



HAL
open science

Maternité chez les femmes en situation de précarité

Camille Dalmont

► **To cite this version:**

Camille Dalmont. Maternité chez les femmes en situation de précarité. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00731818

HAL Id: dumas-00731818

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00731818v1>

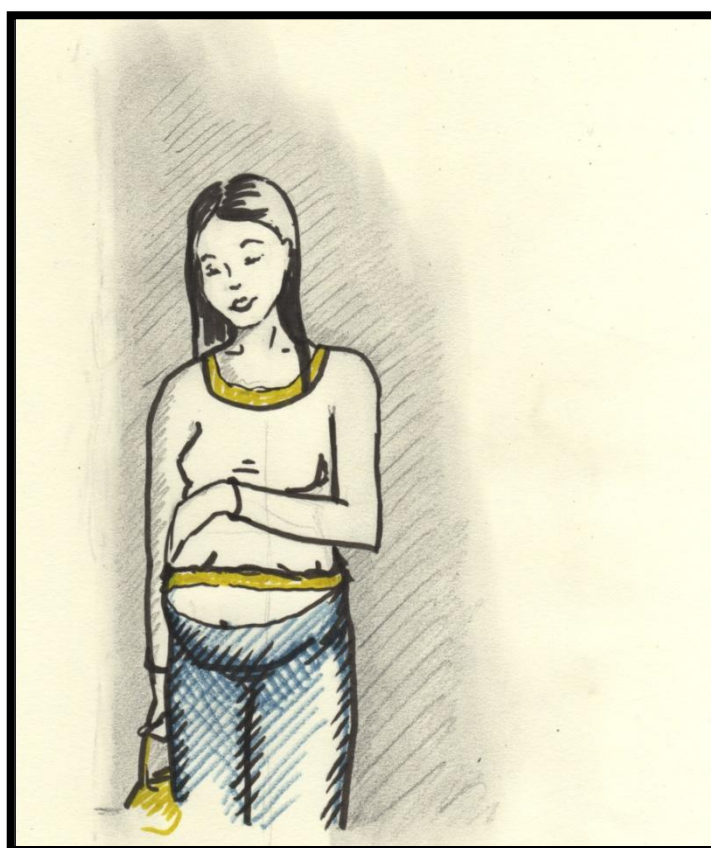
Submitted on 13 Sep 2012

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.

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN

MATERNITÉ CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ



MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
CAMILLE DALMONT
NÉE LE 9 JUIN 1988
EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2008 / 2012

École de Sages-femmes de Caen

*MATERNITÉ CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE
PRÉCARITÉ*

Mémoire présenté et soutenu par

Camille Dalmont

Née le 9 juin 1988

En vue de l'obtention du diplôme d'état

De Sage-femme

Promotion 2008 / 2012

REMERCIEMENTS

Je remercie Mme Kakol, Mme Bayard, Mme Giffard et toutes les enseignantes pour leurs précieux conseils et la qualité de leur présence ainsi que Patricia.

Je remercie Dominique pour ses nombreuses relectures.

Je remercie Marine pour son illustration et tout son soutien.

Je remercie ma famille pour m'avoir supportée et accompagnée toutes ces années.

Je remercie particulièrement Anne-laure, Agathe, Marion, Morgane, Nadège, Noémie et Solène pour leurs joies et leurs peines.

Enfin, je remercie Anthony pour m'avoir rendue plus sereine.

A Clément, Louise et mes parents.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PREMIERE PARTIE</u>	
<u>1. Définition</u>	2
<u>1.1. Pluralité des définitions</u>	2
<u>1.2. Historique</u>	2
1.2.1. XIX ^{ème} siècle	2
1.2.2. Début XX ^{ème} siècle	3
1.2.3. Années 70	3
1.2.4. Années 80	4
<u>1.3. Définition sociologique</u>	4
<u>1.4. Définition du journal officiel</u>	5
<u>1.5. Précarité financière</u>	6
1.5.1. Pauvreté monétaire	6
1.5.2. Pauvreté en condition de vie	7
1.5.3. Titulaires des minima sociaux	7
1.5.4. Situation en France, en Europe et dans le monde	8
<u>1.6. Précarité du lien social</u>	8
1.6.1. Lien social, définition	8
1.6.2. Déficience du lien social	9
1.6.3. Soutien social	9
1.6.4. Précarité financière et déficit du lien social	9
<u>1.7. Autres formes de précarité</u>	10
<u>2. Impact sur la santé</u>	10
<u>2.1. Définition de l'organisme Mondial de la santé</u>	10
<u>2.2. Accès aux soins</u>	11
2.2.1. Aides disponibles	11
2.2.1.1. La couverture maladie universelle	11
2.2.1.2. L'aide médicale de l'état	12
2.2.1.3. Autres dispositifs	12
2.2.2. Renoncement aux soins	12
2.2.3. Le refus discriminant de soins	13
<u>2.3. Grandes conséquences sur la santé</u>	14
2.3.1. Alimentation et addictions	14
2.3.1.1. Alimentation	14
2.3.1.2. Tabac	14
2.3.1.3. Alcool	15
2.3.1.4. Substances illicites	15
2.3.2. Pathologies de la précarité	15
<u>3. Suivi de la grossesse</u>	16
<u>3.1. Projet de grossesse</u>	16
<u>3.2. Suivi de la grossesse</u>	17
3.2.1. Prise en charge du suivi	17
3.2.2. Le suivi chez les femmes précaires	17

3.2.3. Les pathologies périnatales	18
3.3. Réseau de périnatalité	19
3.3.1. Protection maternelle et infantile	19
3.3.2. Entretien prénatal précoce	20
3.3.3. Staff médico-psycho-social	21
4. <u>Conclusion</u>	22

DEUXIEME PARTIE

1. <u>Présentation de l'étude</u>	23
1.1. <u>Objectifs</u>	23
1.2. <u>Méthodologie</u>	23
1.2.1. Sélection de la population	23
1.2.2. Outils	24
1.2.3. Méthode rétrospective	24
1.2.4. Période et lieu de l'étude	25
2. <u>Les résultats</u>	25
2.1. <u>Description de la population</u>	25
2.1.1. Age des patientes	25
2.1.2. Statut marital	25
2.1.3. Origine ethnique	26
2.1.4. Niveau d'étude	26
2.1.5. Situation professionnelle des femmes	26
2.1.6. Situation professionnelle des conjoints	27
2.1.7. Sources de revenus	27
2.1.8. Antécédents médicaux	27
2.1.9. Antécédents obstétricaux	28
2.2. <u>Habitudes de vie</u>	29
2.2.1. Alimentation	29
2.2.2. Addictions	30
2.2.3. Logement	30
2.2.4. Moyen de locomotion	31
2.2.5. Lien social	31
2.3. <u>Suivi de grossesse</u>	32
2.3.1. Couverture maladie	32
2.3.2. Déclaration de grossesse	32
2.3.3. Suivi obstétrical	33
2.3.4. Examens médicaux	34
2.3.5. Préparation à la parentalité et à la natalité	34
2.3.6. Saff médico-psycho-social	34
2.3.7. Consultations de spécialistes	35
2.4. <u>Santé des femmes</u>	35
2.4.1. Vision de leur santé	35
2.4.2. Pathologies au cours de la grossesse	35
2.4.3. Issue de grossesse	36
2.4.4. Poids de naissance	36
2.5. <u>Vécu de la grossesse</u>	37

2.5.1. Projet de grossesse	37
2.5.2. Vécu	37
2.5.3. Importance du suivi	37
2.5.4. Relation avec la PMI	38
2.5.5. Informations reçues	38

TROISIEME PARTIE

1. <u>Limites et points forts de l'étude</u>	39
1.1. <u>Limites</u>	39
1.1.1. Taille de l'échantillon	39
1.1.2. Critères de sélection	39
1.2. <u>Points forts</u>	39
1.2.1. Entretien semi-directif	39
1.2.2. Lieu de l'étude	40
2. <u>Analyse et discussion</u>	40
2.1. <u>Critères de sélection de deux études comparables</u>	40
2.2. <u>Caractéristiques de la population étudiée</u>	41
2.2.1. Age des patientes	41
2.2.2. Statut marital	41
2.2.3. Origine ethnique	42
2.2.4. Niveau d'étude et situation professionnelle	42
2.2.5. Antécédents	43
2.2.5.1. Médicaux	43
2.2.5.2. Obstétricaux	44
2.2.6. Habitudes de vie	44
2.2.6.1. Alimentation	44
2.2.6.2. Addictions	45
2.2.6.3. Logement	45
2.2.6.4. Lien social	46
2.3. <u>Suivi de la grossesse</u>	47
2.3.1. Déclaration de grossesse	47
2.3.2. Suivi de grossesse	47
2.3.3. Examens réalisés	49
2.3.4. Professionnels rencontrés	49
2.3.5. Préparation à la parentalité et à la natalité	50
2.3.6. Staff médico-psycho-social	50
2.4. <u>Vision de leur santé</u>	50
2.5. <u>Pathologies au cours de la grossesse</u>	51
2.6. <u>Issue de grossesse</u>	51
2.7. <u>Vécu de la grossesse</u>	52
<u>CONCLUSION</u>	54
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	55
<u>ANNEXES</u>	60

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la maternité tend à être sacralisée. Notre société a tendance à définir un stéréotype de ce qu'est et doit être une mère idéale. Cette image est relayée par les magazines féminins et les grossesses des femmes « peoples » qui font la une des journaux.

La situation financière doit être suffisamment stable, la femme suffisamment mature, le couple suffisamment solide, car qui dit couple solide dit parents solides. Dans cette optique, et dans la mesure où le choix est possible, les femmes souhaitent poursuivre des études et entamer une carrière. De plus, l'aspect plus éphémère des relations amoureuses conduit les femmes à attendre une certaine longévité dans le couple avant d'avoir un enfant. Ainsi, les grossesses surviennent de plus en plus tardivement une fois les études terminées et la vie stabilisée.

Pourtant de nombreuses femmes échappent à cette norme sociale. En tant qu'étudiante, j'ai été interpellée par ces femmes qui ne correspondent pas à l'idée que se fait la société d'une « bonne mère ».

Depuis quelques années, on entend quotidiennement parler de crise financière et de précarité. C'est pourquoi je m'intéresserai plus particulièrement à ces femmes qui vivent au quotidien ces situations.

Qu'elles aient des difficultés psychologiques, médicales ou financières, qu'est ce qui motive ces femmes à avoir des enfants alors que l'on pourrait penser que cela ne ferait qu'aggraver leur quotidien ? En quoi l'idée préconçue de la mère en situation de précarité peut-elle s'avérer fausse ?

La précarité est une notion relative et subjective que je tenterai de définir dans une première partie dans sa dimension historique et sociologique avant d'étudier les difficultés des femmes enceintes en situation de précarité.

J'exposerai ensuite les résultats de mon étude sur l'environnement de ces femmes, leur suivi de grossesse et leur vision de la santé.

Enfin, je discuterai mes résultats en les comparant à d'autres études sur la précarité ainsi qu'avec la population générale.

1. Définition

1.1. Pluralité des définitions

La notion de précarité est largement répandue aujourd'hui. Cependant, elle reste mal définie d'où la difficulté d'identifier clairement le groupe de personnes relevant de cette dernière. Le plus souvent elle est associée à une faiblesse de revenus, à des conditions de vie instables, à la pauvreté. On parle aussi de précarité de l'emploi. Mais il est bien difficile de déterminer un seuil en dessous duquel l'individu serait considéré comme en situation de précarité. Outre la situation économique, la précarité peut s'évoquer au sein du lien social dans une société où les relations semblent de plus en plus fragiles. Ainsi, il existe une multitude de définitions de la précarité. Ces définitions sont d'ailleurs différentes en fonction des époques.

1.2. Historique

1.2.1. XIX^{ème} siècle [1]

Au XIX^{ème} siècle, à l'ère de l'industrialisation, la précarité est synonyme de paresse, d'incapacité et ne peut être éradiquée que par l'adhésion aux valeurs du travail, de l'épargne et de la stabilité. C'est pourtant à cette époque que l'on commence à observer et décrire la pauvreté. Les propriétés des petits producteurs sont rachetées les réduisant ainsi au salariat ; les entraides (comme l'hébergement de personnes contre services) ne sont plus possibles, chaque personne hébergée est une charge supplémentaire. C'est ainsi que des penseurs, politiciens et notamment Karl Marx décrivent la classe ouvrière et s'interrogent sur les conditions de vie de cette population. Les ouvriers lutteront pour un salaire minimum et contre le système politique du moment.

1.2.2. Début XX^{ème} siècle [2]

C'est le siècle du progrès dans maints domaines. Il y a un développement des outils de communication, des médias et c'est la course aux performances individuelles. Seuls ceux qui ont les moyens « économiquement » et « socialement » s'en « sortent ».

Le chômage apparaît au XIX^{ème} siècle mais c'est lors de la grande crise économique qui suit le crash boursier de 1929, que le nombre de chômeurs augmente considérablement. Ce statut le diffère de l' « assisté » et du « profiteur », mais ce terme reste néanmoins péjoratif.

Dans les années 1950, les personnes non intégrées au monde du travail sont considérées comme des individus asociaux, victimes du développement, incapables de s'adapter, lents ou même peu doués. Ils restent en marge de la société, loin du marché de l'emploi. Cependant, cette période d'après guerre connaît une forte croissance avec une généralisation et une expansion de la protection sociale. Il y a la mise en place de retraites complémentaires, d'assurance chômage, de régimes spéciaux pour les professions indépendantes. Ces mesures permettent de servir la croissance et de favoriser la natalité.

[1]

En 1956, le père Joseph Wresinski crée l'association « quart monde ». En France, ce terme désigne les personnes qui cumulent plusieurs handicaps : l'absence de revenus, l'absence de travail, l'absence de statut social, la rupture avec le milieu scolaire, l'absence de logement ou les problèmes de santé.

1.2.3. Années 70 [3]

C'est en 1970 que les termes de « nouvelle pauvreté », « précarité », « exclusion » apparaissent. C'est la fin des « 30 glorieuses », l'attribution des prestations sociales doit être mieux organisée. Le problème est alors étudié par les politiciens, ces derniers souhaitent également la mise en place de mesures pour responsabiliser les ménages. Cela amènera la création des lois de 1975 sur l'extension de la protection sociale et le développement des services sociaux.

1.2.4. Années 80

Dans les années 1980, une nouvelle crise économique apparaît. Le nombre de chômeurs ainsi que la durée moyenne du chômage augmente. En 1981, le rapport Oheix propose un ensemble de mesures de lutte contre la pauvreté. Ce rapport montre le caractère multidimensionnel de la pauvreté, et préconise une approche globale et personnalisée de cette dernière ainsi qu'une aide pour la réinsertion par le travail. [4]

Malgré les politiques de lutte contre la pauvreté et l'aide à l'emploi, le chômage ne diminue pas ; un revenu minimal d'insertion (RMI) est donc créé en 1988 :

« Toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité, des moyens convenables d'existence. » [5].

Ce revenu est versé sous conditions (âge, revenus, nombre d'enfants à charge) et établit une sorte de contrat moral par lequel le bénéficiaire s'engage à *« participer aux actions ou activités nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle »* [5].

En 2009, après toutes ces évolutions de protection sociale, le revenu de solidarité active est créé et remplace le revenu minimum d'insertion et d'autres allocations.

Avec l'avancée des politiques sociales, les chercheurs se sont interrogés sur la précarité.

1.3. Définition sociologique

En sociologie, la précarité peut être une superposition de problématiques sociales. Elle est synonyme de pauvreté ou d'exclusion. [6]

Dans un autre sens, ces trois mots : précarité, pauvreté, exclusion, désignent des situations hiérarchisées. Selon le dictionnaire Larousse [7], le mot « précaire » désigne ce *« qui n'a rien de stable, qui peut être interrompu à tout moment »*. La précarité n'est donc pas synonyme de pauvreté qui signifie *« manque de ressources »*.

