

Suivi médical et préventif dans le post-partum des femmes en situation de précarité. Impact d'un partenariat ville-hôpital : Exemple de PRENAP 75

Camille Randon

▶ **To cite this version:**

Camille Randon. Suivi médical et préventif dans le post-partum des femmes en situation de précarité. Impact d'un partenariat ville-hôpital : Exemple de PRENAP 75 . Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01236360

HAL Id: dumas-01236360

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01236360

Submitted on 1 Dec 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 26 Mai 2015

par

Camille RANDON

Née le 07 Avril 1992

Suivi médical et préventif dans le post-partum des femmes en situation de précarité

Impact d'un partenariat ville-hôpital : Exemple de PRENAP 75

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme BOULINGUEZ Véronique Sage-femme, coordinatrice PRENAP, Port-Royal

---

JURY :
Mme FAURE Guiliana Sage-femme, Necker
Mme DUQUENOIS Sylvie Sage-femme enseignante à l'Ecole Baudelocque
Mme BENJILANY Sarah Sage-femme libérale et psychologue

Mémoire N° 2015PA05MA23

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Remerciements

Je remercie sincèrement ma directrice de mémoire, Véronique Boulinguez pour la passion qu'elle m'a transmise pour ce sujet, pour l'énergie qu'elle met à aider ces familles. Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre grâce à elle durant la réalisation de ce mémoire. Merci pour son engagement.

Merci à mes parents, à Astrid et Louise, à Mevissen qui m'ont poussée à réaliser mes rêves et m'ont toujours soutenue quels que soient mes choix.

Merci aussi au personnel des PMI de Bichat et de Port Royal qui m'a soutenue durant ces longues journées d'entretiens.

Merci beaucoup à toute l'équipe de l'ESI Familles, qui m'a accueillie pendant 3 jours. Merci pour ce que vous pouvez apporter aux femmes et aux familles. Merci à Claire Guillemot pour sa relecture.

Un très grand merci aux femmes, plus touchantes les unes que les autres, qui m'ont raconté leur histoire et qui ont accepté de prendre du temps pour moi malgré leur quotidien difficile.

Et enfin, merci à Sarah, Zoal, Maryam, Jamila, qui m'ont supportée pendant quatre voire six années d'études, et à Sofiane et Ritesh sans qui on ne serait pas là aujourd'hui.
Merci à tous mes amis, qui me soutiennent depuis des années et ont toujours cru en moi.

Table des matières

1 Introduction 1

1.1. Qu'est-ce que la précarité ?..... 1

1.1.1. Définitions et dimensions de la précarité 1

1.1.2. Données chiffrées en France et en Ile-de-France 2

1.1.3. Quelles conséquences d'une vie dans la rue pour la femme ? 3

1.2 Le suivi médical des patientes en situation de précarité 4

1.2.1 Recommandations concernant le suivi médical dans le post-partum 4

1.2.2 Le suivi médical dans ce contexte 5

1.2.2.1 Le suivi de grossesse 5

1.2.2.2 La contraception 6

1.2.3 Couverture sociale..... 7

1.2.3.1 Couverture Maladie Universelle.....7

1.2.3.2 Aide Médicale d'Etat.....7

1.3 Le parcours de soins et les aides 8

1.3.1 Les lieux d'accueil pour le suivi médical des patientes en situation de précarité . 8

1.3.1.1 Suivi médical et Urgences 8

1.3.1.2 Suivi de grossesse, du post-partum et contraception.....9

1.3.2 Les différentes associations d'aide aux personnes en situation précaire 10

1.3.2.1 Alimentation 10

1.3.2.2 Hébergement..... 11

1.3.3 PRENAP 75: Partenariat entre Port-Royal et l'ESI Familles 11

1.3.3.1 Présentation de PRENAP 11

1.3.3.2 Rapports d'activité..... 12

2 Matériel et méthode 13

2.1 Problématique.....13

2.2 Hypothèses et Objectifs.....14

2.3 Type d'étude – Dispositif de recherche.....14

2.4 Participants 14

2.5 Déroulement de l'étude – Outil méthodologique.....15

2.6 Variables retenues 16

2.6.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes 16

2.6.2 Suivi médical antérieur à la grossesse 16

2.6.3 Suivi médical actuel.....17

2.6.4 Etat de santé subjectif 17

2.6.5 Réseau de soin.....17

2.7 Stratégies d'analyses statistiques 17

2.8 Considérations éthiques et réglementaires 18
3 Résultats 18
3.1 Description générale de la population d'étude 18
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques 18
3.1.2 Suivi médical antérieur 19
3.2 Principaux résultats : le suivi médical actuel 21
3.2.1 Contraception 22
3.2.2 Médecin traitant 22
3.2.3 Consultation post-natale 23
3.2.4 Rééducation périnéale 23
3.2.5 Allaitement 23
3.2.6 Suivi gynécologique 23
3.3 Autres analyses 24
3.3.1 Etat de santé subjectif 24
3.3.2 Réseau de soin dans le post-partum 25
4 Discussion 29
4.1 Résumé des principaux résultats 29
4.2 Discussion des résultats 30
4.2.1 Suivi médical et préventif 30
4.2.2 L'état de santé subjectif 32
4.2.3 Evaluation de PRENAP 33
4.3 Les points forts 34
4.4 Limites et biais 34
4.5 Implications et perspectives 36
4.5.1 Faciliter l'accès et la compréhension du parcours de soins 36
4.5.2 Lutte contre les inégalités de santé au niveau national ou régional 37
4.5.3 Prise en charge au sein des maternités. 39
5 Conclusion 40
6 Références bibliographiques 41
7 Annexes 44

Liste des tableaux

TABLEAU 1: CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES INTERROGEES 19
TABLEAU 2: CONTRACEPTION ACTUELLE 22
TABLEAU 3: CONSULTATION POST-NATALE 23
TABLEAU 4: SUIVI GYNECOLOGIQUE ACTUEL 24
TABLEAU 5: ETAT DE SANTE SUBJECTIF 24

Liste des figures

FIGURE 1: UTILISATION ANTERIEURE D'UN MOYEN DE CONTRACEPTION SELON LE PAYS DE PRESCRIPTION. 20
FIGURE 2: SUIVI GYNECOLOGIQUE ANTERIEUR SELON LE PAYS OU IL A ETE REALISE. 21
FIGURE 3: SUIVI MEDICAL ANTERIEUR 21

Liste des annexes

ANNEXE 1 : CRITERES D'INCLUSION PRENAP 45
ANNEXE 2 : PLAQUETTE ESI FAMILLES 46
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN 47
ANNEXE 4 : INDICATEUR DE SANTE PERCEPTUELLE DE NOTTINGHAM 52
ANNEXE 5 : PLAQUETTE COORDONNEES PRENAP 75 533
ANNEXE 6 : PLAQUETTE DU PARCOURS DE MATERNITE. MAIRIE DE PARIS DU 14EME 58

Lexique

AME: Aide Médicale d'Etat

ANAES: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP-HP: Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARS: Agence Régionale de Santé

CAF: Caisse d'Allocations Familiales

CASO: Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation

CASVP: Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CHU: Centre d'Accueil d'Urgence

CMS: Centres Médico-Sociaux

CMU: Couverture Maladie Universelle

CPEF: Centres de Planification et d'Education Familiale

DIU: Dispositif Intra-Utérin

ESI: Espace de Solidarité et d'Insertion

FCV: Frottis cervico-vaginal

HAD: Hospitalisation A Domicile

HAS: Haute Autorité de Santé

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LHSS: Lits Halte Soins Santé

MIPES: Mission d'Information et de Prévention de l'Exclusion Sociale

ONPES: Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS: Permanence d'Accès aux Soins

PMI: Protection Maternelle et Infantile

PRENAP : Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement pour les Personnes en situation de vulnérabilité sociale

PSA : Permanences Sociales d'Accueil

RSA: Revenu de Solidarité Active

SA: Semaine d'Aménorrhée

SDA: Structure Départementale d'Accueil

SDF: Sans Domicile Fixe

SIAO-UP: Système Intégré d'Accueil et d'Orientation Urgence de Paris

SOLIPAM : Solidarité Paris Maman

1 Introduction

1.1. Qu'est-ce que la précarité ?

1.1.1. Définitions et dimensions de la précarité

Les définitions de la précarité sont nombreuses mais toutes sont liées à une situation de vulnérabilité et d'instabilité plus qu'à un manque de ressources ou à une pauvreté économique simple. Cette notion de précarité apparait dans les années 1970 lorsque les pays industrialisés connaissent une crise économique et sociale, traduite par l'inflation et le chômage.

Dans le dictionnaire Larousse, la précarité peut être définie comme ce qui « n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause ». D'un point de vue sociologique, la précarité « renvoie aux trajectoires fragmentées des personnes », au « risque de dégradation de la situation sociale […] à l'incertitude de leurs parcours de vie » [1]

Lors d'un Conseil Economique et Social en 1987, J.Wresinski définit la précarité comme « *L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires 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 le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.* » [2].

