



HAL
open science

Influence des conditions de vie sur le défaut de suivi de grossesse : vécu et perception des patientes Enjeu du repérage de la vulnérabilité

Soraya Saadi

► To cite this version:

Soraya Saadi. Influence des conditions de vie sur le défaut de suivi de grossesse : vécu et perception des patientes Enjeu du repérage de la vulnérabilité. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01218590

HAL Id: dumas-01218590

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218590>

Submitted on 6 Dec 2016

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.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**Influence des conditions de vie sur le
défaut de suivi de grossesse : vécu et
perception des patientes
Enjeu du repérage de la vulnérabilité**

Présenté et publiquement soutenu

Le 22 Avril 2015

Par

SAADI Soraya
Née le 31 Décembre 1992

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2014/2015

Membres du jury :

- Carcopino Xavier, professeur de gynécologie obstétrique
- Comte Florence, sage-femme enseignante
- Hassler Pascale, sage-femme enseignante (directeur de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Influence des conditions de vie sur le défaut suivi de grossesse : vécu et perception des patientes Enjeu du repérage de la vulnérabilité

Saadi Soraya

31 Décembre 1992

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

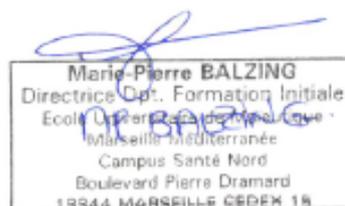
Année universitaire 2014-2015

Validation 1^{ère} session 2015 : Oui

Mention : Bien

Validation 2^{ème} session 2015 :

Visa et tampon de l'école



Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire.

Mme Hassler Pascale, sage-femme enseignante, qui m'a orientée tout au long du mémoire. Merci pour sa patience et grande disponibilité.

Monsieur Laporte Rémi, pédiatre, pour son aide et l'intérêt porté au sujet et à ce travail.

Monsieur Daguzan Alexandre, psychosociologue et ingénieur hospitalier, pour sa bienveillance et ses conseils précieux.

Tous les professionnels rencontrés en service qui m'ont permis de réaliser mes entretiens.

Les patientes qui m'ont fait confiance et sans qui ce travail n'aurait jamais existé.

Ma famille également, en particulier ma mère qui m'a toujours soutenue et rassurée. A mes amies pour leurs paroles encourageantes.

Sommaire

I. Introduction.....	7
II. Matériel et méthode.....	9
1. Protocole d'étude	
2. Population étudiée	
III. Résultats.....	13
1. Difficultés de socialisation	
2. Difficultés liées aux ressources	
3. Stratégie de recours aux soins	
4. Ressenties des patientes pour les réponses au questionnaire	
IV. Analyse, Discussion et Proposition.....	32
1. Limites	
2. Biais	
3. Obstacles liés à la socialisation	
4. Obstacles liés aux ressources	
5. Spécificité de recours aux soins des patientes	
6. Quelles stratégies de repérage des patientes en situation de vulnérabilité?	
V. Conclusion.....	43
VI. Bibliographie.....	45
VII. Annexes au format papier	48
1. Critères d'inclusion pour la consultation de vulnérabilité à l'hôpital Nord	
2. Score Epices	
3. Fiche entretien	
4. Analyse entretien : méthodologie	
5. Questionnaire	
6. Résultats recueil de l'acceptabilité des questions	
7. Plaquette vulnérabilité Valence	
8. Prototype de l'outil de repérage et d'orientation	
9. Exemple de la retranscription de l'entretien 7	
VIII. Annexe sur CD-ROM	
Intégralité des 12 entretiens	

Liste des abréviations

AME : Aide Médical d'Etat

APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

API : Allocation Parents Isolé

CAF : Caisse d'Allocation Familiales

CAMPS : Centre d'Action Médico-social Précoce

CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués

CMU : Couverture Mutuelle Universelle

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation Statistique

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

SOLIPAM : Solidarité Paris Maman

I. Introduction

En 1987, Joseph Wresinski dans un rapport du conseil économique et social de la République française définit la précarité comme *"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 des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible"*, [1]. La précarité est un sujet ancien, en effet, après cette définition, en 1998, une loi relative à la lutte contre les exclusions sociales est votée afin de renforcer le dispositif de permanence d'accès aux soins [2]. Successivement, la Haute Autorité de santé émet en 2005 des recommandations relatives au dépistage des situations de vulnérabilité pendant la grossesse [3]. Plus récemment, le plan périnatalité de 2005-2007 visant Humanité, proximité, sécurité, qualité fixe dans ses objectifs « un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité. » [4].

Selon le dernier rapport publié par l'Institut national de la statistique et des études économiques en 2014 sur l'économie Française, le taux de pauvreté en France est de 14,3 % en 2011 et il s'accroît de 0,3 point entre 2010 et 2011. Ce sont donc 8,7 millions de personnes qui vivent ainsi avec moins de 977 euros par mois [5]. Ces chiffres n'excluent malheureusement pas les femmes enceintes et en tant que professionnels de l'obstétrique, nous nous retrouvons donc confrontés à la précarité de ces patientes. A ce jour, les termes : fragilité sociale, vulnérabilité et précarité peuvent être utilisés pour qualifier cet état d'insécurité. Ces personnes se retrouvent parfois en marge du système sanitaire, ceci malgré la volonté de ce dernier de pallier à ces inégalités.

Parallèlement, l'état de précarité est admis comme étant un véritable facteur de risque sanitaire. Ainsi en 2003, le Professeur Dominique Mahieu Caputo, fondatrice du réseau Solidarité Paris Maman (SOLIPAM)¹ a émis l'équation suivante : « Grossesse + précarité = urgence médicale » [6]. Dans la littérature, il a été retrouvé de manière générale un suivi de grossesse insuffisant (c'est-à-dire : nombre de consultations inférieur ou égal à 3) [7] avec un risque relatif (RR) égale à 14.5 par rapport à la population générale. Les principales pathologies obstétricales décrites en lien avec la précarité sont l'anémie ferriprive RR=4.7, le diabète gestationnel RR = 2.9 (obésité) et les infections génitales et urinaires RR= 1.6 [8-9-10-11-12].

1 : réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France.

Il a également été retrouvé au niveau pédiatrique une plus forte part de prématurité et d'hypotrophie. Une augmentation significative de la morbidité materno fœtal a été observée, [13].

Afin de répondre aux objectifs nationaux, un accompagnement plus spécifique de ces femmes en situation de précarité s'est organisé. Les professionnels travaillent en réseau sur des problématiques² soulevées par ces situations ; visant ainsi une prise en charge efficiente au niveau medico-psycho-social. A l'image de l'équipe du centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) de l'Hôpital Nord de Marseille qui organise depuis 2005 en collaboration avec la maternité un accompagnement global de ces femmes. L'inclusion des femmes se fait sur un ensemble de critères présenté en annexe 1.

Malgré cette volonté de favoriser l'accès aux soins de ces personnes, de nombreuses patientes échappent au parcours de soins. En effet, « la précarité est une réalité pour l'individu qui la subit mais n'est pas forcément visible par le personnel médical et paramédical » [14]. Il existe un score d'évaluation de la précarité et des inégalités dans les centres de santé (EPICES) (annexe 2) dans les services de médecine [15]. Jugé long et fastidieux il n'est pas utilisé en pratique en obstétrique, [16].

Un mémoire de master de santé publique réalisé auprès des professionnels de l'Assistance Public Hôpitaux de Marseille révèle la volonté des soignants d'un outil pour dépister les fragilités sociales « *rapide performant pour une prise en charge standardisée* », [17].

Ainsi ce travail s'articule autour de la question de recherche suivante : quel est l'intérêt d'un repérage des patientes précarisées pendant la grossesse et comment l'organiser ?

Les objectifs de cette étude sont

- Cerner les différents indicateurs de la précarité ayant une incidence sur le parcours de prise en charge du point de vue des patientes.
- Evaluer l'acceptabilité des patientes à un outil de repérage des situations de précarité.

Ce travail a pour finalité l'orientation de ces patientes vers un parcours de soins adapté et spécialisé et la sensibilisation des professionnels aux indicateurs de la précarité. Il s'agit d'un enjeu de santé publique ayant pour objet l'étude des déterminants physiques et psycho-sociaux définissant l'état de précarité.

2 : Mutualisation des compétences, suivis personnalisés, adaptés à chaque patiente.
Organisation de STAFF. Articulation ville, PMI, hôpital.

II. Matériel et Méthode

1. Protocole d'étude

La méthodologie de cette étude peut être séparée en deux grands axes.

a) Revue de la littérature

Une **revue de la littérature** a été réalisée, ceci afin de contextualiser le sujet. Les recherches ont été menées à partir de mots clés tels que « grossesse non suivie », « précarité en périnatalité », « vulnérabilité », « repérage de la précarité », « fragilité sociale ». Puis les recherches se sont poursuivies de proche en proche. Un examen approfondi de l'objet d'étude a donc été fait. Cette étape a permis d'identifier les variables d'intérêts pour ce sujet et a abouti à la réalisation d'un guide d'entretien semi directif et à l'utilisation d'un questionnaire composé de différents items jugés utiles pour le repérage des situations de vulnérabilité, [15,18].

L'aide de professionnels expérimentés a également été requise ici :

- Mme Pascale Hassler, sage-femme enseignante, ancienne membre de l'équipe du CAMPS à l'hôpital Nord.

- Dr Remi Laporte, pédiatre aux urgences pédiatrique, responsable du projet pour l'ouverture d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) mère-enfant et la réalisation d'un outil de repérage de la vulnérabilité.

- M. Alexandre Daguzan, psychosociologue, psychologue et ingénieur hospitalier.

b) Enquête qualitative

- Entretien semi-directif

Une **enquête qualitative** bicentrique à visée exploratoire a été faite auprès de patientes dans le service mères enfants des maternités de l'Hôpital Nord et Conception grâce à des entretiens semi directifs.

Les entretiens ont permis de recueillir les représentations des patientes des difficultés d'accès aux soins. Cette étude peut-être considérée comme une première phase d'enquête permettant d'identifier les variables les plus pertinentes pour le repérage des situations d'instabilité, dans une démarche immersive et exploratoire. Plusieurs supports méthodologiques ont été consultés, afin de se familiariser avec les méthodes d'enquêtes en sciences humaines et sociales, [19, 20]. Une lettre d'information a été présentée et expliquée aux patientes sélectionnées afin d'obtenir leur consentement.

La fiche d'entretien qui a été utilisée est présentée en annexe (annexe 3). Tous les entretiens ont été réalisés de manière anonyme et il a été garanti confidentialité.

Les thèmes proposés ont été choisis en fonction de leur récurrence dans la littérature et d'une exploration auprès de professionnels travaillant ou ayant travaillé sur ce sujet. Les thématiques qui ont été retenues sont les suivantes :

- Administratif
- Ressource
- Entourage
- Santé
- Peur du jugement par le personnel

La méthode consistait à partir d'un cadre général et identifier les thèmes mis en évidence dans le discours spontané de l'enquêté.

La fiche d'entretien a été testée au début de l'étude. Quatre entretiens « tests » ont permis de réajuster la fiche (deux n'ont pas été inclus dans l'étude car ils étaient trop courts.)

Les entretiens d'une durée entre 25 et 30 minutes ont été réalisés du 16 Juillet au 6 Septembre 2014 dans les services mères-enfants de suites de couches des Centres Hospitalo-universitaire Nord et Conception après autorisation hiérarchique. Ces entretiens ont été réalisés en français, anglais et arabe par la même personne. Ils ont été analysés en s'appuyant sur la méthodologie présentée en annexe (annexe 4).

Il s'agit d'une analyse thématique transversale. Les résultats ont été présentés en dégageant les thèmes et sous thèmes abordés dans les entretiens (extraits cités).

- Recueil de l'acceptabilité des questions

. L'étude qualitative a permis dans **un second temps de recueillir l'avis des patientes sur les items du questionnaire de repérage des situations de vulnérabilité** (annexe 5). Ce questionnaire à choix multiples (28 items) a été construit aux urgences pédiatriques de la consultation santé environnement de l'APHM-Nord. Il a été crée par assemblage des différents scores d'évaluation de la précarité issus de la littérature, mais aussi d'items spécifiques aux pratiques locales. Il a été demandé une expertise des patientes sur chacune des questions afin de savoir s'il était gênant pour elle d'y répondre, dans l'hypothèse où les questions étaient posées par le personnel médical ou paramédical au moment de leur consultation. Afin de mesurer leur jugement, un choix de réponse a été proposé sur le modèle d'une échelle de Likert.

2. Population étudiée

Les critères pour la sélection des patientes sont présentés ci-dessous.

- Critère d'inclusion:
 - Patiente porteuse d'une grossesse non ou mal suivie (inférieur ou égal à 3 consultations pendant la grossesse ou inférieur ou égal à 2 échographies) [12]
- Critères de non inclusion :
 - Grossesse suivie mais pas en France
 - Mort in utéro
 - Mineure
- Critères d'exclusion :
 - Barrière de la langue
 - Refus de participer

L'enquêteur s'est rendu tous les 3 ou 4 jours dans les services mères-enfants de la maternité des CHU Nord et Conception. La sélection s'est faite sur l'analyse des dossiers médicaux dans le service.

153 dossiers ont été explorés.

La sélection finale des patientes s'est faite comme suit :

- 26 patientes étaient éligibles au départ (sur critères d'inclusion) soit **17%** des dossiers explorés

- 11 patientes ont été exclues : 9 barrière de la langue et 2 refus

- 3 patientes n'ont pas été incluses : une mineure, une patiente ayant eu un enfant mort in utéro et une patiente incarcérée.

12 entretiens ont été réalisés et retranscrits. Il a semblé intéressant d'enregistrer ces entretiens afin de favoriser le dialogue et limiter la prise de notes. 7 patientes ont refusé l'enregistrement.

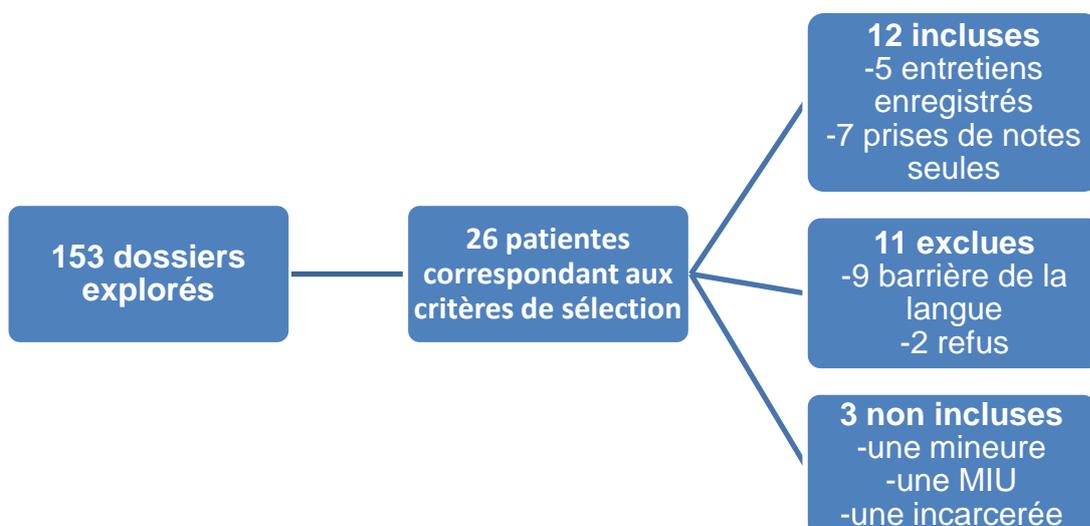


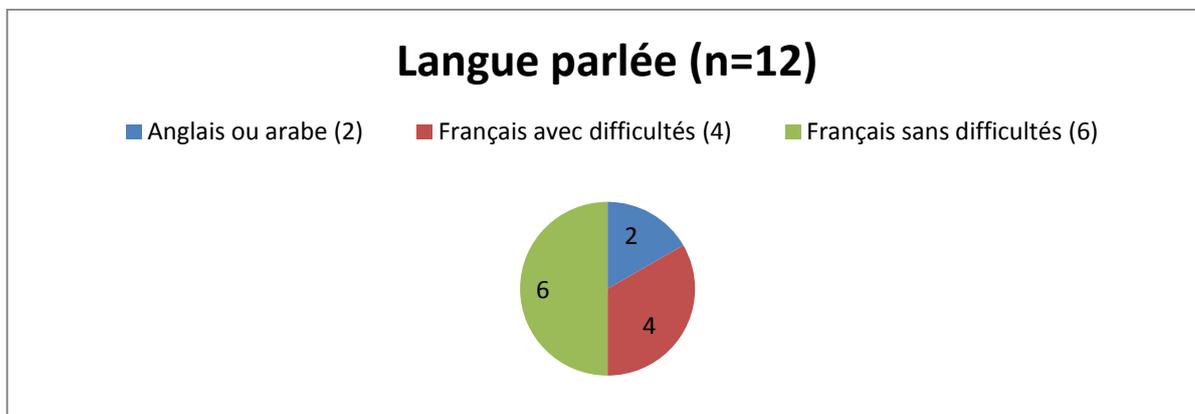
Figure 1 : Graphique représentant les modalités de sélection de la population à l'étude

Concernant le second aspect méthodologique, **11 patientes** sur les 12 rencontrées en entretien ont pu évaluer les questions.

III. Résultats

1. Difficultés liées à la socialisation

a) Barrière de la langue



Sur les 12 entretiens réalisés, la moitié a pu être réalisée en Français sans difficultés.

- Pour 4 patientes, les entretiens ont été réalisés plus lentement de manière à favoriser la compréhension du dialogue.

Pour exprimer ces difficultés d'expression il a été retrouvé :

« *J'espère vous aider mais je ne parle pas très bien français* » (entretien 3).

« *En plus là ça va, je parle bien je comprends bien mais c'est dur au début* » (entretien 4).

- Deux entretiens ont été effectués dans une autre langue.

