider dans leurs parcours. Cette absence de lien social se retrouve dans le faible taux de suivi social de ces femmes à l'inclusion.

Il s'agit également de femmes en très grande précarité financière et cet aspect paraît beaucoup plus marqué dans notre population que dans celles des autres études évoquées.

Il semblerait que l'accès à une couverture sociale se soit amélioré depuis 1993 au vu des chiffres retrouvés dans notre étude et dans celle de Robert Debré cependant il existe des différences entre les deux populations qui ne permettent pas d'affirmer cela avec certitude.

A nouveau nous retrouvons des situations plus difficiles dans notre population à l'inclusion que dans celle de l'enquête de Toulouse puisque le taux de femmes sans couverture sociale est deux fois plus important dans notre étude.

1.3 Caractéristiques concernant la grossesse

1.3.1 Le déroulement de grossesse

➤ Suivi de grossesse

Avant l'inclusion dans le réseau, 68.10% des femmes non pas un suivi de grossesse conforme aux recommandations. Dans l'enquête périnatale le taux de femmes ayant eu un nombre de consultations inférieur à 7 est de 9,1% dans la population générale et 40,8% chez les femmes dont les revenus sont constitués par les aides publiques. Le taux de suivi insuffisant est de 11.6% dans la population de Toulouse. Ces chiffres sont donc beaucoup plus bas que ceux de notre étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans la majorité des cas, les femmes n'avaient pas un suivi correct car elles commençaient leur surveillance de grossesse plus tardivement que ce qui est recommandé par la HAS. Cependant une fois le contact établi avec le milieu hospitalier, il semble que les femmes se rendaient aux consultations et échographies prévues. Tout de même, 22% des femmes ont une absence totale de suivi au moment de l'inclusion.

Il aurait été intéressant de connaître le terme du premier contact médical au cours de la grossesse de ces femmes mais cette donnée est difficile à recueillir notamment pour les femmes dont le premier contact a eu lieu avec un praticien en ville. En effet, l'absence de dossiers dans ce cas empêche la traçabilité de cette information.

Enfin le taux de suivi non conforme aux recommandations de la HAS après l'inclusion dans le réseau est de 11.8% ce qui se rapproche des chiffres de l'enquête de Toulouse.

➤ Pathologie et hospitalisation

Le taux de femmes présentant une pathologie au cours de la grossesse dans notre étude est de 36,70% contre 87,1% dans l'enquête de Toulouse. Cela peut s'expliquer par les différences de définition de la notion de pathologie. En effet dans l'enquête de Toulouse, un nombre important de femmes ont eu une infection génitale ou urinaire. Cette information n'était pas recueillie dans notre population.

Il existe aussi une différence avec les chiffres de l'enquête périnatale puisque 25,2% des femmes dont les revenus proviennent d'aides financières ont présenté une

pathologie au cours de leur grossesse. Ce chiffre est donc plus faible que dans notre étude cependant les femmes de notre population sont des situations de précarité plus complexes.

Le taux de femmes ayant une menace d'accouchement prématuré au cours de leur grossesse dans notre étude est de 7,2% alors qu'il est de 15,6% dans l'enquête de Toulouse et 32% dans celle de Robert Debré.

De même le taux d'anémie est beaucoup plus faible dans notre population que dans celle de l'étude de Toulouse. (2,16% vs 20,4%)

Cette différence entre les deux études peut s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des femmes grâce à l'inclusion dans le réseau. Cependant cela doit être nuancé du fait du biais créé par la différence d'effectif entre les deux études (n=144 et n=988).

Nous ne retrouvons pas de taux important de RCIU ou de pré-éclampsie comme c'est le cas dans l'étude menée à Rotterdam en 2010. (25) A nouveau cela peut s'expliquer par la taille de notre population.

43,8% des femmes de notre étude ont été hospitalisées au cours de la grossesse. Il s'agissait d'hospitalisations dans un service de grossesse à haut risque mais aussi des hospitalisations de jour ou des hospitalisations à domicile.

Il y a donc plus de femmes qui ont été hospitalisées que de femmes qui ont présenté une pathologie au cours de la grossesse. Cela s'explique par le fait que certaines femmes ont été hospitalisées pour raisons psycho-sociales et ne présentaient pas de pathologie à proprement parlé (8,3% des femmes hospitalisées). De plus, des patientes ont été hospitalisées jusqu'à la mise en travail lorsqu'elles avaient rompues spontanément les membranes à terme.

Le taux d'hospitalisation de notre étude est comparable à celui retrouvé dans l'enquête de Toulouse (43,9%).

Le nombre de femmes hospitalisées reste élevé dans notre population puisqu'il n'est que de 18,6% dans la population générale de l'enquête périnatale et de 25,5% chez les femmes dont les ressources proviennent d'aides financières. Cependant il n'est pas précisé dans l'enquête périnatale si ce chiffre prend en compte les hospitalisations à domicile (HAD), les hospitalisations de jour (HDJ) et les hospitalisations pour rupture des membranes à terme.