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique publiait un rapport concernant la progression de la précarité en France. Il définissait la précarité comme « un état de fragilité et d'instabilité sociale dont l'avenir, la durée, ne sont pas assurés et qui risque, s'il se prolonge, de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion […] la précarité relève donc plus d'une vision d'un état transitoire que d'une catégorie sociale aux limites précises. » [3].

Cette définition permet de comprendre que le parcours d'une personne peut amener à la précarité, à l'instabilité, à l'exclusion mais aussi, que ce phénomène est dynamique et évolutif. On peut appeler cela « la précarisation ».

La précarité s'aborde sous plusieurs angles. D'un point de vue social, la précarité est souvent liée à une migration récente, un analphabétisme, une acculturation, une nécessité de soins d'hygiène ou un défaut de scolarisation ainsi qu'à un isolement, une rupture sociale ou familiale, un état de santé particulier (handicap, conduites addictives, personnes âgées). D'un point de vue du revenu, il s'agit

de personnes en situation de pauvreté extrême, de faibles revenus, de chômage, d'endettement ou de difficulté pour l'accès à l'emploi.
Il peut aussi s'agir de difficultés concernant le logement : sans-abri, logement social, en foyer ou hébergement gratuit, bénéficiaires d'aide au logement, expulsions, ou de l'accès aux droits : pas de couverture sociale, AME, CMU, bénéficiaires des minima sociaux. [3] [4]
Cette situation de précarité est d'autant plus présente chez les personnes immigrées. La législation française est en partie responsable de ce phénomène puisque les migrants n'ont pas accès aux centres d'hébergement ni aux prestations de couverture sociale et de demande de logement. Ils sont donc dans un premier temps logés à l'hôtel par le Samu Social, bénéficient pour certains de l'AME. On compte en moyenne 6 mois à 1 an pour obtenir un titre de séjour et bénéficier des prestations légales. [5]

1.1.2. Données chiffrées en France et en Ile-de-France

L'ONPES a publié en 2011 un tableau concernant les indicateurs d'évolution de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Ils sont liés à la pauvreté (taux et intensité de la pauvreté, difficulté des conditions de vie), aux minimas sociaux (nombre d'allocataires et persistance dans le RSA), à l'accès aux droits fondamentaux (renoncement aux soins, faible niveau d'études, demandeurs d'emploi non-indemnisés, demande de logement social non satisfaite), aux inégalités de revenus, et aux défauts d'inclusion sociale. Ces indicateurs sont donc fondés sur un manque de ressources, une précarité sur le plan économique, plus que sur une précarité « sociale ». [6]

Depuis, la pauvreté est alors définie au seuil de 60% du revenu médian correspondant à 942€ par mois et par unité de consommation en 2009 pour une personne seule. [7] Cette même année, 13.5% de la population en France est en-dessous de ce seuil, ce qui correspond à 8,2 millions de personnes (contre 5,8% en 1982). Ce taux de pauvreté est élevé chez les femmes seules (14,5%) ou avec un enfant à charge (26,8%). L'emploi n'est plus une garantie puisque les emplois précaires persistent. L'intensité de la pauvreté augmente aussi (augmentation de la population en-dessous du seuil à 40% du revenu médian) et touche essentiellement les familles monoparentales, les familles nombreuses, les 18-24 ans, les enfants et les femmes de plus de 75 ans. [6]

Concernant le logement, l'INSEE estimait que 141 500 personnes étaient sans domicile en 2012, soit une augmentation de 44% en 11 ans. 10 millions de personnes seraient touchées par la crise du logement en 2014, soit 3,5 millions de personnes très mal ou non logées. [8]
Dans une étude sur les enfants et les familles sans logement en Ile-de-France en 2014, les personnes interrogées seraient dans cette situation depuis 2,9 ans en moyenne. La différence est surtout liée

au statut administratif des personnes (par exemple, les personnes ayant un titre de séjour quelle que soit leur origine géographique restent plus longtemps à la rue que les personnes de nationalité française) [11]
En 2012, le 115 de Paris a hébergé toutes les nuits environ 963 hommes isolés, 344 femmes isolées et 6292 personnes en famille. 58% des familles prises en charge sont des femmes seules ou enceintes. [9] L'hébergement des familles est le plus souvent proposé en hôtel par le Samu Social (de Paris, de Seine-Saint-Denis ou du Val de Marne majoritairement). Mais cet hébergement est provisoire et les déménagements d'hôtel en hôtel sont fréquents. [11]

Il existe des disparités géographiques. Si nous nous intéressons à l'Ile-de-France, le taux de précarité est de 8,6%: 10,7% à Paris et jusqu'à 17,4% en Seine-Saint-Denis. [10] Dans tout le département, 611 000 personnes bénéficient des allocations de la CAF (surtout des familles monoparentales) et 641 000 personnes sont concernées par le RSA (5,6% des franciliens). De plus, l'Ile-de-France regroupe 75% des bénéficiaires de l'AME.
On constate que la Seine-Saint-Denis est la plus touchée par la précarité (moins d'augmentation des revenus, plus de bénéficiaires du RSA). [4]

1.1.3. Quelles conséquences d'une vie dans la rue pour la femme ?

Le nombre de femmes SDF ne cesse d'augmenter : elles représentent 17% de la population SDF à Paris en 2010 et sont pour la plupart de récentes immigrées ou de nationalité française subissant l'isolement social. Elles sont parfois logées par le Samu Social à Paris ou dans les petites et grandes couronnes. L'instabilité de logement ainsi que les violences institutionnelles, physiques et verbales sont leur quotidien.

Les logements d'urgence ne sont pas forcément adaptés aux femmes ou aux familles. Le Samu social a tenté de décrire ce que signifie « être une femme dans la rue ». Par le biais d'entretiens, il a été notamment montré que les femmes connaissent pour la plupart, les lieux liés à l'hébergement, à l'hygiène ou à l'alimentation. Néanmoins, la présentation de soi, le bien-être du corps, la féminité, la culture ou la sexualité sont des sujets très rarement abordés dans les lieux d'accueil et restent secondaires dans la vie des femmes. La féminité est donc reléguée au second plan, d'une part à cause du peu de lieux existants pour prendre soin de soi, et d'autre part comme protection vis-à-vis des violences des hommes qui profitent de leur vulnérabilité. Les violences institutionnelles sont très ressenties par les femmes de cette étude : regard des autres sur soi, stigmatisation … [5]

On peut alors se demander comment dans ce contexte, les femmes peuvent se préoccuper de leur suivi médical et de prévention, si leur quotidien est particulièrement instable et imprévisible.

1.2 Le suivi médical des patientes en situation de précarité

1.2.1 Recommandations concernant le suivi médical dans le post-partum

Selon les recommandations de la HAS en 2005, la consultation post-natale doit se dérouler dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement. Elle est obligatoire et réalisée par une sage-femme ou un médecin (décret n°92-143 du 14 février 1992). Cette consultation permet entre autre d'aborder l'allaitement et les relations avec l'enfant, la contraception, d'envisager la rééducation du périnée et le suivi gynécologique ultérieur. Elle permet aussi d'identifier des signes de dépression du post-partum, d'aborder le vécu de l'accouchement et des suites de couches. La consultation postnatale est prise en charge financièrement dans sa totalité pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU ainsi que par la sécurité sociale. [15]

Concernant la contraception dans le post-partum, l'ANAES en 2004 recommande l'adoption d'une méthode contraceptive à partir de 3 semaines après l'accouchement, et l'adaptation de cette méthode lors de la consultation post-natale. Elle préconise aussi que le sujet de la contraception soit abordé pendant la grossesse. La recommandation est d'adapter la prescription à la patiente et notamment à ses critères psycho-sociaux puisque les échecs de contraception sont souvent liés à des facteurs socio-économiques (coût de la contraception, niveau socio-éducatif, assiduité à la religion, absence de mutuelle ou de sécurité sociale, mode de vie). Les méthodes de contraception sont remboursées à 100% pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU et certaines structures permettent une gratuité pour les non-assurés sociaux. [16] [17]

Selon les recommandations de l'ANAES à propos de la rééducation périnéale, ce sujet doit être abordé obligatoirement lors de la consultation post-natale, afin d'évaluer la nécessité des séances, selon les symptômes décrits par la patiente ainsi que l'examen clinique. Ainsi, 10 à 20 séances avec un kinésithérapeute ou une sage-femme peuvent être prescrites. [18]

Concernant l'allaitement, l'ANAES préconise un allaitement maternel exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Pour cela, «Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et

leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique. » est une des conditions de succès de l'allaitement maternel décrite par l'OMS. [19]

Il n'y a pas de recommandations concernant un suivi gynécologique précis pour les femmes en âge de procréer. Cependant, le dépistage du cancer du col de l'utérus au moyen d'un frottis cervico-vaginal doit être réalisé tous les trois ans (après 2 frottis normaux à un an d'intervalle). Il peut être fait par une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue et implique un suivi régulier. Le suivi gynécologique et de prévention, et la contraception peuvent être réalisés par une sage-femme depuis la loi HPST de 2009 complétée par une loi de 2011 et inscrit dans le Code de Déontologie en 2012. [20]

Enfin, la consultation avec un médecin traitant est conseillée pour les soins habituels et le suivi médico-psycho-social. Celle-ci est remboursée à 100% pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (exonération de la participation forfaitaire de 1€). Le non-respect du parcours de coordination des soins n'a pas d'impact financier pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME.