L'entretien 5 a été réalisé en arabe :

« *Je comprends quand vous parlez à peu près et moi j'ai du mal à m'exprimer en français, vous comprenez l'arabe ? Je peux utiliser de l'arabe dans mes réponses ?* »

L'entretien 7 a été réalisé en anglais :

« *Je ne parle qu'en anglais, vous pouvez discuter avec moi ?* »

b) Rencontre avec un travailleur social

Toutes les patientes avaient déjà rencontré un travailleur social.

- La majorité des patientes (sept), ont reçu des explications utiles de la part du travailleur social pour les aider dans leurs démarches administratives : aides financières directes ou accès aux soins.

« On m'a déjà proposé j'avais vu une assistante sociale une fois qui m'avait expliqué pour les aides que je peux recevoir » (entretien 1).

« Toujours il me rajoute sur la facture ça fait trop et moi je ne peux pas payer. Je suis allée voir l'assistante sociale c'est elle qui m'aidait à chaque fois heureusement » (entretien 4).

« Et c'est l'hôpital avec l'assistante sociale qui m'a aidée pour que j'aie la CMU et que tout soit pris en charge » (entretien 5).

« L'assistante sociale a pris mes documents pour la PASS pour que mes rendez-vous soient pris en charge et que je n'ai pas à payer. » (entretien 7)

« Dans mon quartier à la Cayolle, il y a une assistante sociale du conseil général, elle m'avait aidé pour des papiers une fois » (entretien 9)

- Pour 4 patientes, un sentiment d'insatisfaction a été relevé soit par l'absence de résultat soit par l'incompréhension de la prise en charge sociale par la patiente.

« Je suis allée voir une assistante sociale, elle m'a orientée j'ai fait les papiers mais jusque-là, rien du tout » (entretien 6).

« Et bien non, parce que mon assistante sociale quand je l'appelle, la mienne en particulier elle est ...elle ne m'aide pas. Elle n'aide pas » (entretien 8).

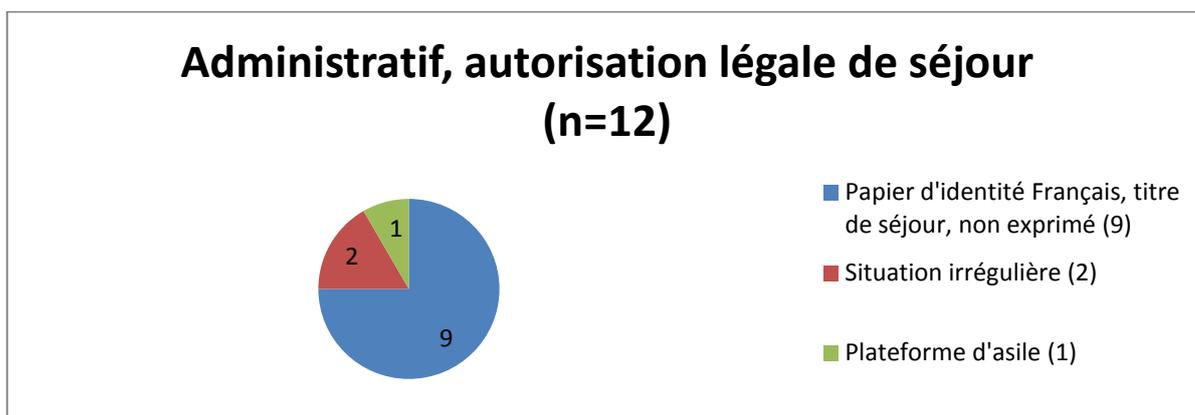
« Ben là ca y est ils m'ont envoyé une assistante sociale qui m'a un peu expliqué mais je vous dis je n'ai pas tout compris » (entretien 10).

« Mais comprends, ils m'ont tous gonflé ici, juste toute à l'heure ils m'ont envoyé une assistante social encore » (entretien 11).

- Pour une patiente, le statut du professionnel n'était pas connu.

« Oui il y a une femme qui est à coté de chez nous elle est dans le quartier, elle m'a déjà gardé les enfants quand je voulais aller voir les grands, et aussi quand je devais sortir pour des papiers » (entretien 3).

c) Documents administratifs et titre de séjour



- Deux patientes n'avaient pas de papier.

La patiente de l'entretien 7 avait vécu jusqu'au sixième mois de grossesse au Nigeria :

« *J'étais avant au Nigéria, je suis Nigérienne d'origine. A la base, je suis venue ici à la base avec le père de l'enfant. On est arrivé à Marseille et il m'a laissé à la gare, enceinte* ».

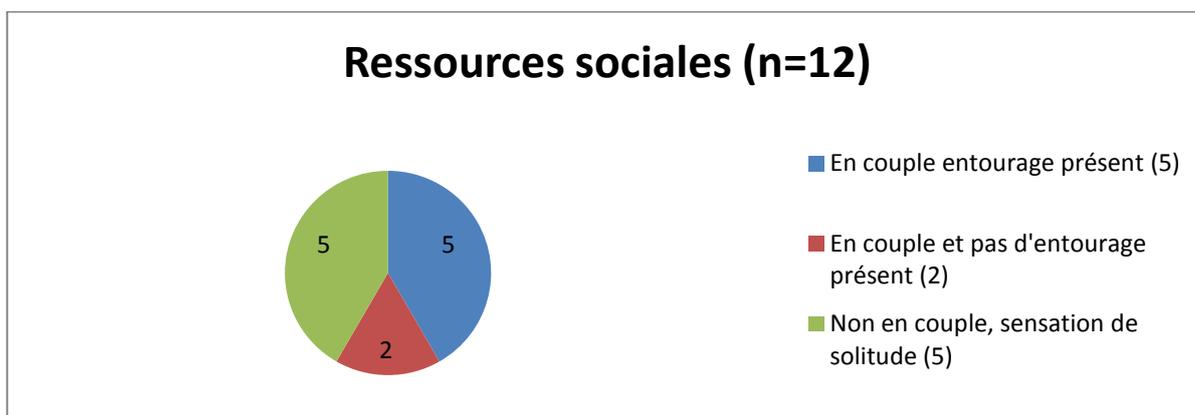
La patiente de l'entretien 6 était originaire du Bénin :

« *Moi j'ai un peu tardé parce que j'attendais et j'attends toujours l'AME (...) Disons, je me dis que j'ai quelques papiers comme tout le monde, mais je ne cherche pas trop à savoir. Je sais au fond que ce n'est pas trop ça, quand je suis arrivée, j'étais là c'était bon.* »

- Une patiente était demandeur d'asile.

« *Nous venons d'Algérie en fait on est demandeur d'asile. Je suis ici avec mon mari et ma fille et maintenant mon fils* » (entretien 5).

d) Ressources sociales



- Cinq patientes sur 12 étaient en couple et avaient un entouré présent, c'est-à-dire plus d'un membre de la famille ou des proches disponibles.
- La moitié des patientes ont exprimé un sentiment de solitude.

« Quand je lui ai annoncé il est parti, j'étais seule là haut alors je suis venue ici pour me faire suivre » (entretien 2).

« Tu ne connais personne toute ta famille n'est pas là (...) Quand je suis venue je ne suis pas restée longtemps et j'ai divorcé, et je dis, habiter complètement seule avec les petits c'est dur » (entretien 4).

« On a aucun contact ici, on parle un peu avec les voisins mais ce ne sont pas des amis » (entretien 5).

- Ce sentiment a été lié pour quatre patientes à des trajectoires de migration.

« Ça fait trois ans maintenant. Je dis c'est dur quand même, tu ne connais personne toute ta famille n'est pas là » (entretien 4).

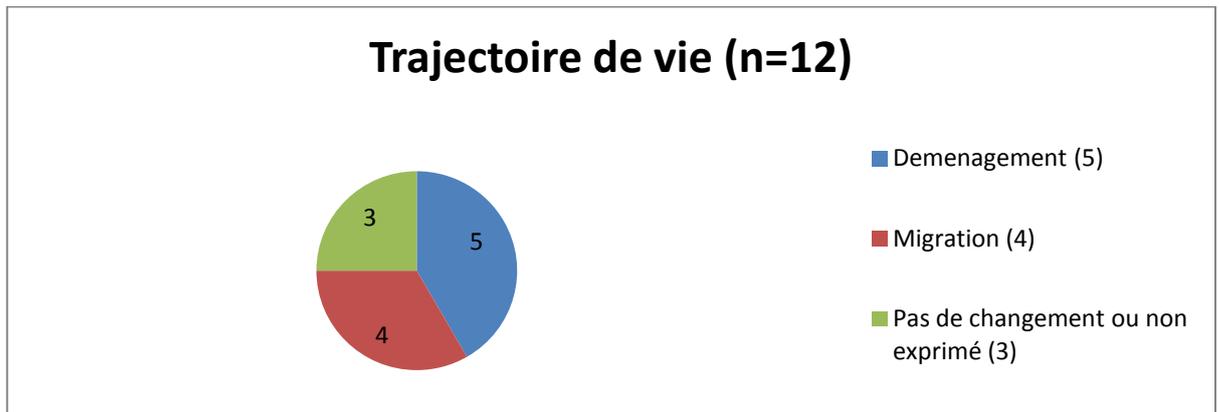
« L'immigration c'est compliqué, la solitude c'est le plus dur à gérer » (entretien 5)

« Non, à part mon frère ils sont tous au Bénin. Je suis même seule pour élever mes enfants. Je ne connais personne à part ses amis qui viennent à la maison mais ce sont ses amis à lui toute façon (...) Oui voilà, c'est dur je n'ai personne que mon frère. J'ai dieu et mon frère » (entretien 6).

« je suis arrivée en France en Février et je dormais à la gare j'étais seule et enceinte, j'étais complètement désespérée » (entretien 7).

- Une patiente a décrit un épisode de violence conjugale mais n'a pas souhaité que cela soit inclus dans la prise de note.

e) Trajectoire de vie induite par le changement de lieu de vie



9 patientes sur 12 ont évoqué un changement important dans leur vie (déménagement, changement de région, de pays)

- Pour 5 patientes il a été retrouvé un déménagement avec ou sans changement de région.

« J'étais seule là haut alors je suis venue ici pour me faire suivre (...) Déjà j'ai mis un peu de temps à me remettre du retour précipité chez ma mère » (entretien 2).

« Et on a déménagé, avant j'habitais à National et je suis venue ici à Kalliste au début quand je venais de savoir que j'étais enceinte » (entretien 4).

« Et vous déménagiez en même temps c'est ça ? Oui c'est ça en même temps. Et la date du bail ne correspondait pas à la date qu'on me demandait » (entretien 8).

« En fait ma maison a pris feu, voilà elle a pris feu et j'ai pété les plombs » (entretien 9).

« En fait j'habitais sur Paris eu début, je suis descendue à Marseille avec mon conjoint » (entretien 12).

- Quatre patientes ont changé de pays :

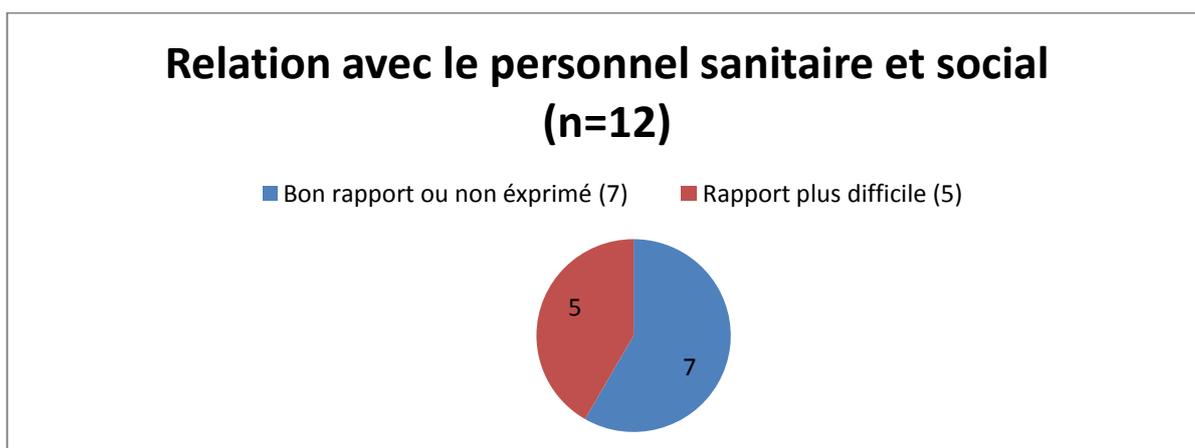
« Moi je suis des Comores mais j'habitais à Mayotte c'est à côté (...) Ça fait trois ans maintenant » (entretien 4).

« Je ne connais pas trop la ville mais on a réussi à trouver l'hôpital. (...) Enfin j'habite ici mais je suis ici depuis neuf mois et ce n'est pas suffisant pour connaître la ville surtout que je ne sors pas trop » (entretien 5).

« Le Bénin c'est près du Nigeria, c'est mon pays d'origine. (...) Enfin depuis que je suis venue en France je n'y suis plus retournée, ça fait maintenant deux ans » (entretien 6).

« Je suis arrivée en France en Février (...) J'étais avant au Nigéria, je suis Nigérienne d'origine » (entretien7).

f) Relations avec les professionnels



Un sentiment de relation difficile a été retrouvé chez cinq patientes.

- Incompréhension et crainte de l'inconnu (2 patientes)

« On m'a déjà proposé j'avais vu une assistante sociale une fois qui m'avait expliqué pour les aides que je peux recevoir (...) Ma cousine a fait ça et ça s'est mal passé, elle lui parlait mal » (entretien 1).

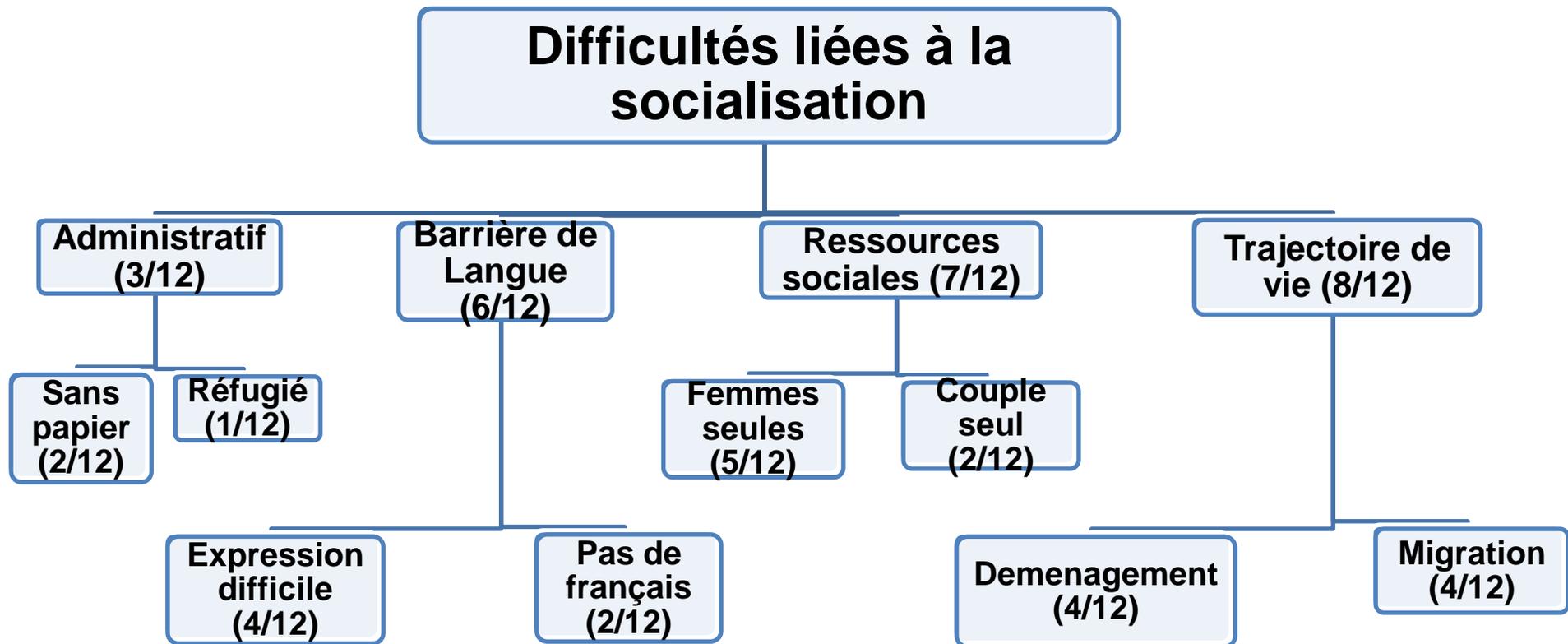
« Comme je disais que malheureusement je ne savais pas parler français, ils ne cherchaient pas à comprendre je vous assure » (entretien 7).

- Peur de jugement et reproches voire stigmatisation (3 patientes)

« Je regrette d'avoir tardé surtout que le médecin me l'a bien reproché. Du coup je ne suis plus retournée chez lui et je suis allée à l'hôpital » (entretien 2).

« Des fois on se pose la question comment je vais être accueilli (...) Et parfois je me disais je vais y aller je vais être mal vu, vous comprenez, du coup je suis restée comme ça » (entretien 8).