Il y aurait donc d'abord une situation fragile, instable. C'est le basculement à un niveau de vie inférieur qui amènerait à la pauvreté. Le fait ensuite de se retrouver en extrême pauvreté qui entraînerait une rupture avec le reste de la société et donc l'exclusion. La précarité inclut non seulement des problèmes financiers, mais aussi des problèmes psychologiques.

Enfin, la précarité désigne l'incertitude, l'instabilité d'une situation dans une société sans cesse en mouvance.

1.4. Définition journal officiel

En 1987, dans un rapport présenté au nom du conseil économique et social publié au journal officiel, Joseph Wresinski tente une définition qui est encore d'actualité :

« La précarité est l'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 ; l'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. 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 droit par soi-même, dans un avenir prévisible. ». [8]

En tenant compte de ces définitions, la précarité pourrait se définir comme l'ensemble des situations de difficultés sociales ayant pour conséquence l'instabilité. Les personnes en situation de pauvreté évoluent dans un environnement instable. Le manque d'argent, de moyens, empêche une sécurité tant au quotidien que pour l'avenir. Le mot pauvreté peut désigner la précarité.

Cependant la pauvreté est une notion équivoque et en aucun cas, un groupe homogène aux frontières bien délimitées. Les états tentent de définir les situations qui poseraient problème ; cependant, s'il est assez aisé de faire des comparaisons dans une même catégorie socio-économique, il est plus difficile de le faire au niveau de toute une société ou même à l'échelle mondiale. Ce que l'on considère comme des conditions de vie

acceptables reste subjectif. La pauvreté peut donc être mesurée de manière objective (critères définis par les experts) ou de manière subjective (avis des intéressés).

Malgré tout, tant sur le plan juridique, que statistique ou épidémiologique, il a fallu instaurer des limites pour définir la pauvreté. Ainsi, les principaux organismes statistiques français et européens (INSEE, Eurostat) établissent la pauvreté par rapport à un seuil de revenus.

1.5. Précarité financière

1.5.1. La pauvreté monétaire [9]

Le taux de pauvreté monétaire est l'un des principaux indicateurs mis en place par la France et l'Union Européenne pour définir la pauvreté. Il représente la proportion de personnes ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est défini par l'INSEE et l'ONPES comme 50 à 60% du revenu médian moyen de la population générale (revenu qui sépare la population en deux parties égales : la moitié a un niveau supérieur, l'autre moitié un niveau inférieur), le seuil de 60% est le plus fréquemment utilisé. En France, le revenu médian est de 1590€ [10] par mois, pour une personne seule. C'est le revenu disponible : une fois les impôts prélevés et les prestations sociales versées. Ainsi, un ménage constitué d'une personne seule est considéré comme « pauvre » s'il perçoit un revenu disponible égal ou inférieur à 954€ par mois. Pour indication, en 2011, le montant forfaitaire du revenu de solidarité active est fixé à 466,99 € pour une personne vivant seule. [11].

En 2009 en France, le taux de pauvreté est de 12,9 % chez les hommes et de 14 ,1 % chez les femmes. [10] Ce qui représente 8,5 millions de personnes.

Cette approche n'est que relative. En effet, le seuil est entièrement dépendant du train de vie de la population, il est établi par rapport au salaire médian de l'année. De plus, elle ne prend en compte que la pauvreté au niveau monétaire ce qui, bien entendu, n'est pas suffisant. Pour cela, un deuxième indicateur a été mis en place : la pauvreté en conditions de vie.

1.5.2. La pauvreté en conditions de vie [12]

Depuis le sommet de Lisbonne en 2000, de nombreux indicateurs ont été mis en place pour évaluer la pauvreté de manière uniforme et ainsi établir des objectifs communs. Pour renforcer les indicateurs monétaires, une quinzaine d'items sont instaurés pour évaluer la pauvreté en conditions de vie. Il s'agit principalement des questions de difficultés financières, d'accès ou non à des biens durables, et de qualité de logement.

En 2007, en France, 12,2% de la population était considérée comme pauvre en conditions de vie, ce qui reste relativement proche du taux de pauvreté monétaire ; 6,8% des ménages n'ont pas les moyens de maintenir à bonne température leur logement, 2,9% des personnes déclarent ne pas avoir fait de repas complet pendant au moins une journée au cours des deux dernières semaines.

1.5.3. Titulaires des minima sociaux

Le nombre de personnes en situation de pauvreté financière peut être calculé à partir des bénéficiaires des minima sociaux. Ces personnes sont reconnues par l'administration comme démunies au sein de la société. En comptabilisant tous les ayants-droits, 6 millions d'individus vivent d'une allocation. Mais ce calcul reste dépendant des politiques mises en place.

Parmi ces minima sociaux, on peut notamment citer le revenu de solidarité active créé en 2009, qui est un élément majeur. Il est attribué sous plusieurs conditions : [13]

- être âgé de plus de 25 ans ou assurer la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître,
- être résident en France depuis plus de 3 mois pour un ressortissant d'un état membre de l'union européenne ou depuis plus de 5 ans pour un ressortissant d'un autre pays,
- Avoir un revenu inférieur à un certain seuil.

Sont exclus les élèves, étudiants, stagiaires ou personnes en congé parental ou sans solde.

L'un des objectifs du RSA est de favoriser le retour à l'emploi, en maintenant une part de l'indemnité en cas de reprise partielle d'une activité.

1.5.4. Situation en France, en Europe et dans le Monde

En 2009, 13,5% de la population française vivait sous le seuil de pauvreté. [14] En 2006, c'était 17% de la population de l'union européenne. Au niveau de la banque mondiale, un autre indicateur est mis en place : « *The Poverty line* » ou le niveau minimum de revenu estimé pour vivre dans un pays donné. En 2008, le seuil a été fixé à 2,5 dollars par personne et par jour. [15] En 2004, 12% de la population des Etats-Unis vivait en dessous de ce seuil, 6,2% en France, 2,8% en Chine. En Afrique, 50 à 80% de la population, selon les Etats, vit en dessous du seuil. [16] L'inégalité est grande entre les Etats du Monde. Mais, il semble difficile de comparer la pauvreté à l'échelle mondiale selon ce seul indicateur. En effet, en fonction du PIB du pays concerné 2,5 dollars ne représente pas la même valeur.

1.6. Précarité du lien social

1.6.1. Lien social, définition

La notion de « lien social » apparaît à la fin du XX^{ème} siècle. Cette expression désigne les relations créées entre les hommes entraînant une interaction entre chaque individu de la société et permettant à chacun de cohabiter ensemble. [17] De plus en plus, on parle de « crise du lien social », d'une absence d'interactions entre les individus dans une société qui prône la performance et la recherche. Déjà en 1971, Georg Lukacs l'évoquait : « *le ciel étoilé de Kant ne brille plus que dans la sombre nuit de la pure connaissance ; il n'éclaire plus le sentier d'aucun voyageur solitaire et, dans le monde nouveau, être homme, c'est être seul* ». [18] La déficience du lien social pourrait être l'une des nombreuses définitions de la précarité.

1.6.2. Déficience du lien social

Dès le plus jeune âge, l'être humain a besoin de liens avec les personnes qui l'entourent pour se développer. C'est un besoin primaire. Actuellement un affaiblissement des liens sociaux est observé. Il existe non seulement un nombre de ruptures conjugales et familiales en augmentation, mais aussi un déclin des solidarités traditionnelles (cadre syndical, vie associative, vie de quartier, de village). [19] Depuis quelques années, on assiste à un processus d'individualisation, c'est-à-dire la capacité pour un individu de se définir par lui-même et non en fonction de son appartenance à un groupe ; chacun considère sa personne plus importante que le groupe.

Cependant, cette notion semble contradictoire face au développement de plus en plus important des réseaux sociaux. En effet, tout laisse à penser que les individus sont reliés entre eux grâce à internet, aux réseaux sociaux. Mais la question reste de savoir si ces liens sont réels et solides, si l'« appartenance » au groupe est réelle ou seulement fictive. De ce processus, résultent une précarité des relations et une fragilisation de l'individu. [20] Selon une enquête de la fondation de France près de 4 millions de français se trouvent en situation d'isolement. [21] La notion de soutien social est alors primordiale.

1.6.3. Le soutien social [21] [22]

Le soutien social comprend l'ensemble des ressources sociales d'un individu. Cette notion comporte un aspect objectif (soutien reçu) et subjectif (soutien perçu). Ce dernier correspond au sentiment de « bien-être » du sujet, à la disponibilité des personnes sur qui il peut compter et à la satisfaction de l'aide reçue. Le soutien social perçu et le sentiment de solitude dépendent de la personnalité du sujet, de l'estime qu'il a de lui-même et donc des autres. Or, ces aspects sont souvent fragilisés chez les personnes en situation de pauvreté. Elles semblent sujettes au sentiment de solitude.

1.6.4. Précarité financière et déficit du lien social

Dans la société actuelle, les personnes doivent de plus en plus identifier les « solutions » par elles-mêmes. Les familles les plus démunies, éprouvent plus de difficultés

à le faire. Et si la souffrance psychique n'est pas l'exclusivité des personnes en situation de pauvreté, elle se cumule à d'autres difficultés. Le sentiment de sécurité indispensable pour établir une relation à autrui est souvent absent (insécurité de l'emploi, du logement, manque de confiance en l'avenir). Le nombre de personnes en situation d'isolement est multiplié par deux chez celles percevant un salaire mensuel inférieur à mille Euros. [21]

Cependant, même si le lien est fragilisé, la famille est considérée comme une source de protection matérielle, elle reste la source essentielle de solidarité, tout particulièrement chez les femmes. Si l'emploi reste inégal entre hommes et femmes, ces dernières trouvent auprès de leur famille, et de leur couple, un soutien plus important probablement car la charge domestique, traditionnellement, leur revient. [6] Cependant, ce soutien familial ne les aide pas toujours à résoudre leurs difficultés.

1.7. Autres formes de précarité

Ce qui précède nous montre combien la notion de précarité est large et qu'aucune définition ne peut être objective. Nombre de notions peuvent être abordées lorsque l'on parle de précarité : précarité financière, précarité de conditions de vie, précarité sociale, précarité du lien affectif, précarité de la famille, précarité de l'emploi. Cependant, l'aspect financier demeure le point essentiel et concordant. Si une personne en situation de précarité n'est pas (ou pas tout de suite) en situation de pauvreté, les deux populations se recoupent souvent. Les difficultés financières entraînent des conséquences multiples dans des domaines divers tels que celui de la santé.

2. Impact sur la santé

2.1. Définition de l'organisme Mondial de la Santé

La constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) entre en vigueur en 1948. Elle donne une définition de la santé qui n'a pas été modifiée depuis :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » [23]

La santé va au-delà de la seule homéostasie du corps. Et si les besoins vitaux sont un préalable à toute réinsertion, ils ne sont pas suffisants. L'être humain a droit au bien-être psychique et social, et ce quelle que soit sa condition. Ce droit n'est pas acquis par tous. Si la France est à la première place au niveau mondial pour son système de santé, elle est beaucoup moins bien placée en Europe de l'ouest sur le plan des « *inégalités de moralité* » [24]. Ces inégalités sont celles des conditions de vie : alimentation, logement, éducation ou conduites à risque par exemple. Ces disparités ne sont pas sans conséquence pour la santé.

2.2. Accès aux soins

2.2.1. Les aides disponibles

2.2.1.1. La couverture maladie universelle (CMU) [25]

La CMU est attribuée aux personnes ne bénéficiant pas de l'assurance maladie. Pour en bénéficier, la personne doit résider en France de manière régulière depuis au moins trois mois. Aucune condition de ressources n'est exigée, cependant une cotisation peut être demandée en cas de revenus dépassant un certain seuil. La CMU donne droit aux remboursements des soins et des médicaments.

A cette CMU de base peut s'ajouter une couverture complémentaire, la CMUC. Celle-ci dispense l'avance de frais chez tous les professionnels de santé pour tous les soins remboursables ainsi que pour la participation forfaitaire en cas d'hospitalisation. Elle prend en charge le ticket modérateur. Contrairement à la CMU de base, elle est soumise à des conditions de revenus.

Pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU et 20% au dessus de ce dernier, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est possible.

2.2.1.2. L'aide médicale de l'état (AME)

L'AME est accordée aux étrangers résidant en France de manière irrégulière depuis plus de 3 mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain seuil. En contre partie, le règlement d'un droit annuel est demandé pour chaque personne majeure. [26]

Pour les étrangers vivant en France depuis moins de trois mois, il existe un fond pour les soins urgents et vitaux (soins permettant d'éviter la propagation de maladies à la collectivité, soins pour les mineurs, soins pour les femmes enceintes ainsi que les interruptions volontaires de grossesse). [27]

2.2.1.3. Autres dispositifs [27]

Des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) existent pour faciliter la prévention et l'accès aux soins ainsi que pour la réinsertion sociale. Dans ce cadre, il existe des espaces d'accueil pour les personnes en situation de grande précarité : les « permanences d'accès aux soins de santé », les « lits halte soins santé » ainsi que les « lits d'accueil médicalisés » et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Ces derniers peuvent être spécifiques et réservés à l'accueil de femmes enceintes.

2.2.2. Renoncement aux soins

Même s'il existe différentes aides, en 2006, 14% de la population française métropolitaine déclarait avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois pour des raisons financières. [28] Les soins auxquels les personnes renoncent provisoirement ou définitivement sont les soins dentaires, optiques ainsi que les soins dispensés par les spécialistes. [29] L'un des principaux facteurs de renoncement est l'absence de couverture complémentaire [30]. Parmi cette population interrogée, certaines personnes auraient pu bénéficier d'une aide. Il est possible aussi que certaines personnes, juste au-dessus du seuil, n'aient pas les moyens de cotiser à une assurance complémentaire. Lorsque l'on parle de précarité, il est donc essentiel de ne pas oublier les familles dont les faibles revenus, entraînent des difficultés à se soigner. Au 1^{er} janvier 2012, le seuil pour obtenir la CMU-C a été relevé, permettant à plus de personnes d'en bénéficier.

Les obstacles pour l'accès aux soins ne sont pas uniquement financiers. Le renoncement aux soins augmente lorsque le niveau socio-économique diminue. La perception de la santé est subjective, le renoncement peut être un manque de perception du besoin. Pour de nombreuses personnes en situation de précarité, la santé n'est pas une priorité. D'autres préoccupations leur sont davantage triviales (logement, chauffage, alimentation). Ils ont souvent une faible estime d'eux-mêmes et un sentiment d'inutilité sociale grandissant.

En vivant une situation de précarité, l'individu manque souvent de temps pour penser à lui. Le désir peut être grand de mettre de côté sa santé et de posséder ou réaliser quelque chose qui ne soit pas seulement vital mais qui contribue à son épanouissement personnel. [29]

Enfin, des inégalités persistent quant à la qualité des soins reçus selon la place occupée dans la hiérarchie sociale [30] L'espérance de vie reste de 9 ans plus courte chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres de la fonction publique. [24]

Outre l'espérance de vie, la précarité a d'autres conséquences sur l'état de santé physique et psychique. La principale étant le retard à consulter ce qui entraîne une prise en charge plus tardive de maladies qui auraient pu être plus facilement soignées si elles avaient été diagnostiquées à temps.

2.2.3. Le refus discriminant de soins [31]

Même si cette pratique n'est pas largement répandue, certaines personnes se voient refuser des soins sous le motif qu'elles sont bénéficiaires de la CMU. Certains professionnels de santé émettent ce refus car le bénéficiaire n'avance aucun frais, de plus les professionnels non conventionnés ne peuvent pas leur appliquer de tarifs libres ni dépassements d'honoraires ce qui constitue un manque à gagner. Le plus souvent, le refus est présenté comme une incitation à consulter un autre professionnel.