1.2.2 Le suivi médical dans ce contexte

Concernant le suivi, en 2005, le Samu Social de Paris a tenté de comprendre les déterminants du suivi médical et gynécologique des femmes en situation de rue. Celles-ci auraient des connaissances identiques aux femmes de la population générale concernant les lieux de soins et le suivi recommandé. L'assiduité du suivi dépendrait de plusieurs facteurs : durée de la rupture sociale, estime de soi et de son identité de femme, intégration dans un réseau associatif, âge, addictions, violences physiques ou sexuelles.
De plus, cette étude montre que les femmes en situation de rue se sentiraient en moins bonne santé (symptômes qu'elles décrivent comme « psychosomatiques ») du fait de la précarité et de l'exclusion sociale sans qu'il n'y ait d'augmentation de pathologies « objectives ». [5]

1.2.2.1 Le suivi de grossesse

Nous allons nous intéresser au suivi de la femme en situation de précarité pendant la grossesse.
D'après l'enquête nationale périnatale de 2010, le nombre de femmes qui déclarent renoncer à une consultation ou à un examen pour des raisons financières est en constante augmentation (4% en 2010 contre 2% en 2003). [22]

D'autre part, cette même enquête montre que les femmes ayant un faible niveau d'études ou peu de revenus, pas d'emploi, étant de nationalité étrangère, bénéficiant de la CMU ou de l'AME ont un suivi médical plus tardif (ce qui implique une déclaration de grossesse après 14SA), bénéficient de moins de consultations prénatales, d'échographies ou de cours de préparation à la naissance et à la parentalité. De plus, le taux de prématurité ou de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel et donc d'hospitalisations néonatales augmentent dans cette même population de femmes. [23] [24]

Enfin, une étude de 2012 identifiait des différences concernant la santé périnatale des femmes étrangères en France. En effet, les femmes originaires d'Afrique Sub-saharienne réuniraient plusieurs facteurs de risques obstétricaux en comparaison avec les femmes françaises: grande multiparité, âge élevé, situation de précarité. [25]

1.2.2.2 La contraception

En ce qui concerne l'utilisation de la contraception chez les femmes en situation de précarité, l'enquête FECOND de 2010 indique que les pratiques contraceptives diffèrent selon le milieu social. En effet, les personnes en difficulté financière ou d'origine subsaharienne, étant plutôt suivies sur le plan gynécologique par un médecin généraliste, utilisent plus fréquemment le préservatif ou la pilule alors que les femmes cadres, suivies par un gynécologue, sont dirigées vers les « nouvelles méthodes » (patch, anneau vaginal). [26]
Médecins du Monde a réalisé une étude sur la contraception des femmes en situation de précarité en France. Ils montrent que les principales raisons évoquées par les femmes qui n'ont pas de contraception (en dehors des femmes enceintes, souhaitant un enfant ou ménopausées) sont qu'elles n'ont actuellement pas de partenaire ou qu'elles ne sont pas préoccupées par la question, plutôt qu'un problème de coût comme on aurait pu le penser. [27]
On peut aussi évoquer la difficulté concernant l'observance de la pilule lorsque la femme est dans une situation instable qui ne lui permet pas d'avoir d'horaires précis. [5]

La représentation de la contraception joue un rôle très important dans son utilisation. Ayant pu assister à une conférence sur les enjeux de la contraception chez les femmes migrantes, nous y avons appris que certaines religions influençaient le choix de la contraception. Dans certains cas, les menstruations sont un moyen de purification corporelle, ce qui limite l'acceptation de l'implant lorsqu'il provoque des aménorrhées (bien que cette méthode se popularise). D'autre part, le D.I.U est perçu de manière négative puisque les femmes ont peur qu'il circule dans le corps. « Ce qui est invisible est plus dangereux que ce qui est visible » [28]

1.2.3 Couverture sociale

Certaines méthodes de couverture sociale ont été créées afin de permettre l'égalité d'accès aux soins, sur un principe de solidarité. Elles permettent une immatriculation et une ouverture des droits pour la couverture de base, le ticket modérateur et le forfait journalier, sur le même principe que la sécurité sociale et les mutuelles.
La participation de l'assuré pour le ticket modérateur si le parcours de soins n'est pas respecté ou pour les franchises sur les médicaments ou les actes d'auxiliaires médicaux est donc dispensée entre autres pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'AME ainsi que pour les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse.

1.2.3.1 Couverture Maladie Universelle

La CMU est réservée aux personnes étrangères en situation régulière, résidant en France depuis au moins 3 mois, bénéficiant d'une attestation de demande de titre de séjour et sans couverture sociale. Elle est payante si les revenus sont imposables et ne dispense pas de l'avance des frais ou du ticket modérateur.
En cas de soins urgents ou d'hospitalisation, elle peut être rétroactive (1 mois maximum). Les droits en sont renouvelables tous les ans.
La CMU complémentaire (CMU/c) est gratuite sous condition de ressources ou pour les bénéficiaires du RSA. Une carte de solidarité transport et une aide financière pour EDF/GDF peuvent être envisagées. Elle permet la prise en charge du ticket modérateur.

En 2012, 2 267 926 personnes bénéficiaient de la CMU (augmentation de 2.4% en 1 an) et 4 534 307 de la CMU complémentaire (augmentation de 2.6% en 1 an). 55% des bénéficiaires étaient des femmes contre 45% d'hommes. [29]

1.2.3.2 Aide Médicale d'Etat

L'AME concerne les frais de santé pour les étrangers en situation irrégulière et leurs ayants droit sur le territoire français. Elle permet une prise en charge à 100% des frais de médecine de ville ou hospitalière sans avance des frais. La carte d'AME est délivrée pour des résidents permanents sur le sol français depuis au moins 3 mois, si les ressources ne dépassent pas le montant prévu par la Sécurité sociale. Les droits sont acquis pour 1 an et une carte de solidarité transport peut être financée.

Elle peut aussi être donnée en cas de soins urgents (femmes enceintes entre autres) pour les résidents depuis moins de 3 mois qui n'ont pas de protection sociale dans leur pays d'origine ou à titre humanitaire.

En 2011, 227 000 personnes bénéficiaient de l'AME (le décompte étant difficile puisqu'il existe un turn-over permanent des bénéficiaires). [29]

Quels sont alors les dispositifs mis en place pour améliorer la vie quotidienne de ces familles et le suivi médical et de prévention de la femme et du nouveau-né ?

1.3 Le parcours de soins et les aides

1.3.1 Les lieux d'accueil pour le suivi médical des patientes en situation de précarité

La Mairie de Paris ainsi que des associations mettent en œuvre des dispositifs qui permettent aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins, avec ou sans couverture sociale.
Tout d'abord, des lieux, souvent associatifs, permettent de soutenir les personnes pour l'accès à leurs droits : les Espaces de Solidarité et d'Insertion, la Croix Rouge Française, le Secours Populaire, les Restos du cœur. En plus de leurs activités connues du grand public (alimentaire, vestimentaire), une aide et des renseignements sont apportés afin d'informer sur la couverture sociale ou les lieux de soins à Paris. [31]

1.3.1.1 Suivi médical et Urgences

Des Permanences d'Accès aux Soins (PASS) ont été mises en place dans plusieurs hôpitaux parisiens afin de faciliter le parcours de santé aux personnes sans couverture sociale. Ce dispositif a été créé en 1998 lors d'un plan de lutte contre l'exclusion sociale. Il s'agit d'une prise en charge médico-sociale grâce à des consultations médicales dans de nombreuses spécialités (exemple : PASS bucco-dentaire à La Pitié-Salpêtrière), des soins infirmiers, une délivrance de médicaments, de l'imagerie médicale. [32]
En dehors de ces consultations, les soins urgents (notamment aux urgences hospitalières) sont pris en charge à titre de solidarité pour les personnes les plus démunies ou bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

Les Centres Médico-Sociaux (CMS) sont conçus sur le même principe : les parisiens en situation de grande précarité peuvent s'y rendre afin d'y faire un bilan de santé ou des démarches d'accès aux droits. Des permanences de médecins ou de sages-femmes y sont établies de manière gratuite : médecine générale, dépistages, vaccinations, soins dentaires, soins infirmiers.