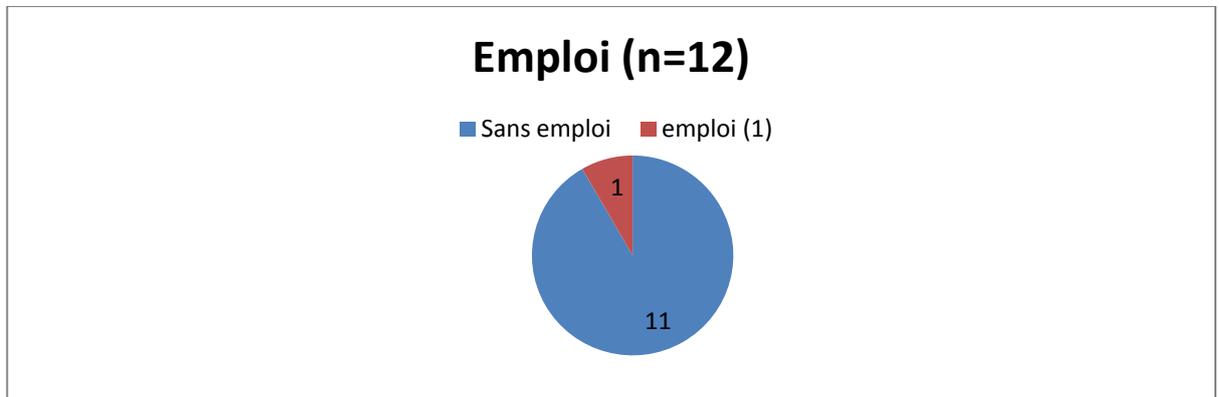
« (...) je suis fichée comme une marginale, je te jure je suis sûre ici elles pensent toutes que je suis comme ça » (entretien 11).



Cartographie des principaux facteurs explorés liés à la socialisation

2. Difficultés liées aux ressources

a) Emploi, ressources économiques



1 patiente sur 12 avait un emploi.

- Deux patientes pouvaient compter sur l'aide financière du conjoint (entretiens 1 et 9).

« Je ne travaille pas mais mon mari oui, on n'a pas de problème d'argent et il faut dire que la CMU ça aide, heureusement qu'on l'a » (entretien 1).

- Pour 4 femmes, le conjoint également était sans emploi.

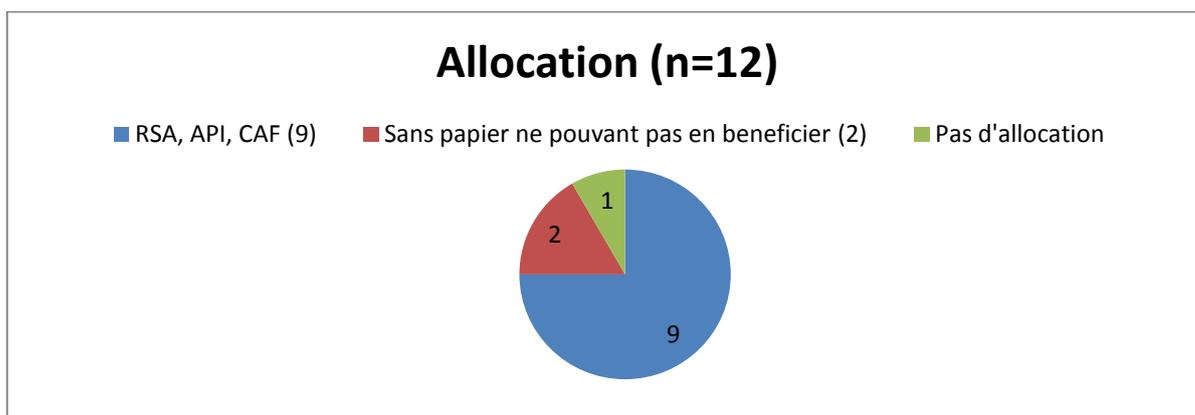
« Ben vous savez mon mari et moi, on ne travaille pas c'est dur par rapport à l'argent il y a le RSA mais ça ne fait pas tout... et surtout on a les enfants. Ca nous est déjà arrivé de ne pas réussir à payer les factures » (entretien 3)

- 5 patientes vivaient seules et sans emploi.

« Et oui avec le RSA je ne vais pas loin même si, comme je t'ai dit tout à l'heure on m'aide pour les enfants » (entretien 4).

« Et oui de gros soucis même financiers vous voulez dire, je ne travaille pas et je n'ai jamais travaillé à part quelques jobs comme ça [...] voilà, c'est les conditions, la situation qui ont fait que je suis là aujourd'hui » (entretien 6).

b) Allocation perçue



- 9 patientes sur 12 étaient bénéficiaires d'une allocation : Revenu de Solidarité Active (6 patientes), Allocation Parent Isolé (2 patientes), Caisse d'Allocation Familiale (3 patientes), aides spécifiques aux demandeurs d'asile (1 patiente).

« Comme allocations je touche le RSA et l'API » (entretien 1)

« Pour l'instant je touche le RSA je n'ai pas vraiment de problème d'argent » (entretien 2).

« Ben vous savez mon mari et moi, on ne travaille pas c'est dur par rapport à l'argent il y a le RSA mais ça ne fait pas tout » (entretien 3).

« Et oui avec le RSA je ne vais pas loin même si, comme je t'ai dit tout à l'heure on m'aide pour les enfants » (entretien 4).

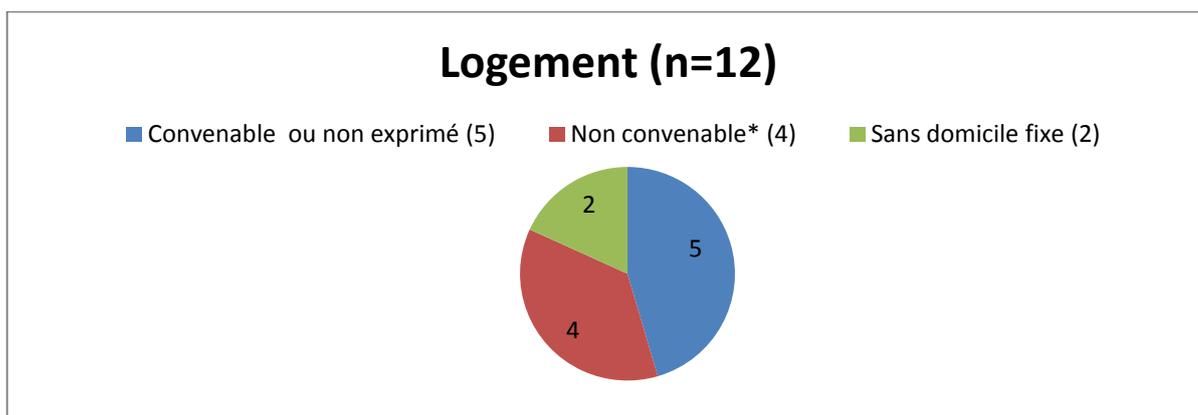
« C'est eux qui nous ont trouvés un logement et qui nous ont permis de nous installer à peu près correctement, ils nous ont aidés » (entretien 5).

« Mais j'ai sauté, ce n'est pas intéressant, j'avais des problèmes toujours pareil. Il fallait que je règle un souci avec la Caisse d'Allocations Familiales. Et l'inscription au pôle emploi, non mais quand j'y pense ça me rend folle » (entretien 11).

« Mais pour demander la CMU, il faut faire une demande de RSA, il fallait que j'apporte des documents comme quoi je touche le RSA. Je pensais que ça n'en finirais plus, un cercle infernal. J'ai pris différents rendez-vous, il n'envoie pas les documents de suite... Il y a aussi la CAF dont je ne vous ai pas parlé, cela prend aussi deux mois... Vous imaginez ? » (entretien 12).

- Deux patientes sans papier ne pouvaient pas bénéficier des allocations (entretiens 6 et 7).

c) Lieu de vie



* petit, mal situé

La moitié des patientes ont rencontré des difficultés vis-à-vis de leur lieu de vie.

- Un tiers ont jugé leur logement petit, mal placé.

« J'habite au 11^{ème} et souvent il y a des problèmes d'ascenseurs ça, vraiment je galère, je ne sors vraiment que si je ne peux pas faire autrement. C'est encore petit pour nous mais ça va, à National c'était pire ! » (entretien 4).

« On est dans un petit appartement en fait c'est un genre de studio je crois mais ça va c'est calme » (entretien 5).

« Je ne sais pas un peu tout, ne serait-ce que là où j'habite, vraiment l'endroit est trop perturbé, c'est un quartier remplis de problème » (entretien 6).

- Deux patientes n'avaient pas de domicile fixe.

« Je vivais sous les préaux et à la gare ou à l'entrée des métros où je pensais être en sécurité pour moi et mon enfant, le père de l'enfant m'a recontacté » (entretien 7).

« En fait ma maison a pris feu, voilà elle a pris feu et j'ai pété les plombs (...) Je suis actuellement chez ma mère avec une partie de mes enfants » (entretien 9).

d) Difficultés financières

7 patientes ont fait état de difficultés financières (certaines d'ordres générales ou d'autres plus spécifiques).

- 5 patientes ont évoqué des factures difficiles à payer.

« Vous savez mon mari et moi, on ne travaille pas c'est dur par rapport à l'argent il y a le RSA mais ça ne fait pas tout... et surtout on a les enfants. Ca nous est déjà arrivé de ne pas réussir à payer les factures » (entretien 3).

« Toujours il me rajoute sur la facture ça fait trop et moi je ne peux pas payer (...) Déjà que j'ai des problèmes d'argent en temps normal si je fais ça je m'enfonce » (entretien 4).

« Et la situation par rapport à l'argent, il faut en parler. Pendant l'attente pour le RSA, j'étais en difficulté » (entretien 12).

- Deux patientes ont exprimé des difficultés par rapport à l'achat de nourriture.

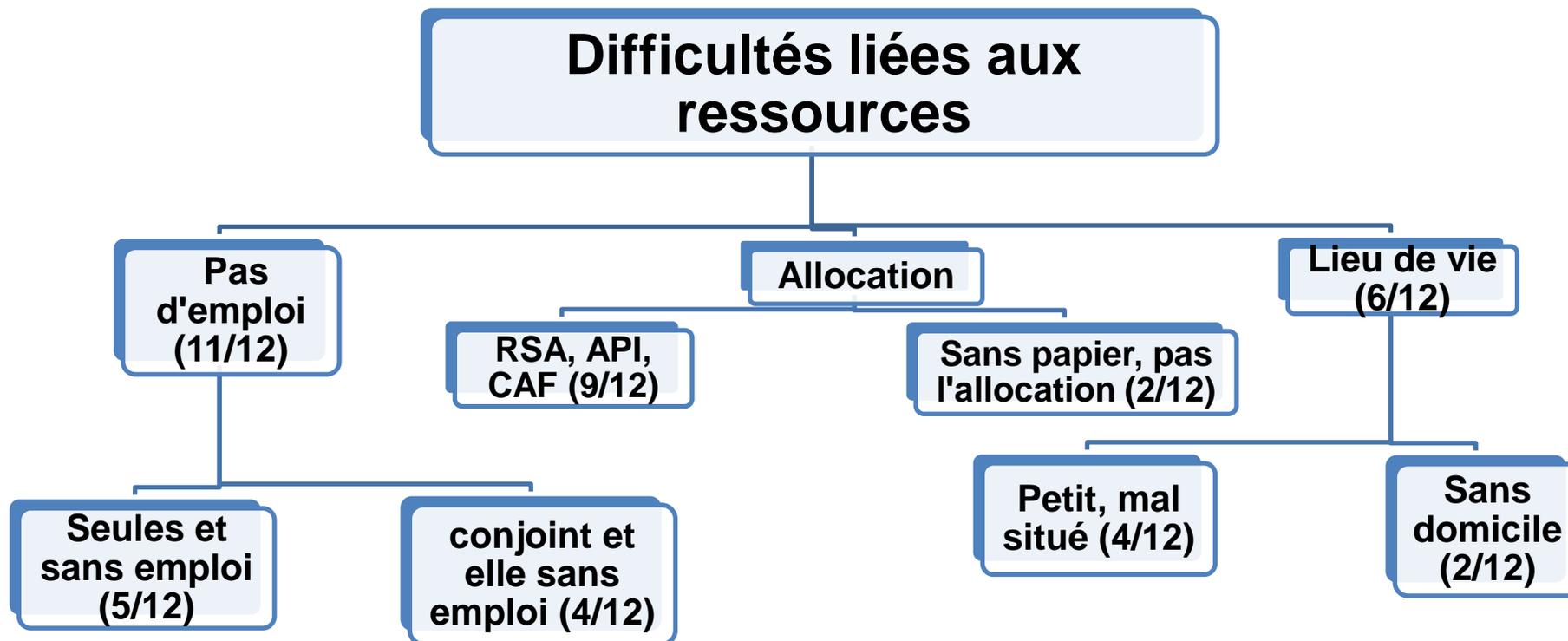
« j'ai eu du mal à trouver à manger au début, après j'ai trouvé les restaurants du cœur ils m'ont aidé » (entretien 5).

« Pour manger, pour vivre je faisais la manche » (entretien 7).

- Trois patientes ont expliqué qu'elles n'avaient pas de moyens de transport.

« Pour l'accouchement j'ai appelé les pompiers parce que j'avais vraiment trop mal je voulais arriver vite, c'est vrai qu'on n'a pas de voiture mais ce n'est pas gênant » (entretien 2).

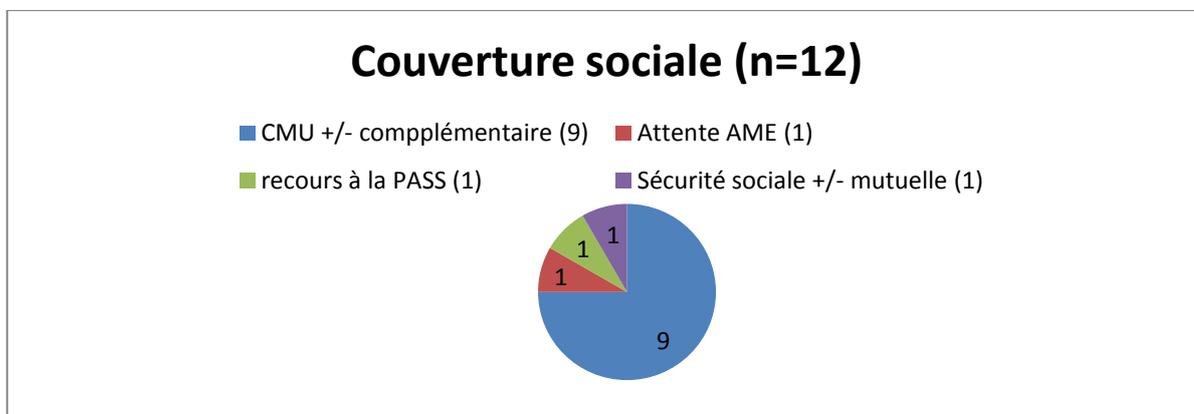
« Et oui de gros soucis même financiers (...) Peut être le manque de moyens un peu à tous les niveaux. Déjà de déplacement si tu es loin de l'hôpital moi ça va je n'ai pas galéré » (entretien 6).



Cartographie des principaux facteurs explorés liés aux ressources

3. Stratégie de recours aux soins

a) Couverture sociale



- 9 patientes sur 12 avaient la Couverture mutuelle universelle (CMU) acquise ou en cours d'acquisition.

« il faut dire que la CMU ça aide, heureusement qu'on l'a » (entretien 1).

« Ce n'est pas les sous sérieux on a la CMU elle prend tout en charge » (entretien 3).

« Pour le renouvellement de la CMU, c'est elle qui me l'a fait » (entretien 4).

« En fait la plateforme c'est eux qui nous ont aidé pour tout, la CMU » (entretien 5).

« J'ai fait un dossier de demande de CMU en fait » (entretien 12).

- Une patiente était en attente de l'Aide Médicale d'Etat.

« Moi j'ai un peu tardé parce que j'attendais et j'attends toujours l'AME » (entretien 6).

- Une patiente sollicitait la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

« L'assistante sociale a pris mes documents pour la PASS pour que mes rendez-vous soient pris en charge et que je n'ai pas à payer » (entretien 7)

- Une seule patiente était bénéficiaire du régime de base de la sécurité sociale .

« En plus moi je travaille, je ne vis pas parent isolé, j'ai la sécurité sociale pas la CMU » (entretien 10).

b) Recours aux soins d'urgence, découverte tardive de grossesse

- La moitié des patientes a consulté en urgence pour leur grossesse ou a déclaré avoir recours fréquemment aux soins d'urgence. La grossesse était de découverte tardive.

« Et bien trop bizarre, je suis rentrée pour une infection urinaire aux urgences, je suis ressortie avec une grossesse, j'avais 40 de fièvre et finalement j'étais enceinte de quatre mois » (entretien 1).

« Mais je me connais, je n'aime pas prendre les médicaments donc je consulte que si vraiment j'ai un gros problème ou pour les enfants. Et bien oui je laisse trainer pour moi mais je ne me mets pas non plus en danger » (entretien 1).

« En fait au départ j'ai fait un test de grossesse c'était vers 3 mois je crois, mais comme ce n'était pas la première fois je ne suis pas allée consulter immédiatement. Après je suis allée aux urgences ils ont confirmé ma grossesse et ils m'ont donné les papiers par exemple pour faire une échographie (...) Je sais ce qu'on va me dire quoi, et puis je n'avais pas de soucis.» (entretien 6).

« J'ai appris à trois mois que j'étais enceinte en fait et quand j'ai su je suis directement venu ici à l'hôpital » (entretien 5).

« Et donc c'est quand les pompiers m'ont amenée ici, ils ont regardé mon ventre, ils ont dit on dirait qu'il y a quelque chose. Ils n'étaient pas sur que c'était une grossesse, au départ ils pensaient que c'était la ménopause. J'étais venue aux urgences parce qu'ils pensaient que j'avais avalé trop de fumée » (entretien 9).

L'entretien 10 a révélé également cet aspect mais la patiente ne connaissait pas son état de grossesse jusqu'à l'accouchement :

« Moi je ne consulte pas pour rien, je ne vais voir le médecin vraiment que si je suis à bout. Donc je suis allée là c'était trop, je suis allée à l'hôpital en urgence. J'avais très peur d'avoir quelque chose de grave ! Ils m'ont fait une échographie du ventre et là le docteur me dit « non ce n'est rien de grave, c'est juste que vous êtes enceinte (...) là toute à l'heure elle m'expliquait que j'ai fait un déni de grossesse »

c) Raisons exprimées justifiant l'absence de suivi de grossesse

Chaque patiente a fait état d'une situation l'empêchant de faire suivre sa grossesse.

- Pour 7 patientes, l'état de grossesse était perçu comme non inquiétant et ne nécessitait pas de suivi : « grossesse normal ».