2.3. Grandes conséquences sur la santé

2.3.1. Alimentation et addictions

2.3.1.1. Alimentation

Il est recommandé une alimentation équilibrée, limitée en matières grasses et en sucres. Cependant le prix est un facteur déterminant dans le choix des aliments. Les prix les plus bas sont pour les féculents ou les produits les plus riches en énergies et faibles en nutriments. Ces produits sont majoritairement choisis par les personnes soumises à de fortes contraintes budgétaires. [32] Mais le coût des aliments n'est pas la seule cause, les personnes de plus faible niveau socio économique sont souvent peu informées et ont de faibles connaissances nutritionnelles ce qui peut entraîner une alimentation moins équilibrée. [33] Les sources d'information sont essentiellement la publicité et les médias pour ces personnes. D'après les études, s'il est possible de manger équilibré avec peu de moyens, la somme minimale de 3,5€ par jour semble la limite pour respecter les recommandations nutritionnelles. [33]

Le recours aux banques alimentaires devient alors une des solutions. L'augmentation du volume d'aide alimentaire est constante, ces dispositifs ne sont pas utilisés de façon systématique mais ponctuellement dans le parcours de vie d'une personne. [34]

2.3.1.2. Le tabac

En 2005 en France, 27% des femmes de 12 à 75 ans fument. [35]

Chez les personnes en situation de précarité, la consommation de tabac est plus importante que pour la population générale, les études montrent une consommation en moyenne supérieure de 30%. La dépendance semble plus forte : le tabac trompe l'ennui, coupe la faim, c'est un antistress puissant. L'achat du tabac devient souvent prioritaire et pose de réels problèmes financiers. Elles consultent peu les médecins et les tabacologues. Enfin, le tabagisme passif est plus important du fait des conditions de logement médiocres. [36]

2.3.1.3. L'alcool

L'alcool est un fait social. En effet, 95% de la population française et 86% des femmes en consomment. [37] A l'opposé des hommes, l'usage régulier d'alcool chez les femmes est plus fréquent chez les diplômées que chez celles ayant un niveau inférieur ou égal au bac. De même, la consommation régulière ou les situations d'ivresse sont importantes chez les femmes cadres. [35]

La relation à l'alcool dépend aussi des habitudes familiales, pour beaucoup de femmes des milieux défavorisés le cidre, la bière ou le vin dilué par exemple, ne sont pas considérés comme de l'alcool. [38]

2.3.1.4. Les substances illicites

Il y a une distinction à faire entre consommation de cannabis et consommation de drogues dures. En France, 23,5% des femmes ont déjà expérimenté le cannabis. Cependant l'usage régulier diminue d'après les études chez les femmes ayant un emploi. [35]

Pour les drogues dures, leur usage est souvent la conséquence de ruptures de vie. Cette consommation est souvent un moyen de fuir la violence au sein d'une famille. L'éloignement de la famille se confond alors souvent avec l'initiation à la sexualité et aux drogues ce qui marque souvent le point de départ de la dépendance. Les conséquences sont importantes pour leur vie future : 75% des femmes en consommant ne travaillent pas et 58% ont déjà dormi dans la rue en raison d'une absence de domicile personnel. [35]

2.3.2. Pathologies liées à la précarité

On note l'apparition de risque de pathologies supérieur au reste de la population : risque cardio-vasculaire (apports en graisses et rations riches en énergies entraînant un plus fort taux d'obésité), risque de cancer (faible consommation de fruits et légumes), risque de malnutrition protéino-énergétique ainsi que développement de caries dentaires. [34] Il existe aussi plus de pathologies cutanées par manque d'hygiène ou carences nutritionnelles [39], plus de diabète avec plus de complications [40] et plus de maladies respiratoires dues au manque d'hygiène, à la promiscuité, aux logements insalubres ou encore à la consommation de tabac. [41]

3. Le suivi de la grossesse

3.1. Projet de grossesse

La tendance actuelle est la planification des grossesses pour offrir à l'enfant un environnement le plus stable possible. Les grossesses dans les milieux défavorisés semblent échapper à cette tendance. De nombreuses études ont montré qu'il y a plus de grossesses précoces chez les jeunes filles issues de ces milieux. [42] [43] Ces grossesses arrivant tôt dans la vie d'une femme peuvent tout d'abord s'expliquer par un manque de contraception. Du fait d'un manque d'éducation, les jeunes femmes des milieux précaires ont peu de connaissances sur leur anatomie et le fonctionnement de leur corps. De plus, elles ne savent pas toujours comment obtenir un moyen de contraception adapté ou comment l'utiliser. Cependant, la grossesse dans les milieux défavorisés ne peut se réduire à un problème de contraception, elle est souvent désirée que ce soit de manière consciente ou inconsciente. [43]

La première maternité est un passage irréversible qui fait basculer la femme de l'adolescence à l'âge adulte. Ni le fait de quitter le domicile familial, ni le fait de trouver un emploi ne sont des actes aussi irréversibles de passage à la vie d'adulte. [44]

De manière générale, les femmes des milieux défavorisés qui n'ont pas d'emploi, ou un emploi peu épanouissant, ont le sentiment de ne pas être reconnues dans la société. Etre enceinte c'est devenir mère et donc être reconnue comme telle. Elles acquièrent ainsi un statut dans la société. De plus, la grossesse est parfois le seul projet envisageable et réalisable. Elle est également un moyen de combler un manque affectif avec un schéma de vie familiale idéalisée. [43]

Dans ce contexte, la grossesse n'est souvent pas programmée. Mais, en dépit des problèmes financiers et matériels, la majorité des femmes sont heureuses d'être enceintes.

Selon que la grossesse soit désirée ou non, que les femmes réalisent l'intérêt d'un suivi précoce ou non, les comportements vont être différents quant au suivi de la grossesse.

3.2. Suivi de la grossesse [45]

L'enjeu du suivi est important. Il va permettre de s'assurer de la sécurité des femmes, du futur nouveau-né (réduction de la mortalité et morbidité périnatale). Il est constitué de minimum sept consultations obligatoires ainsi que de 3 échographies recommandées pour le 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre. Il existe également 8 séances de préparation à l'accouchement, remboursées par la sécurité sociale. A ce suivi « classique » peuvent s'ajouter des consultations spécialisées : tabacologue, psychologue, pédopsychiatre, diététicienne...

3.2.1. Prise en charge du suivi [46]

Pour les femmes bénéficiant de la CMU de base, la prise en charge est de 100% jusqu'au 6^{ème} mois de grossesse pour tous les examens obligatoires en rapport avec le suivi de leur grossesse. La participation forfaitaire reste en vigueur. Les femmes bénéficiant de la CMUC n'ont pas à avancer les frais.

A partir du premier jour du 6^{ème} mois de grossesse, la couverture maternité permet le remboursement à 100% pour toutes les femmes et pour tout examen ou consultation chez un professionnel de santé. De plus, la participation forfaitaire est supprimée et ce jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

3.2.2. Le suivi chez les femmes précaires [47]

Les femmes en situation de précarité ont un recours plus tardif aux soins et un moins bon suivi de leur grossesse. Cependant la plupart de ces femmes expriment les mêmes souhaits que les autres vis-à-vis de la santé de leur enfant et de l'investissement de la grossesse.

Les premières consultations sont le plus souvent réalisées en ville chez des intervenants libéraux. Cependant le recours aux soins est plus tardif. Il est lié à des difficultés d'accès, une méconnaissance du système auxquelles peuvent s'ajouter une indifférence ou un refus de suivi, les contraintes de ce suivi n'étant pas compatibles avec

leurs habitudes de vie. Ainsi, il y a plus fréquemment un décrochage du suivi avec un défaut de consultations annexes et complémentaires.

Le parcours de soins est particulier : on observe un recours aux soins en urgence plus fréquent du fait de pathologies non prises en charge ou tardivement. Les consultations en urgence hors cadre sont également augmentées même si les motifs de consultation ne sont pas des urgences. Malgré la CMU, il y a souvent des rendez-vous non honorés.

Les problèmes financiers peuvent être importants en début de grossesse, l'ouverture des droits n'étant pas encore faite. L'avance des frais est un problème chez les femmes bénéficiant de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle mais sans couverture complémentaire. Ces problèmes sont particulièrement présents chez les femmes d'origine étrangère et récemment immigrées. Ces dernières sont souvent seules et démunies face aux démarches administratives, d'autant plus si elles ne parlent pas français. De plus les coutumes de leur pays autour de la grossesse ne sont pas toujours applicables dans le système de suivi de grossesse français.

Pour les femmes récemment immigrées, le manque de suivi serait plutôt lié à la difficulté à accéder aux soins. Pour les femmes d'origine française, le problème serait davantage d'ordre psychologique (indifférence ou refus de soins). [48]

Pour toutes ces raisons, la grossesse associée à une situation de précarité doit être considérée comme une grossesse à risque. La prévalence de plusieurs complications est augmentée.

3.2.3. Pathologies périnatales

Il existe une forte relation entre la précarité, le suivi médiocre ou nul de la grossesse et l'augmentation de pathologies périnatales. Les causes ne sont pas clairement identifiées mais sont liées aux conditions de vie : logement, alimentation, activité, troubles psychologiques et retard aux soins. Pendant la grossesse, chez les femmes en situation de précarité, on note plus d'anémies, plus d'infections urinaires ou génitales, plus de surpoids et d'obésité, plus de diabète gestationnel et plus de menaces d'accouchement prématuré. [48] [49] On note également, plus de risque de prématurité, de retard de croissance in-

utérin, d'infections ou encore d'hypoxies fœtales aiguës. [50] Pour améliorer le dépistage précoce de ces pathologies, il existe le réseau de périnatalité.

3.3. Réseau de périnatalité

Le terme de périnatalité est évoqué en 1970, il désigne un programme qui vise à diminuer la mortalité périnatale et le handicap congénital en instaurant un programme de renforcement de la surveillance périnatale. [51]

Le réseau de périnatalité a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination et l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire. Il permet la liaison entre les différents établissements (ville-hôpital) mais aussi entre tous les acteurs de la périnatalité. L'organisation de la périnatalité doit se préoccuper de l'ensemble des femmes enceintes, y compris de celles n'ayant pas pu avoir de rendez-vous suffisamment tôt à la maternité ou des femmes hors circuit. C'est grâce à la collaboration des acteurs sociaux et médicaux que le repérage des situations peut être fait ainsi que la prise en charge précoce. [47]

En Basse Normandie, le « dossier prénatal partagé » a été créé pour répondre à cette volonté de coordination. Il a pour objectifs d'améliorer la collaboration entre le suivi de grossesse fait en ville, en PMI et en maternité, d'harmoniser les pratiques et de repérer les grossesses à faible et à haut risque, selon les recommandations de la haute autorité de santé. [52]

3.3.1. La protection maternelle et infantile (PMI)

Au cours de la période précédant la seconde guerre mondiale, ont été établies des politiques qui régissent la protection de la mère et de l'enfant : protection sociale de la famille, protection sociale et médicale de l'enfant ainsi qu'une aide à la famille avec une prime à la naissance de l'enfant et diverses allocations. Ces politiques vont mener à la création, en 1945, d'une ordonnance qui établit les bases de la surveillance médicale de la grossesse et de l'enfant de 1 à 6 ans. C'est le début de la protection maternelle et infantile. [51]

La protection maternelle et infantile est sous la responsabilité du conseil général. Elle a pour missions la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend :

- « *Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;*
- *Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;*
- *Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps » [53]*

Les centres sont constitués de plusieurs professionnels de santé, du social ou de l'éducation : médecins, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, assistantes sociales, psychologues, éducateurs spécialisés...

Les sages-femmes de PMI ont un rôle de prévention. Elles effectuent les consultations prénatales et peuvent rencontrer les femmes à leur domicile.

La PMI reçoit toutes les déclarations de grossesse via la caisse d'assurance maladie. Cela permet l'envoi d'un courrier de mise à disposition dans lequel l'entretien prénatal est proposé. Ces déclarations de grossesse vont également permettre de repérer des situations à risque (jeunes femmes mineures, déclaration tardive, femmes sans emploi, femmes isolées, primipares âgées ou jeunes multipares) pour lesquelles un entretien à domicile est proposé. [54] La sage-femme, en liaison avec les autres professionnels de la protection maternelle et infantile, va essayer de mettre en place une prise en charge globale de la grossesse tant sur le plan médical que psychologique et social, ainsi que la coordination des soins. [55] Des consultations gynéco-obstétricales sont également possibles dans les centres de planification familiale.

3.3.2. L'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce a été instauré par le plan de périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité ». [56] Il est réalisé en entretien individuel ou en couple et s'inscrit hors du cadre médical.

Il a pour objectif de diminuer la mortalité et morbidité périnatale grâce à un dépistage des situations difficiles dès le début de la grossesse pour une meilleure coordination de l'action précoce. Il permet de développer la prévention et de donner des informations utiles sur les ressources de proximité. [57] Il favorise également l'expression des futurs parents notamment sur leur projet de naissance ou leurs attentes en terme de suivi.

Cette prise en charge précoce est d'autant plus importante que différentes études ont prouvé que le degré de stress maternel en fin de grossesse agit sur la structuration du cerveau du fœtus et du nourrisson. [58]

L'entretien prénatal fait partie des huit séances de préparation à la natalité et à la parentalité remboursées par la sécurité sociale. Il doit être systématiquement proposé. Il peut être réalisé par des sages-femmes hospitalières, libérales ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

Cet entretien va permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leurs besoins et d'être informés sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer.

Le repérage des éventuelles difficultés va permettre une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre du réseau et notamment, par le biais du staff médico-psycho-social.

3.3.3. Le staff médico-psycho-social [59]

Dans le cadre des réseaux de périnatalité, la loi du 5 mars 2007 [60] renforce l'intervention des professionnels de santé de PMI en lien avec les établissements hospitaliers. Le staff médico psycho-social permet de mettre en relation les professionnels de la protection de l'enfance, de la PMI et des maternités. Ce staff s'inscrit dans une politique de prévention. Il a pour but d'anticiper les situations à risque, avant la naissance de l'enfant. Il est pluridisciplinaire et est constitué de psychologues, pédopsychiatres, sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales et éventuellement d'intervenants extérieurs. Il permet à chaque institution d'alerter les autres centres pour des situations jugées à risque afin de réfléchir à des conduites à tenir. Il permet ainsi de transmettre des informations à un juge afin de mettre en place si nécessaire des systèmes d'aide. Toutes ces

informations restent dans le cadre du secret professionnel : celles-ci peuvent être transmises au sein d'une réunion pluridisciplinaire en vue de l'amélioration d'une situation, avec l'accord de la patiente.

4. Conclusion

La précarité est difficile à définir. Elle est également difficile à dépister et à prendre en charge. La prise en charge doit être pluridisciplinaire et menée dans le respect de la femme et avec diplomatie pour qu'elles ne se sentent pas stigmatisées. L'adhésion à un bon suivi est primordial pour encadrer au mieux les femmes tant sur le plan médical que psychologique et social. Ce suivi va également permettre aux femmes d'appréhender au mieux le post-partum et de connaître tous les dispositifs mis à leur disposition pour les aider dans leur rôle de mère.

1. Présentation de l'étude

1.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire le profil des femmes enceintes en situation de précarité et le suivi de leur grossesse.

Les hypothèses :

- Les couples sans emploi sont en situation de précarité
- Les femmes des milieux défavorisés font peu suivre leur grossesse.
- L'environnement ainsi que les habitudes de vie de ces femmes influent sur le déroulement de la grossesse.

Les objectifs secondaires sont de montrer si la précarité financière est liée à une précarité du lien social pendant la grossesse ; de décrire les pathologies maternelles au cours de la grossesse ; de décrire le mode d'accouchement et le poids de l'enfant à la naissance.

1.2. Méthodologie

1.2.1. Sélection de la population

La notion de précarité touche de nombreux domaines et varie selon les observateurs et la méthode de sélection. Pour mener à bien mon étude, il était nécessaire de définir objectivement une population qui serait certaine d'être en situation de précarité.

J'ai choisi un critère de sélection qui est l'un des indicateurs les plus importants de la précarité : l'exercice ou non d'un emploi.

J'ai décidé d'inclure :

- Les femmes dont aucun membre du couple ne travaille.
- Les femmes célibataires sans emploi.

Ont été exclues les femmes n'ayant pas effectué leur suivi de grossesse en France.

40 femmes correspondaient aux critères, 2 avaient fait suivre leur grossesse sur le continent africain, elles ont donc été exclues.