Pour donner un exemple d'association permettant une prise en charge médico-sociale de la population en situation de précarité, nous pouvons nous intéresser aux Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde. Il s'agit d'une structure qui accueille les personnes en difficulté d'accès aux soins afin qu'elles consultent un professionnel de santé et qu'elles soient informées sur ses droits d'accès aux soins. Médecins du Monde a actuellement 21 CASO en France. [27]

Enfin, certains médecins de ville acceptent de prendre en charge les patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME, mais les délais de paiement des médecins par la Sécurité sociale découragent beaucoup d'entre eux dans cette « solidarité ».

1.3.1.2 Suivi de grossesse, du post-partum et contraception

Dans un premier temps, avant tout suivi médical de grossesse, la femme peut être accueillie dans une Structure Départementale d'Accueil (SDA) qui existe dans 10 maternités de l'AP-HP. Ces structures permettent de favoriser l'accès au suivi de grossesse en aidant la femme dans son inscription à la maternité ou dans son accès aux droits.
Les sages-femmes de PMI ou d'HAD jouent un rôle particulier dans la prise en charge des femmes et des familles en situation de précarité. En effet, elles sont au premier plan dans le suivi à la sortie de la maternité après une hospitalisation pour la mère et l'enfant. Que ce soit pendant la grossesse ou dans le post-partum, la PMI est un acteur clé de la périnatalité : il n'y a pas de conditions d'accès, les sages-femmes ou les infirmières puéricultrices peuvent intervenir à domicile.

Différents réseaux se sont créés afin de soutenir les familles en situation de précarité. Nous pouvons prendre l'exemple le plus connu du réseau périnatal SOLIPAM (Solidarité Paris Maman), réseau crée par le Pr Mahieu-Caputo autour de quelques maternités, aujourd'hui présent sur tout Paris et l'Ile-de-France. Les femmes en grande précarité sont repérées durant la grossesse puis suivies par une sage-femme et une assistante sociale jusqu'aux 3 mois de l'enfant de manière médico-psychosociale : prévention, administratif (inscription à la maternité, prise des rendez-vous, ouverture des droits), logement, alimentation… en partenariat avec les acteurs de ville. Ce réseau a

un objectif double : une prise en charge des patientes et de leur enfant adaptée à leur situation psychosociale et une compréhension des professionnels de santé quant à cette population. [33] [34]

Enfin, pour les questions concernant la gynécologie ou la contraception, les femmes peuvent être reçues dans les Centres de planification et d'Education Familiale (CPEF) de manière gratuite pour les mineures ou les personnes sans ressources. Les patientes pourront y rencontrer des professionnels comme des sages-femmes, des infirmières ou des gynécologues.

1.3.2 Les différentes associations d'aide aux personnes en situation précaire

La pyramide de Maslow nous indique les besoins qui sont fondamentaux pour les êtres humains. A la base de cette pyramide, des besoins sont essentiels pour le maintien de la vie, notamment l'alimentation ou le repos. Pour les personnes en situation de précarité, accéder à ces principes peut s'avérer difficile. C'est la raison pour laquelle différentes associations ont été créées afin de faciliter l'accès à ces besoins fondamentaux aux personnes qui ne disposent pas des moyens financiers nécessaires.

1.3.2.1 Alimentation

Avoir une alimentation équilibrée et saine est essentiel, encore plus durant la période de la grossesse ou du post-partum pour la femme et son enfant. Plusieurs associations parisiennes ont mis en place des distributions de colis alimentaires ou de repas dans un endroit sécurisé de manière inconditionnelle ou après dépôt d'un dossier administratif. Des restaurants solidaires ou sociaux sont gérés, entre autre par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), au moyen d'une carte d'accès mensuelle.
Plusieurs associations réalisent des distributions de repas : les Restos du Cœur (les maraudes sont un système de distribution en camion ou à pied réalisées par des bénévoles chaque jour dans Paris), l'œuvre de la Soupe Populaire, la Fondation de l'Armée du Salut, la Chorba, les associations religieuses. [31]

Pour les enfants, les Restos du Cœur qui ont développé une branche des Restos des Bébés, ou Paris tout P'tits permettent l'accès à des colis alimentaires avec du lait maternisé ou des petits pots, des couches. Il existe même au sein de ces associations, des ateliers qui permettent aux parents d'apprendre à préparer des repas pour les enfants avec un petit budget et un micro-ondes comme seul outil. [35]

1.3.2.2 Hébergement

On entend souvent les femmes à la maternité, dire qu'elles sont logées « chez une connaissance » le temps de la grossesse, mais une fois l'accouchement passé, elles se retrouvent en situation de rue.

L'accès au logement est un droit. C'est pourquoi, si malgré toutes les démarches (appels au Samu Social, aux associations, demande de logement social …) aucun logement n'est proposé, un accueil en structure d'hébergement ou en logement social peut être exigé par le préfet (nécessite un dossier).

Nous allons nous intéresser ici aux démarches pour un hébergement d'urgence. Au sein de la ville de Paris, il existe des Permanences Sociales d'Accueil (PSA), des services sociaux de la ville de Paris, des ESI ou des associations chargées de trouver un foyer ou un hôtel d'hébergement d'urgence. A Paris, des places d'accueil sont fournies par le Système Intégré d'Accueil et d'Orientation Urgence de Paris (SIAO-UP) qui regroupe toutes les places disponibles. [31]

Enfin, le Samu Social de Paris (ou 115) permet aux particuliers ou aux associations de téléphoner pour un hébergement d'urgence, au jour le jour. La population sera ensuite redirigée vers des Centres d'Accueil d'Urgence (CHU) ou les hôtels avec lesquels ils ont des accords (places réservées pour un logement social). Si le besoin d'un lit est nécessaire d'un point de vue médical (soins qui nécessitent une hygiène de vie irréprochable, handicaps légers temporaires, convalescence après pathologie aigüe), des lits médicalisés sont prévus, comme les Lits Halte Soins Santé (LHSS) en partenariat avec les hôpitaux. [37]

1.3.3 PRENAP 75: Partenariat entre Port-Royal et l'ESI Familles

1.3.3.1 Présentation de PRENAP

PRENAP 75 correspond au Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement pour les Personnes en situation de vulnérabilité sociale, crée en 2010 par la maternité de Port Royal.

L'objectif principal de ce projet était de prendre en charge de manière médico-psychosociale les femmes et leur enfant, en tenant compte de leur situation de précarité. Ainsi, ce réseau ville-hôpital avait deux thèmes de prédilection: la nutrition/ malnutrition et l'allaitement maternel.

Ce partenariat entre la maternité de Port Royal ainsi que l'ESI Familles de l'association Emmaüs a donc vu le jour. Aujourd'hui, les objectifs sont élargis : mutualiser la prise en charge de l'urgence, réduire les durées d'hospitalisation, améliorer l'efficience du système de soins...

A Port Royal, les familles sont orientées par la sage-femme consultante, l'assistante sociale ou la coordinatrice vers l'ESI Familles pendant la grossesse ou le post-partum si elles sont en situation de grande précarité et d'isolement d'un point de vue du logement particulièrement : logées à l'hôtel par le Samu Social, situation de rue, logement instable chez des connaissances. [1]

L'ESI Familles est un centre d'accueil de jour anonyme et gratuit, crée en 2003 qui admet les familles (mère ou père avec son enfant, femmes enceintes). Les prestations proposées sont de trois types : des prestations de base (salle à manger pour collation et ateliers, espace hygiène, espace de convivialité parents-enfants), des ateliers (informatique, français, massage bien-être, sophrologie, médiation familiale, psychologue), des prestations d'insertion (entretiens d'orientation sociale et ateliers « coup de pouce » à la recherche d'emploi). [2]
Lors des entretiens sociaux au sein de l'association, les notions de contraception, de consultation post-natale, de médecin traitant, d'allaitement sont abordées dans le post-partum afin de compléter ou de rappeler les informations reçues à la maternité.

Une sage-femme de Port-Royal, Mme Véronique Boulinguez, est devenue coordinatrice du projet, en voyant les femmes au sein de la maternité, en prenant les rendez-vous de consultation post-natale, en les orientant pour l'alimentation, en faisant de la prévention pour le post-partum. Elle passait aussi une demi-journée par semaine à l'ESI Familles afin d'accompagner l'allaitement maternel et d'informer sur la grossesse, la naissance, le post-partum (puériculture, contraception, orientation médicale).
De plus, des staffs médico-psychosociaux sont organisés à Port Royal afin d'adapter la prise en charge des patientes en situation de précarité, notamment celles incluses dans PRENAP.
Ce partenariat est financé par l'ARS et permet un accompagnement global des familles : orientation vers les médecins généralistes autour de l'ESI (qui acceptent les patients ayant l'AME ou la CMU), le planning familial, les sages-femmes d'HAD (non proposé jusqu'en 2014 aux femmes vivant au 115), de centres de PMI, les assistantes sociales, d'autres associations.

1.3.3.2 Rapports d'activité

Le partenariat PRENAP a permis d'accompagner 2866 personnes depuis sa création.