« Mais bon de mon côté tout allait bien je savais que mon bébé allait bien même ma mère n'était pas inquiète, mais il faut quand même faire les examens » (entretien 2).

« Ca a été je n'ai pas eu de gros problème pendant la grossesse quand j'étais ici il me surveillait la tension mais j'avais l'habitude pour les autres ça ne me fait rien ça » (entretien 3)

« Et oui ici c'est trop compliqué tout ce qu'il faut faire et moi je n'ai pas le temps, j'ai fait deux fois des échographies ils m'ont dit que tout va bien grâce à Dieu. Après aussi il y a les prises de sang, on ne fait pas ça à Mayotte en plus je n'aime pas ça. (...) Mais ici je ne fais rien je ne connais pas trop et puis ça va je vais bien. Pour les enfants, j'ai amené une fois mon fils aux urgences il avait mal au ventre. Et si ça ne va pas j'irais à l'hôpital » (entretien 4).

« Oui j'ai trois grands enfants et avec celui là ça fait quatre j'ai presque envie de dire que j'ai l'habitude de la grossesse, ça ne me fait pas peur à moi » (entretien 6).

« Je le sentais bouger donc je me suis dis je pense que ça va bien. En plus à la base à la première échographie on m'a dit qu'il n'était pas trisomique, qu'il allait très bien. Voilà, je pensais que ça irait bien » (entretien 8).

« Les soucis, je ne pouvais pas m'attarder. Comme le généraliste me disait ça va je ne suis pas allée plus loin » (entretien 11).

« C'était vraiment compliqué sur le moment de tout organiser. J'avais l'esprit ailleurs, et puis je n'avais aucun problème : pas de nausée ou vomissement ni maux de tête » (entretien 12).

- Contexte familiale : Familles nombreuses et enfants à garder, santé fragile d'un proche.

- 5 patientes ont parlé de leurs enfants dont elles devaient s'occuper, souvent des familles nombreuses.

« Moi je m'occupe des enfants surtout quand ils ne sont pas à l'école il y a du travail ! » (entretien 1).

« Gérer une grande famille ce n'est pas reposant je vous avoue et là avec celui-là j'ai encore peur, c'est le dernier ! En plus ils sont tous petits mes enfants la plus grande a neuf ans. Et mes deux aînés sont placés dans un centre aussi (...) on a découvert

qu'ils faisaient des crises d'épilepsie dès la naissance du coup on nous les a pris ils sont bien là-bas » (entretien 3).

« Les enfants déjà, « cours par là cours par là » il y a toujours des choses à faire » (entretien 4).

« Je suis même seule pour élever mes enfants » (entretien 6).

« Non, juste que ma sœur elle était malade, alors je me suis focalisée sur mon neveu qui est autiste, et mes enfants bien sûr toujours ma priorité. Et voilà, je n'ai pas fait forcément attention à ma grossesse » (entretien 8).

- Une patiente avait à faire face à l'hospitalisation longue d'un proche :

« C'est vrai maintenant que vous demandez, il y a eu mon papa qui est resté hospitalisé un mois et demi entre la vie et la mort. Vraiment de moi, je m'en foutais » (entretien10).

- 4 patientes ont évoqué l'adaptation difficile à des trajectoires de vie migratoires:

« Je dis c'est dur quand même, tu ne connais personne toute ta famille n'est pas là » (entretien 4).

« L'immigration c'est compliqué, la solitude c'est le plus dur à gérer » (entretien 5).

« Quand tu ne connais rien ni personne, que tu n'as aucune ressources comment veux-tu connaître l'hôpital ou même savoir comment payer ? » (entretien 7).

- 4 autres ont évoqué des trajectoires résidentielles rencontrées pendant la grossesse : déménagement (3 patientes) ou perte de logement (une patiente).

« En fait je savais qu'il fallait voir un médecin au plus vite. Déjà j'ai mis un peu de temps à me remettre du retour précipité chez ma mère et ensuite quand j'ai commencé à en chercher un, je voulais le meilleur (...) Presque tous mais là aussi j'étais occupée par d'autres choses surtout mon déménagement » (entretien 2).

« Vraiment, je dormais simplement, je ne sortais plus du tout, je ne voulais plus rien savoir de la vie. J'avais une maison un jour et puis plus rien le lendemain » (entretien 9).

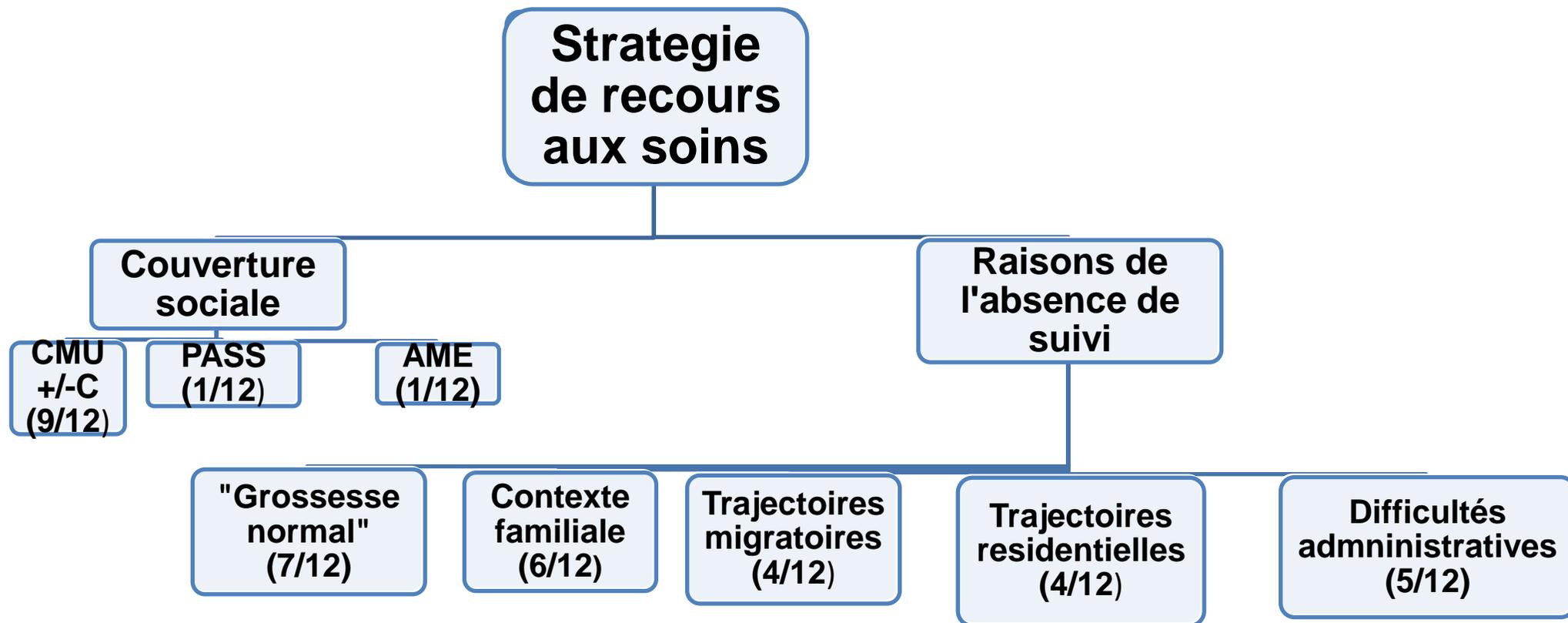
- 5 patientes ont cité des difficultés liées à l'organisation pour leurs documents administratifs, d'accès aux droits ou aux soins (prise en charge médicale directe, naturalisation du conjoint).

« Ah oui il y a l'histoire que je n'ai pas de carte de sécurité sociale. Après ils m'ont fait un papier qui me permet d'avoir les soins mais c'était long. Je ne comprends pas pourquoi ils me disent toujours de revenir, revenir, ce n'est jamais bon. » « Je suis même seule pour élever mes enfants(...) Des problèmes par rapport à ma famille, des galères. Je ne peux pas vous expliquer c'est compliqué là aussi » (entretien 6).

« Et bien sur la question de la prise en charge, il y avait aussi les impôts, l'hébergement, sur tout ! Il me demandait des papiers que je n'avais pas en fait. Et c'était compliqué voilà » (entretien 8).

« Je m'angoissais pour tout. Plein de petit truc à régler autour ce n'était pas le repos, je ne sais pas comment t'expliquer, mais comme je t'ai dit ça s'est bien passé c'est l'essentiel » (entretien 11).

« En plus, j'étais prise dans ces papiers, c'était décourageant dès le matin au réveil. J'ai fait un dossier de demande de CMU en fait, mon conjoint, lui n'a rien. Il n'a pas de papier vous comprenez ? Et moi j'étais enceinte » (entretien 12).



Cartographie des principales spécificités de recours aux soins

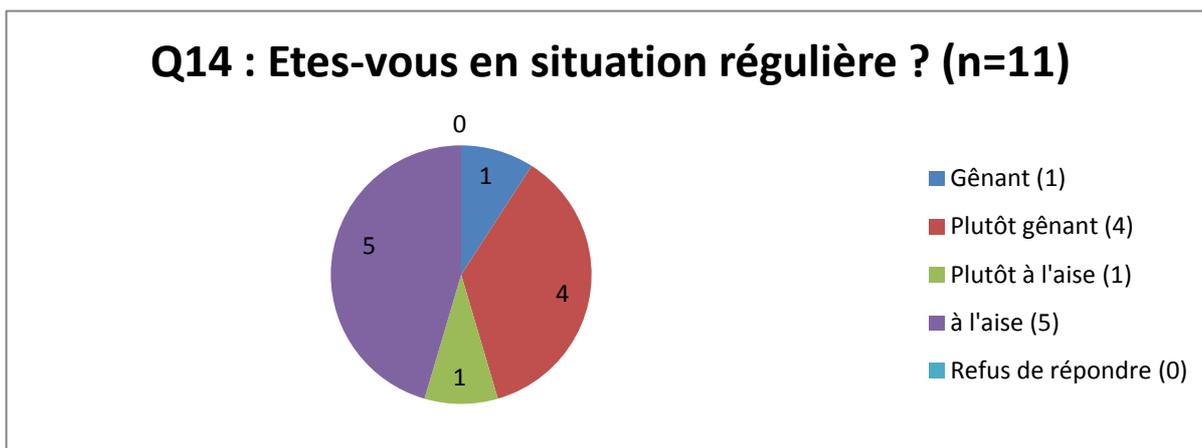
4. Ressentis des patientes pour les réponses au questionnaire

L'entretien 10 a été interrompu et la patiente n'a pas pu évaluer le questionnaire. L'évaluation du questionnaire a donc été faite sur 11 patientes.

Pour rappel, le questionnaire présenté aux patientes contenait 28 questions et a été réalisé selon l'axe méthodologique décrit au paragraphe II.1.a., il est présenté en annexe 5.

Les réponses à l'acceptabilité des questions ont été recueillies sur un tableau présenté en annexe 6.

- Entre 8 et 11 patientes interrogées se sont situées entre « plutôt à l'aise » et « à l'aise » pour répondre à 27 des questions abordées.
- La question 14 portant sur la situation administrative des patientes où il a été retrouvé, 5 sur 11 patientes qui se situent entre « plutôt gênée » et « gênée ». Elle est présentée en diagramme ci-dessous.



Toutes les questions ont été évaluées sur ce modèle.

IV. Analyse, Discussion et Propositions

Dans cette partie, les résultats vont être interprétés et analysés de manière objective en ayant identifié les limites et biais retrouvés.

1. Limites de l'étude:

a) Limite linguistique

Les entretiens ont pu être réalisés uniquement en français, anglais et arabe.

Pour rappel, 9 patientes sur 26 correspondant aux critères d'inclusion ont été exclues par rapport à la barrière de la langue (parlant espagnol, rom, turque...).

b) Limite liée à la technique d'entretien

L'enquêteur, étudiante sage-femme, a du s'approprier la méthodologie d'entretien en sciences humaines et sociales (respect des silences, techniques de relance, recentration...). De nombreux support méthodologique ont été consultés afin de comprendre le fonctionnement de l'entretien semi directif.

c) Limite liée à la population étudiée

L'enquêteur a été confronté à des patientes en situation de vulnérabilité nécessitant une approche d'autant plus précautionneuse.

Par exemple : « *Non mais je sais c'est parce que je fume, je bois, ça y est tu viens me voir toi aussi* » (entretien 11).

« *J'ai tout perdu et ça m'a fait péter les plombs. Sinon c'est que ça* » (entretien 9). Le critère d'inclusion « suivi de grossesse insuffisant » a permis d'objectiver la vulnérabilité et d'éviter tout sentiment de stigmatisation de la patiente. Ce critère est retrouvé fréquemment dans la littérature, [12].

De plus, la réalisation des entretiens en post partum dans un contexte d'accouchement normal à terme d'un enfant sain, a diminué le sentiment de culpabilité ressenti. L'issue favorable de la grossesse a permis le bon déroulement de l'échange.

d) Limite liée au mode de recueil de donnée

Plus de la moitié des données ont été recueillies par prise de note seule, en effet, 7 patientes ont refusé l'enregistrement par magnétophone. Ainsi les données ont été plus informelles. La prise de note laisse également un peu moins de place à l'écoute active nécessaire au bon déroulement de la méthode d'entretien.

Ainsi, comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens : «La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique », [20].

2. Biais de l'étude

a) Biais liés à la technique d'entretien

i. Biais lié au cadre d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à l'hôpital et de plus, l'enquêteur se présentait en tant qu'étudiante sage-femme. Le lieu et l'enquêteur n'étaient pas neutre ce qui a pu occasionner une gêne ou un blocage au moment de l'échange.

Comme il a été observé dans les résultats (cf paragraphe 1.f), les patientes avaient parfois des a priori sur les relations avec les professionnels.

En effet plus d'un tiers ont déclaré avoir eu des mauvaises expériences. Afin de limiter ce biais, l'enquêteur a choisi de ne pas porter de blouse et s'est inscrite dans des attitudes d'acceptation de l'autre et de neutralité bienveillante.

ii. Biais d'interprétation

L'étude des valeurs qualitatives est complexe. Elle s'axe sur les données déclaratives des patientes. Il s'agit d'étudier des informations subjectives basées sur les ressenties, opinions. L'analyse du discours doit être globale et rigoureuse.

Pour limiter ce biais, l'enquêteur a procédé minutieusement au découpage puis codage et enfin catégorisation des données de chaque entretien en thèmes et sous thèmes pour présenter les résultats.

b) Biais liés au recueil d'acceptabilité au questionnaire

i. Biais de sélection

Le recueil des réponses à l'évaluation du questionnaire a été réalisé sur 11 femmes ce qui est relativement restreint. Cet objectif secondaire de l'enquête était à visé exploratoire et ne cherchait pas à permettre une généralisation à l'ensemble du public en situation de vulnérabilité.

ii. Biais de mesure lié à l'enquêteur

Il est intéressant de souligner que l'enquêteur a noué avec l'enquêté une relation de confiance durant l'entretien en ayant une attitude empathique essentielle à la bienséance de la méthode d'entretien. Ceci a pu impacter sur les réponses des patientes à l'évaluation du questionnaire, qui, immergées dans un climat de confiance se sont senties à l'aise pour répondre aux questions.

Pour limiter ce biais, il a été rappelé à plusieurs reprises par l'enquêteur la nécessité d'objectivité de l'enquêté et le repositionnement dans la situation « *dans le cas où un médecin ou un infirmier prenait le temps de vous interroger lors de votre accueil ou prise en charge à l'hôpital ?* »

3. Obstacles liés à la socialisation

L'un des principaux thèmes retrouvés auprès des patientes est lié à des obstacles sociaux et trajectoires de vie qui limite l'accès aux soins.

La **barrière de la langue** est un résultat majoritairement retrouvé. Ceci constitue un handicap pour certaines patientes limitant leur possibilité d'interaction avec l'environnement plus précisément ici le milieu médical. Il a été retrouvé dans l'entretien 7 « *Quand je parlais à quelqu'un, comme je ne parlais pas français le plus souvent, on ne faisait aucun effort avec moi. Après je sais que c'est à moi de m'intégrer. Je veux vraiment apprendre le français, pour moi c'est très important surtout pour pouvoir offrir une bonne vie à mon fils et que je ne sois pas exclue de sa vie, à l'école tout ça. Vous connaissez une école où je pourrais apprendre le français ?* »

Ce résultat a été retrouvé dans une étude à plus grande échelle menée par médecin du Monde. En effet, pour près d'une personne sur 5 cet obstacle pour l'accès aux soins est identifié, [21].

Ces patientes sont donc étrangères, souvent migrantes. Les femmes migrent autant que les hommes décrites comme fuyant des persécutions ou la misère, [22]. A l'image de la patiente de l'entretien 7 « *Vous connaissez Boko Haram ? Tout le monde connaît Boko Haram. Il terrorise tout le monde dans le village où j'habite au Nigeria. Si tu es dehors ou même chez toi on peut venir te chercher et te tuer même si tu es innocent et même si tu es enceinte. J'en avais marre de vivre dans la terreur, la crainte, mais je n'aurais jamais quitté mon pays aussi brusquement si je n'avais pas constaté la grossesse. Je ne voulais pas qu'on nous tue mon bébé et moi* »

La connaissance limitée de la langue du pays d'accueil est un frein reconnu pour l'accès aux soins des personnes migrantes. En effet, faire comprendre le projet de soin est primordial à une adhésion de la patiente au parcours de soin. Pour le professionnel, il est important de comprendre le contexte de soin pour apporter une réponse adaptée à la patiente.

En 2008, 9% des obstacles à l'accès aux soins relevés au Comité Médicale pour les Exilé (COMEDE) étaient dus à l'absence d'interprète dans les centres de sécurité sociale, lors de l'ouverture des droits, [23].

Ceci met en exergue l'importance de l'interprétariat professionnel permettant l'égalité de traitement des personnes, l'évitement des malentendus, l'augmentation des chances de trouver des solutions adéquates aux attentes et besoins des patientes, et enfin l'instauration des relations de confiance essentielles à la prise en charge, [24].