Au total, 38 femmes ont été incluses et 36 femmes ont été rencontrées. 2 femmes n'ayant pu être rencontrées pour des raisons de barrière de la langue

Aucune femme n'a refusé de participer à l'étude.

1.2.2. Outils

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire qui comprenait deux parties :

La première partie comprenait 34 questions fermées et a été remplie grâce aux dossiers informatiques.

La seconde partie comprenait 23 questions fermées et 9 questions ouvertes.

La population étant ciblée, il semblait plus judicieux de rencontrer ces femmes plutôt que de distribuer un questionnaire. Afin d'obtenir une meilleure exhaustivité dans les réponses, j'ai choisi de mener un entretien semi directif avec des questions fermées pour la majorité et quelques questions ouvertes. La rencontre en « face à face » permettait une bonne compréhension des questions afin que les femmes puissent s'exprimer librement sur leurs difficultés et leurs attentes pour limiter le biais de la sous déclaration.

L'étude était présentée comme une enquête sur le suivi de la grossesse ainsi que les habitudes de vie des femmes pour comprendre pourquoi certaines femmes avaient plus de difficultés à faire suivre leur grossesse.

1.2.3. Méthode rétrospective

Il semblait intéressant de rencontrer ces femmes dans la période du post-partum car il pouvait y avoir un recul sur toute la durée de la grossesse ainsi que l'issue de celle-ci. J'ai choisi de rencontrer les femmes durant leur hospitalisation en suites de naissance. Je me suis rendue à la maternité plusieurs fois par semaine pour rencontrer un maximum de femmes.

1.2.4. Période et lieu de l'étude

L'étude était rétrospective et descriptive. Elle a été réalisée du 1^{er} septembre 2011 au 1^{er} novembre 2011 au CHU de Caen.

2. Les résultats

2.1. Description de la population

2.1.1. Age des patientes

Parmi les femmes incluses, 55,3% (n=21/38) avaient entre 18 et 25 ans, 7,9% (n=3/38) étaient mineures.

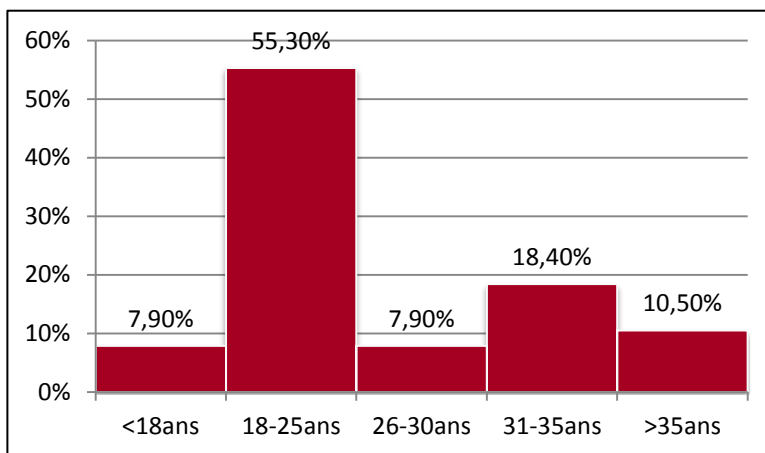
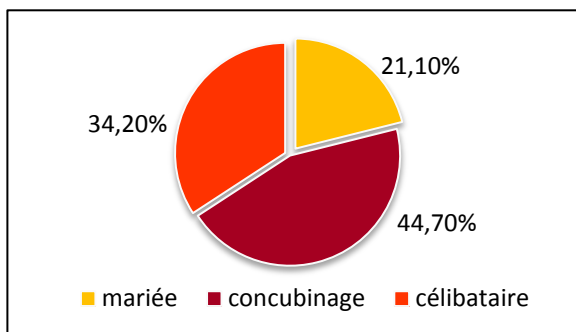


Figure 1 : Classes d'âge.

2.1.2. Statut marital



65,8% (n=25/38) des femmes vivaient en couple et 34,2% (n=13/38) étaient célibataires au moment de l'accouchement.

Figure 2 : Statut marital.

2.1.3. origine ethnique

Tableau I : Origine ethnique.

origine	Fréquence	Pourcentage
Europe ouest	26	68,4%
Europe est	2	5,3%
Maghreb	4	10,5%
Afrique du sud	5	13,2%
Autres pays	1	2,60%
Total	38	100,0%

2.1.4. Niveau d'étude

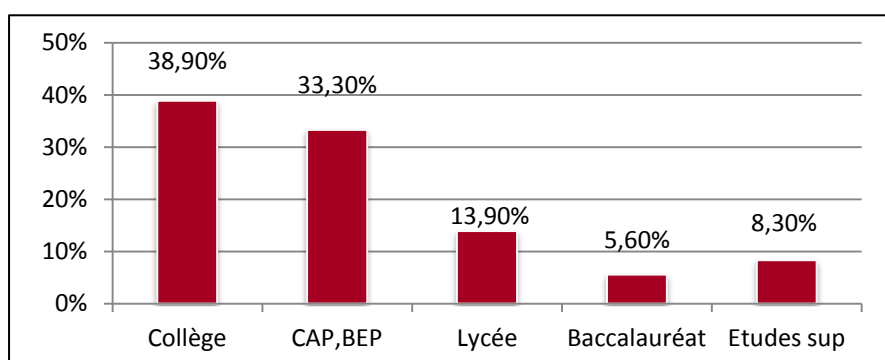


Figure 3 : Niveau d'étude.

38,9% (n=14/36) de femmes ont arrêté leurs études après le collège, 8,3% (n=3/36) des femmes ont fait des études supérieures.

2.1.5. Situation professionnelle des femmes

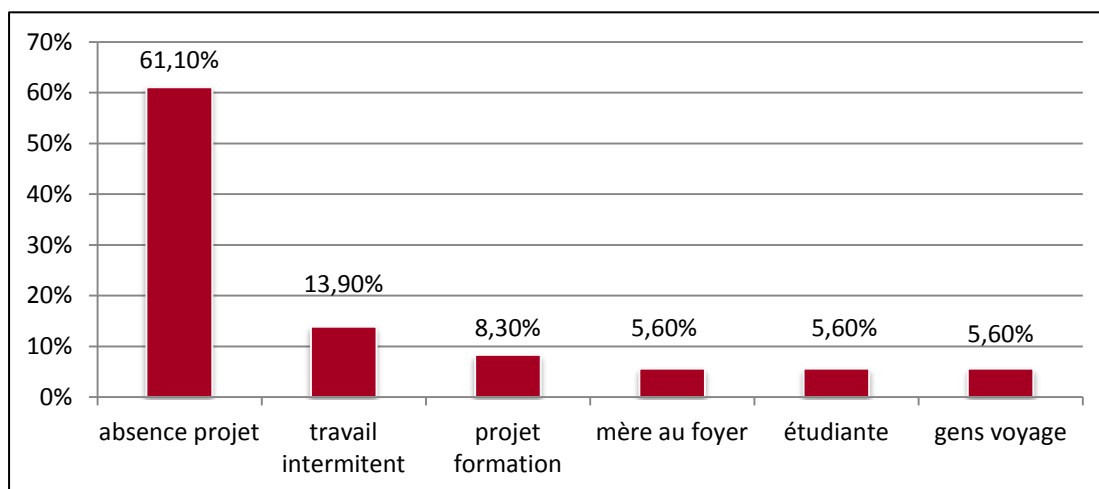


Figure 4 : Vie professionnelle des femmes.

Au moment de l'étude, 100% (n=38/38) des femmes ne travaillaient pas. 41,7% (n=15/36) n'ont jamais travaillé et 13,9% (n=5/36) des femmes travaillaient de manière intermittente.

Sur les 36 femmes interrogées, 38,9% (n=14/36) n'avaient pas de projet de travail ni de formation à court terme.

5,6% (n=2/36) appartenaient à la communauté des gens du voyage.

2.1.6. Situation professionnelle des conjoints

Tableau II : situation du conjoint.

travail conjoint	Fréquence	Pourcentage
Pas de travail ou chômage	15	60,0%
Travail intermittent	6	24,0%
Etudiant	1	4,0%
Gens du voyage	2	8,0%
Incarcéré	1	4,0%
Total	25	100,0%

Parmi les femmes vivant en couple, 24% (n=6/25) avaient un conjoint qui travaillait de manière intermittente.

2.1.7. Sources de revenus

91,7% (n=31/36) des femmes percevaient le RSA ou une allocation chômage, 8,3% (n=3/36) ne percevaient pas le RSA mais avaient pour revenus des aides familiales.

2.1.8. Antécédents médicaux

Tableau III : Indice de masse corporelle.

IMC	Fréquence	Pourcentage
Maigre (<18,5)	5	13,2%
Normal (18,5-25,9)	23	60,5%
Surpoids (26-30,9)	7	18,4%
Obésité (31-40,9)	2	7,9%
Obésité morbide (>40)	0	0%
Total	38	100,0%

60,5% (n=23/36) des femmes avaient un indice de masse corporelle normal.

26,3% (n=10/36) des femmes présentaient une pathologie préexistante à la grossesse, 50% (n=5/10) des cas souffraient d'asthme. Pour les autres pathologies, on note : une hyperthyroïdie, un vaginisme, un portage du virus de l'herpès, un syndrome de googpasture.

2.1.9. Antécédents obstétricaux

84,2% (n=32/36) des femmes n'ont jamais eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

26,3% (n=10/36) des femmes ont fait au moins une fausse couche spontanée avant leur grossesse.

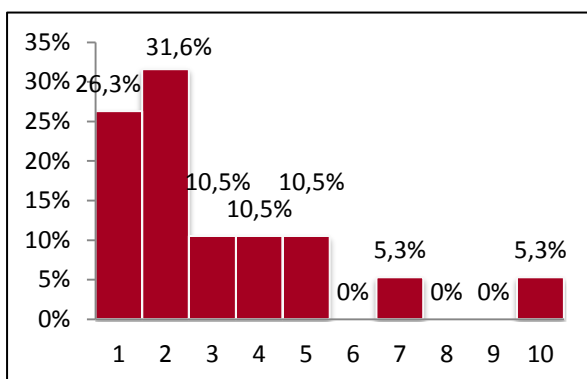


Figure 5 : Gestité.

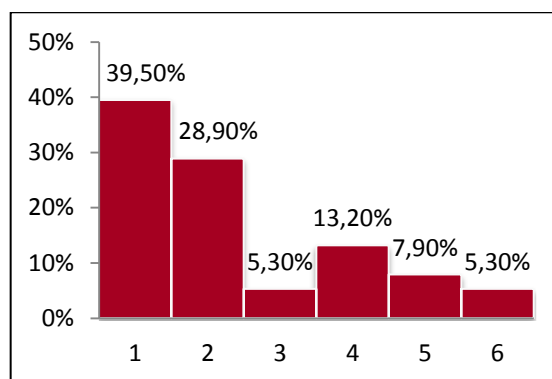


Figure 6 : Parité.

26,3% (n=10) des femmes étaient primigestes et 39,5% (n=15) étaient primipares. 21,7% (n=12) des femmes ont trois enfants ou plus.

2.2. Habitudes de vie

2.2.1. Alimentation

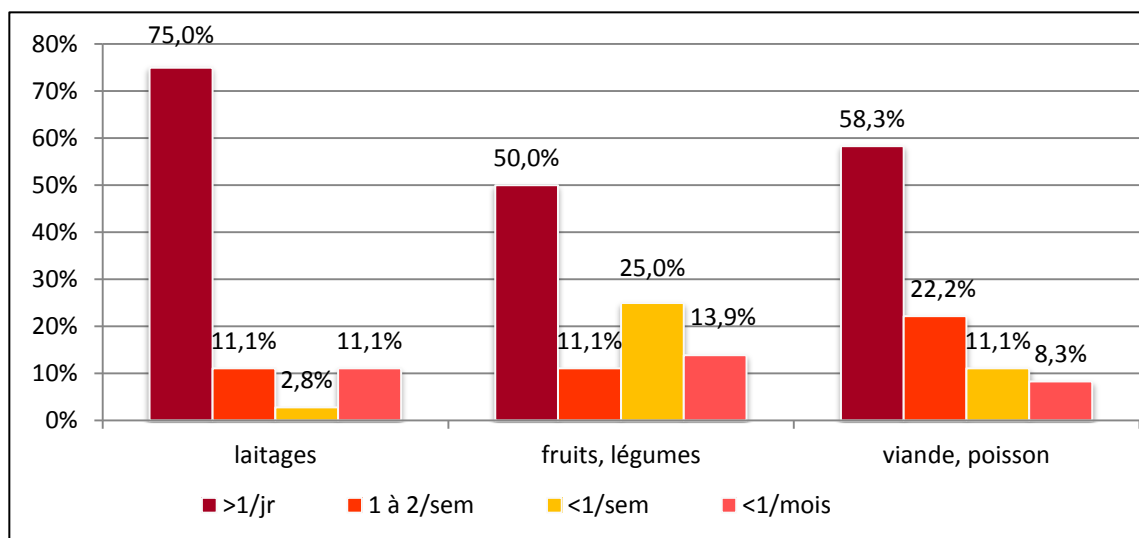


Figure 7 : Habitudes alimentaires.

33,3% (n=12/36) des femmes interrogées ont pris 3 repas par jour pendant leur grossesse.

8,3% (n= 3/36) ne prenaient qu'un repas le soir avec leur conjoint ou enfant(s) et précisaient un manque d'appétit lorsqu'elles étaient seules.

11,1% (n=4/36) femmes ont mangé des laitages moins d'une fois par mois.

50,0% (n=18/36) femmes ont mangé des fruits ou légumes tous les jours et 25% (n=9/36) n'en ont mangé qu'une fois par semaine.

25% (n=9/36) des femmes ont déjà eu recours à l'aide alimentaire au moins une fois dans leur vie.

2.2.2. Addictions

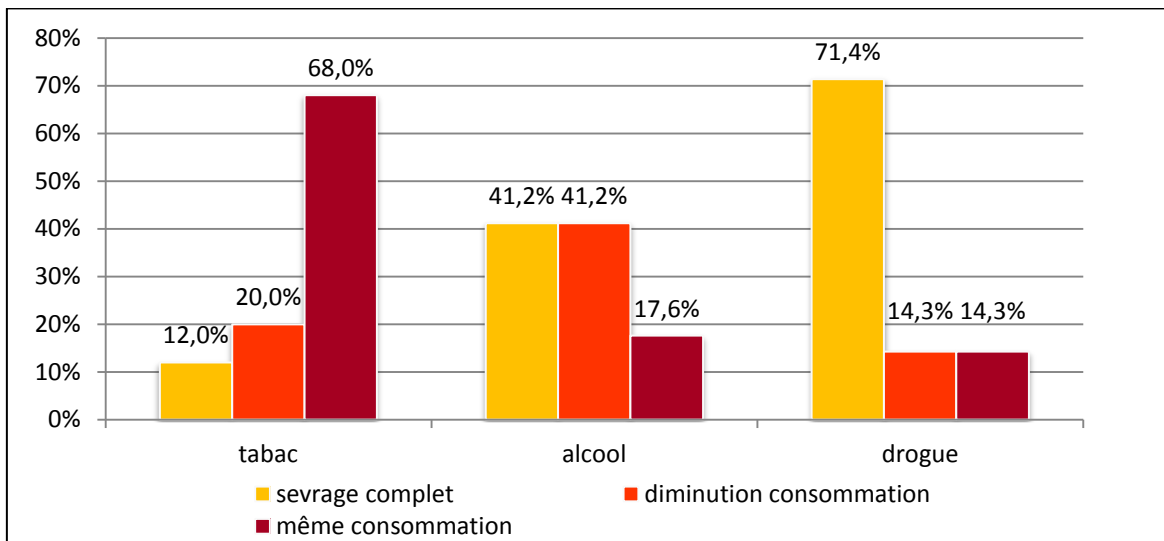


Figure 8 : Consommation de toxiques.

Avant la grossesse, 65,80% (n=25/36) des femmes étaient fumeuses régulières. Parmi elles, 68% (n=17/25) n'ont pas changé leur consommation pendant la grossesse. Au total, 61,1% (n=22/36) des femmes fumaient pendant la grossesse.