[1] Cf. Annexe 1

[2] Cf. Annexe 2

Le nombre de familles se présentant à l'ESI Familles venant de Port Royal ne cesse d'augmenter, 431 personnes s'y sont rendues en 2014.
Des études montrent déjà que le recours aux urgences pour les familles incluses dans PRENAP a diminué et que leur parcours de soins est facilité. L'organisation du réseau de médecin traitant, des centres de PMI ou d'HAD autour de ces familles permet de réduire les durées d'hospitalisation en Grossesses à Haut Risque ou en Suites de Couches et par conséquent, les coûts de prise en charge. [38] [39]

Les femmes incluses dans PRENAP ont-elles de ce fait un meilleur suivi médical et de prévention ?

2 Matériel et méthode

2.1 Problématique

Quel est l'impact des partenariats ville-hôpital sur le suivi médical et préventif ainsi que sur l'état de santé subjectif dans le post-partum, des femmes en situation de précarité ? Quel réseau de soins et de soutien s'est développé autour de ces femmes ?

2.2 Hypothèses et Objectifs

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses ont été posées :

- Les femmes fréquentant une association de type ESI Familles par le biais de PRENAP ont un suivi et une prise en charge plus réguliers : suivi gynécologique, médecin traitant, contraception, rééducation du périnée, consultation post-natale.
- L'état de santé subjectif des femmes suivies dans une association de type ESI Familles par le biais de PRENAP est meilleur que celui des femmes non intégrées à une association.
- Les femmes intégrées dans un réseau de soin type PRENAP se sentent plus entourées dans le post-partum concernant leur prise en charge médicale et sociale.

Afin d'évaluer ces hypothèses, nous nous sommes fixés plusieurs objectifs. L'objectif principal était de comparer le suivi médical et préventif des femmes en situation de précarité orientées vers une association de type ESI Familles et celui des femmes dans la même situation mais non intégrées à un réseau associatif.
Les objectifs secondaires étaient ensuite de comparer le ressenti de la femme sur son état de santé selon qu'elle était ou non intégrée dans une association, ainsi que de décrire le réseau de soins et de soutien qui s'est développé autour d'elle dans le post-partum.

2.3 Type d'étude – Dispositif de recherche

Il s'agissait d'une étude comparative de type qualitative réalisée à partir d'un entretien comportant des questions fermées et ouvertes, pour des raisons d'adhésion et pour faciliter la compréhension de la population d'étude. Elle s'est déroulée de Juin 2014 à janvier 2015 et a été constituée d'une période de test au mois de Juin 2014 sur 3 femmes.
Cette étude a été de type comparative avec d'une part les femmes « cas », c'est-à-dire intégrées dans PRENAP pendant la grossesse ou le post-partum et se rendant ainsi à l'ESI Familles (soit groupe PRENAP, « P ») et d'autre part, les femmes « témoin » , identifiées à la consultation pédiatrique de la PMI de Bichat ou en consultation à Port-Royal (soit groupe non PRENAP, « NP »).

2.4 Participants

La sélection des participants s'est effectuée selon des critères d'inclusion précis. D'un côté, les femmes devaient être en situation de précarité par rapport au logement, c'est-à-dire être en situation de rue, logée par le Samu Social ou chez un tiers de manière instable. Ces critères sont identiques

à l'inclusion dans le partenariat PRENAP. D'un autre, les femmes vues en entretien se situaient dans les 2 à 6 mois du post-partum (afin que les femmes aient eu le temps de reprendre une contraception ou de se rendre en visite post-natale), elles parlaient le français ou l'anglais et ont accouché d'un enfant vivant.
En revanche, les femmes ayant une pathologie chronique qui nécessite un suivi particulier sont exclues de l'étude.

L'étude portant sur la comparaison entre deux groupes, il me fallait faire au minimum 10 entretiens dans chacun des groupes.
Dans le groupe des patientes intégrées dans PRENAP, sur 17 entretiens réalisés, seuls 11 étaient évaluables. En effet, 6 femmes incluses dans PRENAP ne s'étaient pas rendues à l'ESI Familles dans le post-partum donc n'avaient pas reçu les informations concernant leur suivi médical et de prévention à l'association.
Dans le groupe des patientes non intégrées à une association dans le post-partum, 12 entretiens ont été effectués et 11 étaient évaluables. Une femme interrogée présentait une pathologie chronique, suivie très régulièrement dans un service hospitalier.

2.5 Déroulement de l'étude – Outil méthodologique

Le recueil des informations a été réalisé grâce à un entretien d'une durée moyenne de 20 minutes. La grille d'entretien était la même dans les deux groupes de femmes (avec une partie réservée à la description des sources d'information et les démarches, différente selon que les femmes étaient incluses ou non dans PRENAP). Initialement, le choix était porté sur un questionnaire écrit mais la population d'étude ne parlant ou n'écrivant pas forcément le français, un guide d'entretien a été élaboré. [3]
L'entretien a été préalablement testé sur 3 femmes au mois de Juin 2014.
Les réponses des femmes n'ont pas été enregistrées (la plupart des patientes ont refusé ne connaissant pas exactement l'usage ultérieur de ces enregistrements), elles ont donc été retranscrites par écrit durant l'entretien.

Les femmes étant incluses dans PRENAP ont été interrogées pour la majorité à Port Royal après une consultation pédiatrique à la PMI, une consultation avec une assistante sociale ou une visite post-natale. Quatre femmes ont été contactées par téléphone lorsqu'aucune consultation à Port-Royal n'était prévue et enfin trois ont été vues directement à l'ESI Familles.

[3] Cf Annexe 3

Les femmes qui n'étaient pas incluses dans PRENAP et n'étaient pas suivies à l'ESI Familles ont été vues après une consultation pédiatrique à la PMI de Bichat ou de Port-Royal.
Le choix de la PMI de Bichat me semblait pertinent puisque cette maternité accueille une certaine proportion de patientes en situation de précarité. Je pensais alors que le nombre de participantes potentielles serait important. Finalement, il a été assez difficile d'obtenir des entretiens avec les femmes faisant suivre leur nouveau-né à Bichat.

Initialement, l'étude devait se terminer en fin d'année 2014 mais la sélection des participantes a été assez laborieuse. La PMI de Bichat fermait régulièrement lors des vacances scolaires, moment opportun pour moi pour réaliser les entretiens. De plus, plusieurs demi-journées par semaines étaient consacrées à des consultations spécialisées et beaucoup de femmes annulaient leur rendez-vous au dernier moment ou ne s'y rendaient pas, fait lié à leur situation de vie instable.
Du côté de Port Royal, certaines femmes ne venaient pas non plus à leur consultation ou ne répondaient pas aux appels téléphoniques. La compréhension était difficile, surtout au téléphone.

2.6 Variables retenues

2.6.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Afin d'étudier les caractéristiques sociodémographiques de notre population, nous avons étudié les variables suivantes : âge, date d'arrivée en France, nationalité, parité, nombre d'enfants à charge, type d'hébergement, situation familiale, origine des revenus, couverture sociale, conduites addictives.

2.6.2 Suivi médical antérieur à la grossesse

Les variables concernant le suivi médical antérieur à la grossesse étaient les suivantes : utilisation d'une contraception dans le passé, médecin traitant, suivi gynécologique et consultation d'un professionnel de santé avant la grossesse.

Le fait de connaitre les habitudes des femmes avant la grossesse et de comparer deux groupes ayant les mêmes pratiques et les mêmes caractéristiques antérieurement a permis de limiter les biais lors des résultats dans le post-partum.

2.6.3 Suivi médical actuel

Le suivi médical actuel a été abordé grâce à la contraception actuelle, au suivi médical par un médecin traitant, au suivi gynécologique, au suivi par un autre professionnel de santé quel qu'il soit, à la consultation post-natale et à la rééducation périnéale ainsi qu'à l'allaitement.

2.6.4 Etat de santé subjectif

L'analyse de l'état de santé subjectif des femmes a été effectuée à partir de la grille d'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham. [4] Elle permet de mesurer la qualité de vie en rapport avec la santé. Afin de simplifier le questionnaire et donc de raccourcir la durée de l'interrogatoire, nous avons regroupé les questions en cinq items principaux : le moral, la fatigue, la tristesse, les douleurs, l'isolement. Ensuite nous avons demandé aux femmes de décrire leur état par rapport à ces items selon 3 niveaux.

2.6.5 Réseau de soin

Afin d'analyser le réseau développé autour de la femme, nous leur avons demandé quelle était leur source de soutien et d'aide depuis l'accouchement (proches, associations).
Dans le groupe des femmes incluses dans PRENAP, nous avons étudié l'aide apportée par l'ESI Familles, les sources d'informations concernant le nouveau-né ou elle-même, les avantages et les inconvénients de l'association, ainsi que les démarches entreprises par la femme depuis l'accouchement.
Pour les femmes qui ne sont pas incluses dans PRENAP, nous avons étudié les sources d'informations concernant le nouveau-né et la femme sur le plan médical et social ainsi que les démarches entreprises depuis l'accouchement.