Les patientes se sentent alors en confiance, l'expression est facilitée, ceci a été retrouvé dans l'entretien 5, réalisée en arabe par l'enquêteur « *Voilà au moins je suis à l'aise quand je parle je ne me casse pas trop la tête. Vous comprenez c'est embêtant de toujours chercher une réponse correcte* ».

Ponctuées d'une attitude empathique nécessaire au bon déroulement de la technique d'entretien, les échanges ont pu être d'autant plus riches ; la plupart des patientes étaient ouvertes à l'expression de leur ressenti, on a « *On a bien parlé, j'aime discuter après les soucis s'en vont un peu (Je vous remercie du temps que vous prenez pour moi). C'est rien du tout au contraire* » (entretien 4).

Il est à noter que le critère de non inclusion de l'étude « grossesse suivie en dehors de France » a permis d'exclure toutes les situations de tourisme médical où les patientes se présentent en fin de grossesse pour accoucher dans les maternités Française et profiter des services et confort.

Cette **question de migration** est intéressante au-delà de la barrière de la langue. Les patientes sont donc issues d'une autre culture qui ne correspond pas forcément à la prise en charge habituelle. « *Moi je suis des Comores mais j'habitais à Mayotte c'est à côté. Les autres enfants sont nés à Mayotte ça ne se passe pas pareil là-bas, il y a une femme qui connaît bien qui a l'habitude elle nous accouche et ça va. Elle peut même juste en touchant le ventre dire si c'est une fille ou un garçon* » (entretien4).

En effet, dans leur pays d'origine, les pratiques sont différentes. Le professionnel doit dans une démarche réflexive intégrer cette situation interculturelle souvent rencontrée,[25].

D'autant plus que la question de la migration reste un sujet délicat pour les patientes. « *L'immigration c'est compliqué, la solitude c'est le plus dur à gérer (...) Je réponds à la question mais je suis un peu plus gênée que les autres, être autant dépendante, c'est une honte alors que chez moi en Algérie je n'avais pas de souci de nourriture quand même... Si mes proches savaient ça, ça serait une grande honte* » (entretien 5). Ce sont des situations où elles se retrouvent exilées, [26].

L'association entre précarité et exil a été clairement identifiée notamment pour les demandeurs d'asile (entretien 5). Ceci est retrouvé dans un séminaire d'introduction à la clinique interculturelle " périnatalité et interculturalité". Florence Becker, psychologue en service de gynécologie-obstétrique à Schiltigheim décrit « *Ces situations renforcent l'isolement de ces femmes ; en effet leur plainte sur les conditions de vie en France est irrecevable par la famille restée au pays. On attend d'elles que des bonnes nouvelles et le plus souvent, une aide financière* », [27].

Ces patientes fragilisées, souvent isolées, se retrouvent sujettes aux angoisses voire aux dépressions [28]. Cette notion a été retrouvée dans un entretien « *On est arrivée à Marseille et il m'a laissé à la gare, enceinte. Je ne savais plus quoi faire, je ne faisais que l'appeler mais il ne me répondait pas, j'étais complètement désespérée*» (entretien 7). Les troubles psychiatriques, eux même admis comme critères de précarité peuvent alors s'ajouter au contexte social aggravant la précarité de ces patientes, [16, 29, 30].

Au-delà de ceci, Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire affirme une surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France, sur-risque associé à une moindre qualité des soins selon l'enquête nationale 1996-2001, [31].

Dans les résultats (cf paragraphe III.1f), la question du relationnel difficile des patientes rencontrées peut être également liée autour de l'interculturalité. Il peut s'observer une tension entre le professionnel et la patiente, souvent autour finalement d'une succession de malentendus. Cela a été soulevé par Florence Becker, « *Les soignants sont souvent en difficulté face à certaines femmes qui sont parfois décrites comme exigeantes, plaintives et critiques à leur égard* », [27].

Accepter d'intégrer la dimension culturelle dans les soins à l'hôpital serait un point intéressant pour mieux faire adhérer à la prise en charge et expliquer certaines dimensions restant parfois incomprises par le professionnel. Il ne s'agit pas de tout expliquer autour de la culture de la patiente (prendre en compte toutes les dimensions notamment sociales restant l'objectif à attendre). Deux exemples ont été retenus :

- A l'hôpital Robert Debré à Paris, face aux difficultés d'accès à la langue française (lecture, écriture, parole) pour environ la moitié des personnes accueillies à l'hôpital, une équipe de quatre médiatrices interculturelles a été mise en place en 2000. Les médiatrices interculturelles constituent un véritable lien entre les malades et leurs familles ainsi qu'avec le personnel médical et administratif. Elles sont présentes auprès des parents, à leur écoute pour les apaiser, les rassurer et les aider à comprendre,[32].

- A Marseille, l'équipe du CAMPS de l'hôpital Nord travaille avec le centre médico-psychologique de Saint-Louis, dirigé par le pédopsychiatre Djamel Bouriche afin d'aborder la dimension culturelle et favoriser un accompagnement complet.

La barrière de la langue et la migration peuvent être associées aux **difficultés administratives** évoquées par les patientes.

« *Après ils m'ont fait un papier qui me permet d'avoir les soins mais c'était long. Je ne comprends pas pourquoi ils me disent toujours de revenir, revenir, ce n'est jamais bon* » (entretien6).

« *Je pensais que ça n'en finirais plus, un cercle infernal. J'ai pris différents rendez-vous, il n'envoie pas les documents de suite...Il y a aussi la CAF dont je ne vous ai pas parlé, cela prend aussi deux mois... Vous imaginez ?* » (entretien 12).

Les démarches sont souvent décrites comme **longues** par les patientes qui se retrouvent découragées et vont jusqu'à abandonner le projet d'accès aux droits ou aux soins.

« *Mais j'ai sauté, ce n'est pas intéressant, j'avais des problèmes toujours pareil. Il fallait que je règle un souci avec la CAF. Et l'inscription au pôle emploi, non mais quand j'y pense ça me rend folle. J'ai rencontré une assistante sociale du conseil général pour m'aider mais voilà, les démarches durent 4 mois ce n'est pas possible* » (entretien11).

« *Ah oui il y a l'histoire que je n'ai pas de carte de sécurité sociale. Après ils m'ont fait un papier qui me permet d'avoir les soins mais c'était long* » (entretien6).

De même, le circuit administratif d'étude de la demande d'asile est complexe et long. L'attente et les différentes étapes sont des périodes où la famille est particulièrement vulnérable. Une attention particulière doit leur être apportée, [33].

Un colloque s'est tenu en Novembre 2014 au Conseil économique, social et environnemental sur le thème « *Comment améliorer l'accès aux soins des personnes en grande précarité ?* ». Les déclarations des patientes sur les complexités administratives ont été retrouvées ici. Ainsi il a été proposé de simplifier les procédures d'ouverture des droits, réduire les délais d'instruction des dossiers, permettre une ouverture de ces droits au sein même des hôpitaux, à l'aide de permanences des personnels de l'Assurance maladie, [34].

Nous avons choisi de ne pas inclure les **patientes mineures**. Mais il est intéressant de noter leur présence au sein de cette population. En dehors du statut de « grossesse valorisante » dans certaines cultures, la grossesse chez l'adolescente peut-être interprétée comme le résultat d'une éducation instable aboutissant à l'insécurité et donc à la précarité, [35]. Qualifiée d'objet de comblement ou encore de grossesse violente, le suivi est tardif voire absent. Il s'agit donc d'un indicateur à considérer pour le repérage des patientes.

L'ensemble des patientes ont rencontré un **travailleur social**. Ce résultat est le témoin que le système institutionnel tente de pallier aux inégalités d'accès aux droits et aux soins. Ceci étant, certaines réticences ont parfois été relevées auprès des patientes envers les travailleurs sociaux. Les patientes craignent d'être considérées comme « cas social » dans le sens péjoratif du terme. « *C'est les « cas sociaux » qui rencontrent des travailleurs sociaux c'est ça ?* » (entretien8).

« *D'ailleurs regarde je te dis un truc, parce que je suis fichée comme une marginale, je te jure je suis sûre ici elles pensent toutes que je suis comme ça* » (entretien11).

Une action d'éducation et d'information serait intéressante à mener afin que les patientes intègrent le fait que le travailleur social intervient dans un but bienfaisant. La rencontre avec un travailleur social est incluse dans les questions du score Epices et donc admise comme critères de précarité, [15].

Ce résultat met en avant pour le professionnel de santé la nécessité de collaboration constante avec les travailleurs du secteur social, [6].

Toutes ces situations décrites ci-dessus aboutissent à un **isolement social**, aggravé parfois par des situations dangereuses telles que les violences conjugales décrites dans l'entretien 11, [36]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé la précarité est un facteur favorisant les violences conjugales [37]. C'est donc un élément à rechercher lorsque le contexte d'isolement social est avéré, d'autant plus pendant la grossesse où la femme est encore plus vulnérable.

4. Obstacles liés aux ressources

Ils ont été retrouvés de manière prépondérante dans l'étude. Les ressources incluent donc les moyens financiers, les revenus.

Les patientes rencontrées **n'avaient pas d'emploi**. Il serait intéressant de rechercher pour quelles raisons. Les hypothèses s'entrecourent avec le paragraphe précédent pour tenter de l'expliquer : barrière linguistique, situation administrative instable, isolement social.

La patiente de l'entretien 7 s'est exprimé là dessus « *il faut trouver ce qu'il y a avant, avant de vouloir trouver un travail, je vais me répéter, je n'ai rien* ». Elle ne parlait pas français, n'avait pas de papier, pas de logement et pas d'entourage.

Il est facilement admis que pour cette population, se faire soigner arrive **en second plan** derrière les besoins « primaires » : se nourrir, se vêtir, se loger. La situation de précarité impose cette hiérarchisation des besoins. Les difficultés financières ont été retrouvées fréquemment dans les entretiens (cf paragraphe III.2.d.). Certains passages sont plus explicites que d'autres « *Quand tu ne connais rien ni personne, que tu n'as aucune ressources comment veux-tu connaître l'hôpital ou même savoir comment payer ?* » (entretien 7). « (Voyez-vous autres choses qui peuvent retarder l'accès aux soins ?) *Peut être le manque de moyens un peu à tous les niveaux* » (entretien 6).

Le lien entre ressources et accès aux soins est clairement établi dans la littérature. L'analyse socio-anthropologique de la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation Statistique (DREES) sur le renoncement aux soins pour raisons financières identifie deux logiques sociales de renoncement pour cette raison : barrière et refus, [38].

Le renoncement barrière correspond à toutes les contingences auxquelles le sujet se voit confronté l'empêchant d'accéder aux soins. Ceci est aisément ressorti dans les entretiens. Les patientes étaient dépendantes d'allocations et se focalisaient sur ce point plutôt que de faire suivre leur grossesse.

« *Mais pour demander la CMU, il faut faire une demande de RSA, il fallait que j'apporte des documents comme quoi je touche le RSA. Je pensais que ça n'en finirais plus, un cercle infernal. J'ai pris différents rendez-vous, il n'envoie pas les documents de suite... Il y a aussi la CAF dont je ne vous ai pas parlé, cela prend aussi deux mois... Vous imaginez ?* » (entretien12).

Par ailleurs, il est décrit parfois un refus de soins par le corps médical à cette population en grande difficulté financière. Une thèse réalisée à Marseille révèle que certains praticiens de secteur 2 puissent refuser des personnes affiliées à la CMU, même complémentaire, pratique acceptée par un tiers des internes en médecine.

35 % des internes pensent qu'il serait normal de demander des dépassements aux personnes qui sont dans ces situations, [39].

Un travail de pédagogie est à faire auprès des professionnels pour changer le regard qui est porté sur les personnes en grande difficulté sociale.

Ceci améliorerait également le regard porté par les patientes sur leur situation car parfois, être bénéficiaire de la CMU est perçu comme une étiquette.

« *En plus moi je travaille, je ne vis pas parent isolé, j'ai la sécurité sociale pas la CMU* » (entretien 10).

Il a été également décrit par la DRESS le renoncement de refus correspondant à un abandon du sujet vis-à-vis des soins, car la médecine ne peut améliorer son état ; certains vont même jusqu'à définir comme un désintéret du sujet pour lui-même. Ce sentiment est retrouvé dans l'étude « *Moi je ne consulte jamais, en fait je n'ai pas besoin. C'est vraiment cette grossesse je vous ai tout expliqué pourquoi je n'ai pas pu aller consulter. Après les choses s'ajoutent et on consulte plus. J'ai géré les priorités* » (entretien 8).

Ceci montre que la prise en charge à l'hôpital doit donc tenir compte des besoins primaires de cette population et ainsi il serait intéressant de [34] :

- sensibiliser et former les équipes soignantes à l'accueil et à la prise en charge des personnes sans domicile
- Faire intervenir les équipes mobiles Santé Précarité au sein des hôtels où vivent les femmes seules avec enfants.

L'article L 221-2 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que des structures doivent être mises à disposition pour les femmes enceintes n'ayant pas de logement ainsi que leur enfant, ce qui n'est pas toujours assimilé au sein des équipes, [40]. Dans l'entretien 7, la patiente était sans domicile fixe et ne savait pas où aller à la sortie de la maternité « *Je ne sais pas trop, il m'a dit qu'il avait un frère qui pourrait nous héberger quelques jours mais je n'ai pas eu de nouvelles depuis. Je vais surement sortir demain ou après demain je crois. Il m'a aussi dit de parler aux services sociaux et qu'il allait m'aider. Je vis au jour le jour pour l'instant je me dis que ça va, enfin avec le temps comme ça peut aller* ».

Afin que la **connaissance des professionnels sur ce sujet soit effective**, il serait intéressant de l'intégrer dès la période de formation initiale, sensibiliser à la prise en compte des sécurités importantes du quotidien (manger, se nourrir, se laver) :

- Faire connaître les structures accueillant le public concerné, (listing à intégrer en maternité). Orienter vers des centres d'hébergements et de réinsertion sociale par exemple.
- Favoriser la connaissance de structures de banque alimentaire.

Tous les acteurs doivent être impliqués dans la recherche de solutions adaptées.

La stabilisation de l'hébergement s'impose à tous comme une des composantes indispensables à la coordination des parcours de santé périnatale de ces familles.

5. Stratégie de recours aux soins des patientes

Le **recours aux soins tardifs** a été très largement identifié dans l'étude. Les enquêtes périnatales depuis 2003 décrivent cette tendance à la déclaration de grossesse tardive des patientes vulnérables, [10].

« *Je suis rentrée pour une infection urinaire aux urgences, je suis ressortie avec une grossesse, j'avais 40 de fièvre et finalement j'étais enceinte de quatre mois* » (entretien1).

La moitié des patientes de l'étude a déclaré ne pas savoir être enceinte jusqu'à un terme avancé. Dans la littérature il n'a pas été trouvé de corrélation entre précarité et déni de grossesse. Rappelons que ces données sont déclaratives et donc non objectivées. Une patiente de l'étude semble avoir subi un réel déni de grossesse jusqu'à son accouchement (entretien 10).

Pour les chercheurs de l'institut de recherche en économie de la santé, le lien entre renoncement aux soins et dimensions de la précarité tend à montrer que le renoncement pourrait lui-même être interprété et utilisé comme indicateur de la précarité en santé, [38].

Une des raisons exprimées par les patientes dans l'étude était que leur état ne les inquiétait pas. Il s'agissait souvent de multipares pour qui la grossesse n'était pas un motif important de consultation. La sous estimation de gravité est une des causes du renoncement aux soins déjà identifiées, [41].

Une culture que certains auteurs ont qualifié de « **morale du renoncement** », [38-42]. Caractérisée par une tendance à attendre que les problèmes se règlent spontanément. Ceci aboutit **aux recours aux soins d'urgence** fréquemment décrit et retrouvé dans l'étude (paragraphe 3.b.). « *Pour moi je vous dis, c'est normal quand c'est la première grossesse c'est normal d'y aller tout le temps mais après quand on est déjà habitué comme moi on se dit bon je sais ce qu'elle va me dire, je préfère attendre* » (entretien 6).

Une logique **de sous estimation de gravité** a été retrouvée auprès de la population à l'étude, par exemple « *Je le sentais bouger donc je me suis dis je pense que ça va bien. En plus à la base à la première échographie on m'a dit qu'il n'était pas trisomique, qu'il allait très bien. Voilà, je pensais que ça irait bien* » (e8). Au delà d'une forme de déculpabilisation, c'est un phénomène caractéristique retrouvé dans la prise en charge de ces populations fragilisées, [41]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce point.

Certains symptômes ne constituent pas un signe d'alarme. Ceci a été décrit dans un mémoire de sage-femme réalisé sur la population Rom de Marseille en état de grande précarité, les signes fonctionnels d'hypertension étaient vus par la population comme des signes sympathiques de grossesse et ne constituaient donc pas un motif de consultation, [43].

Il serait intéressant de développer plus de moyen adapté pour l'éducation à la santé des populations vulnérables prenant en compte les spécificités de chaque culture. Ceci contribuerait à favoriser leur insertion sociale et professionnelle pour **prévenir** la précarité [36].

6. Quelles stratégies de repérage des patientes en situation de vulnérabilité?

La grossesse doit être considérée par les professionnels comme **un moment propice** au repérage de ces femmes, ces familles. Elles sont dans une position valorisante de futures mères. Ainsi favoriser la rencontre entre ces femmes et les professionnels du secteur sanitaire et social devient d'autant plus justifié. Elles pourront bénéficier d'aides pour les besoins identifiés auprès du public précaire mais aussi d'aides plus spécifiques pour femmes enceintes.

Même si l'étude a été effectuée sur un échantillon réduit, l'expertise des patientes sur les questions susceptibles de leur être posées a été quasi unanime dans le sens où **les questions ne les dérangent pas**. Les patientes ont accepté d'y répondre malgré la longueur du questionnaire (28 questions). Elles souhaitent être aidées et orientées si nécessaires.