Avant la grossesse, 55,3% (n=21/36) des femmes ne consommaient jamais d'alcool. Parmi les femmes en consommant, 41,2% (n=7/21) s'étaient abstenues pendant la grossesse et 41,2% (n=7/21) ont diminué leur consommation. Au total, 27,8% (n=10/36) des femmes ont bu au moins une fois de l'alcool pendant leur grossesse.

Avant la grossesse, 18,4% (n=7/36) des femmes consommaient des drogues : du cannabis pour 6 d'entre elles, du Buprénorphine et du cannabis pour l'une d'entre elles. Parmi les femmes consommant, 71,4% (n=5/7) se sont abstenues pendant la grossesse.

2.2.3. Logement

11,1% (n=4) avaient un logement provisoire et vivaient chez des amis ou de la famille.

75,% (n=29/36) des femmes habitaient dans un appartement et 55,6% (n=20/36) considéraient leur logement inadapté.

50% (n=18/36) des femmes avaient fait une demande de logement

5,5% (n=2/36) des femmes avaient pour projet d'aller dans un foyer monoparental après la sortie de la maternité.

2.2.4. Moyen de locomotion

80,6% (n=29/36) des femmes habitaient dans l'agglomération caennaise, elles avaient accès aux transports en commun.

13,9% (n=5/36) femmes n'habitaient pas dans l'agglomération caennaise (1 à Cabourg, 1 à Ouistreham, 1 à Luc sur mer, 2 à Courseulle sur mer).

5,5% (n=2/36) des femmes faisaient partie de la communauté des gens du voyage.

75% (n=27/36) des femmes n'avaient pas de voiture et empruntaient les bus pour se rendre à la maternité.

2.2.5. Lien social

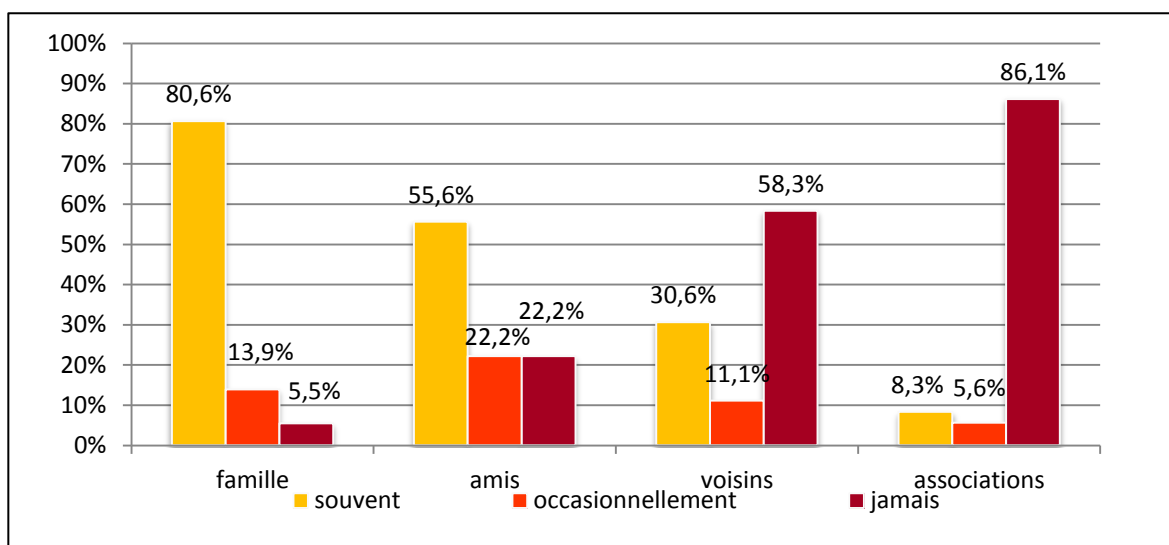


Figure 9 : Lien social.

80,6% (n=29/36) des femmes voyaient régulièrement leur famille.

11,1% (n=4/36) des femmes avaient eu le sentiment d'être isolées pendant leur grossesse, principalement à cause de l'éloignement de leur famille. 13,9% (n=5/36) femmes avaient eu le sentiment d'être plus entourées du fait de leur état de grossesse.

2.3. Suivi de grossesse

2.3.1. Couverture maladie

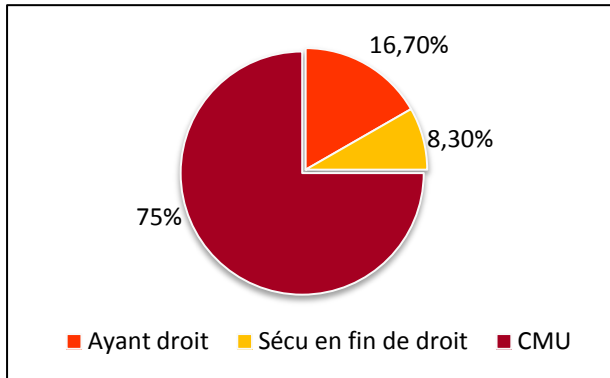


Figure 10 : Couverture maladie.

Toutes les femmes interrogées possédaient une couverture maladie, 75,0% (n=27/36) des femmes avaient la CMU et toutes possédaient une assurance complémentaire.

2.3.2. Déclaration de grossesse

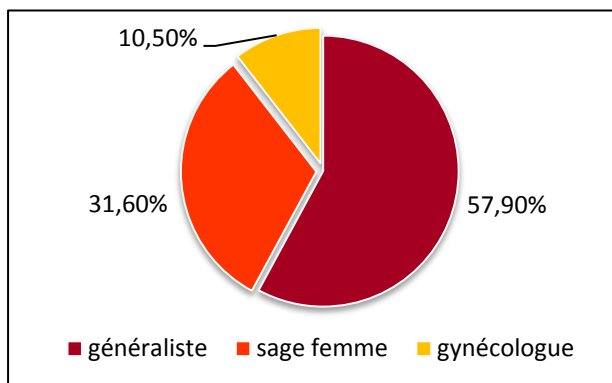


Figure 11 : Lieu de la déclaration de grossesse.

57,9% (n=22/38) des femmes avaient déclaré leur grossesse chez un médecin généraliste.

15,8% (n=6/38) avaient déclaré leur grossesse au-delà de 20 SA.

2.3.3. Suivi obstétrical

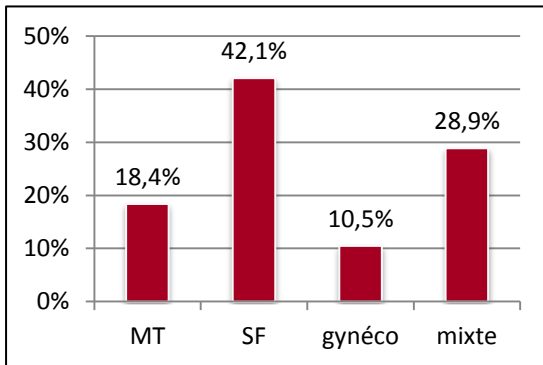


Figure 12 : Suivi de grossesse.

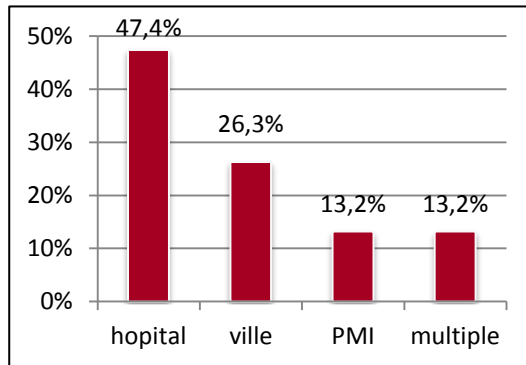


Figure 13 : Lieu du suivi.

42,1% (n=16/38) des femmes avaient fait suivre leur grossesse par une sage-femme. 47,4% (n=18/38) l'avaient faite suivre à l'hôpital et 13,2% (n=5/38) en PMI.

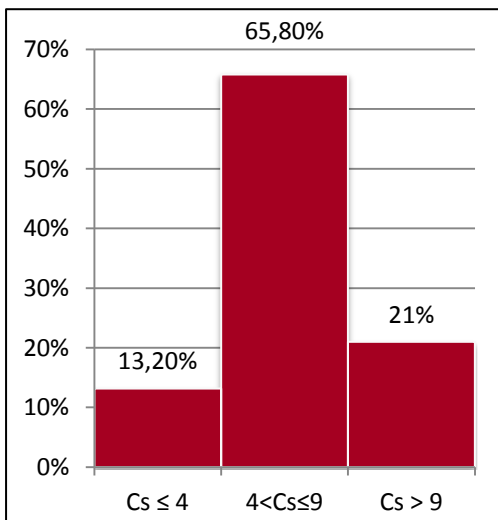


Figure 14 : Nombre de consultations.

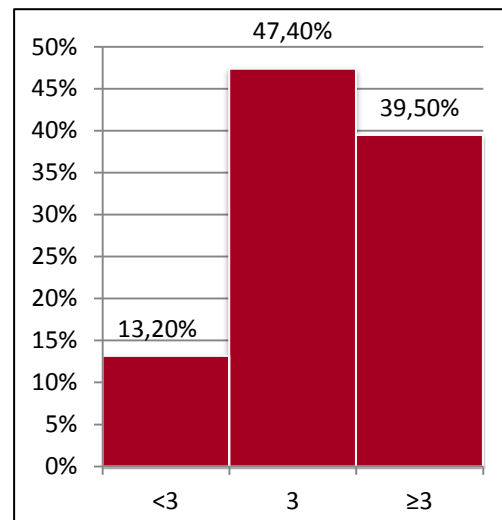
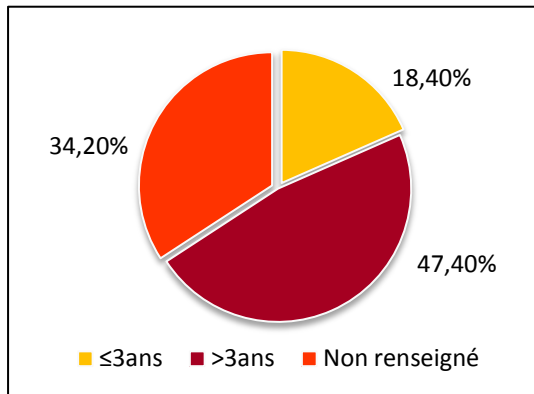


Figure 15 : Nombre d'échographies.

65,8% (n=25/38) des femmes avaient eu entre 5 et 9 consultations de suivi obstétrical, 13,2% (n=5/38) en avaient eu moins de 5.

47,4% (n=18/38) des femmes avaient eu les 3 échographies recommandées et 13,2% (n=5/38) en avaient eu moins de 3.

2.3.4. Examens médicaux



47,4% (n=18) n'avaient pas fait un frottis vaginal depuis moins de 3ans.

Figure 16 : Frotti cervico-vaginal.

13,2 (n=5/38) des femmes n'avaient pas fait les sérologies pour le HIV, l'antigène HBs et la Syphilis).

Une femme n'avait pas fait la recherche pour la toxoplasmose.

5,3% (n=2/38) femmes n'avaient pas fait la recherche pour la rubéole, parmi les autres, 13,9% (n=5/38) n'étaient pas immunisées.

26,3% (n=10/38) des femmes n'avaient pas effectué le prélèvement des marqueurs sériques maternels. Parmi elles, 2 ignoraient pourquoi et 2 avaient choisi de ne pas le faire. Les autres avaient découvert leur grossesse trop tardivement.

2.3.5. Préparation à la parentalité et à la natalité (PNP)

26,7% (n=4/15) des primipares et 4,3% (n=1/23) des multipares ont eu des cours de PNP. 46,7% (n=7/15) des primipares et 8,7% (n=2/23) des multipares ont eu un entretien prénatal.

2.3.6. Staff médico-psycho-social

Le dossier de 23,7% (n=9/38) des femmes a été présenté au staff médico-psycho-social.

2.3.7. Consultations de spécialistes

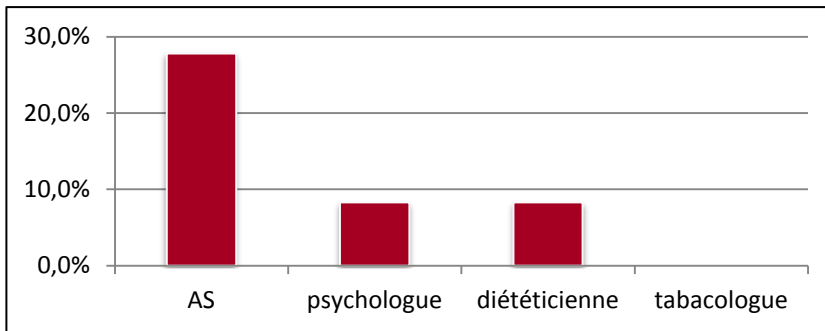


Figure 17 : Spécialistes consultés.

Parmi les femmes interrogées, 27,8% (n=10/36) ont consulté une assistante sociale.

8,3% (n=3/36) des femmes ont consulté un psychologue.

2.4. Santé des femmes

2.4.1. Vision de leur santé

27,8 (n=10/36) femmes n'allaient que rarement chez le médecin et considéraient leur état de santé comme moins important que celui de leurs enfants.

11,1% (n=4/36) femmes affirmaient aller souvent chez le médecin parce qu'elles bénéficiaient la CMU.

47,1% (n=17/36) des femmes avaient régulièrement retardé des soins avant leur grossesse. 52,9% (n=9/17) d'entre elles ont changé d'attitude lorsqu'elles étaient enceintes et auraient plus rapidement consulté un medecin.

2.4.2. Pathologies au cours de la grossesse

34,3% des femmes ont été hospitalisées pendant la grossesse (13,2% (n=5/38) en hopital de jour et 21,1% (n=8/38) dans le service de surveillance intensive de grossesse).

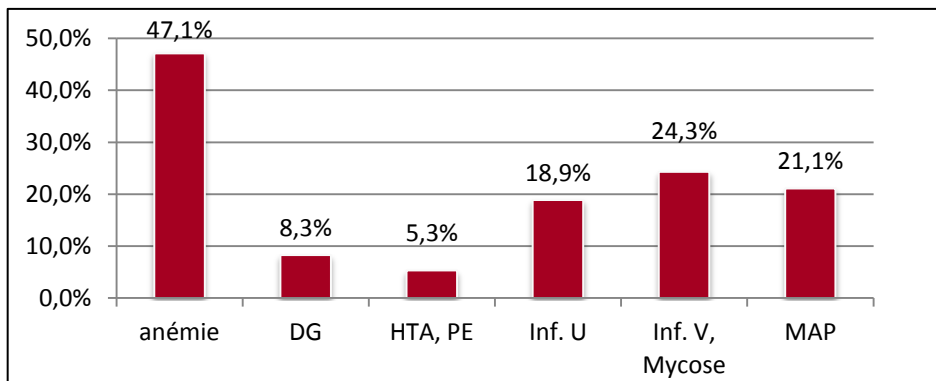


Figure 18 : Pathologies au cours de la grossesse.

47,1% (n=16/38) des femmes présentaient une anémie au cours de leur grossesse (Hb \leq 10,5g/dl).

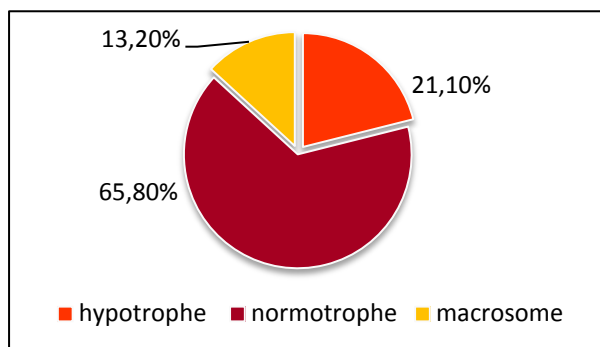
21,1% (n=8/38) des femmes ont été hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré.