2.7 Stratégies d'analyses statistiques

Les données étaient recueillies par écrit puis retranscrites sous forme de tableaux sur Excel.
Les variables quantitatives ont été analysées sous forme de moyennes et d'écart-type alors que les variables qualitatives ont été décrites sous forme de pourcentages.
Afin de réaliser la comparaison des variables, le logiciel BiostaTGV en ligne a été utilisé. Un test de Student a été effectué pour les variables quantitatives alors qu'un test exact de Fisher, au vu des faibles effectifs, a été effectué pour les variables qualitatives.

[4] Cf Annexe 4

2.8 Considérations éthiques et réglementaires

Concernant Port Royal, nous avons eu l'autorisation du Chef de service, le Pr Goffinet, et de la cadre Sage-Femme, Mme Beck, pour mener les entretiens auprès des patientes suivies dans cette maternité.
Concernant l'ESI Familles, la directrice, Mme Martz, qui m'avait accueillie trois jours pour découvrir cette association, nous a aussi autorisées à pratiquer des entretiens au sein même de l'association.
Enfin, pour les entretiens réalisés à la PMI de Bichat, l'accord de la cadre sage-femme, Mme Favre, nous a été donné.

L'accord des patientes a toujours été recherché avant de commencer l'entretien, en expliquant le but de l'étude ainsi que l'utilisation ultérieure des données recueillies. De plus, Mme Boulinguez avait préalablement prévenu les patientes que je contactais par téléphone, lorsqu'elle les voyait à l'ESI Familles ou à la maternité de Port-Royal.

3 Résultats

3.1 Description générale de la population d'étude

Une première analyse devait être préalablement effectuée afin de déterminer si les deux groupes d'étude étaient identiques. Elle correspondait aux caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes ainsi qu'à leur suivi médical antérieur.

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Ces deux groupes de femmes étaient comparables sur le plan de leurs caractéristiques sociodémographiques : on peut noter que pour la plupart, elles étaient en France depuis au moins

deux ans en moyenne, étaient originaires d'Afrique subsaharienne, avaient une sécurité sociale (AME ou CMU) et étaient logées par le Samu Social.

	NP **N = 11** **n (%)** **M ± sd**	P **N= 11** **n (%)** **M ± sd**	*p* **Fisher** **Student**
Age *(années)*	31.9 ± 5.56	31.45 ± 4.20	0.83
Durée depuis l'arrivée en France *(mois)*	25.45 ± 37.49	38.91 ± 41.46	0.43
Durée depuis accouchement *(mois)*	4.45 ± 1.21	3.82 ± 1.93	0.37
Parité	2.09 ± 0.94	2.64 ± 1.69	0.36
Nombre d'enfant(s) à charge	1.55 ± 0.69	1.55 ± 0.93	1
Nationalité			
Afrique subsaharienne	10 (91)	11 (100)	
Europe de l'Est	1 (9)	0 (0)	1
Situation familiale			
Célibataire	10 (91)	7 (64)	
Mariée	0 (0)	2 (18)	
En couple	1 (9)	2 (18)	0.38
Couverture Sociale			
AME	7 (64)	8 (73)	
CMU	2 (18)	0 (0)	0.64
Aucune	2 (18)	3 (27)	
Revenus			
Aucun	10 (91)	9 (82)	
Compagnon	0 (0)	2 (18)	0.48
Compagnon + elle	1 (9)	0 (0)	
Hébergement			
Samu Social	9 (82)	8 (73)	
Foyer	1 (9)	1 (9)	0.72
Ami	1 (9)	0 (0)	
Famille	0 (0)	2 (18)	

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées

3.1.2 Suivi médical antérieur

Utilisation de la contraception

La majorité des femmes n'avait jamais utilisé de contraception dans le groupe des femmes NP contrairement au groupe P mais cette différence n'est pas significative (p=0.23).

On peut voir aussi que peu de femmes avaient utilisé un moyen de contraception depuis leur arrivée en France (2 dans le groupe P uniquement).

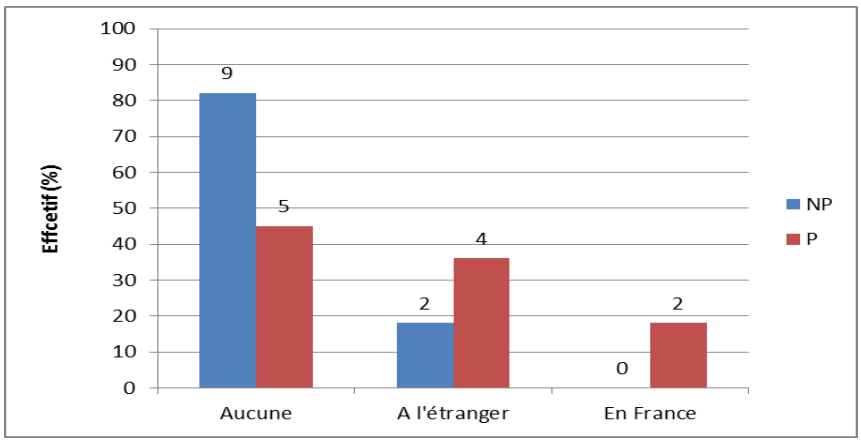


Figure 1: Utilisation antérieure d'un moyen de contraception selon le pays de prescription.

Médecin traitant

La majorité des femmes n'avait pas de médecin traitant avant la grossesse. Les effectifs sont identiques dans les deux groupes soit 82% de la population qui n'avait pas de médecin traitant (9 patientes par groupe) contre 18% qui en avait (2 patientes par groupe).

Suivi gynécologique

Bien que dans le groupe P, plus de femmes aient déjà eu un suivi gynécologique que dans le groupe NP (si on observe le suivi en France et à l'étranger), la différence n'est pas significative (p=0.78).

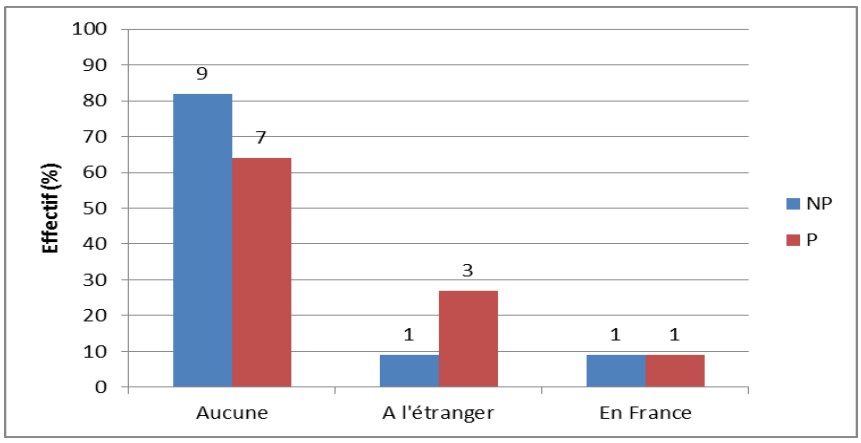


Figure 2: Suivi gynécologique antérieur selon le pays où il a été réalisé.

Suivi médical

La majorité des femmes des deux groupes n'avait jamais eu de suivi médical avant la grossesse.

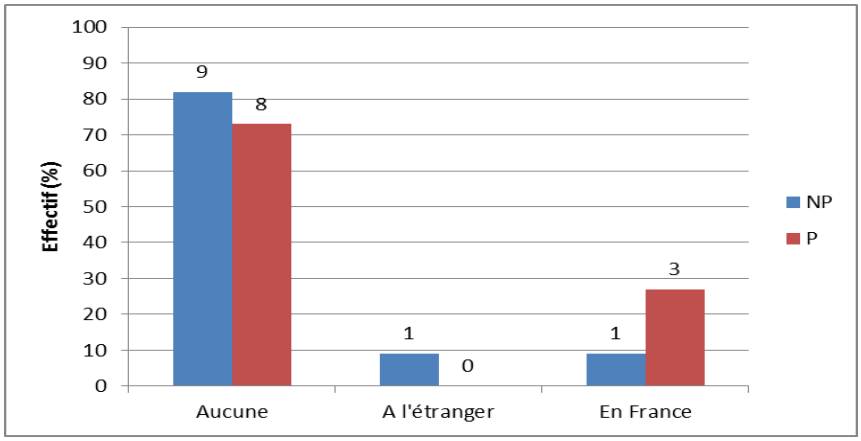


Figure 3: Suivi médical antérieur

On pouvait donc conclure avec ces premières analyses que les deux populations d'étude étaient identiques d'un point de vue statistique. On pouvait donc comparer sans biais les suivis médicaux dans le post-partum de ces deux groupes.

3.2 Principaux résultats : le suivi médical actuel

Avant de décrire les principaux résultats de l'étude, il faut savoir que la majorité des patientes des deux groupes avait accouché par voie basse à terme et que l'enfant ou la femme ne présentait pas de pathologie qui aurait nécessité un suivi médical particulier.