« Ici en France je galère c'est vrai, mais si tu as un problème on essaie de t'aider » (entretien 4).
« Et oui, c'est dur de dire ça mais je ne dirais pas que c'est trop gênant, il faut savoir. Et on a besoin d'aide, on demande de l'aide mais c'est dur on ne sait pas qui peut nous aider. C'est vrai, en plus, on dit toujours qu'il faut « garder ses problèmes », je n'ai jamais dit ça à quelqu'un » (entretien 6).

L'enquêteur a été accueilli de manière positive et les patientes ont apprécié se confier. *« On a bien parlé, j'aime discuter après les soucis s'en vont un peu »* (entretien 4).

Cette expertise des patientes est à mettre en parallèle avec une étude réalisée auprès des professionnels de l'assistance publique hôpitaux de Marseille (APHM) montrant la nécessité pour ces derniers d'un outil de repérage de la vulnérabilité sociale, [17]. Ce mémoire a cependant révélé un certain degré de gêne des professionnels pour poser les questions. L'étude réalisée ici, conforte le professionnel dans le sens où la majorité des patientes acceptent de répondre aux questions. Le professionnalisme et la bienveillance du personnel hospitalier prime devant le sentiment de gêne auprès des patientes.

« Vos questions ne dérangent pas du tout posez, vous savez, à l'hôpital on sait qu'on doit tout expliquer ...parfois ça arrive qu'on ne dise pas tout ce que vous voulez savoir ou ce qui est important, on ne sait pas nous ce qui est important en tout cas moi je ne sais pas. A partir du moment où vous me posez la question, bien sur je réponds » (entretien 7). Cette citation montre également que le professionnel doit surmonter le sentiment de gêne et poser les questions avec neutralité et dans le but d'aider la patiente.

Plusieurs outils sont disponibles à travers la France. Une forme simplifiée du score Epices a été utilisé au CHU de St Etienne, les résultats ont montré que ce genre d'outil est pertinent et fiable, [9].

Le réseau SOLIPAM propose également des outils à disposition des professionnels pour le repérage de la vulnérabilité. Il existe également des journées de formation à destination des professionnels afin de les sensibiliser aux outils au repérage. C'est ce modèle que plusieurs équipes ont choisi afin de repérer et orienter les patientes, comme par exemple la plaquette vulnérabilité (annexe 7) à destination des professionnels du centre Hospitalier de Valence.

Le score présenté en annexe 8 (en cours de développement) s'avère tout à fait pertinent, en accord avec les résultats obtenus dans l'étude et la littérature. Il est court et aborde les différentes dimensions de la précarité.

Intégrer **cette fiche de dépistage de vulnérabilité** aux dossiers obstétricaux (annexe 8) aurait un effet bénéfique double :

- orienter précocement les patientes vers un parcours spécialisé (logigramme également proposé en annexe 8) : consultation de vulnérabilité du CAMPS, parcours de Protection Maternelle et Infantile, permanence d'accès aux soins « mère-enfant » pour une prise en charge d'autant plus spécifique

- sensibiliser les professionnels aux différents indicateurs qui se familiariseront avec les items présentés et sauront identifier les signes d'alertes d'une situation de vulnérabilité.

Dans l'observation du COMEDE, les obstacles relevés à l'accès à la PASS sont :
-l'absence pure et simple de PASS au sein de l'hôpital (ce qui n'est pas le cas à l'APHM)

-l'absence de signalétique

-la méconnaissance du dispositif au sein de l'hôpital ou un manque de communication externe, [44].

L'outil de repérage intégré au dossier médical favorisera la connaissance du dispositif.

En dehors des services de consultation à la maternité, cet **outil de repérage** peut-être répandu auprès de tous les professionnels susceptibles de rencontrer des femmes enceintes dans l'ensemble du réseau. De plus, il peut être intéressant d'informer les bénévoles effectuant des maraudes de l'enjeu que constitue le repérage des femmes enceintes en grande précarité.

Il ne **s'agira pas de réaliser une stigmatisation** de ces patientes, mais réellement de construire une prise en charge adaptée pour ces femmes. Cette dimension doit être expliquée aux patientes afin de favoriser l'adhésion à la prise en charge : du repérage à l'orientation vers un parcours de soin spécialisé.

V. Conclusion

L'enquête nationale périnatale de 2010 [9] qui dresse le bilan du plan périnatalité souligne que 15 % des mesures prévues dans le Plan Périnatalité 2005-2007 n'ont pas été réalisées principalement **concernant les populations en situation de précarité** et les personnes en situation de handicap. Ce bilan peut être expliqué de part l'absence d'outil de repérage des situations de précarité. En effet, **le repérage est la clé de voûte** pour organiser le suivi des patientes.

L'équipe obstétricale et en particulier la sage-femme, ont un rôle pivot dans le repérage des femmes en situation précaire. L'entretien prénatal précoce est un moment privilégié pour repérer les situations à risque et organiser une prise en charge adaptée. Mais, le repérage de la précarité, doit se faire comme pour **tout facteur de risque**, lors de la première consultation et également tout au long de la grossesse.

Cette étude est une étape qui se place en amont du repérage, **approche explicative** (vécu et perception). Elle a permis un abord de la problématique originale et d'autant plus pertinente. Les résultats ont permis d'identifier les obstacles à l'accès aux soins vus par le patient. Il est à distinguer des **obstacles sociaux, financiers** et enfin des stratégies de **prise en charge** spécifiques. Ceci est en accord avec la littérature, particulièrement la part importante des difficultés liées à la socialisation. Ainsi, Jean Furthos psychiatre, auteur ressource dans l'étude de la précarité, aboutit à la notion « **d'auto-exclusion** » : « *sur le plan social, cela consiste à être exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté. Sur le plan psychique, cela revient à avoir le sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité, laquelle s'inscrit toujours dans un groupe social ou sociétal particulier* », [45]. Cet ensemble d'éléments de la définition est retrouvé auprès de ces patientes. Elles ont chacune décrit des situations différentes aboutissant à un ensemble d'indicateurs communs et étroitement liés. Les perceptions patientes se calquent finalement sur les représentations normalisées des professionnels.

La précarité reste identifiable. Depuis Wresinki à nos jours, les notions d'insécurité et modes d'insertion instables de ces populations ont pu être **identifiés et analysés**. Les équipes médico-sociales possèdent les bases pour identifier l'état de précarité et ainsi favoriser l'inclusion de cette population qui échappe encore au parcours de soins.

Il ressort de cette étude que **le respect des dimensions éthiques, sociologiques et anthropologiques** soulevées par le sujet soit effectif par l'utilisation du questionnaire présenté. Il constituerait un réel outil pour le professionnel et se révélerait essentiel pour le public concerné, leur permettant une orientation immédiate et un accès aux soins simplifié.

La **sensibilisation des professionnels** concernés est également un axe important dans le repérage et la prise en charge de la vulnérabilité. Les perspectives sont nombreuses à développer dès la formation initiale.

Une étude est actuellement en cours, dirigée par Monsieur Laporte Rémi, pédiatre aux urgences enfant de l'APHM, sur **l'élaboration d'un processus simple de repérage et d'adressage des patients vulnérables**. La prochaine étape de cette étude est la tenue d'un groupe de discussion pour la validation de l'échelle de repérage et du dispositif d'adressage. Ce mode de fonctionnement constituerait un réel avancement dans la prise en charge du public précaire.

VI. Bibliographie

1. Wresinski J, Conseil économique et social. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République française. 1987
2. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Legifrance.
3. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations, 2005.
4. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité, 2004
www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf.
5. Insee Mobile - Tableaux de l'Économie Française N°édition 2014, avril 2014.
6. L. Briend, A. Renaerd, P. Herschkorn Barnu, L'expérience du réseau SOLIPAM. Entretiens des sages-femmes. 2012
7. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac, Baron M, Maurel G, Reme JM, Grandjean H. Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005
8. M. Convers, A. Langeron, C. Sass, J.-J. Moulin, A. Augier, M.-N. Varlet, P. Seffert, G. Chene. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2012
9. M. Convers. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. La Revue Sage-femme, 2010
10. Blondel B., Kermarrec. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale, 2010.
11. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2010.
12. Blondel B., Marshall B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Journal of Gynecology Obstetrics and Biology Reproduction, 1996.
13. Nathalie Savard, Thèse, Étude de l'influence des caractéristiques du contexte social des mères sur la survenue de faible poids pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés du Québec 2000-2008.
14. Réseau Gard Lozère « Grossesse et précarité » Juin 2007
15. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire, 2006.

16. Pascale Hassler, Sébastien Riquet, Claude D'Ercole, Léon Boubli, Xavier Carcopino. Évaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III. 2015.
17. L. Atroune. Master 2 Santé Publique spécialité Recherche Epidémiologie. Les difficultés du personnel soignant dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Aix-Marseille II Université, 2013.
18. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Asseray N, Billaud E, Baron D., Lombrail P, Agard C. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital, Avril 2004.
19. Mucchieli, A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, 1996.
20. Blanchet A, Gotman A, L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris, Nathan 1992-2001, 127 pages.
21. Association - ONG - Médecins du Monde - ONG de solidarité internationale - Observatoire de l'accès aux soins de la mission France - Rapport 2011, octobre 2012.
22. CIMADE. Petit guide pour conjuguer la migration au féminin. Juin 2013
23. Bénédicte Gaudillière, Médecin au Comede, Accès aux soins des patientes non francophones pour en finir avec les malentendus. Rencontres Prescrire, 28-29 mai 2010
24. Aziz Tabouri L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes et migrations*, 2009.
25. Zohra Gueraoui. Prise en charge de sujets en situation interculturelle, Cinq conditions pour éviter la dérive culturaliste, 2011.
26. Gunes C. Exil et précarité, l'entre-deux de l'accueil, Mars 2011.
27. Florence Becker, Anouk Roquet, La maternité au regard de l'exil. Séminaire d'introduction à la clinique interculturelle « périnatalité et interculturalité » service de gynécologie-obstétrique. Janvier 2007.
28. Schmitt M. Comment prend forme au quotidien l'accueil de l'enfant et de ses parents ayant vécu l'exil ? L'exemple de l'informel et de l'accueil du lien au Lieu d'accueil enfants-parents ' La Papothèque éducative ' Février 2011.
29. S. Lebovici, « l'homme dans le bébé », revue française de psychiatrie, 1994.
30. Douville O, Benhaïm M, Boukobza C et al. Clinique psychanalytique de l'exclusion. Paris, 2012.
31. Institut de Veille Sanitaire | BEH n°9 Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale, 1996-2001.
32. Les étrangers à l'hôpital – Hôpital.fr Disponible sur: <http://www.hopital.fr/Vos-droits/Les-etrangers-a-l-hopital>

33. Herschkorn Barnu P., Mémento SOLIPAM. Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité-précarité : principes et outils pour les professionnels, 2011.
34. Fondation Sanofi Espoir, Colloque. Conseil économique, social et environnemental « *Comment améliorer l'accès aux soins des personnes en grande précarité ?* » Novembre 2014.
35. Michèle UZAN Hôpital Jean Verdier Bondy. La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente, 2004.
36. Evelyne Duhamel et Henri Joyeux . Femmes et précarité. Etude du conseil économique social et environnementale Journal officiel de la république française, 2013.
37. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes, 2014.
38. Despres C, DREES Le renoncement aux soins pour raisons financières - Analyse socio-anthropologique. Mars 2012. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud119.pdf>
39. Ernst, Meriaux. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Thèse Médecine Marseille, 2013.
40. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-2 |Loi n°2005-706 du 27 juin 2005 - art. 4 JORF, 28 juin 2005.
41. H. Balique et A.Daguzan. Formation des étudiants en stage de L3. Prendre en compte les situations de précarité, 2013.
42. Schwartz O. Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord, 1990.
43. Mougnot R. Population précaire, marginalité et suivi de grossesse. Au sujet de la population Rom de Marseille. Mémoire sage-femme Marseille, 2010.
44. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement, 2013.
45. Furthos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. Dossier Souffrance et Société, 2007.

VII. Annexes

1. Critères d'inclusion pour la consultation de vulnérabilité à l'hôpital Nord
2. Score Epices
3. Fiche entretien
4. Analyse entretien : méthodologie
5. Questionnaire
6. Résultats recueil de l'acceptabilité des questions
7. Plaquette vulnérabilité Valence
8. Prototype de l'outil de repérage et orientation
9. Exemple de la retranscription de l'entretien 7

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTES POURS LA CONSULTATION DE VULNERABILITE A LA MATERNITE DE L'HOPITAL NORD

- Mineures.
- Grossesse de découverte tardive.
- Patientes hospitalisées en unité psychiatrique ou ayant une pathologie psychiatrique chronique et en situation de détresse sociale.
- Patientes incarcérées.
- Patientes toxicomanes.
- Patientes isolées ou vivant en foyer ou sans domicile fixe.
- Patientes ayant comme antécédents des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance pour lesquels il existe une mesure d'action éducative en milieu ouvert.
- Patientes subissant des violences conjugales
- Rom.



Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie

EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES, réalisée en 2004 à partir des données 2002 des CES, a montré la

pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité :

- le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé,
- le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Références

Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005. Saint Etienne : Cetaf, 2005.

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE_precari te.pdf

Guéguen R, Sass C, the EPICES working group : Abrid L, Romano-Girard F, Guenot C, La Rosa E, Magnier P, Martin E, Royer B, Rubirola M. In *The EPICES score: An individual index of material and social deprivation related to health status. Part1: setting up the score.* 2005

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/Epices_Sass I .pdf

Sass C, Dupré C, Dauphinot V, Labbe E, Guéguen R, Gerbaud L, Moulin JJ: In *The EPICES score: An individual index of material and social deprivation related to health status. Part2: Evaluation in a population of 197 389 subjects.* 2005

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/Epices_Sass II.pdf

Bihan H, Silvana L, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association between individual deprivation, glycemic control and diabetic complication - The EPICES score. *Diabetes Care* sous presse.

Calcul du score EPICES

N°	Questions	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, 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, 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	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

Grille d'entretien

Je m'appelle SAADI Soraya, je suis étudiante sage-femme en dernière année. Je travaille dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur le vécu et les difficultés rencontrées par les femmes vis-à-vis de leur prise en charge pendant la grossesse. Mon objectif étant d'identifier les obstacles à l'accès aux soins afin de mieux les prendre en compte dans les futures prises en charge de femmes pendant leur grossesse. Je souhaiterais donc m'entretenir avec vous. Vous faites partie des femmes que j'ai choisies car votre suivi de grossesse est différent du suivi habituellement recommandé c'est-à-dire moins de 3 consultations pendant votre grossesse, si bien sûr vous acceptez de participer pour exprimer votre avis.

Le but étant que vous me dites tout ce que vous avez envie de me dire, même si vous avez l'impression que c'est hors sujet. Mon rôle est simplement d'écouter et de comprendre, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, vous pouvez me dire ce que vous voulez. Votre avis est essentiel.

L'entretien est anonyme et confidentiel, en aucun cas il ne sera fait référence à vos nom et prénom. Ce que vous dites ne sera partagé avec aucun autre personnel du service. L'analyse sera évidemment anonyme. Je peux enregistrer l'entretien mais cela reste confidentiel et m'évite de prendre trop de note pour pouvoir discuter avec vous, c'est plus facile.

Avez-vous des questions sur le déroulement de l'entretien ?

Votre refus de participer à cette étude n'aura aucune conséquence sur le type et la qualité de votre prise en charge, ainsi que sur les relations avec le personnel soignant. Acceptez-vous de participer à mon étude ?

1. Selon vous en quoi consiste le suivi de grossesse ?
2. Est-ce que vous pensez qu'il existe des obstacles / difficultés au suivi de grossesse ?
 - Dans votre expérience, estimez-vous avoir eu des difficultés pour prendre en charge votre grossesse ?
3. Selon vous, quelles problématiques de la vie quotidienne pourraient influencer sur votre PEC ?
4. Qu'est ce qui, dans votre expérience, peut retarder l'accès aux soins ?

Thème à aborder

- Administratif : -travailleur social
 - situation irrégulière ?
 - couverture sociale (régime de base, mutuelle, coûts, renouvellement CMUC ou AME)
- Ressource, logement : -difficulté financière, alimentation, emploi
 - moyens matériels pour se rendre au rendez-vous
 - loisirs (a minima présence de moments de détente, de relâchement)
- Entourage : -en couple ?
 - soutien (matériel, émotionnel, sur qui elle peut s'appuyer)
- Santé : -soins dentaires (renoncement aux soins, obstacles financiers)
 - médecin traitant (relation de confiance, ose exprimer ses besoins et questions)
- Peur du jugement, stigmatisation par le personnel
- Facteur aggravant :- âge (adolescence)
 - addiction

L'ANALYSE D'ENTRETIENS DANS UNE ENQUETE DE TERRAIN

Le procédé s'articule sur des méthodes de comparaison systématique d'entretiens retranscrits qui doivent être relativement homogènes. Nous allons décomposer ici les étapes principales de l'analyse, qui sera au début surtout exploratoire, et qui, au fur et à mesure, se focalisera sur certains liens qu'il pourra être possible de faire apparaître entre différents thèmes dégagés par la grille d'analyse de chaque entretien.

CONSTRUIRE UNE GRILLE D'ANALYSE

Il faut d'abord découper l'entretien en extraits tels que, à la question « De quoi parle ce passage ? », on puisse répondre d'un mot ou par un titre très bref. Ces mots clefs identifient les unités thématiques élémentaires de l'entretien.

Dans la mesure du possible, il faut essayer de tirer ces mots clefs des propos de l'informateur. Il convient, par plusieurs relectures attentives de l'entretien, de dégager tous les thèmes abordés par l'entretien, ceux qui sont plus en rapport avec ce que dit d'interviewé qu'avec ce que demande le sociologue, et préciser des sous-thèmes. Il faut être vigilants et bien noter tous les thèmes qui n'étaient pas présents dans le guide d'entretien.