2.4.3. Issue de grossesse

18,4% (n=7/38) femmes avaient accouché prématurément, parmi elles, 28,6% (n=2) ont accouché avant 33SA.

31,6% (n=12/38) des femmes ont accouché par césarienne.

2.4.4. Poids de naissance



65,8% (n=25/38) des enfants étaient normotrophes.

Figure 19 : Poids de naissance.

2.5. Vécu de la grossesse

2.5.1. Projet de grossesse

Pour 21,1% (n=8/36) des femmes interrogées, la grossesse n'était pas programmée.

2.5.2. Vécu

77,8% (n=28/36) des femmes déclaraient avoir plutôt bien vécu leur grossesse.

11,1% (n=4/36) avaient eu du mal à investir leur grossesse car celle-ci avait débuté sous contraceptif.

2.5.3. Importance du suivi

22,2% (n=8/36) des femmes ne considéraient pas comme important les consultations prénatales et s'y rendaient seulement par obligation.

Parmi les 5 femmes ayant eu moins de 5 consultations :

- 1 femme n'accordait d'importance qu'aux échographies et expliquait qu'elle était « gênée par les examens » et avait « la peur du regard des autres ». Elle n'a fait aucun suivi sérologique et n'est pas allée en consultation de 18 SA à 39SA.
- 1 femme a expliqué : « ma porte d'entrée a été forcée et ne pouvait pas fermer à clef, je ne pouvais donc pas m'absenter ». A cela s'ajoute une déclaration de grossesse tardive. elle a manqué plusieurs consultations et l'échographie du premier trimestre.
- 2 femmes ne sont allées voir leur medecin traitant qu'au moment des échographies, elles ont effectué 3 consultations.
- 1 femme a découvert sa grossesse à 36 SA. Celle-ci n'a donc pas fait le suivi de début de grossesse.

2.5.4. Relations avec la PMI

47,2% (n=17/36) des femmes ne se souvenaient pas avoir reçu la lettre d'information envoyée par la PMI.

Parmi celles l'ayant reçue, 57,9% (n=11/19) des femmes ont estimé que les informations données dans la lettre de la PMI leur avaient suffi.

55,6% (n=20/36) des femmes ont préféré faire suivre leur grossesse par leur médecin ou à l'hôpital.

25,0% (n=9/36) ont contacté la PMI pour un entretien prénatal ou un suivi.

16,7% (n=6/36) n'ont pas souhaité être en contact avec la PMI car elles avaient vécu de mauvaises expériences avec ce service lors d'une précédente grossesse.

2.5.5. Informations reçues

94,4% (n=34/36) des femmes pensaient avoir été suffisamment informées sur le déroulement de leur grossesse ainsi que sur le suivi. Les informations connues l'étaient principalement par expérience personnelle, la famille, les livres, internet ou les professionnels de santé.

1. Points forts et limites de l'étude

1.1. Limites

1.1.1. Taille de l'échantillon

Le nombre de femmes rencontrées est faible, cela s'explique par une contrainte de temps. J'ai dû effectuer deux stages dans d'autres départements au moment de mon étude, je ne pouvais donc pas réaliser les entretiens au CHU de Caen.

J'ai choisi de ne pas inclure les femmes rencontrées dans les maternités où j'ai effectué mes stages car la population n'est pas la même et les politiques mises en places dans le cadre du réseau de périnatalité sont également différentes.

1.1.2. Critères de sélection

Les critères de sélection de la population étudiée sont très restrictifs. Même si ma volonté était d'étudier la précarité financière, les personnes sans emploi ne constituent qu'une partie de la population en précarité financière. La précarité est bien sûr présente chez certaines personnes possédant un emploi mais les critères de sélection ne pouvaient alors être objectifs ou auraient nécessité un item supplémentaire dans le dossier de soin à compléter par les professionnels de santé ayant suivi la grossesse.

Il y a un biais de sélection prévisible : l'un des critères est « femme seule sans emploi », le nombre de femmes célibataires est donc plus important que dans la population générale.

1.2. Points forts

1.2.1. Entretien semi-directif

Le nombre de femmes rencontrées est faible, cependant aucune femme n'a refusé de participer aux entretiens ce qui m'a permis de d'établir une description assez fidèle des femmes en situation de précarité financière au vu de résultats d'études similaires. [48] [61]

[62] Cependant, la comparaison à d'autres études reste à adapter car les critères de sélection ne sont pas les mêmes puisque la précarité n'a pas été définie de la même manière.

La recherche sur dossier a été complétée par des entretiens afin de recueillir des réponses ouvertes. Ces femmes ont été mises à l'aise ce qui leur a permis d'exprimer librement leur ressenti. Mon souci a été de recueillir « de la parole » et non un discours construit.

1.2.2. Lieu de l'étude

L'étude a été réalisée dans une maternité de niveau III, Par conséquent le taux de complications au cours des grossesses aurait pu être plus important. Toutes les femmes de mon étude habitent à Caen. Du fait que le seul hôpital public de Caen soit le CHU, elles auraient de toute façon accouché dans cette maternité. Aucune n'a été transférée d'un hôpital de périphérie et/ou de niveau différent.

Le niveau de la maternité du CHU de Caen n'influence donc pas les résultats de l'étude.

2. Analyse et discussion

2.1. Critères de sélection de deux études comparables

Compte tenu de la diversité des formes de précarité, il me semble important de préciser les critères de sélection de la population des deux principales études auxquelles j'ai comparé mes résultats.

- L'étude de M. Gayral-Taminh et al. [48]

Etude prospective 2001-2002 au CHU de Toulouse. La population cible était sélectionnée grâce à un questionnaire de 7 items portant sur les facteurs de précarité remplis par le personnel soignant.

- L'étude de D. Durand. [61]

Etude prospective 2003 au CHU de Nantes. La population cible était sélectionnée sur le critère « bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ».

Les critères de sélection étant différents, les résultats sont à comparer avec précaution.

2.2. Caractéristiques de la population étudiée

2.2.1. Age des patientes

La majorité des femmes de mon étude est jeune avec deux tiers des femmes qui ont moins de 25 ans. Cette part est nettement supérieure au taux de la population générale française qui est de 17% (l'enquête de périnatalité 2010). [63]

Cette proportion de femmes jeunes illustre le désir du passage à la vie d'adulte. Cette maternité permet à la jeune femme d'accéder au statut de mère et donc au statut d'adulte et à la reconnaissance. Pour ces femmes, elle permet également l'accès à une certaine indépendance, notamment financière avec le droit au RSA ou aux aides qu'elles perçoivent grâce aux enfants.

2.2.2. Statut marital

Près d'un tiers des femmes interrogées sont célibataires. La proportion de femmes célibataires est plus importante que dans la population générale (7,3% pour l'enquête de périnatalité 2010 [63]). Cette différence peut éventuellement s'expliquer par le biais de sélection comme il est précisé dans un précédent paragraphe mais pas uniquement. En effet, le chiffre de mon étude est similaire aux études de 2002 (M. Gavral-Taminh et al.) et 2003 (D. Durand). [48] [61]

Comme nous l'avons écrit précédemment, la grossesse chez les femmes des milieux défavorisés est souvent synonyme ou vécue comme une projection de leur idéal de vie. Le fait que ces femmes soient en majorité jeunes et en recherche de valorisation, influence consciemment ou inconsciemment la réflexion sur leur vie de couple. Elles la pensent

stable, ce qui n'est pas toujours le cas. A l'inverse, la grossesse peut être envisagée pour souder une vie de couple qui serait fragile et combler un manque affectif (ce qui produit souvent l'effet inverse).

Enfin le fait de vivre seul est un facteur de pauvreté en lui-même (18,1% VS 13,5%) [63], il y a donc naturellement plus de femmes célibataires dans ma population de personnes précaires.

2.2.3. Origine ethnique

La proportion de personnes d'origine étrangère est de près de 20% contre 13,4% dans l'enquête de périnatalité 2010. [63] La différence peut s'expliquer par le fait qu'être immigré ou descendant direct d'immigré est un facteur de pauvreté. 36,1% des personnes immigrées vivent sous le seuil de pauvreté contre 11,3% chez les personnes non immigrées. [64] Cependant, les personnes de ma population étaient d'origine étrangère et pas seulement issues directement de l'immigration, ce qui a une incidence sur la représentativité de ces personnes dans mon échantillon.

Si le taux de mon étude est supérieur à celui de l'enquête de 2010, il demeure néanmoins inférieur à celui retrouvé dans les deux études de 2002 (M. Gavral-Taminh et al.) et 2003 (D. Durand). [48] [61] Cette différence peut s'expliquer par les critères de sélection différents mais aussi parce que deux femmes d'origine étrangère ayant fait suivre leur grossesse à l'étranger ont été exclues de mon étude.

2.2.4. Niveau d'étude et situation professionnelle

Un niveau d'étude faible était prévisible, 38,9% des femmes de ma population ont arrêté les études après le collège et seules 8,3% des femmes ont suivi des études supérieures alors que les femmes diplômées d'études supérieures représentent 51% de la population française (enquête de l'INSEE, 2009). [65] Pour les femmes ayant fait des études supérieures, l'absence d'emploi au moment de mon étude n'était que ponctuelle dans leur parcours de vie professionnelle.

Le critère de sélection était l'absence d'emploi. J'ai recherché quelle était la position de ces femmes quant à leur situation professionnelle. La majorité des femmes n'envisageait pas de travailler ou de reprendre une formation que ce soit à court ou à long terme.

22,2% (n=8/36) des femmes ont commencé leur grossesse actuelle ou précédente en cours de formation et ont arrêté cette dernière. Deux hypothèses peuvent être émises : soit ces grossesses sont survenues suite à un échec de contraception, soit elles étaient un moyen pour ces femmes de concrétiser autre chose que des études qui les ennuiant ou les mettent en échec. La seconde hypothèse semble se confirmer puisque la plupart de ces femmes n'envisagent pas de reprendre une formation par la suite. Dans leur témoignage, elles expliquent cette situation comme une fatalité, qui est arrivée « *comme ça* ». Plusieurs femmes l'expriment comme suit : « *Ben je suis tombée enceinte alors j'ai arrêté* ».

L'éducation est la base d'une société, elle permet non seulement l'apprentissage de connaissances, mais aussi la transmission d'une culture, de valeurs et d'esprit critique pour permettre une meilleure insertion professionnelle et sociale. Les femmes qui n'ont pas accès à cette éducation ont davantage de risques d'obtenir un emploi précaire et peu gratifiant. Ainsi elles pensent trouver dans la grossesse une plus grande valorisation. Il est primordial de suivre de près et le plus précocement possible l'éducation de ces femmes en devenir et d'organiser un suivi éducatif personnalisé pour les enfants issus de milieux défavorisés.

La quasi-totalité des femmes perçoivent le RSA et le reste des femmes bénéficient des ressources provenant d'aides familiales. Ainsi ma population est bien une population en précarité financière puisqu'en dessous du seuil de pauvreté.

2.2.5. Antécédents

2.2.5.1. Médicaux

La distribution de l'indice de masse corporelle est similaire à celle de la population générale, on note cependant légèrement plus de femmes ayant un IMC inférieur à la normale dans ma population (13,2% vs 8,3%). [63]

2.2.5.2. Obstétricaux

Dans ma population, 39,5% des femmes accouchent pour la première fois ce qui est similaire à la population générale. Par contre le nombre de femmes ayant plus de trois enfants est nettement supérieur (26,4% vs 7,8%). [63]

25,8% des femmes de ma population ont réalisé une interruption volontaire de grossesse contre 15,5% dans la population générale. [63] Les femmes de ma population sont plus jeunes et ont eu plus souvent recours à une IVG que la population générale. Ce constat pose la question de la contraception et du projet de grossesse.

Dans mon étude, la majorité des femmes ont souhaité leur grossesse mais pour celles n'ayant pas désiré être enceintes (21%) la moitié ne prenait pas de contraception au moment où la grossesse est survenue. Le nombre de grossesses plus important dans les milieux précaires n'est donc pas uniquement dû à un échec de contraception mais bien à un désir de grossesse, conscient pour la majorité d'entre elles, inconscient pour certaines.

Ces femmes ont souvent eu des carences affectives au cours de leur enfance, elles cherchent à reconstituer un idéal en créant leur propre famille. Les désillusions peuvent se produire lorsqu'elles n'arrivent pas à modifier le schéma familial qu'elles ont vécu, particulièrement quand les séparations avec leur partenaire se produisent ou lorsqu'il y a intervention des services d'aide sociale à l'enfance.

2.2.6. Habitudes de vie

2.2.6.1. Alimentation

La majorité des femmes disent avoir une alimentation équilibrée et mangent trois repas par jour pendant leur grossesse. Moins d'un tiers des femmes a déjà eu recours à l'aide alimentaire dans leur vie. Les femmes ne semblent pas à l'aise face à cette question, ce qui est compréhensible. Il n'est pas toujours facile de révéler que l'on a régulièrement recours à l'aide alimentaire, ceci peut être interprété comme une incapacité à gérer un budget et un regard dévalorisant peut être porté. Le plus souvent, les femmes comptent sur l'aide de leur famille « *Si j'ai besoin, y a la famille pour ça* ».

2.2.6.2. Addictions

La consommation de tabac est importante puisque deux tiers des femmes en consommaient régulièrement avant la grossesse contre 27% des femmes de 12 à 75 ans en France. [35] Parmi les femmes en consommant, la majorité n'a pas diminué pendant la grossesse. Au total, presque deux tiers des femmes fument pendant la grossesse contre 17,1% dans la population générale [63]

La consommation d'alcool avant la grossesse semble très faible dans ma population par rapport à la population générale (44,7% vs 86% [37]). Cela peut s'expliquer par le biais de la sous déclaration. Le pourcentage de femmes déclarant en avoir bu au moins une fois pendant la grossesse se situe dans les chiffres de la population générale : 22,9% à 50% selon les études. [63] [37] Bien que l'étiquetage « alcool zéro pendant la grossesse » soit obligatoire depuis 2004 sur les bouteilles d'alcool, on note que cette information n'est pas encore prise en compte par toutes les femmes, et pas seulement dans les milieux précaires. Il est difficile de résister à la pression familiale et amicale dans un pays où la consommation d'alcool, et particulièrement de vin, est culturelle.

Quelques femmes déclarent consommer du cannabis, la majorité d'entre elles se sont abstenues pendant la grossesse. En tout 5,5% (n=2) de femmes consomment du cannabis pendant la grossesse ce qui reste légèrement supérieur à la consommation de la population générale. L'une de ces femmes ne l'avait pas signalée aux soignants rencontrés pendant la grossesse et s'inquiétait pour son enfant, ce qui l'a amené à révéler cette consommation après notre entretien : « *C'est bien confidentiel ce qu'on dit ? Parce qu'en fait il y a quelque chose que je n'ai pas dit mais qui m'inquiète* ». Ceci montre qu'il y a une possible sous déclaration, il est important de mettre les femmes en confiance pour connaître leur consommation réelle.

2.2.6.3. Logement

Les ménages sans emploi sont plus urbains et majoritairement locataires, [66] ce qui se confirme dans mon étude puisque 80% des femmes habitent dans l'agglomération caennaise. Cependant il y a une surpopulation et les familles avec peu de revenus doivent attendre plusieurs mois pour obtenir un logement convenable. Plus de la moitié des femmes considèrent leur logement inadapté notamment par rapport à la surface et une bonne partie d'entre elles était en demande de logement. La majorité des femmes n'ont pas

de voiture. Habiter en ville résout en partie le problème des déplacements pour se rendre aux consultations.

La question du coût de l'abonnement aux transports publics est en majorité résolue par des tarifs réduits de moitié, voire une gratuité sous certaines conditions¹. Certaines femmes expliquent qu'il leur arrivait de ne pas payer de ticket notamment pour le tramway : « *vous savez, quand on n'a pas d'argent, on paye pas et puis c'est tout* ». Le déplacement est un réel problème pour les femmes n'habitant pas en ville. Le réseau de transport public en zone périurbaine ou en campagne propose peu d'horaires.

Le réseau de périnatalité, les centres de PMI, permettent éventuellement de palier aux difficultés rencontrées par les femmes enceintes pour consulter.