3.2.1 Contraception

Seuls la pilule et l'implant sont identifiés comme moyen de contraception dans ce tableau car les patientes n'avaient eu recours ni au DIU, ni au préservatif ni à d'autres méthodes locales ou naturelles lorsque j'abordais cette question.

	NP N=11 n (%)	**P N=11 n (%)**	*p* ***Fisher***
Contraception prescrite en SDC			
Aucune	2 (18)	3 (27.5)	0.74
Pilule	7 (64)	5 (45)	
Implant	2 (18)	3 (27.5)	
Choix de la contraception			
Par la patiente	6 (54)	9 (82)	0.36
Par le professionnel	5 (45)	2 (18)	
Contraception actuelle			
Oui	1 (9)	7 (64)	
Non	10 (91)	4 (36)	**0.024**
Suivi de la prescription			
Non	8 (73)	1 (9)	**0.007**
Oui	3 (27)	10 (91)	

Tableau 2: Contraception actuelle

Dans le tableau, nous pouvons voir que dans le groupe NP, une plus grande partie des femmes pensait que le professionnel de santé en Suites de Couches leur avait imposé un moyen de contraception alors que dans le groupe P, les femmes avaient l'impression d'avoir choisi par elle-même leur contraception. Néanmoins, cette différence n'est pas significative et ne peut pas être directement imputable au suivi associatif.

D'autre part, les femmes du groupe NP n'étaient qu'une minorité à avoir recours à une contraception depuis l'accouchement (9%) alors que dans le groupe P, 64% des femmes utilisaient une contraception dans le post-partum au moment de l'entretien. Cette différence est significative (OR=14.99, IC95% [1.29 ; 859.55]. On explique ces chiffres élevés par l'effectif faible de l'étude).

Enfin, il est intéressant de noter que la prescription est largement suivie dans le groupe P et que les femmes n'ont pas changé de moyen de contraception depuis celui choisi en Suites de Couches immédiates. Cette différence est significative (OR=21.79, IC95% [1.84 ; 1283.92]).

3.2.2 Médecin traitant

Nous pouvons noter que 64% des femmes du groupe NP n'avaient pas de médecin traitant au moment de l'entretien, contre 45% dans le groupe P. 4 femmes du groupe P avaient fait les démarches dans le post-partum pour en avoir un, contre 2 dans le groupe NP. Cela signifie que plus de la moitié des femmes dans le groupe P avait un médecin traitant, mais ces différences ne sont pas significatives (p= 0.67).

3.2.3 Consultation post-natale

	NP N=11 n (%)	P N=11 n (%)	*p* *Fisher*
Consultation post-natale			
Oui	3 (27)	11 (100)	
Non	8 (73)	0 (0)	**0.001**
Prise du RDV			
Par la patiente	9 (82)	1 (9)	
Par un professionnel	2 (18)	10 (91)	**0.002**

Tableau 3: Consultation post-natale

Dans le groupe P, nous pouvons observer que toutes les patientes se sont rendues en consultation post-natale et qu'une seule d'entre elles a pris elle-même son rendez-vous, ce qui diffère significativement du groupe NP (OR=33.98 ; IC95% [2.66 ; 2119.9]).

Le rendez-vous était pris en général par Mme Boulinguez, coordinatrice PRENAP (60% des cas) ou par le consultant durant la grossesse.

3.2.4 Rééducation périnéale

Aucune des patientes des deux groupes n'a réalisé de séance de rééducation du périnée. Beaucoup m'ont parlé de la prescription par le consultant lors de la visite post-natale mais la plupart des femmes m'expliquaient qu'elles ne savaient pas où effectuer ces séances.

3.2.5 Allaitement

Lors de l'entretien, la question sur l'allaitement concernait l'allaitement à la naissance et dans les premiers temps. Depuis, quelques patientes m'avaient indiqué avoir changé le mode d'allaitement mais je ne trouvais pas pertinent d'évoquer ce changement pour mon étude puisque cette question me permettait de savoir par quel moyen les femmes se procuraient des conseils ou du lait en poudre si besoin.

J'ai pu noter que la majorité des femmes dans les deux groupes avait recours à l'allaitement mixte.

3.2.6 Suivi gynécologique

	NP N=11 n (%)	P N=11 n (%)	*p* *Fisher*
Suivi gynécologique			
Non prévu	7 (64)	1 (9)	
Souhait	3 (27)	6 (54)	**0.036**
Oui actuellement	1 (9)	4 (36)	

Tableau 4: Suivi gynécologique actuel

La raison principale pour laquelle des femmes avaient déjà consulté un professionnel de santé dans le post-partum était l'inquiétude quant à l'absence de retour de couches.

Les raisons évoquées par les femmes qui ne souhaitaient pas avoir de suivi gynécologique étaient principalement : « pas besoin » (car pas de problème ou ne savaient pas qu'un suivi est possible en dehors de la grossesse), un problème de coût ou une méconnaissance des lieux où ce suivi gynécologique pouvait être effectué.

On observe néanmoins qu'une majorité des femmes dans le groupe P souhaitait avoir un suivi gynécologique par la suite.

3.3 Autres analyses

3.3.1 Etat de santé subjectif

	NP N=11 n (%)	**P N=11 n (%)**	***p*** **Fisher**
Moral			
Bon	1 (9)	5 (46)	
Moyennement bon	8 (73)	6 (54)	**0.080**
Mauvais	2 (18)	0 (0)	
Fatigue			
Aucune	0 (0)	3 (27)	
Modérée	3 (27)	4 (36)	0.12
Importante	8 (73)	4 (36)	
Tristesse			
Aucune	1 (9)	2 (18)	
Modérée	3 (27)	3 (27)	0.99
Importante	7 (64)	6 (54)	
Douleur			
Aucune	7 (64)	5 (45)	
Modérée	2 (18)	2 (18)	0.84
Importante	2 (18)	4 (36)	
Isolement			
Non ressenti	0 (0)	2 (18)	
Modéré	1 (9)	6 (54)	**0.009**
Important	10 (91)	3 (27)	

Tableau 5: Etat de santé subjectif

Le groupe des femmes incluses dans PRENAP décrit un meilleur moral (différence à la limite de la significativité) et un moindre ressenti d'isolement. Le suivi associatif aurait alors un effet bénéfique sur l'état psychologique de la population P.

Les différences concernant l'état de fatigue, de tristesse ou les douleurs ne sont pas significatives.

3.3.2 Réseau de soin dans le post-partum

Sources de soutien depuis l'accouchement évoquées par les femmes des deux groupes.

Sur le plan associatif dans le groupe NP, 3 femmes sur 11 avaient déclaré ne pas avoir reçu de soutien. Les 8 autres femmes évoquaient l'aide de Paris tout p'tits (7 femmes) et des Restos du Cœur (4 femmes).

Dans le groupe P, 1 femme sur 11 avait déclaré ne pas avoir eu recours aux associations comme soutien après l'accouchement. Les autres évoquaient également Paris tout p'tits (5 femmes) et les Restos du Cœur (9 femmes). Une femme mentionnait l'aide de la Croix Rouge Française et 7 ont évoqué l'ESI Familles.

On voit donc que les sources associatives de soutien étaient quasi-identiques dans les deux groupes. En revanche, plus de femmes du groupe NP ne se sentent pas soutenues, même si cette différence n'est pas significative (p=0.59).

Nous nous étions aussi intéressés au soutien reçu par les femmes en dehors des associations.

Dans le groupe NP et P, 6 femmes déclaraient n'avoir aucun soutien, aucune connaissance ne pouvant les aider depuis l'accouchement. Les autres sources de soutien évoquées sont la famille, les amis, les compatriotes, les personnes rencontrées dans les hôtels du Samu Social ou dans les foyers d'hébergement.

Dans le groupe NP, la PMI était mentionnée par 6 femmes en tant qu'aide alors qu'elle n'était citée qu'une fois dans le groupe P.

Dans les deux groupes, une femme citait l'assistante sociale de la maternité en tant que source de soutien depuis l'accouchement.

Groupe NP

A la question *« Où avez-vous reçu les informations dont vous aviez besoin concernant votre suivi ?* », les femmes du groupe NP évoquaient les services de PMI, leurs connaissances en France qui étaient insérées dans la vie active et les autres mères rencontrées dans les différents lieux d'hébergement. Les femmes évoquaient pour cette dernière situation, un climat de solidarité qui pouvait se retrouver dans les hôtels entre les femmes qui ont des enfants et qui se transmettent les « astuces » pour l'alimentation, les vêtements, les couches …

« Avez-vous entrepris des démarches depuis l'accouchement ? »

Deux femmes de ce groupe m'avaient dit avoir effectué des démarches : l'une avait fait une demande d'AME et avait trouvé un médecin traitant, l'autre avait trouvé elle aussi, un médecin traitant.

Les neuf autres femmes n'avaient pas fait de démarches sociales ou concernant leur santé.