1.3.2 L'issue de grossesse

➤ Terme et poids de naissance

8,82% des femmes de notre population ont accouché avant 37SA. Elles sont donc moins nombreuses que dans l'enquête de Toulouse (15%) et de Robert Debré (13%). Ceci est cohérent avec le fait que nous ayons trouvé un taux de MAP plus faible dans notre population. Notre pourcentage est par contre assez proche de celui retrouvé chez les femmes dont les ressources proviennent d'aides financières dans l'enquête périnatale. (8,5%) alors que celles-ci sont probablement dans des situations de précarité moins complexes.

En ce qui concerne le poids de naissance, 8,95% des nouveau-nés pesaient moins de 2500g. A nouveau ce taux est plus faible que dans les autres études puisque le nombre d'accouchement avant 37SA est moins important dans notre population.

➤ Voie d'accouchement

34,82% des femmes accouchent par césarienne contre 20,2% dans la population générale de l'enquête périnatale. Ce chiffre reste assez difficilement analysable principalement parce qu'il n'était pas toujours possible de connaître la cause de la césarienne.

➤ Taux d'hospitalisation des nouveau-nés

14,6% des nouveau-nés de notre population ont été hospitalisés lors du séjour en suites de couches de leur mère ce qui est comparable avec celui retrouvé à Toulouse (15%) et à Robert Debré (17%).

Malgré une plus grande précarité, les femmes de notre étude ne semblent pas avoir un déroulement et une issue de grossesse plus pathologiques que celles de l'étude de Toulouse. La prise en charge au sein du réseau paraît donc apporter une amélioration à ces femmes. Toutefois le taux de césarienne est important et le taux d'hospitalisations reste élevé ce qui montre que des difficultés persistent.

2. L'impact de l'inclusion dans le réseau sur la prise en charge médico-sociale des femmes

2.1 L'impact de l'inclusion sur le suivi de grossesse

Nous observons une nette amélioration du suivi des femmes après l'inclusion dans le réseau. En effet le taux de suivi conforme aux recommandations de la HAS est significativement plus élevé après l'inclusion (88,19% vs 31,9%). Cependant il est difficile de déterminer si cette différence est uniquement due à la coordination apportée par Solipam. Ainsi, il semble qu'un certain nombre de femmes ait une bonne observance des recommandations et du suivi une fois qu'elles ont établi un premier contact avec le milieu hospitalier.

Par ailleurs le taux de femmes ayant un suivi insuffisant reste de 11,91% ce qui est plus élevé que le chiffre retrouvé dans la population générale de l'enquête périnatale (9,1%). Toutefois, ce chiffre correspond uniquement aux femmes qui ont eu moins de sept consultations au cours de la grossesse alors que dans notre étude nous prenons en compte les consultations et les échographies.

Notre étude semble montrer que la prise en charge au sein du réseau apporte une amélioration du suivi de grossesse même s'il reste un certain nombre de femmes pour lesquelles les décrochages n'ont pas pu être reportés dans un délai de 15 jours.

2.2 L'impact de l'inclusion sur la prise en charge sociale

Nous observons un nombre significativement plus élevé de femmes ayant une couverture sociale à la sortie du réseau qu'à l'inclusion. (96,4% vs 75,89%). Cependant si nous considérons les données brutes, il y a 107 femmes qui ont une couverture sociale à l'inclusion contre 108 à la sortie. Ceci s'explique par le grand nombre de dossiers pour lesquelles cette donnée n'est pas renseignée à la sortie du réseau.

Toutefois, si nous prenons les 34 femmes qui n'ont pas de couverture sociale à l'inclusion, seules trois n'en ont pas à la sortie. Pour les autres, 19 ont l'AME et 5 la CMU. Cette donnée n'est pas renseignée pour six femmes sur les 34.

Il y a significativement plus de femmes qui ont un accès à un suivi social à la sortie du réseau qu'à l'inclusion (80% vs 50,76%). A nouveau cette donnée est non renseignée dans un nombre important de dossiers à la sortie ce qui limite l'analyse de cet item. Toutefois si nous considérons les 65 femmes qui n'ont pas de suivi social à l'inclusion, seulement 37 d'entre elles ont accès à un suivi social à la sortie. Pour les autres, douze femmes n'ont pas de suivi social et la donnée n'est pas renseignée dans seize cas.

L'inclusion dans le réseau Solipam semble cependant améliorer la prise en charge sociale des femmes surtout en ce qui concerne la couverture sociale. Cette donnée est cependant à relativiser puisque qu'on peut supposer que la grossesse est l'occasion pour ces femmes de rentrer en contact avec le système de soins et ainsi d'ouvrir leurs droits en terme de couverture sociale.

2.3 Des patientes plus sensibilisées ?

La grossesse est un moment stratégique pour les professionnels de santé car c'est l'occasion de raccrocher les femmes à un parcours de soins et de les sensibiliser à l'importance du suivi pour elles et pour leurs enfants.

Nous observons un nombre significativement plus élevé de femmes qui bénéficient d'un médecin traitant à la sortie du réseau qu'à l'inclusion (69.3% vs 35.1%).