Pour l'accouchement, la plupart des femmes ont été amenées par les pompiers ou le S.A.M.U., elles s'inquiètent donc peu du moyen du transport pour aller accoucher.

2.2.6.4. Lien social

La plupart des femmes de mon étude se sentent bien entourées pendant la grossesse comme pour les femmes de la population générale. [63] Seules 5,5% n'ont pas de lien avec leur famille contre 8% de la population générale (enquête de la fondation de France).

Cette dernière enquête montre des résultats différents concernant les populations précaires : 16% de ces personnes n'auraient pas de lien avec leur famille et 39% de ces personnes expriment une grande solitude. [21] Dans mon étude, seules 11,1% des femmes se sont senties isolées pendant la grossesse. On peut expliquer cette différence par leur état : plusieurs femmes expriment le sentiment d'être bien entourées particulièrement du fait de leur grossesse. Ces femmes sont majoritairement jeunes et sont donc souvent encore proche du milieu familial. Pour les autres, le fait d'avoir déjà un enfant leur offre la possibilité de côtoyer d'autres personnes grâce à l'école.

¹ www.twisto.fr

2.3. Suivi de la grossesse

2.3.1. Déclaration de grossesse

Plus de femmes ont déclaré tardivement leur grossesse que dans la population générale (15,8% vs 7,8%). Cependant ma limite était de 20 SA tandis que celle de l'enquête de périnatalité était de 14 SA. La différence aurait été plus importante si j'avais pris cette limite. L'étude de D. Durand qui a pour limite 15 SA note 31,7% de déclarations tardives. Ainsi, il y a plus de déclarations tardives dans les milieux précaires. Aucune de ces femmes n'était sous contraceptif, et la déclaration tardive n'était pas liée à un mauvais suivi de la grossesse par la suite. On peut donc supposer que la déclaration tardive est liée à une découverte plus tardive de la grossesse.

La majorité des femmes ont déclaré leur grossesse chez un médecin généraliste ou encore chez une sage-femme. Cette situation est très différente de celle de la population générale qui est en majorité allée chez un gynécologue. Les femmes sont allées chez leur médecin traitant le plus souvent en raison de sa proximité. L'hypothèse peut également être émise qu'elles ont plus confiance en leur médecin qui les connaît, l'accès à un médecin spécialiste est peut-être moins accessible.

La plupart des femmes ont ensuite fait suivre leur grossesse au CHU de Caen. Ceci explique la plus forte déclaration de grossesse par une sage-femme que par un gynécologue puisque les consultations obstétricales pour une grossesse physiologique y sont majoritairement réalisées par les sages-femmes avec un délai d'attente moins important.

2.3.2. Suivi de grossesse

Près d'un quart des femmes de mon étude ont été suivies par une sage-femme, ceci s'explique par le fait que les femmes ont été suivies dans cette même proportion au CHU de Caen. Très peu ont fait suivre leur grossesse par un gynécologue (10,5%) par rapport à la population générale pour qui ce suivi concerne deux tiers des femmes. [63] 18,4% des femmes de mon étude continuent à se faire suivre par leur médecin traitant contre 4,7% des femmes de la population générale [63] Au total, on remarque que les femmes issues des

milieux précaires ont plus souvent fait suivre leur grossesse en milieu hospitalier, et, lorsque ce suivi avait eu lieu en ville, c'était en majorité chez leur médecin traitant.

Je constate que ces femmes se rendent peu aux consultations proposées par la planification familiale, sûrement par défaut d'information.

13% des femmes ont eu moins de cinq consultations, cette proportion est similaire à l'étude de 2003 (M. Gayral-Taminh et Al.) qui prenait pour seuil quatre consultations. [48] Pour la population générale, seule 1% des femmes ont eu moins de quatre consultations. [63] En ce qui concerne les cinq femmes de mon étude ayant eu moins de cinq consultations, toutes étaient des multipares (plus de trois enfants pour trois d'entre elles) avec des grossesses antérieures qui furent de déroulement simple. Seule une femme a avoué sincèrement qu'elle ne comprenait pas l'intérêt du suivi : « *Je ne veux pas être examinée, de toute façon je ne vais jamais chez le médecin, ça sert à rien* ». Une autre m'a expliqué : « *Je fais le suivi quand j'ai envie, parce que c'est pas toujours facile de s'organiser pour les rendez-vous* ». J'ai pu constater au cours des entretiens que le milieu médical faisait peur (peur du jugement, peur d'être surveillée) Par exemple, on peut douter de la sincérité de cette femme qui expliquait : « *ma porte d'entrée a été forcée et ne pouvait pas fermer à clef, je ne pouvais donc pas m'absenter* ». Ainsi, peu de femmes avouent leur manque de suivi. Les femmes sont conscientes de la nécessité du suivi puisqu'il y a un fort stimulus de la part de l'extérieur, elles s'exécutent car elles craignent un regard « juge ». Cependant, elles ne sont pas toutes convaincues du bien-fondé de ce suivi.

Les femmes en situation de précarité font moins suivre leur grossesse, cependant cette différence est plus faible que je ne m'y attendais. Un biais est présent puisque j'ai comptabilisé le nombre de consultations totales en incluant les consultations en urgence. De nombreuses femmes ont donc un nombre de consultations suffisant dans ma population, mais cela ne reflète pas leur assiduité réelle. En effet, certaines femmes n'ont pas honoré les consultations programmées mais ont consulté en urgence plusieurs fois. De plus, 22% des femmes expriment qu'elles se rendent aux consultations par obligation et non parce qu'elles pensent le suivi important.

Les femmes en situation de précarité ont moins d'échographie que la population générale, mais contrairement aux consultations, aucune femme ne pense que les

échographies sont inutiles. Elles sont rassurées de voir leur enfant car c'est du concret contrairement aux consultations.

2.3.3. Examens réalisés

La majorité des femmes ont réalisé les sérologies obligatoires ainsi que la sérologie du VIH. Près de 14% des femmes ne sont pas immunisées contre la rubéole, or les recommandations préconisent ce vaccin, ces femmes sont donc passées au travers de la politique de vaccination.

26 % des femmes de mon étude n'ont pas réalisé le dépistage pour les marqueurs sériques maternels. Ces résultats sont les mêmes que pour une étude réalisée en 2008 (M-C. Grupososur et Al.). Dans cette dernière, 28% des femmes étaient sans profession. [67] Pour certaines, l'absence de réalisation des marqueurs sériques est liée à une déclaration tardive de grossesse, pour d'autres les résultats n'ont pas été retrouvés dans le dossier et les femmes ne savaient pas si elles les avaient réalisés ou non.

2.3.4. Professionnels rencontrés

Très peu de femmes ont consulté des professionnels de santé autres que ceux qui assurent le suivi de leur grossesse.

8% des femmes ont rencontré une psychologue (dont une mineure pour qui l'entretien était fortement conseillé). Cette proportion semble supérieure à celle de la population générale (5%). [63]

Les femmes ayant rencontré une diététicienne l'ont fait dans un contexte de prise en charge de diabète, le résultat n'est donc pas interprétable.

Il est à noter que 70% des femmes ont rencontré une assistante sociale.

2.3.5. Préparation à la parentalité et à la natalité

Très peu de femmes ont suivi des cours de PNP par rapport à la population générale chez les primipares (27% vs 73%) comme chez les multipares (4% vs 28%). Pour l'entretien prénatal, les chiffres de ma population se rapprochent de ceux de la population générale notamment chez les primipares. Près d'un quart d'entre elles ont réalisé l'entretien prénatal précoce contre près d'un tiers dans la population générale.

L'entretien prénatal précoce a été instauré dans le but de dépister les situations de vulnérabilité. Beaucoup de femmes y ont participé, cependant c'est souvent l'insistance des professionnels et la curiosité qui les incitent à consulter plus qu'un réel besoin.

Peu de femmes ont participé à des cours de PNP. Il peut être difficile de s'intégrer à un groupe. Les femmes des milieux précaires ont une mauvaise estime d'elles-mêmes, elles ont du mal à s'imaginer entourées d'autres femmes qui ne seraient pas issues du même milieu et qui auraient d'autres préoccupations. On peut aussi supposer qu'elles ne sont tout simplement pas demandeuses d'informations.

2.3.6. Staff médico-psycho-social

Le dossier de 24% des patientes a été présenté au staff. Cette part est supérieure à la population générale du CHU de Caen pour qui le taux est de 5,1%.

2.4. Vision de leur santé

La majorité des femmes rencontrées ont la couverture maladie universelle, cependant, si elles sont 11% à affirmer aller très souvent chez le médecin parce qu'elles possèdent la CMU, près de la moitié des femmes ont déjà retardé des soins, mais pas pour des raisons financières. Le défaut de suivi médical n'est pas uniquement lié à un manque d'argent. Les femmes ont une faible estime de leur santé. Par contre je constate que leur état de grossesse ou leurs enfants les font consulter.

Le relatif « bon suivi » des grossesses dans mon étude est donc en rapport avec l'état gravide. Connaître leur situation de grossesse et imaginer leur futur enfant leur

permet peut être de comprendre l'intérêt du suivi. Elles parviennent à se responsabiliser face à leur futur enfant, laissant leurs contraintes de côté pour s'assurer du bon déroulement de leur grossesse. C'est ce que les femmes affirment, cependant on peut s'interroger sur ce qui réellement les motive à se faire suivre. N'est-il pas en lien avec la forte incitation des professionnels et la peur de représailles ? Il semble que les femmes soient un peu dans l'idéalisation de leur comportement : alimentation, repos, enfants, hygiène de vie...

La plupart des femmes de ma population possédaient la CMU, le résultat aurait peut-être été différent dans la population ayant des revenus tous justes supérieurs à celui de la CMU. Les difficultés financière auraient alors pu être plus importantes en début de grossesse du fait de l'avance des frais ainsi que pour le transport (pas de tarif réduit).

2.5. Pathologies au cours de la grossesse

Près d'un tiers de femmes de mon étude ont été hospitalisées pendant la grossesse (service de surveillance intensive de grossesse ou hôpital de jour). Ce chiffre se situe entre le résultat des deux études sur la précarité de 2003 (D. Durand) et 2002 (M. Gayral-Taminh et Al.) qui sont respectivement de 26,7% et 43,9%. [62] [48] Mais il n'est pas précisé si ces études ont pris en compte l'hospitalisation de jour ou non. Toutefois, ces chiffres restent supérieurs à la population générale qui relève 18,8% d'hospitalisations prénatales. [63]

Les pathologies rencontrées pendant la grossesse par les femmes de mon étude sont présentes dans des proportions différentes de celle de l'étude de 2002 sur la précarité (M. Gayral-Taminh et Al.). [48] On retrouve dans mon étude pour près de la moitié des femmes une anémie (vs 20%) et également un nombre supérieur d'infections de mycoses ainsi que de menaces d'accouchement prématuré.

2.6. Issue de grossesse

Près de 20% des femmes de mon étude ont accouché prématurément, dont 29% avant 33SA. Dans l'étude de périnatalité de 2010, parmi les femmes ayant des ressources

provenant d'aides publiques ou n'ayant aucune ressource, seulement 8,5% avaient accouché prématurément. [63]

Près d'un tiers des femmes de mon étude ont accouché par césarienne ce qui est légèrement supérieur à ce qui se passe dans la population générale et qui s'explique par la présence plus fréquente de pathologies.

20% des enfants sont hypotrophes. Dans l'étude de 2002 (M. Gayral-Taminh et Al.) ils n'étaient que 13,1%. [48] Cependant cette étude a pris en compte un poids de naissance inférieur à 2500gr tandis que j'ai choisi le seuil du 10^{ème} Percentile. Ces deux valeurs restent néanmoins supérieures à celle de la population générale, ce qui suggère qu'il y a plus d'enfants hypotrophes dans la population défavorisée.

Comme nous l'avions mentionné précédemment, le CHU demeure l'hôpital le plus proche pour ces femmes. Le fait que ce soit un niveau III n'influence donc pas les résultats.

2.7. Vécu de la grossesse

Dans l'ensemble, les femmes déclarent avoir bien vécu leur grossesse et la quasi-totalité pense avoir été suffisamment informée.

Globalement, peu de femmes ont contacté la PMI. On peut supposer une méconnaissance de ce service puisque près de la moitié des femmes rencontrées ne se souviennent pas avoir reçu de lettre d'information de la part de la PMI.

Le service de PMI est parfois perçu comme un système de surveillance qui pourrait entraîner la mise en place de travailleurs sociaux et notamment de placement d'enfant, surtout que 16% d'entre elles ont déjà vécu une mauvaise expérience lors d'une précédente grossesse. Une femme m'a expliqué : *« J'ai besoin de prouver que je peux y arriver toute seule, c'est pour ça que je ne voulais pas de la PMI »*

Ces femmes sont peu demandeuses d'informations. Elles considèrent souvent que l'entourage familial et amical est suffisant pour répondre aux questions qu'elles peuvent se poser pendant la grossesse. Elles se contentent alors de l'histoire obstétricale de leur mère, sœur ou belle-mère plus que les informations données par les professionnels de santé.

Les femmes sont jeunes et assez fréquemment célibataires. Elles font globalement bien suivre leur grossesse mais le principal constat est la grande fréquence de complications. Ces dernières ne sont donc pas uniquement liées à un mauvais suivi mais bien à un environnement instable.

CONCLUSION

Quel que soit le milieu social, depuis le début de l'humanité, l'Homme se reproduit. Ni la contraception, ni le contrôle des naissances, ni l'instabilité actuelle du monde n'empêchent la procréation. Devenir mère, c'est acquérir un statut quand l'emploi ne le permet pas. Pour elles, c'est la possibilité d'accéder au statut de femme adulte.

Les femmes font généralement bien suivre leur grossesse. Pourtant ce suivi n'est pas vécu comme une nécessité mais souvent comme une contrainte imposée par le monde médical. C'est certainement l'éducation mais aussi leur histoire de vie qui ne leur a pas permis de développer ce rapport au corps et à la grossesse.

On s'imagine à tort qu'en France, pays qui possède l'un des meilleurs systèmes de protection sociale au monde, toutes les femmes se font bien suivre. Mais le suivi de la grossesse et de la santé en générale n'est pas uniquement une question de moyens mais bien une affaire d'estime de soi, d'habitudes de vie. La prévention est un point essentiel. Elle pourrait être menée sur le plan national au même titre que les clips télévisuels sur la prévention routière ou l'alimentation par exemple. Un réel intérêt pour le suivi pourrait alors s'installer chez les femmes. Le staff médico-psycho-social permet déjà de trouver des solutions.

Il est important de continuer à repérer ces femmes. On pourrait par exemple rajouter un item « précarité » dans le dossier médical. Il existe un score : le score « EPICES » (Évaluation de la Précarité et des Inégalités pour les Centres d'Evaluation de Santé). Si ce score était proposé en même temps que chaque déclaration de grossesse, il permettrait ainsi objectivement de détecter et prendre en charge spécifiquement ces femmes. Repérer les femmes en difficulté n'est pas toujours aisé : tout d'abord parce que, subjectivement, chaque soignant possède sa propre vision de la précarité. Ensuite parce que toutes les situations ne sont pas toujours flagrantes : pour mon étude, j'ai choisi comme critère « absence d'emploi », pourtant de nombreuses femmes et couples sont en difficulté même avec un emploi. Cette dernière population est sûrement moins facile à repérer.

Ce mémoire ne cherchait pas à stigmatiser une partie de la population, qui risque d'ailleurs de s'accroître, mais de trouver des solutions afin de prévenir les complications plus fréquentes chez ces femmes et de les accompagner au mieux à la parentalité. Les enfants qu'elles attendent sont les générations de demain et notre devoir est aussi de leur offrir la meilleure naissance possible.