Nota Bene à partir d'un exemple concernant le suivi du travail scolaire

L'analyse peut dégager des sous-thèmes selon les modalités de suivi : suivi des notes, aide aux leçons, aide aux devoirs, questions sur le déroulement de la journée d'école (questions générales, questions sur les cours, sur les camarades...), remarques faites à propos du cahier, discussions sur un point enseigné à l'école, excursions ou visites en relation avec le programme scolaire... L'analyse peut aussi conduire à distinguer les acteurs du suivi (le père, la mère, les deux, les frères, sœurs, voisins...). Le même extrait peut relever de plusieurs sous-thèmes (modalités de suivi, acteurs du suivi), il peut aussi être rattaché à d'autres thèmes (pratiques culturelles, relations de voisinage, structure familiale...). En marge de chaque extrait seront notés les thèmes et sous-thèmes concernés.

Règles de construction de la grille d'analyse

- 1° isoler les unités thématiques,
- 2° choisir pour chacune le mot clef ou les mots clefs les mieux ajustés (privilégier mots ou expressions de l'entretien), et le noter en marge de l'extrait (dans le cas d'extraits pour lesquels plusieurs thèmes sont imbriqués, les noter tous avec précision),
- 3° noter en marge de l'extrait ses références précises (n° d'entretien, n° de page, n° de ligne),
- 4° découper (aux ciseaux ou à l'ordinateur) ces extraits et les annotations marginales et les classer dans des dossiers thématiques correspondant,
- 5° regrouper les différentes unités en thèmes, sous-thèmes et sous-sous-thèmes, constituant ainsi ce qu'on appelle la grille d'analyse de l'entretien.

COMMENCER L'ANALYSE : COMMENT S'Y PRENDRE AU DEBUT ?

On peut commencer par l'analyse par deux entretiens qui paraissent proches mais se distinguent en fonction d'un clivage sociologique qui s'annonce pertinent (ex : différence d'âge). On peut aussi prendre, au sein d'un seul entretien, un passage qui paraît significatif.

On peut se livrer d'abord à des analyses de très courts extraits isolés (une ligne ou deux) : dans un premier temps, on se trouve souvent à court de commentaire, il s'agit de « donner du sens », de « faire parler » l'extrait au-delà de sa signification directe, de s'imposer une grande vigilance aux tournures de phrases et au vocabulaire utilisé. Cela conduit le chercheur à émettre des hypothèses premières, dont la pertinence et la fécondité sont à vérifier dans la suite des entretiens (et dans d'autres entretiens).

Contrôler qu'il n'y a pas surinterprétation en essayant notamment d'identifier chaque thème par une expression utilisée par l'interviewé, et en étant vigilant sur ce qui est dit dans le reste des entretiens (ne pas oublier qu'un entretien n'est pas toujours intégralement cohérent).

Ensuite, il faut essayer d'homogénéiser les mots clefs dans des catégories assez larges pour regrouper l'ensemble des entretiens et favoriser l'émergence de typologies.

QUE FAIRE ENSUITE ?

L'étape suivante consiste à comparer les différents extraits classés dans les fichiers thématiques. Cela peut se faire par une analyse transversale ou longitudinale.

Analyse transversale

Identifier des thèmes comparables, essayer d'homogénéiser les grilles. Comparer tous les extraits à l'intérieur d'un même thème, sous-thème... On compare les points de vue, les modes d'expression, les discours sur les pratiques... qui diffèrent selon les positions occupées par chaque informateur dans l'espace social au sein duquel s'effectue la recherche.

Analyse longitudinale

Etudier, au sein d'un même entretien, l'organisation des séquences qui le compose. Elle indique des priorités, des insistances, des difficultés à dire, des enchaînements de thèmes qui diffèrent selon les locuteurs et leurs milieux sociaux.

Dans les deux cas, la comparaison doit permettre d'établir des ensembles de traits communs distinctifs permettant d'élaborer des types sociaux de pratiques, de stratégies, de représentations...

QUEL EST L'OBJECTIF A ATTEINDRE ?

L'objectif final consiste à dégager les logiques qui unissent les différents thèmes et sous-thèmes en établissant les liens entre

- ⇒ Les pratiques (que l'on a pu approcher par des observations sur le terrain),
- ⇒ Les discours sur les pratiques,
- ⇒ Les représentations (que le sociologue construit à partir d'une analyse des pratiques et des discours sur les pratiques),
- ⇒ Les positions dans l'espace social au sein duquel l'ensemble des entretiens a été recueilli,
- ⇒ Les trajectoires (au sein et/ou à l'extérieur de cet espace social)

de chacune des personnes interviewées (et, dans certains cas, de quelques personnes non interviewées mais dont les différents informateurs ont pu parler au cours des entretiens).

QUESTIONNAIRE : OBSTACLES SOCIO-ECONOMIQUE POUR L'ACCES AUX SOINS

Si vous êtes d'accord, pouvez-vous me donner votre avis en me disant pour chaque question s'il serait gênant d'y répondre dans le cas où un médecin ou un infirmier prenait le temps de vous interroger lors de votre accueil ou prise en charge à l'hôpital ?

0. Avez-vous un médecin traitant ? OUI NON

1. Enfants : Avez-vous un carnet de santé ou de vaccinations (présent ou chez vous)? OUI NON

Femme enceinte (> 12 semaines): Avez-vous déjà vu un médecin pendant cette grossesse ? OUI NON

Maman (bébé < 3 mois) Avez-vous vu un médecin pendant votre grossesse?

0 ou 1 fois 2 fois ou plus

2. Quelle est votre couverture sociale?

AME, CMU + complémentaire ou Sécurité Sociale + Mutuelle = Complète

CMU sans complémentaire, sécurité sociale sans complémentaire = Incomplète

Aucune

Ne sait pas

3. Tous vos enfants âgés de 3 ans ou plus sont-ils scolarisés ? OUI ou non concerné NON

Tous vos enfants âgés de 6 ans ou plus sont-ils scolarisés ? OUI ou non concerné NON

4. En cas de besoin (démarche administrative, consultation ou hospitalisation en urgence), avez dans votre entourage au moins une personne de confiance (qui peut vous transporter, garder vos enfants) ? OUI NON

4.1 Avez-vous des difficultés à vous organiser pour vous rendre aux rendez-vous (médicaux, sociaux, administratifs, professionnels)? Oui non

5. Si vous ou vos enfants avez des problèmes dentaires ou ophtalmo (caries, besoin de lunettes), avez-vous un dentiste, un ophtalmologue ? OUI ou non concerné NON

6. Elevez-vous (ou allez-vous élever ; si première grossesse) seul(e) votre (vos) enfant(s)? OUI NON

7. Quelqu'un (enfant ou adulte) a-t-il une santé fragile à votre domicile (maladie chronique, handicap, consomme trop d'alcool ou de la drogue) ? OUI NON

8. Avez-vous des soucis dans votre logement (petit pour tous les occupants, sensation de froid, peinture écaillée, moisissures - odeur ou traces noires -, rongeurs, danger électrique, de feu, de chutes) ? OUI NON

9. Gynéco-obstétrique : Quel est votre âge ? < 18 ans 18 ans ou plus

10. Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que vous ou vos enfants ne mangiez pas de façon équilibrée à cause d'un problème d'argent ? Oui Non

11. Êtes vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1^{er} emploi ? Oui non

12. Votre niveau d'étude ? Pas d'étude ou collègue lycée ou sup

13. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ? ou Avez-vous des difficultés à vous faire soigner ou acheter les médicaments prescrits ? Oui non

14. Êtes-vous en situation irrégulière ? oui non

15. Avez-vous des difficultés de déplacement en cas d'urgence (pas d'accès à une voiture) ?

OUI NON

16. Avez-vous changé de région (déménagement) ou de pays (migration) depuis moins de 2 ans ?

OUI NON

Observation par le soignant :

Le patient parle-t-il ou comprend-il bien le français ? OUI OUI, à peu près NON

EPICES

17. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?¹ OUI NON
18. Vivez-vous en couple? OUI NON
19. Etes-vous propriétaire de votre logement? OUI NON
20. 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...) ? OUI NON
21. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
22. Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
23. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
24. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? OUI NON
25. 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 ? OUI NON
26. 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 ? OUI NON

Score J Pascal

27. Recevez –vous une de ces allocations : le RMI, l’AAH (Allocation Adulte Handicapé), l’API (Allocation Parent Isolé), l’ASS (Allocation Solidarité Spécifique), l’AI (Allocation d’Insertion), l’Allocation de Veuvage, le Minimum Vieillesse ou l’Allocation Supplémentaire de Vieillesse ? OUI NON

¹ Plus précisément cela pourrait être d'ailleurs « Avez-vous déjà rencontré une assistante sociale ou un travailleur social sur l'année écoulée ? » il y a en effet notamment deux fois plus de chances de bénéficier de la CMUC si on en a rencontré un ou une sur une année ; Boisguérin B. (2007). *Les allocataires des minima sociaux :CMU, état de santé et recours aux soins*. DRESS, Etudes et Résultats, n°603.

RECUEIL DE L'ACCEPTABILITE DES QUESTIONS PAR LES PATIENTES

	Génant	Plutôt gênant	Plutôt à l'aise	A l'aise	Refus de répondre	Commentaires éventuels
Q0			1	10		Questions posées habituellement lors de consultation (<i>entretien 2, 4, 7 et 8</i>)
Q1		2	1	8		« Plutôt gênante car pour moi c'est non utile pour une consultation à l'hôpital » (<i>entretien 8</i>)
Q2		1		10		<p>« C'est évident pour être pris en charge il faut savoir » (<i>entretien 1, 4, 5, 8,9.</i>)</p> <p>« quand on a rien c'est dur de s'expliquer, dur de demander de l'aide » (<i>entretien 6</i>)</p> <p>« Moi je n'ai pas de couverture sociale, ça simplifie les choses dans les réponses mais pas dans la vie. Vos questions ne dérangent pas du tout posez, vous savez, à l'hôpital on sait qu'on doit tout expliquer ...parfois ça arrive qu'on ne dise pas tout ce que vous voulez savoir ou ce qui est important, on ne sait pas nous ce qui est important en tout cas moi je ne sais pas. A partir du moment où vous me posez la question, bien sur je réponds. » (<i>entretien 7</i>)</p>
Q3				10	1	« Pour moi c'est gênant de répondre, en quoi c'est intéressant de savoir ça à l'hôpital ? Après, c'est la vie privée quoi, je ne sais pas. Je n'y répondrais pas. »

						(entretien 8)
Q4	1	1		9		« cette question me dérange parce que je ne vais pas à tous mes rendez-vous, c'est évident en même temps que c'est parce que j'ai des difficultés » (entretien 8) « Mon frère est trop loin, je vous avoue que je n'ai personne. Ça reprend un peu ce que je vous disais là. » (entretien 6)
Q5	1	1		9		« Oui, je sais que c'est bien mais attends, ce n'est pas gratuit » (entretien 6)
Q6	2			9		« Il ne faut pas être gênée de demander ça c'est des choses qui arrivent, c'est la vie. Oui j'élève seule mes enfants. Si on ne demande pas, on ne peut pas savoir, moi je comprends. Et parfois ça peut aider. » (entretien 6)
Q7	1			10		« parler de nos enfants ne nous dérangent pas du tout, je pense que vous l'avez compris vu comment on a parlé avant. C'est notre famille. » (entretien 3) « depuis tout à l'heure je ne dis rien mais là, je dis que c'est gênant. C'est avec des questions comme ça après qu'on te met un tampon » (entretien 11)
						« Oula, chez moi, il y a tous les problèmes du monde, ce que vous venez de dire mais surtout, c'est trop petit ! Avec les enfants on est coincés dedans. J'aimerais beaucoup avoir plus grand mais je

Q8	1	1		9		<p>n'ai pas les moyens » (<i>entretien 6</i>)</p> <p>« j'ai l'impression que ce sont des préjugés » (<i>entretien 8</i>)</p> <p>« je réponds mais c'est bizarre quand même » (<i>entretien 11</i>)</p>
Q9				11		
Q10		2		8	1	<p>«J'ai un peu de mal à répondre, ça fait bizarre mais oui j'ai eu du mal à trouver à manger au début, après j'ai trouvé les restaurants du cœur ils m'ont aidé. Je réponds à la question mais je suis un peu plus gênée que les autres, être autant dépendante, c'est une honte alors que chez moi en Algérie je n'avais pas de souci de nourriture quand même ...Si mes proches savaient ça, ça serait une grande honte. En réalité je ne devrais pas avoir honte, il faut savoir demander de l'aide et quand on est embêté on sait le faire au final</p> <p>Les restaurants du cœur ont fait beaucoup pour moi. Je suis un peu gêné la oui de parler de ça, de l'exprimer, mais avec toi ça va. C'est se dire que les enfants aussi sont touchés, la grande et peut-être bientôt celui là. » (<i>entretien 5</i>)</p> <p>« Et oui, c'est dure de dire ça mais je ne dirais pas que c'est trop gênant, il faut savoir. Et on a besoin d'aide, on demande de l'aide mais c'est dur on ne sait pas qui peut nous aider. C'est vrai, en plus, on dit toujours qu'il faut « garder ses problèmes », je n'ai jamais dis ça à quelqu'un. En même temps ce n'est pas vraiment vraiment choquant, je vis seule avec les quatre et je ne travaille pas... » (<i>entretien 6</i>)</p>

Q11		3	2	6		<p>« Je ne travaille pas, je n'ai pas le temps » (entretien 1)</p> <p>« J'ai démissionné du premier, pour l'instant je ne cherche pas même si peut-être que je devrais » (entretien 2)</p> <p>« Sans papiers ce n'est pas trop possible, quelques jobs quoi » (entretien 6)</p> <p>« il faut trouver ce qu'il y a avant, avant de vouloir trouver un travail, je vais me répéter, je n'ai rien.» (entretien 7)</p>
Q12		1	3	6	1	<p>« c'est comme ça et c'est tout chacun sa vie » (entretien 3)</p> <p>« après il faut savoir dans quel sens, on nous demande ça, c'est pour dire sue je ne réfléchis pas ? dans le doute, je n'y répondrais pas et même je pense que je m'énerverais, pas avec vous » (entretien 8)</p>
Q13		3	5	3		<p>« Quand on entend la santé passe avant tout, moi je dis que c'est un peu gênant parce que pour moi ce n'est pas vrai » (entretien 1)</p> <p>« Là, pas de soucis, je comprends pourquoi on nous demande ça » (entretien 8)</p> <p>« Bon ça fait beaucoup là, c'est un peu dérangement. Attention, ce n'est pas toi mais j'imagine. » (entretien 6)</p>
Q14	1	4	1	5		<p>« c'est gênant oui, je n'ai pas de papiers...Mais bon je me dis que si on me demande c'est peut-être pour m'aider. Si c'est pour me critiquer ce n'est pas la peine. Mais je sais qu'à l'hôpital ce n'est pas comme ça. En plus ils ne doivent pas parler de ce qu'on leur dit les infirmières ou sage-femme »</p>

						<p>(entretien 6)</p> <p>« J'ai un récépissé renouvelable » (entretien 5)</p>
Q15			3	8		<p>« le voisin aurait pu m'amener mais il n'était pas là. Il ne faut pas avoir honte, moi, je n'ai personne, pas de permis non plus, pas de voiture. » (entretien 4)</p> <p>« Ben pour ça, il y a les pompiers. C'est d'ailleurs eux qui m'ont amenés quand je suis arrivée ici. » (entretien 8)</p>
Q16		1	2	8		<p>« je réponds « oui » normalement à toutes ces questions, cela doit vouloir dire que c'est utile » (à propos de la question 13, 15, 16) (entretien 5)</p>
Q17	1		2	8		<p>« j'ai vu une fois une assistante sociale. Vu que vous m'en parlez, je vais vous dire, je n'ai rien compris au rendez-vous mais il fallait dans le cadre de la plateforme. » (entretien 5)</p> <p>« c'est les cas sociaux qui rencontrent des travailleurs sociaux c'est ça ? » (entretien 8)</p> <p>« un travailleur social, ne m'en parle pas ...» (entretien 11)</p>
Q18		1	1	9		<p>« Si j'élève seule mes enfants, non je ne suis pas en couple » (entretien 6)</p> <p>« c'est normal ça comme questions, mais il n'y a que des questions en fait pour savoir un peu notre vie, c'est normal, même si ça fait un peu long » (entretien 2)</p>

Q19		2	5	3	1	« Cette question n'est pas appropriée. A quoi ça sert de savoir si je suis propriétaire ou non. Je vous dis que j'ai un logement déjà c'est bien mais si je suis propriétaire là je pense que ce n'est pas utile. Donc je dirais très gênant. Et même dans le contexte, je n'y répondrais pas. » (<i>entretien 8</i>)
Q20		1	4	6		« La plateforme d'asile sont là pour moi pendant un an donc ça va » (<i>entretien 5</i>) « Il faut être en paix avec ça et savoir le dire même si... » (<i>entretien 6</i>)
Q21		1		9	1	« c'est changement de contexte là les questions » (<i>entretien 2</i>) « Pourquoi je serais gênée de répondre à ça ? » (<i>entretien 6</i>)
Q22		1		9	1	« j'aime beaucoup mais pas possible, dernière des priorités avec tout ce qu'il y a à faire » (<i>entretien 7</i>)
Q23		1		9	1	« Mon sport c'est le balai et la serpillère. Je n'ai pas le temps d'aller aux spectacles, les vacances oui, on est partie il y a deux ans. » (<i>entretien 1</i>) « ca fait rire ça aussi, pour moi ce n'est pas utile et donc gênant, je n'y répondrais même pas si on me demandait. » (à propos des questions 21,22, 23) (<i>entretien 8</i>)
Q24		2		8	1	« Ma famille, oui, je les appelle, c'est toujours un grand moment même si je le fais régulièrement. Mais bon ça revient chères d'appeler à l'autre bout de la méditerranée. Je ne suis pas à l'aise de répondre mais ce n'est