De plus nous avons observé dans l'étude une très bonne observance du suivi pédiatrique notamment grâce aux services de PMI. Ceci peut permettre, en plus de la prise en charge de l'enfant né de cette grossesse, de favoriser le suivi pédiatrique des autres enfants de la femme.

Toutefois, 25.64% des femmes ne se rendent pas à leur visite post-natale et 75,55% ne bénéficient pas de rééducation du périnée.

Il semble donc que l'inclusion au sein du réseau permette à un certain nombre de femmes d'être sensibilisée à l'importance d'un suivi médical notamment grâce à l'identification d'une personne (médecin traitant) et d'un lieu (PMI) de référence. Il aurait été intéressant de connaître la sensibilisation des femmes à l'intérêt d'un suivi gynécologique mais les données concernant ce suivi sont difficiles à obtenir ainsi que celles concernant la contraception.

Nous pouvons donc dire que le suivi au sein du réseau Solipam apporte une amélioration à la prise en charge médico-sociale des femmes et de leurs nouveau-nés : notre première hypothèse semble donc confirmée.

3. Quel est l'impact du terme d'inclusion ?

Le terme d'inclusion des femmes dans le réseau est très variable. En effet certaines vont être orientées assez tôt alors que d'autres ne le seront que plus tardivement dans la grossesse voire même dans le post-partum (pour notre étude les femmes incluses dans le post-partum n'ont pas été prises en compte).

Nous avons posés l'hypothèse que plus les femmes sont incluses précocement dans le réseau plus la prise en charge sera optimale. Pour tester cette hypothèse nous avons séparé les femmes en deux groupes : 62 femmes incluent avant 25SA et 82 femmes incluent après 25SA.

3.1 Impact sur le suivi de grossesse

Le taux de suivi conforme aux recommandations de la HAS, après l'inclusion dans le réseau, est faiblement plus élevé chez les femmes incluses dans le réseau après 25SA (91.55% vs. 84.21%). Cependant cette différence n'est pas significative.

Nous observons plus de femmes présentant une pathologie et plus de femmes hospitalisées lorsqu'elles sont incluses avant 25SA mais cette différence n'est pas significative. Cette tendance ne correspond pas aux résultats que nous attendions puisqu'il paraît plus cohérent que les femmes incluses précocement présentent moins d'hospitalisations et de pathologies que les autres. Ceci pourrait s'expliquer par le petit nombre de femmes dans chaque groupe.

3.2 Impact sur l'issu de grossesse

Nous n'avons pas observé de différence significative entre nos deux groupes en ce qui concerne le taux d'accouchement sur le site prévu et la voie d'accouchement.

Le taux d'hospitalisation des nouveau-né, en néonatalogie ou à l'unité mère-enfant, est significativement plus élevé dans le groupe des femmes incluses avant 25SA (OR=4.32 ; [1.54 ; 12,11]). Ce résultat est donc contraire à ce que nous

pensions obtenir puisque l'hypothèse de départ est que l'inclusion précoce améliore le suivi et donc diminue les pathologies et hospitalisations. Cependant, le résultat doit être nuancé car la taille de notre échantillon peut rendre difficile l'analyse du taux d'hospitalisation en néonatalogie qui est une donnée dont la fréquence est faible. De plus, cette différence peut s'expliquer par le taux plus élevé d'accouchement avant 37SA chez les femmes incluses avant 25SA (16.36 vs 3.75, $p < 0.025$). En effet, parmi les femmes du deuxième groupe (>25 SA), un certain nombre d'entre elles sont incluses après 37SA ; ainsi la fréquence d'accouchements prématurés est plus élevée dans le premier groupe (<25 SA).

3.3 Impact sur le post-partum

Le nombre de femmes qui bénéficient d'une visite post-natale est comparable dans les deux groupes. De même, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le suivi pédiatrique.

Ainsi nous n'observons pas une meilleure prise en charge du post-partum pour les femmes et leurs nouveau-nés dans le groupe de femmes incluses avant 25SA.

3.4 Impact sur la prise en charge sociale

Le taux de femmes qui bénéficient d'une couverture sociale et d'un suivi social est plus élevé dans le groupe de femmes incluses avant 25SA mais cette différence n'est pas significative. Cette tendance semble montrer qu'une période plus longue d'inclusion facilite l'établissement d'un lien social et donc la mise en contact de la femme avec les différents acteurs sociaux pouvant permettre l'amélioration de sa situation.

Des groupes constitués d'un nombre de femmes plus important pourraient éventuellement montrer une différence significative.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence que l'inclusion précoce au sein du réseau permette une prise en charge sociale et médicale des femmes et de leurs nouveau-nés plus optimale par rapport aux femmes incluses plus tardivement : notre

deuxième hypothèse n'est ici pas valide mais nécessiterait peut être d'autres études ou une période d'inclusion de femmes plus longues.

En effet, même si nous n'avons pas pu le démontrer dans notre étude, le dépistage précoce des situations de précarité semble indispensable et donc l'orientation la plus rapide vers le réseau paraît souhaitable pour optimiser la prise en charge de ces femmes.