BIBIOLGRAPHIE

- [1] Hatzfeld H. Du paupérisme à la sécurité sociale 1850-1940. PUF, Nancy, 2004.
- [2] Camplong L. Pauvres en France. Hatier, Paris, 1992.
- [3] MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975. Journal Officiel du 1er juillet 1975. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068512&dateTexte=20110907>, 10 sept 2011.
- [4] Briant G. Politiques de lutte contre la pauvreté. http://www.SES_scola.ac-paris.fr, 6 sept 2011.
- [5] MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988. Journal Officiel du 3 décembre 1988. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000875188>, 6 sept 2011.
- [6] Bresson M. Sociologie de la précarité. Armand Colin, Paris, 2010.
- [7] Haboury F. Dictionnaire Larousse, Paris, 2010.
- [8] Wresinski J. Rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel n°6 du 28 février 1987. <http://lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>, 13 mars 2012.
- [9] Pujol J, Tomasini M. Niveau de vie et pauvreté monétaire en 2007. In Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion 2009-2010. La documentation Française, Paris, 2010, p 17-30.
- [10] INSEE, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2009. Nombre et taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon leur âge et leur sexe. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF04405, 24 sept 2011.
- [11] MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n° 2011-230 du 1er mars 2011 relatif au montant du RSA et RMI. <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/textes-reglementaires,1651/circulaires-et-textes-legislatifs,1641/.html>, 7 sept 2011
- [12] Maurin L. Comment mesurer la pauvreté ? <http://www.inegalites.fr>, 26 nov 2011.
- [13] Duarte A. Le revenu de solidarité active. ESF, Issy-les-moulineaux, 2010.

- [14] INSEE, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2009. Nombre et taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon le type de ménage. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF04406, 5 fév 2012.
- [15] The World Bank. Poverty line. <http://www.worldbank.org>. 6 Sept 2011.
- [16] Economy Statistics. Population below poverty line (most recent) by country. http://www.nationmaster.com/graph/eco_pop_bel_pov_lin-economy-population-below-poverty-line, 24 sept 2011.
- [17] Bouvier P. Le lien social. Gallimard, Paris, 2005.
- [18] Paugam S. Le lien social. PUF, Paris, 2008.
- [19] Ménoret-Calles B. L'accès au soin des populations démunies. L'Harmattan, Paris, 1997.
- [20] Cusset P-Y. Le lien social. Armand Colin, Paris, 2007.
- [21] L'observatoire de la fondation de France. Les Solitudes en France : l'impact de la pauvreté sur la vie sociale. http://www.fondationdefrance.org/Outils/Mediatheque/Etudes-de-l-Observatoire?id_theme=11344, 24 sept 2011.
- [22] Capponi I, Horbacz C. « Le devenir mère » : anxiété et temporalité de l'accompagnement. *Pratiques psychologiques* 2008 ; 3 : 389-404.
- [23] Constitution de l'organisation mondiale de la santé. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>, 25 sept 2011.
- [24] Guimelchain-Bonnet M. La précarité aujourd'hui en France. *L'aide-soignante* 2008 ; 95 : 12-3.
- [25] CPAM. La C.M.U. et C.M.U. complémentaire. <http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>. 25 sept 2011.
- [26] CPAM. L'AME. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame.php>, 25 sept 2011.
- [27] INPES. Accès aux soins, accès aux droits. http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/4-acces%20soins.pdf, 26 déc 2011.
- [28] IDRES. Premiers résultats de l'enquête santé protection sociale. Paris, 2006. <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/CompresseAutre/DossierPr esseESPS2006.pdf>, 28 sept 2011

- [29] Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Flammarion, Paris, 1998.
- [30] Haut comité de la santé publique. Progression de la précarité en France et les effets sur la santé. ENSP, Rennes, 1998.
- [31] Pernet C. Santé et précarité. Cours sage-femmes 4^{ème} année. Caen, 2011.
- [32] Maillot M, Darmon N, Drewnowski A, Arnault N, Hercberg S. Le coût et la qualité nutritionnelle des groupes d'aliments : quelle hiérarchie? Cahier Nut diét 2006 ; 87-96.
- [33] Darmon N. Manger équilibré malgré la précarité ? Soins 2010 ; S744 :10-2.
- [34] Michaud C. Alimentation des personnes en situation de précarité ou de grande pauvreté. Cahier Nut Diét 2000 ; 4 : 269-74.
- [35] Cordier C, Hini E. Santé des femmes en France. DILA, Paris, 2010.
- [36] Molinard R. Libération. Le tabac fait partie de la panoplie de l'exclu. <http://liberation.fr>. 21 déc 2011.
- [37] Houet-zuccalli T, Chabrolle J-P. Conduites addictives et grossesse : alcool. In Marpeau L. Traité d'obstétrique. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2010, p 328-31.
- [38] Chapuis R. L'alcool, un mode d'adaptation sociale ? L'Harmattan, Paris, 1983.
- [39] Pauphinet C. Pathologies cutanées chez les sujets en situation de précarité. Soins 2011 ; 755 : 32.
- [40] Lévy M. Diabète et précarité. Soins 2011 ; 755 : 33.
- [41] Foulon G. Précarité et maladies respiratoires. Soins ; 755 : 34.
- [42] Berrewaerts J, Noirhomme-renard F. Centre de recherche pour la santé. Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? <http://www.reso.ucl.ac.be/dossiers/Dos40.pdf>, 9 janv 2012.
- [43] Mignot S. Des ados difficiles à suivre. Profession sage-femme 2004 ; 111 : 4-7.
- [44] A. Testenoirs. Les femmes sans jeunesse ? Les mères précoces. In : C. Bidart. Devenir adulte aujourd'hui : perspectives internationales. L'harmattan, Paris, 2006.

- [45] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientationfemmesenceintessynthese.pdf, 6 oct 2011.
- [46] CPAM. La maternité. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite.php>, 25 sept 2011.
- [47] Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? Gynécol Obst Fertil 2010 ; 38 : 83-91.
- [48] Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Reme J-M, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynécol Obst Biol Reprod 2005 ; 34 (cahier 1) : 23-32.
- [49] Convers M. Utilisation du score épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. La revue Sage-femme 2010 ; 9 : 3-9.
- [50] Lejeune C. Précarité et prématurité. J Péd Puér 2008 ; 21 : 344-8.
- [51] M.J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel. La santé des femmes. Flammarion, Paris, 1996.
- [52] Réseau de périnatalité de Basse-Normandie. Objectifs principaux. <http://www.perinatbn.org>, 22 déc 2011.
- [53] Article L2111-1 du code de la famille et de l'aide sociale. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687348&dateTexte=&categorieLien=cid>, 6 oct 2011.
- [54] Richard-Guerroudj N. Sages-femmes territoriales, voyage en ruralité. Profession sage-femme 2008 ; 149 : 4-7.
- [55] Ordre des sages-femmes. La sage-femme de PMI. http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_d_exercice/la_sagefemme_de_pmi/index.htm, 6 oct 2011.
- [56] Plan de périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité ». Paris, 10 novembre 2004.
- [57] Dupont C, Gonnaud F, Touzet S, Luciani F, Perié M-A, Molénat F, et al. Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. A propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. J Gynécol Obst biol Reprod 2008 ; 37 : 685-90.

- [58] Cassidy J, Shaver P-R. Handbook of attachment : theory, research and clinical applications. J am Child Adolesc Psychiatry 2002 ; 41 : 1470-7.
- [59] Leroux C. Le staff medico-psycho-social. Mémoire Sage-femme, Caen, 2010.
- [60] CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007. Journal officiel n° 55 du 6 mars 2007. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055596#LEGIARTI000006681604>, 12 oct 2011.
- [61] D. Durand. Maternité chez les femmes en situation de précarité. La revue sage-femme 2005 ; 14:23.
- [62] A. Vilain, S. Scheidegger. Disparité sociale et surveillance de grossesse. Etudes et résultats janvier 2007. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf>, 29 Janv 2012.
- [63] Blondel B, Kermarrec M. INSERM, Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf, 03 janv 2012.
- [64] P. Lombardo, G. Pujol. INSEE. Niveau de vie et pauvreté des immigrés en France en 2007. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/REVPMEN10d.PDF, 05 fév 2012.
- [65] INSEE, femmes et hommes en début de carrière, 2009. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1284#inter2, 14 fév 2012.
- [66] P. Briant, C. Pirus. INSEE. Les ménages à faibles ressources et leurs conditions de logement en 2006 <http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Briant.pdf>, 14 fév 2012.
- [67] M-C. Gruposso, B. Khoshnood, K. Supernant, B. Blondel. Disparités socio-économiques dans le dépistage prénatal de la trisomie 21 par marqueurs sériques : évolution entre 1998 et 2003 en France. La revue sage-femme 2008 ; 7 : 251-60.

ANNEXE I : grille questionnaire

GRILLE QUESTIONNAIRE :

N° dossier : **Nom :** **Prénom :** **n° patiente :**
DDG : **terme de l'accouchement :**

1. **Age :** <18ans **1** 18-25ans **2** 26-30ans **3** 30-35ans **4** >35ans **5**
2. **Statut marital :** mariée **1** divorcée **2** concubinage **3** célibataire **4**
pacsée **5** Veuve **6**
3. **Origine ethnique :** France **1** autre pays d'europe **2** Maghreb **3**
 Afrique du sud **4** asie **5** Amérique nord **6** Amérique sud **7**

Antécédents :

4. patho préexistante **1 0** -----> la (les) quelle (s) :
5. BMI <18,5 **1** 18,5-25 **2** 25-30 **3** 30-40 **4** 40 **5**
6. HIV **1 0** HBs **1 0** syphilis **1 0** Toxo **1 0** Rubéole **1 0**
7. Allergie(s) **1 0** -----> la(les) quelle(s) :
8. Chirurgicaux **1 0** -----> le(s) quel(s) :
9. Gynécologiques **1 0** -----> le(s) quel(s) :
10. Suivi gynécologique régulier : **1 0**
11. Obstétricaux : Parité= Gestité= FCS **1 0** IMG **1 0** IVG **1 0**
12. Grossesse sous contraceptif : **1 0**

SUIVI DE LA GROSSESSE :

13. Nombres consultations :
14. Nombre d'échographies :
15. Déclaration de grossesse : médecin traitant **1** Sage-femme **2** gynéco **3**
16. Déclaration tardive (>20SA) : **1 0**
17. Dépistage marqueurs sériques : **1 0**
18. Suivi de la grossesse : qui : méd traitant **1** Sage-femme **2** gynéco **3** Multiple **4**
Où : Hopital **5** Ville **6** PMI **7**
19. Entretien prénatal : **1 0**
20. Staff médico-psycho-social : **1 0**
21. PNP : **1 0**
22. Hospitalisation : **1 0**---> HDJ **1 0** SIG **1 0**
23. Anémie (à l'examen du 6^{ème} mois) : **1 0**
24. Infection urinaire : **1 0**
25. Infection vaginale/mycose : **1 0**
26. HTA, pré-éclampsie : **1 0**
27. Diabète gestationnel : **1 0**
28. Menace d'accouchement prématuré : **1 0**
29. Retard de croissance intra-uterin : **1 0**
30. Macrosomie : **1 0**
31. Autre :
32. Accouchement prématuré : **0 1**---> <33SA 33-37SA
33. Mode accouchement : VB **1 0** Césarienne **1 0**
34. Poids enfant : Hypotrophe **0** Normotrophe **1** Macrosome **2**

ANNEXE II : Grille entretien

GRILLE ENTRETIEN

N° dossier : **Nom :** **Prénom :** **n°**
patiente :
DDG : **terme de l'accouchement :**

- 1. CMU : 0 1 Complémentaire : 0 1 en demande : 1 0**
- 2. Sources de revenu :** - a déjà eu une activité professionnelle **1 0**
 - allocations, RSA **1 0**
 - autres aides **1 0**
 - pas de revenus **1 0**

- 3. Rapport au travail :** pôle emploi, aide réinsertion, projet de travail

.....

.....

Conjoint :.....

- 4. Niveau d'étude :** -collège **1** CAP/BEP **2** Lycée **3** BAC **4** Etudes sup **5**

SUIVI GROSSESSE :

- 5. manque de suivi : 1 0**

.....

.....

- 6. nécessité du suivi :** échographies **1 0** consultations **1 0**

- 7. Vécu de la grossesse :** bon **1 0** difficile **1 0**

.....

.....

HABITUDES DE VIE :

8. Moyen de transport : voiture personnelle **1 0** tram, bus **1 0** autre **1 0**

.....
.....

9. Logement : Agglomération caennaise **1 0** sinon :

1 stable--> appart **1** maison **2** autre **3** :

Adapté **1 0**

2 instable--> amis/famille **1** centre d'hébergement/foyer **2** hôtel **3** caravane **4**

Adapté **1 0**

Si centre d'hébergement, foyer : dirigée par qui :.....

En demande de logement **1 0** avec aide ? **1 0** laquelle ?.....

Alimentation :

10. Nombre de repas par jour :

11. Légumes/fruit : 1x/jr **1** 1x/2jrs **2** 1x/sem **3** <1x/sem **4**

12. Produits laitiers : 1x/jr **1** 1x/2jrs **2** 1x/sem **3** <1x/sem **4**

13. Changement pendant la grossesse ?

.....
.....

14. Déjà eu recours à l'aide alimentaire ? **1 0**

15. **Alcool** : Avant la grossesse **1 0**

Pdt la grossesse : arrêt **0** diminution **1** même conso **2**

16. **Tabac** : avant grossesse **0** >10cg/jr **1** <10cg/jr **2**

Pdt la grossesse ? **0** >10cg/jr **1** <10cg/jr **2**

17. **Drogue** : Avant la grossesse **1 0**

Pdt la grossesse : arrêt **0** diminution **1** même conso **2**

18. **lien avec membre famille** : souvent **1** occasionnellement **2** jamais **3**

- 19. **lien avec des amis** : souvent **1** occasionnellement **2** jamais **3**
- 20. **lien avec voisinage** : souvent **1** occasionnellement **2** jamais **3**
- 21. **lien avec associations** : souvent **1** occasionnellement **2** jamais **3**
- 22. **sentiment d'isolement** : **1 0**

Santé :

- 23. primordiale **1** ou secondaire **2** (avant le logement, le divertissement...)
- 24. Changement pendant la grossesse ? **1 0**
- 25. Visites chez le médecin, dentiste, opthtalmo :.....
- 26. Est-ce que vous est il déjà arrivé de retarder de vous soigner ?
.....

- 27. Pendant la grossesse : diététicienne **1 0**
 - Tabacologue **1 0**
 - Psychologue **1 0**
 - Assistante sociale **1 0**

SOLUTIONS :

- 28. Quelles consultations sont les plus accessibles : hôpital **1** ville **2** PMI **3** autre **4** :
- 29. Rôle de la PMI : connaît **1 0** sait où est la plus proche **1 0**
 - Lettre reçue **1 0** si reçue, est ce que cela a aidé **1 0**
- 30. Place de la prévention, éducation à la santé :
.....
- 31. Par qui avez-vous reçu le plus d'info : PMI, amis, famille, TV, prospectus, internet
.....

- 32. Information
suffisante ?

ANNEXE III : Score EPICES

Score EPICES

Les 11 questions du score Epices

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	
	Total		

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Résumé

En France, en 2009, 8 173 personnes vivent sous le seuil de pauvreté dont certaines attendent un enfant. Ce mémoire cherche à décrire la maternité chez les femmes en situation de précarité.

L'étude a été menée chez des femmes sans emploi ayant accouché au CHU de Caen en septembre et octobre 2011, à travers des entretiens semi-directifs et une étude de dossiers.

Au total, ces femmes étaient majoritairement jeunes et bénéficiaient d'un bon suivi de grossesse, bien qu'elles n'étaient pas toujours convaincues de son intérêt et n'étaient pas demandeuses d'informations. Une fréquence élevée de pathologies pendant la grossesse a pourtant été observée.

Malgré un bon suivi, les pathologies sont plus fréquentes, probablement liées à un environnement instable. Ainsi, il est nécessaire de mener des actions de prévention et de détecter la précarité afin de proposer une prise en charge adaptée pour diminuer la morbidité maternelle et néonatale.

Mots-clés :

Précarité, maternité, suivi de grossesse.

Titre :

Maternité chez les femmes en situation de précarité

Auteur :

Camille Dalmont

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Ecole de Sage-femme de Caen

Promotion 2008 / 2012