					<p>pas pour vous c'est par rapport à moi, ça me manque.» (<i>entretien 5</i>)</p> <p>« Pour moi, ma famille et tout c'est intime donc gênant d'y répondre. J'espère que mes réponses vous sont utiles. Après voilà, je sais que l'hôpital, il faut qu'on sache un peu notre vie mais il y a des limites. » (<i>entretien 8</i>)</p>
Q25		2		9	<p>« sans ma mère je ne sais pas ce que je ferais en fait » (<i>entretien 2</i>)</p> <p>« la famille, j'en ai déjà parlé, toujours là » (<i>entretien 3</i>)</p>
Q26		2		9	« ils ne sont pas là » (<i>entretien 5</i>)
Q27		3	2	6	<p>«Comme allocations, je touche le RSA et l'allocation parents isolés. En fait, moi il n'y a pas grand-chose qui me dérange comme question vous savez tant que vous ne rentrez pas dans ma famille ça va » (<i>entretien 1</i>)</p> <p>« ce sont des questions qu'on ne m'a jamais posées, pour la plupart. Je vous ai dit celle qui m'a un peu mis mal à l'aise mais autrement je répondrais à tout»</p> <p>(<i>entretien 5</i>)</p> <p>« si vraiment je fais comme t'as expliqué dans le contexte et tout à quoi ça sert à l'hôpital de savoir ça, c'est dérangeant » (<i>entretien 11</i>)</p>

Plaquette vulnérabilité

INDICATEURS DE VULNERABILITE EN PERINATALITE SI V > 4

Langue Française	Maitrise orale	oui 0	non 1	Rechercher des situations de stress, de maltraitance ou de violence				
	Maitrise écrite	oui 0	non 1	Stress professionnel et/ou stress familial				
	Pays d'origine :			oui 1	non 0			
	Date d'arrivée dans la région :			Antécédents de dépression ou problèmes alimentaires				
Soutien	En couple, soutien familial et amical		0	vous sentez-vous en sécurité dans votre entourage proche ?				
	Père absent, soutien familial ou amical restreint		1	oui 1	non 0			
	Aucune personne		2	Souhaitez-vous parler d'un autre évènement particulier ?				
Hébergement	Autonome		0	V Automatique = 4	Age : mineure		oui 4	non 0
	Précaire, mais momentanément stabilisé		1		2 consultations non honorée sans raison		oui 4	non 0
	Aucun ou instable		2		3 passages à l'UGO		oui 4	non 0
Niveau d'études	Etudes supérieures		0		Accouchement sous X		oui 4	non 0
	Lycée		1		Signalée par l'extérieur (cg, association ...)		oui 4	non 0
	Collège		2		Si besoin PASS ou AME		oui 4	non 0
Ressources	Salaire		0	Temps de trajet		Supérieur à 45 min pour venir en consultation		G
	Prestation sociales et autres		1					
	Aucune		2					
Couverture médicale	Avec complémentaire		0					
	Sans complémentaire ou CMU		1					
	Aucune couverture médicale		2					
Transports pour se rendre en consultation	Peut se rendre en consultation sans difficulté		0					
	Possibilité de transport mais difficultés pour payer ou possibilité de l'entourage de manière aléatoire		1					
	Aucun moyen de transport		2					
Consommation de produits toxiques	Tabac au début de grossesse	oui 1	non 0					
	<u>Nombre de cigarettes par jour :</u>							
	Cannabis en début de grossesse	oui 1	non 0					
	<u>Nombre de joints par semaine :</u>							
	Alcool pendant la grossesse	oui 1	non 0					
	<u>Nombre de verres par semaine :</u>							
Autre drogues, médicaments		oui 1	non 0					

CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE

CONSULTATIONS OBSTETRIQUES : 04 75 75 25 10

CONSULTATIONS TABACOLOGIQUES : 04 75 75 25 10

ASSISTANTE SOCIALE : 04 75 75 25 07

PSYCHOLOGUES MATERNITE : 04 75 75 75 19

CONSEILLERES CONJUGALES ET FAMILIALES : 04 75 75 75 19

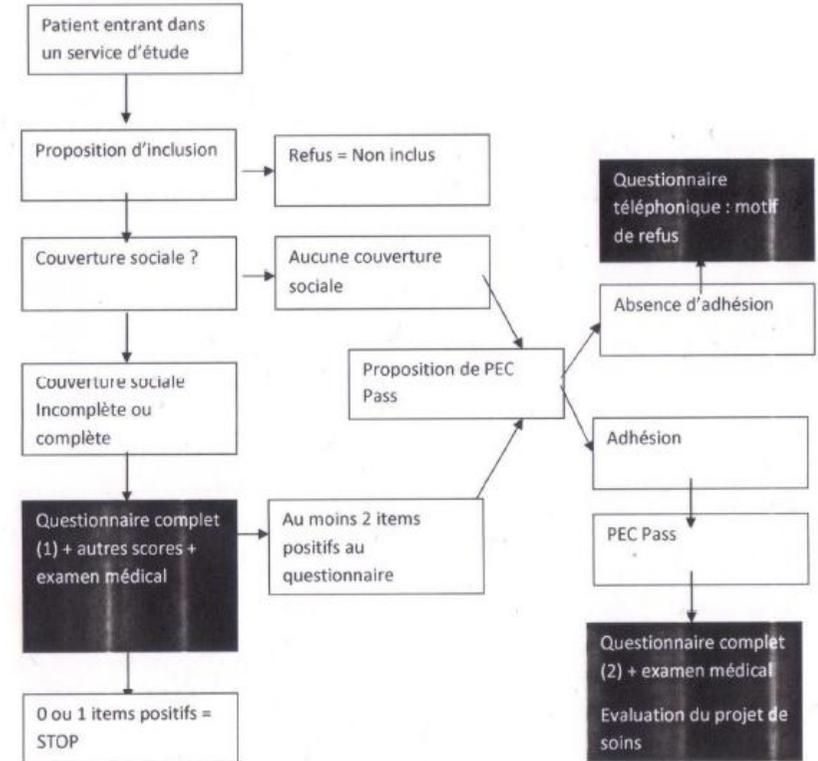
UNITE DE SOINS EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE : 04 75 75 75 92



Annexe 1. Items du score pour un patient recourant aux soins

	Questions		Critères mineurs	Critères majeurs
1	Enfants : Avez-vous un carnet de santé ou de vaccinations (présent ou chez vous)?	OUI	NON	
	Femme enceinte (> 12 semaines): Avez-vous déjà vu un médecin ?	OUI	NON	
2	Avez-vous une couverture sociale complète (CMU + complémentaire ou Sécurité Sociale + Mutuelle) ?	Complète	AME, incomplète ou ne sait pas	Aucune
3	Tous vos enfants âgés de 3 ans ou plus sont-ils scolarisés ?	OUI ou non concerné	NON	
	Tous vos enfants âgés de 6 ans ou plus sont-ils scolarisés ?	OUI ou non concerné	NON	
4	En cas de besoin (démarche administrative, consultation ou hospitalisation en urgence), avez dans votre entourage au moins une personne de confiance (qui peut vous transporter, garder vos enfants) ?	OUI	NON	
5	Si vous ou vos enfants avez des problèmes dentaires ou de vue (caries, besoin de lunettes), avez-vous un dentiste, un ophtalmologue ?	OUI ou non concerné	NON	
	Avez-vous un médecin traitant (habituel, de famille) pour vous ou vos enfants ?	OUI	NON	
6	Elevez-vous (ou allez-vous élever ; si première grossesse) seul(e) votre (vos) enfant(s)?	NON	OUI	
7	Quelqu'un (enfant ou adulte) a-t-il une santé fragile à votre domicile (maladie chronique, handicap, consomme trop d'alcool ou de la drogue) ?	NON	OUI	
8	Avez-vous des soucis dans votre logement (petit pour tous les occupants, sensation de froid, peinture écaillée, moisissures - odeur, traces noires -, rongeurs, danger électrique, de feu, de chutes) ?	NON	OUI	
9	Le patient parle-t-il ou comprend-il bien le français ?	Bien ou à peu près	NON	
10	Le patient consulte-t-il avec retard (pathologie particulièrement évoluée, compliquée) ?	Incertain	Evident	

Annexe 2. Logigramme



Exemple d'entretien : Entretien 7

Présentation de la grille

Je ne parle qu'en anglais, vous pouvez discuter avec moi ?

- *Je ne dirais pas que je suis bilingue mais je pense pouvoir vous comprendre et vous, vous avez compris tout ce que je vous ai dit ?*

Oui je parlerai doucement et je répète si vous le voulez. Je vous ai très bien compris, sans problème. Par contre je ne souhaite pas être enregistrée, vous pouvez prendre autant de notes que vous voulez mais je ne veux pas être enregistrée désolé.

- *D'accord alors on va faire sans l'enregistrement ce n'est pas bien grave, du coup oui, je vais prendre pas mal de notes*

Pour ça, aucun problème. En fait vous voulez savoir pourquoi je suis arrivée à l'hôpital à 7 mois de grossesse ? Je sais que ce n'est pas normal.

- *Oui entre autre, vous pouvez m'expliquer, je n'ai pas dit que ce n'est pas normal c'est que vous devez avoir une explication.*

Oui, en effet, il y a toujours une explication. Je n'ai pas une histoire comme les autres, je suis arrivée en France en Février et je dormais à la gare j'étais seule et enceinte, j'étais complètement désespérée, je ne parle pas un mot de Français et je ne connais rien ici.

- *Vous êtes venu d'où ?*

J'étais avant au Nigéria, je suis Nigérienne d'origine. A la base, je suis venue ici à la base avec le père de l'enfant. On est arrivé à Marseille et il m'a laissée à la gare, enceinte. Je ne savais plus quoi faire, je ne faisais que l'appeler mais il ne me répondait pas. Ce que j'ai vécu est difficilement croyable. Pour manger, pour vivre je faisais la manche. Et la France ce n'est pas facile, depuis le début où je suis venue j'ai souffert. Je faisais la manche pour avoir de l'argent et vivre un minimum quoi et malgré ma grossesse les gens étaient méchants avec moi, ils y en a même qui me poussaient. Vous devez être surprise.

- *Ce n'est pas une histoire que j'ai déjà entendu c'est sur.*

Mais je suis solide, j'ai tenu et me voilà avec mon enfant. Je vous jure, les gens n'aiment pas aider, je n'avais rien à manger, c'est désespérant.

- *J'ose à peine imaginer ce que vous avez vécu. Comment êtes vous finalement arrivée à l'hôpital ?*

Au bout de plus de deux mois à vivre dans la rue. Je vivais sous les préaux et à la gare ou à l'entrée des métros où je pensais être en sécurité pour moi et mon enfant, le père de l'enfant m'a recontacté. En fait, il était sur Paris pendant tout ce temps pour le travail, il vit là-bas. J'étais à ce moment-là enceinte de six mois et demi. Il m'a amené chez un médecin en ville très gentil le Docteur N.

- *Le père connaît la ville ?*

Oui lui c'est un citoyen français, il parle très bien le français etc... Il est Sénégalais en fait mais comme je vous dis, il a les papiers français. Ensuite c'est le docteur N. qui nous a dit d'aller à l'hôpital. Il nous a fait comprendre que c'était urgent mais moi je le savais que c'était important mais comment voulez-vous que je fasse ? Quand tu ne connais rien ni personne, que tu n'as aucune ressources comment veux-tu connaître l'hôpital ou même savoir comment payer ?

- *Je comprends, ensuite comment ça s'est passé à l'hôpital ?*

On m'a enregistré. Et une fois que ça c'était fait, j'ai été mise en contact avec une assistante sociale. C'est elle qui m'a prise en charge et qui s'est occupée de moi. Vous connaissez la PASS ? C'est là-bas qu'ils se sont occupés de moi. L'assistante sociale a pris mes documents pour la PASS pour que mes rendez-vous soient pris en charge et que je n'ai pas à payer.

- *C'était à quel moment de la grossesse ?*

D'après ce que j'ai compris beaucoup trop tard, vers 7 mois, les gens ne voulaient pas trop m'expliquer. Comme je disais que malheureusement je ne savais pas parler français, ils ne cherchaient pas à comprendre je vous assure. Regardez, vous, vous avez essayé et on se comprend très bien. Quand je parle à quelqu'un comme je ne parlais pas français le plus souvent, on ne faisait aucun effort avec moi. Après je sais que c'est à moi de m'intégrer. Je veux vraiment apprendre le français, pour moi c'est très important surtout pour pouvoir offrir une bonne vie à mon fils et que je ne sois pas exclue de sa vie, à l'école tout ça. Vous connaissez une école où je pourrais apprendre le français ?

- *Non je ne peux pas vous aider pour ça, je suis désolée. Mais vous avez raison apprenez le français ça vous facilitera beaucoup de choses pour la suite.*

Je ne vais pas lâcher, il faut vraiment que j'apprenne je sais. Je suis toujours en contact avec l'assistante sociale, je lui demanderai et ici aussi aux personnes qui s'occupent du bébé. Toute manière pour l'instant c'est mon seul objectif, je n'ai rien à faire. Je veux dire, je n'ai pas de travail et je suis seule avec le bébé, le père ne vit pas avec nous. J'ai dit je n'ai rien à faire mais je sais que c'est un travail que d'être une maman maintenant.

- *Vu votre détermination je ne peux pas douter que vous saurez bientôt parler français. Le père n'est pas resté ?*

J'espère. Non lui n'est venu que quand je vous ai expliqué qu'il m'a amenée chez le docteur qui nous a redirigés ici. Quand il est venu il en a profité pour déclarer l'enfant à la mairie. Normalement vu que le père est français et que mon fils est né ici, il devrait avoir les papiers français. J'espère avoir souffert au moins pour ça. Vous ne m'avez pas demandé pourquoi j'ai quitté le Nigéria, vous voulez savoir ?

- *Oui, expliquez-moi.*

Vous connaissez Boko Haram ? Tout le monde connaît Boko Haram. Il terrorise tout le monde dans le village où j'habite au Nigeria. Si tu es dehors ou même chez toi on peut venir te chercher et te tuer même si tu es innocent et même si tu es enceinte. J'en avais marre de vivre dans la terreur, la crainte, mais je n'aurais jamais quitté mon pays aussi brusquement si je n'avais pas constaté la grossesse. Je ne voulais pas qu'on nous tue mon bébé et moi.

- *Vous avez prévu d'aller où à la sortie ?*

Je ne sais pas trop, il m'a dit qu'il avait un frère qui pourrait nous héberger quelques jours mais je n'ai pas eu de nouvelles depuis. Je vais sûrement sortir demain ou après-demain je crois. Il m'a aussi dit de parler aux services sociaux et qu'il allait m'aider. Je vis au jour le jour pour l'instant je me dis que ça va, enfin avec le temps comme ça peut aller.

- *Vous m'avez bien expliqué je vous en remercie, voyez-vous d'autres choses à me dire?*

Non pas vraiment je vous ai tout expliqué depuis que je suis ici en France. C'est moi qui vous remercie, vous avez essayé en anglais et c'était un plaisir de vous parler.

Présentation du questionnaire

Résumé / Abstract

Contexte : Une prise en charge spécifique est développée auprès des populations les plus vulnérables mais il perdure encore de nombreuses inégalités en termes de recours aux soins. Le repérage de la vulnérabilité semble être une réponse pour une amélioration de la prise en charge. Certains outils existent mais aucun n'est utilisé en pratique en maternité.

Objectifs : Cerner les indicateurs de précarité ayant une incidence sur le parcours de prise en charge du point de vu des patientes ainsi qu'évaluer leur niveau d'acceptabilité à un outil de repérage de la vulnérabilité. La finalité étant une orientation adaptée de ces patientes et la sensibilisation des professionnels au repérage de ces situations.

Matériel et Méthode : L'approche consistait d'abord en la construction d'un questionnaire de repérage (28 questions) grâce à une revue de la littérature et de l'avis de professionnel (consultation santé environnement de l'Hôpital Nord). Ensuite une enquête qualitative bi centrique à visée exploratoire a été réalisé grâce à des entretiens semi directif auprès de douze patientes en post partum n'ayant pas fait suivre leur grossesse. Dans le même temps, il leur a été demandé une expertise à l'outil préalablement construit afin de savoir s'il était gênant pour elles d'y répondre.

Résultats : Trois principaux thèmes ont été identifiés, lié à la socialisation, aux ressources et enfin des explications sur des spécificités d'accès aux soins pour cette population. Concernant l'acceptabilité des questions, malgré quelques réticences exprimées par rapport au personnel du secteur sanitaire et social, la majorité des patientes a déclaré être à l'aise pour répondre aux questions posées.

Conclusion : Les représentations patientes rejoignent celles des soignants. Les influences de la vulnérabilité sur la prise en charge médicale sont multiples et s'entrecourent. Valider et intégrer un outil de repérage sur le modèle proposé est une perspective pertinente prenant en compte les différentes représentations identifiées.

Mots clés: Grossesse - Vulnérabilité – Accès aux soins – Repérage- Socialisation

Context: A specific management is developed for the most vulnerable people but it still persist a lot of inequalities about care access. Vulnerability identification seems to be an answer for an improvement of the management. Some tools exist but none is used in maternity.

Objectives: Identify the indicators that affect the support from the point of view of patients and evaluate their level of acceptance to an identification tool of vulnerability. The finality is an adapted orientation of these patients and the awareness of the professionals to the identification of these situations.

Methods: The approach was firstly, the construction of an identification questionnaire (28 questions), thanks to a review of the literature and the notice of professional (environmental health consultation at the North Hospital). Then, a qualitative explorative investigation has been realized thanks to half-directive interview on twelve patients in postnatal period that didn't received pregnancy care. At the same time, it has been asked an expertise to the tool previously constructed to know if it was awkward for them to answer.

Results: Three main topics have been identified, linked with socialization, resources and finally an explanation on specificities of care access for this population. About questions acceptance, in spite of few expressed reluctance to the personal of health and social sector, the majority of patients declared to be comfortable to answer the questions asked

Conclusion: Patients representations join those of caregivers. The vulnerability impacts on the medical care are multiple and interspersed. To valid and integrate a spotting tool on the proposed model is a pertinent perspective based on the different representations identified.

Key words: Pregnancy – vulnerability-care access- spotting- socialization