Le Professeur Dominique Mahieu-Caputo rappelait que le recours aux soins tardifs des femmes précaires avait plusieurs explications. (26) Il peut s'agir d'une difficulté d'accès aux soins ou d'une méconnaissance de la nécessité et des modalités du suivi. Il peut également être dû à une indifférence des femmes vis à vis de leur santé. En effet, la grossesse peut parfois passer en deuxième plan face à des préoccupations plus matérielles (alimentation, logement,...) Enfin, le suivi de grossesse tel qu'il est organisé aujourd'hui peut être contraignant et difficile à concilier avec leur mode de vie.

Pour pallier à ces difficultés, le Professeur Mahieu-Caputo proposait plusieurs solutions : (26)

- favoriser le lien entre les centres de santé, souvent bien repérés par les femmes précaires, et les maternités pour que les femmes puissent bénéficier d'une inscription rapide en maternité.
- favoriser la collaboration avec la PMI qui permet un accueil plus souple et plus adapté
- favoriser la participation des acteurs sociaux notamment les hébergeurs qui peuvent inciter les femmes à recourir aux soins en les informant sur les modalités du suivi.

Le réseau Solipam participe activement à l'amélioration du repérage précoce des femmes enceintes en situation précaires afin qu'elles soient prises en charge le plus tôt possible. Une formation à destination des acteurs sociaux et en particulier des hébergeurs a été réalisée afin de les sensibiliser à la nécessité du suivi de grossesse. Dans ce cadre, un livret, comprenant les informations essentielles à connaître sur la grossesse et les modalités de suivi, a été réalisé.

4. Quel est l'impact du parcours d'hébergement ?

Les femmes incluses dans le réseau ont très fréquemment un hébergement instable et doivent en changer plusieurs fois au cours de la grossesse et du post-partum.

Ainsi sur les 144 femmes de notre étude, seules 19 n'ont qu'un seul hébergement au cours du suivi au sein du réseau soit 13.2%, ce qui est cohérent avec les critères d'inclusion dans le réseau.

Nous avons posé l'hypothèse que la multiplicité des hébergements rend la prise en charge des femmes plus complexes et a donc des conséquences sur le suivi et l'issue de grossesse ainsi que sur le suivi social.

Pour tester cette hypothèse, nous avons constitué un groupe de 82 femmes ayant entre 1 et 3 hébergement au cours du suivi par le réseau et un groupe de 57 femmes ayant entre 4 et 7 hébergements.

4.1 Impact sur le suivi de grossesse

Nous n'avons pas observé de différence significative en ce qui concerne le suivi de grossesse puisque les taux sont comparables dans chaque groupe.

Le taux de pathologie est faiblement plus élevé dans le groupe de femmes ayant entre 1 et 3 hébergements mais la différence avec l'autre groupe est non significative.

Enfin le taux d'hospitalisation est très proche dans les deux groupes.

La multiplicité des hébergements ayant tendance à éloigner les femmes des lieux où elles font suivre leur grossesse nous pensions trouver une moins bonne observance du suivi pour les femmes ayant plus d'hébergements. Cependant nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre un parcours d'hébergement difficile et une moins bonne prise en charge des femmes pendant la grossesse. Ce résultat est donc différent de celui retrouvé dans la littérature puisque, dans l'étude menée à Louis Mourier que nous avons exposée dans la première partie (22), les auteurs ont mis en évidence un lien entre l'instabilité de logement et le mauvais suivi de grossesse. A nouveau les effectifs de nos groupes ont peut-être été une limite à la mise en évidence de ce lien.

4.2 Impact sur l'issue de grossesse

Nous observons un taux plus élevé de césarienne dans le groupe des femmes ayant eu plus de trois hébergements mais la différence avec l'autre groupe est non significative.

Pour les autres indicateurs d'issue de grossesse (accouchement sur site prévu, accouchement prématuré et taux d'hospitalisation en néonatalogie) nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes.

Ainsi nos analyses n'ont pas pu mettre en évidence l'effet négatif de la multiplicité des hébergements sur l'issue de grossesse.

4.3 Impact sur le post-partum

Les taux de femmes ayant accès à une visite post-natale ne sont pas significativement différent entre nos deux groupes.

De même, en ce qui concerne le suivi pédiatrique, les chiffres sont comparables quel que soit le nombre d'hébergement.

Nous n'avons donc pas mis en évidence de moins bonne observance des suivis maternel et pédiatrique dans le post-partum qui serait lié à la multiplicité des hébergements.

4.4 Impact sur la prise en charge sociale

La prise en charge sociale des femmes est comparable dans les deux groupes puisque nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne la couverture sociale des femmes et des nouveau-nés et le suivi social. Ainsi la qualité du suivi social ne semble pas dépendante du parcours d'hébergement des femmes.

Nous n'avons pas mis en évidence l'influence du parcours d'hébergement des femmes sur la qualité de leur suivi médico-sociale : notre troisième hypothèse n'est ici pas valable mais nécessiterait peut être d'autres études ou une période d'inclusion des femmes plus longues.

En effet, certaines données de la littérature montrent un lien entre l'instabilité du logement et un mauvais suivi de grossesse. (22)

De plus, l'instabilité d'hébergement peut entraîner des difficultés psychologiques chez ces femmes, en surajoutant à l'angoisse de la grossesse, l'incertitude de savoir où elles vont habiter le lendemain. Or ces difficultés psychologiques n'ont pas pu être mises en lumière par notre étude.

Toutefois, le changement d'hébergement n'est pas forcément un désavantage lorsqu'il permet à la femme d'accéder à un logement plus stable ou de meilleure qualité.

5. Limites de l'étude

Notre étude comprend un effectif réduit, ce qui peut expliquer la difficulté à mettre en évidence des différences significatives.

Certaines données ont été difficiles à recueillir. Cela s'explique par le fait qu'un certain nombre de femmes ont été perdues de vue pendant la période sur laquelle nous réalisons notre étude en particulier au cours des trois mois qui suivent l'accouchement. Rappelons que cette étude a été menée durant la phase pilote du réseau Solipam et que depuis 2010, les modalités de prise en charge ont beaucoup évoluées.

Dans notre étude nous avons effectué des sous-groupes en fonction des termes d'inclusion et du nombre d'hébergement. Bien que ces groupes présentent des caractéristiques comparables, la période d'inclusion au sein du réseau est variable entre les femmes et peut créer un biais.

Par ailleurs, les indicateurs utilisés ne permettent pas d'évaluer le nombre de femmes pour lesquelles le décrochage médical a été évité. Or l'analyse d'un tel indicateur serait intéressante pour l'évaluation du réseau.

Notre type d'étude ne nous permet pas d'appréhender le vécu et la satisfaction des femmes sur leur prise en charge dans le réseau. Elle n'a pas pu non plus mettre en évidence les difficultés psychologiques rencontrées par les femmes devant leur isolement et les difficultés de leurs conditions de vie.

Enfin, les innovations opérationnelles et les réflexions menées au sein du réseau conduisent à des changements de pratiques sur le terrain qui bénéficient à l'ensemble des femmes précaires voire même à la population générale.

Cependant notre étude a été menée uniquement sur les femmes prises en charge dans un parcours coordonné au sein du réseau et ne permet donc pas d'évaluer l'impact du réseau sur l'ensemble de la population.

6. Propositions

Il pourrait être intéressant d'analyser les données sur une période plus longue afin de constituer une population d'étude plus importante. Ceci devrait permettre d'obtenir des résultats plus significatifs surtout en ce qui concerne nos deux dernières hypothèses. Ainsi l'étude de l'ensemble des dossiers des femmes prises en charge avant 2010 pourrait, d'une part permettre d'obtenir un effectif plus important et d'autre part permettre de comparer les données obtenues avec celles concernant les femmes prises en charge après les actions mises en place dans le cadre du projet réseau et des groupes de travail.

Il serait également intéressant d'approfondir l'analyse de certaines données. Ainsi en ce qui concerne le suivi pédiatrique des nouveau-nés, notre étude a mis en évidence de très bons résultats sur les trois premiers mois. Cependant cette période est trop courte pour évaluer réellement l'impact de Solipam sur leur suivi. Le réseau travaille donc actuellement, dans le groupe de travail numéro trois, sur la possibilité d'évaluer le suivi médical de ces enfants à plus long terme notamment en s'appuyant sur les examens obligatoires du 9^{ème} et du 12^{ème} mois.

De plus, nous avons vu précédemment, dans les limites de notre étude, que les données concernant les difficultés psychologiques ainsi que les attentes et le vécu des femmes n'avaient pas pu être abordées par notre travail. Or il paraît essentiel de prendre en compte ces notions pour améliorer encore la prise en charge. Une étude par questionnaires ou par entretiens serait probablement plus adaptée à ce type de recherche. Cependant les modalités de mise en œuvre d'un tel travail peuvent être difficiles car plusieurs problèmes se posent tels que la barrière de la langue à l'oral comme à l'écrit ou encore la difficulté pour les femmes de devoir raconter leurs histoires et exprimer leurs sentiments.

Enfin, il semble essentiel de renforcer le repérage des difficultés psychosociales par les membres du corps médical. En effet dans notre étude, seuls 14,17% des femmes ont été orientées vers le réseau par le personnel médical. Nous pouvons supposer qu'un certain nombre de médecins ou de sages-femmes ont adressé les femmes au service sociale maternité qui les a ensuite lui-même orienté vers Solipam. Cependant les sages-femmes et les obstétriciens doivent participer de la façon la plus active possible à la prise en charge sociale de ces femmes pour que les suivis médicaux et sociaux ne soient pas parallèles mais bien complémentaires.

Ainsi, les obstétriciens et les sages-femmes ont un rôle pivot dans la prise en charge des femmes précaires. En effet, de la même façon qu'ils identifient les facteurs de risque médicaux, ils doivent être en mesure de repérer les vulnérabilités psychosociales des patientes et de proposer une prise en charge adaptée. Pour cela, les professionnels doivent donc être sensibilisés et formés, notamment par l'intermédiaire des formations continues, des conférences ou des colloques.

Conclusion

Le phénomène de précarité est aujourd'hui mis en avant dans le contexte de crise économique où nous nous trouvons. Ce phénomène touche bien sûr les femmes enceintes et c'est à nous, professionnels de l'obstétrique, de prendre en charge ces femmes de la façon la plus optimale possible. En effet, les conséquences de la précarité sur la grossesse sont aujourd'hui bien connues : mauvais suivi de grossesse, augmentation des pathologies, augmentation des hospitalisations maternelles et néonatales, difficultés psychologiques. La précarité est donc un risque médical pendant la grossesse qui doit être identifié et pris en compte par les professionnels.

La meilleure stratégie de prise en charge semble le décroisement du secteur médical et social et la collaboration des différents secteurs d'activité (hospitalier, libéral, PMI,..) notamment par l'intermédiaire des réseaux périnataux.

Ce mémoire a permis d'analyser les caractéristiques médico-sociales et le parcours des femmes en grande précarité incluses dans un réseau secondaire de périnatalité sur le territoire de santé parisien : Solipam.

Nous constatons chez ces femmes une très grande précarité sociale puisqu'une part importante d'entre elles ne dispose pas d'un cercle amical ou familial soutenant. Elles sont de plus en très grande précarité financière puisque très grande majorité d'entre elles n'ont aucune ressource fixe et dépendent donc totalement d'aides extérieures (associations, entourage,...). Enfin d'un point de vue médical, la moitié des femmes de notre étude présente des antécédents notables mais très peu ont accès à un suivi médical nécessaire à leur prise en charge.

D'après notre étude, l'inclusion au sein du réseau Solipam améliore le suivi de grossesse des femmes ainsi que la prise en charge sociale. De plus, les femmes paraissent plus sensibilisées à la possibilité et à l'intérêt d'un suivi médical pour elle-même et pour leur enfant.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans la qualité du suivi médico-social des femmes en fonction de leurs parcours d'hébergement. De

même, l'intérêt de l'inclusion précoce au sein du réseau n'a pas pu être affirmé par notre étude.

Il serait donc intéressant de réaliser une étude sur une période plus longue pour obtenir un plus grand effectif qui est peut être nécessaire pour évaluer ces deux points.

Le réseau apporte donc une amélioration à la situation des femmes même si des progrès sont encore possibles.

Cependant nous rappelons que notre étude a été effectuée sur la période de phase pilote de Solipam. Aujourd'hui le réseau s'est encore développé et est de plus en plus identifié et connu par les professionnels médico-sociaux. Il semble donc intéressant de pouvoir évaluer les progrès effectués. Les premiers résultats au cours de l'année 2010, qui doivent être consolidés, laissent entrevoir une diminution importante du taux d'hospitalisation.

Solipam semble être aujourd'hui une ressource fondamentale dans la prise en charge des femmes en grande précarité sur le territoire de santé parisien. Il doit continuer son action de sensibilisation auprès des professionnels médico-sociaux, tels que les « journées Solipam », pour être repéré et utilisé au mieux par ces professionnels. Il est également intéressant de poursuivre le travail d'évaluation dans lequel le réseau s'est lancé afin de déterminer les possibilités d'évolution et d'amélioration.

Bibliographie

1. Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion. *Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise, chapitre 2 : bilan de 10 ans d'observation sociale en France et en Europe.* rapport 2009-2010.
2. INSEE. *Enquête revenus fiscaux et sociaux*, 2008.
3. CHARDON O, DAGUET F, VIVAS E. *Les familles monoparentales : des difficultés à travailler et à se loger.* INSEE première, n°1195, juin 2008.
4. BRUNET L, CARPENTIER S, LAPORTE A, POURETTE D, GUILLON B. *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité.* Rapport du Samu Social, juin 2005.
5. BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C et al. *Enquête nationale périnatale 2003 et évolution depuis 2008.* Institut national de la santé et de la recherche médical (Inserm), ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005.
6. ORS. *Santé des mères et des enfants de Paris : Etat des lieux pour la mise en place d'un schéma directeur départemental de la protection maternelle et infantile*, septembre 2010.
7. PARIGI S, LAPORTE A, HERSCHKORN BARNU P. Le rôle du Samu Social de Paris. *Réalité en gynécologie et obstétrique*, novembre 2010 ; 149 : 1- 4.
8. WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Avis et rapport du Conseil économique et social, 28 février 1987.
9. Haut Comité de Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Edition ENSP, février 1998.
10. LOISY C. *Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts.* Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. La documentation française, 2000 ; 23-50
11. TUDREJ, B. *Précarité analyse d'un concept.* Mémoire de Master 1 Recherche en éthique médicale, Université René Descartes Paris 5, année universitaire 2006-2007.
12. Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, alinéas 11.
13. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

14. DREES. *L'état de santé de la population en France en 2006*, décembre 2006
<http://www.santé.gouv.fr/drees> consulté le 3 novembre 2010.
15. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
16. Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE).
<http://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html> consulté le 8 décembre 2010.
17. Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
18. Haut Comité de Santé Publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, décembre 2009.
19. OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 21 novembre 1986.
20. GAYRAL-TAMINH M, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME JM, GRANDJEAN H. *Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005 ; 34 : 23-32
21. BLONDEL, B. *Déroulement de la grossesse et santé périnatales chez les femmes en situation précaire*. Réalité en gynécologie et obstétrique, novembre 2010, 1-5
22. LEJEUNE C, FONTAINE A, CRENN-HEBERT C, PALOTTI C, FOUREAU V, LEBERT A. *Recherche action sur la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes sans couverture sociale*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998 ; 27 : 772-781
23. OZGULER A, ALFARO C, BONNIAUS G, RENDERS P, BLOT P, BRODIN M, LOMBRAIL P. *Problèmes sociaux rencontrés lors du suivi prénatal dans un maternité parisienne*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998 ; 27 : 389-395
24. LEJEUNE C. *Prématurité et précarité*. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2008 ; 21 : 344-348.
25. TIMMERMANS S, GOUKEONDEL B et al. *Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods*. European Journal of Epidemiology, janvier 2011
26. MAHIEU-CAPUTO D. *Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?* Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2010 ; 38 : 83-91

27. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité.
<http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf> consulté le 28/09/10.
28. Ministère de la santé et des sports, Direction générale de la santé. *Evaluation du plan périnatalité, rapport final*, mai 2010.
29. BATTUT A. *Grossesse et grande précarité*. Vocation sage-femme, 2008 ; 66 : 9-15
30. DHOS. Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, 2006.
31. Lejeune C, Floch C, Crenn-Hebert C, Simonpoli AM. *Réseaux ville-hôpital et projet social : l'expérience des réseaux périnataux et toxicomanie du nord des Hauts-de-Seine autour des femmes enceintes abusant de substance psychoactives*. J Gynécol Obstet Biol Reprod, 2004 ; 167-70.
32. SCHEIDEGGER S, VILAIN A. *Disparités sociales et surveillance de grossesse*, DRESS études et résultats, janv 2007 ; 552 : 1-8
33. EMMAUS. *Les nouveaux visages de la précarité, femmes seules au monde*. La lettre d'Emmaüs, 2010 ; 69 : 6

Annexes

Annexe 1 : Recueil de données et définition

Éléments sociaux à l'inclusion :

Inclusion : Les femmes sont considérées comme incluses lorsque leur dossier a été accepté par la coordination de Solipam et qu'elles ont signé le document indiquant qu'elles donnent leur accord.

- **Age**
- **Origine** : pays de naissance
- **Entourage** : isolé / entourage familial (au moins une personne ressource dans la famille) / entourage amical (au moins une personne ressource dans le cercle amical)
- **Projet de vie familiale** : Oui / Non / NR
- **Niveau d'étude** (en France ou dans le pays d'origine) : primaire / collège / lycée / étude supérieure/ NR
- **Ressources fixes** (emploi déclaré ou aides sociales) : oui / non / NR
- **Maîtrise de la langue française orale** : Oui / Non / NR
- **Maîtrise de la langue française écrite** : Oui / Non / NR
- **Suivi social** : Oui / Non / NR

Définition : suivi social : suivi régulier assuré par une assistante sociale ou un travailleur social hospitalier ou extrahospitalier

- **Couverture sociale** : AME / CMU / CMU+CMUC / Régime général / couverture sociale européenne / Sans / NR
- **Titre de séjour** : Oui / Non / NR

Éléments sociaux à la sortie du réseau :

- **Suivi social** : Oui / Non / NR
- **Couverture sociale** (mère et nouveau-né) : AME / CMU / CMU+CMUC / Régime général / Couverture sociale européenne / Sans / NRS
- **Titre de séjour** : Oui / Non / NR
- **Nombre total d'hébergement au cours du suivi**

Éléments de fonctionnement du réseau :

- **numéro de dossier**
- **date d'inclusion dans le réseau**
- **origine de la demande d'inclusion dans le réseau (structure et fonction de la personne)**

- **date de la demande d'entrée dans le réseau**
- **date d'entrée dans le réseau**
- **signature de la feuille d'information de l'entrée dans le réseau par la patiente**
- **présence de la fiche plan de suivi dans le dossier**
- **présence de la fiche évènement dans le dossier**
- **présence de la fiche naissance dans le dossier**
- **présence de la fiche de l'entretien de sortie dans le dossier**
- **date de fin de prise en charge par le réseau**
- **durée de prise en charge par le réseau**

Eléments médicaux :

- **Gestité**
- **Parité (en comptant l'enfant à naître)**
- **Date prévue d'accouchement**
- **Pathologie préexistante (médicale et gynécologique)**
- **Médecin traitant avant l'inclusion : Oui / Non / NR**
- **Terme lors de l'inclusion**
- **Suivi avant l'inclusion :**
 - . Inscription dans une maternité : oui / non / NR
 - . Type de suivi : **1** suivi hospitalier / **2** suivi extrahospitalier / **3** non suivie
- **Suivi avant l'inclusion conforme aux recommandations de la HAS : Oui / Non**

Définition : suivi conforme aux recommandations de la HAS :

- 1 consultation au premier trimestre puis une consultation par mois
- 3 échographies au terme prévu : 1^{ère} → entre 11SA et 13SA + 6 j
 - 2^{ème} → entre 20 et 25SA
 - 3^{ème} → entre 30 et 35 SA
- examens complémentaires dans les délais (glycémie, NFS, sérologies, PV) à l'exception de l' HT21 car il n'est pas précisé dans les dossiers si le test n'a pas été réalisé ou si il a été refusé
- **Suivi de grossesse après l'inclusion : 1** suivi obstétricale dans la même structure / **2** suivi au sein d'une même structure après transfert vers une structure adaptée
- **Nombre de consultations recommandées après l'inclusion : Oui / non / sans objet**

- **Nombre d'échographies à SA recommandées par la HAS après l'inclusion** : Oui / Non / sans objet
- **Consultation d'anesthésie** : Oui / Non / NRS
- **Lieu prévu d'accouchement**
- **TIU** : Oui / Non
- **Changement de maternité en cours de grossesse (hors TIU)** : Oui / Non
- **Décrochage médical** : Oui / Non

Définition : il y a décrochage lorsqu'une patiente qui ne s'est pas présentée à au moins une consultation ou une échographie n'a pas pu être rattrapée dans les 15 jours.

- **Pathologie de la grossesse**
- **Hospitalisation** (y compris HAD) : Oui / Non
- **Motif d'hospitalisation**
- **Accouchement sur site prévu** : Oui / Non
- **Terme d'accouchement**
- **Mode d'accouchement** : VB / VB instrumentale / Césarienne en urgence / Césarienne programmée
- **Issue de grossesse** : 1 vivant / 2 mort-né
- **Sexe du nouveau-né**
- **Poids du nouveau-né**
- **Taille du nouveau-né**
- **PC du nouveau-né**
- **PEC du nouveau-né** : en SDC auprès de sa mère / hospitalisation néonatale sur site / hospitalisation néonatale hors site
- **Durée de séjour AVB**
- **Durée de séjour césarienne**
- **Visite post-natale** : Oui / Non / NR
- **Rééducation du périnée** : Oui / Non / NR
- **Médecin traitant à la sortie du réseau** : Oui / Non / NR
- **Suivi pédiatrique régulier** (une consultation par mois pendant 3 mois): Oui / Non / NR
- **Type de suivi pédiatrique** : Pmi / Pédiatre en ville

Annexe 2 : Tableau extrait des recommandations de la HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; HU à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et albuminurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et albuminurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre

Consultation (Cs)	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique Poids ; TA ; HU ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
<ul style="list-style-type: none"> • glycosurie et albuminurie • 2^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin • RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes • et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel • toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent • recherche de l'antigène HBs • hémogramme 	X	X	X	X	X
					X
	-	-	X	-	X
	X	X	X	X	X
	-	-	X	-	-
	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
- 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
- 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
- Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X

Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam

La précarité des femmes enceintes a des conséquences sur la santé maternelle et néonatale bien connues. Elle doit être identifiée comme un risque médical de la grossesse par les professionnels médicaux qui doivent être en mesure de la dépister et de la prendre en charge. Le décroisement des secteurs médicaux et sociaux semble indispensable à cela et est favorisé par le travail des réseaux périnataux.

L'étude proposée dans ce mémoire s'est intéressée à un réseau de périnatalité secondaire de prise en charge des femmes en grande précarité sur le territoire de santé parisien : Solipam. Il s'agit donc d'une étude descriptive et rétrospective du parcours des femmes incluses dans le réseau de 2006 au premier semestre 2009 dont l'objectif principal est d'évaluer l'impact de l'inclusion dans le réseau sur la prise en charge des femmes.

Les résultats que nous obtenons montrent une amélioration du suivi de grossesse des femmes ainsi que la prise en charge sociale et une meilleure sensibilisation à l'intérêt d'un suivi médical.

Un plus grand effectif pourrait permettre une meilleure analyse de l'impact du terme d'inclusion et du parcours d'hébergement sur la prise en charge des femmes puisque cela n'a pas pu être mis en évidence dans notre étude.

Solipam semble être aujourd'hui une ressource importante dans la prise en charge des femmes en grande précarité sur le territoire de santé parisien.

Mots-clés : précarité, grossesse, périnatalité, réseaux

The precariousness of pregnant women affect maternal and neonatal health well known. It must be recognized as a medical risk of pregnancy by medical professionals who should be able to detect and take charge. The deregulation of medical and social sectors seems essential to this and encouraged by the work of perinatal networks. The study proposed in this paper has focused on a perinatal network of women in precarious situation on territory health Parisian : Solipam. It is therefore a retrospective descriptive study and the way of the women included in the network in 2006 in the first half of 2009 whose main objective is to assess the impact of inclusion in the network on the support of women.

The results that we obtain show a better monitoring of pregnant women and the social care and greater awareness of the benefits of medical monitoring.

A larger number of women could allow a better analysis of the impact of inclusion term and course accommodation on the support of women because it could not be demonstrated in our study.

Solipam today seems to be an important resource in support of women in precarious situation on the territory health Parisian.

Keywords : precariousness, pregnancy, perinatality, network