Enfin, la dernière question « *De quels sujets auriez-vous aimé être informée […] sur le plan social ou médical ?* » permettait aux femmes d'évoquer aussi bien des thèmes médicaux que psychosociaux.
On y retrouvait des questionnements concernant la fréquence du suivi médical, les lieux où les professionnels de santé acceptaient les patients non assurés, avec l'AME ou la CMU, ou les démarches à effectuer pour obtenir une couverture sociale.
Les femmes manquaient aussi d'informations sur les demandes de logement et les démarches autres que l'appel au 115 ; d'autres auraient aimé savoir comment avoir une place en crèche afin de trouver un emploi, ou tout simplement comment trouver un emploi sans être de nationalité française. Enfin, 3 femmes sur 11 se demandaient comment faire venir leurs enfants aînés en France afin de « réunir toute la famille ».

Nous allons voir que les problématiques étaient assez différentes dans le groupe P, des femmes s'étant rendues à l'ESI Familles depuis l'accouchement, puisqu'il semblait qu'elles y aient reçu les informations de ce type au sein de l'association.

Groupe P

A travers les entretiens, j'ai tenté de comprendre ce que les femmes pouvaient apprécier à l'ESI Familles, comment cette association pouvait les aider et quelles informations elles avaient pu recevoir. Dans un second temps, je leur ai demandé ce qui pourrait être amélioré à l'association et quelles étaient les questions auxquelles l'équipe ne pouvait pas répondre, ce qui représente un manque réel pour elles.

Aux questions *« Quelles informations avez-vous pu recevoir à l'ESI Familles […] sur le plan social ou médical ? »* et *« De quels sujets auriez-vous aimé être informées ? »,* toutes les femmes m'avaient répondu que l'équipe étant pluridisciplinaire, toutes les questions et tous les problèmes évoqués avaient une réponse à l'association.
Elles m'ont parlé des informations reçues sur les droits sociaux, des orientations vers d'autres lieux pour l'alimentation, les vêtements, les couches pour le nouveau-né. Deux femmes m'ont expliqué que le personnel de l'ESI Familles avait pu leur répondre par rapport à l'excision (peur de retourner dans leur pays et que leur fille soit mutilée sexuellement), en leur énonçant les textes de loi en France, comprenant leurs inquiétudes, et en les orientant vers une association spécifique.

Lorsque je demandais aux femmes ce qu'elles avaient apprécié à l'ESI Familles ou ce qu'elles y gagnaient à y aller, par le biais de cette question *« Qu'est-ce que cette association vous a apporté après votre accouchement ? »*, elles m'ont toutes fait savoir qu'en plus d'être rassurées lorsqu'elles avaient des

questions d'ordre pratique, elles trouvaient là-bas un havre de paix qu'elles ne pouvaient pas avoir dans leur quotidien de femmes à la rue. Pour illustrer leur propos, voici les citations de quelques-unes d'entre elles :

« J'y ai trouvé une famille, celle que je n'avais pas en France. »

Quatre femmes sur les onze évoquaient cette sensation : « une ambiance familiale », « c'est comme une grande famille ». Cette notion de convivialité était souvent abordée.

« A l'ESI, on peut être au chaud et surtout au calme. On peut se reposer ou discuter avec des femmes qui sont dans la même situation, c'est rassurant de savoir qu'on n'est pas tout seul. »

« Les gens de l'ESI sont aux petits soins pour nous, ils sont une oreille attentive, on peut enfin se sentir en sécurité quelque part. »

La moitié des femmes interrogées évoquait cette notion de calme. En effet, la vie à la rue et les changements d'hôtels quasi-quotidiens ne leur permettaient pas d'être dans un endroit calme aussi longtemps que le temps passé à l'ESI. Elles mentionnaient que de rencontrer d'autres familles permettait d'oublier ses soucis en parlant autour d'une collation et de « se changer les idées » mais aussi que le fait de savoir qu'elles n'étaient pas seules les sortait de leur sentiment d'isolement.

Je citerai cette femme pour conclure sur les avantages que les femmes trouvaient à l'ESI Familles, parce qu'elle résume la majorité des pensées des interrogées :

« Si je gagne à l'Euro millions, je donnerai la moitié à l'ESI Famille tellement ils m'ont aidée. »

« Avez-vous entrepris des démarches depuis l'accouchement ? »

Enfin, 5 femmes sur 11 avaient effectué des démarches depuis l'accouchement. Ces femmes m'avaient dit qu'elles ne l'auraient pas fait sans les informations reçues à l'ESI Familles : deux d'entre elles ont fait les démarches pour avoir l'AME, une a demandé une carte de séjour (adresse de la préfecture et dossier à fournir, donnés par l'ESI) et une est en contact avec un travailleur social pour trouver un emploi. 4 d'entre elles avaient aussi effectué les démarches pour avoir un médecin traitant.

Malgré la différence entre les deux groupes, les résultats ne sont pas significatifs concernant la fréquence des démarches effectuées depuis l'accouchement ($p=0.36$).

Les axes d'amélioration évoqués par les femmes étaient surtout liés au lieu même de l'ESI Familles. En effet, la plupart d'entre elles n'avaient pas de carte de transport et leurs hôtels n'étaient pas toujours dans Paris, même si elles avaient accouché à Port Royal.

Il était donc contraignant pour elles de prendre les transports de banlieue à Paris plusieurs fois par semaine avec un nouveau-né et des enfants en bas-âges pour certaines, quel que soit l'horaire et malgré la distance.

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Dans le groupe P, l'utilisation d'un moyen de contraception était plus fréquente que dans le groupe NP : les femmes étaient plus nombreuses à suivre la prescription faite par la sage-femme en suites de couches. De plus, la présence en consultation post-natale était plus importante chez les femmes du groupe P, qui souhaitaient par la suite un suivi gynécologique plus fréquent que les femmes du groupe NP.
La première hypothèse « les femmes fréquentant une association de type ESI Familles par le biais de PRENAP ont un suivi et une prise en charge plus réguliers : suivi gynécologique, médecin traitant, contraception, rééducation périnéale, consultation post-natale », est donc partiellement validée.

Les femmes du groupe P avaient un sentiment d'isolement moins important que les femmes du groupe NP et un meilleur moral (différence à la limite de la significativité), elles avaient donc un meilleur ressenti de leur état de santé.
La deuxième hypothèse : « l'état de santé subjectif des femmes suivies dans une association de type ESI Familles par le biais de PRENAP est meilleur que chez les femmes non intégrées à une association » est donc validée.

Enfin, plus de démarches ont été effectuées sur le plan social et médical dans le post-partum, dans le groupe P. Moins de femmes déclaraient ne pas avoir de soutien dans cette période, tant sur le plan associatif que personnel mais ces différences ne sont pas significatives. Néanmoins, la totalité des femmes du groupe P semblait avoir reçu toutes les informations qu'elles souhaitaient à l'ESI Familles.
La troisième hypothèse : « les femmes intégrées dans un réseau de soin type PRENAP se sentent plus entourées dans le post-partum concernant leur prise en charge médicale et sociale » est partiellement validée.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Suivi médical et préventif

Contraception

Selon le Baromètre Santé de l'INPES en 2010 [44], 90,2% des femmes de la population générale auraient recours à une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit. En revanche, environ 65% des femmes en situation de précarité n'auraient pas de contraception ; les raisons évoquées étant principalement la non-préoccupation de la contraception, le fait de ne pas connaitre les méthodes ou de ne pas avoir de rapports sexuels. [27] Ces chiffres sont identiques à ceux retrouvés dans notre étude, puisqu'au total, 63% des femmes n'avaient pas de contraception au moment de l'entretien.
Le rôle de la sage-femme serait donc d'évoquer la contraception avec ces femmes dès que l'occasion se présente : en consultation gynécologique, au planning familial, au CPEF, en suites de couches, mais aussi lors des consultations de grossesse. Le rôle d'information est alors primordial.

Le préservatif puis la pilule et le D.I.U sont le parcours contraceptif classique des femmes de la population générale. En revanche, les études de Médecins du Monde en 2013 ou du Samu Social en 2014 montrent que chez les femmes en situation de précarité, la pilule et l'implant (qui ne concerne que 3% de la population générale) sont les méthodes les plus utilisées, avant le D.I.U. [26] [27]
Nos résultats sont comparables à ceux de ces deux études puisque la pilule et l'implant sont les seuls moyens évoqués par les femmes. Nous pouvons mettre en parallèle le fait que 32% des femmes de l'étude estiment que le professionnel de la maternité a choisi leur méthode de contraception. Cela concorde avec les remarques de certains professionnels, consistant à dire que les femmes en situation de précarité doivent être laissées moins autonomes sur leur choix, leur « observance étant à priori défaillante ». Dans ces cas, l'implant est souvent le moyen contraceptif le plus proposé aux femmes. [45]

Comment expliquer que dans le groupe P, le recours à la contraception dans le post-partum soit plus fréquent malgré une prescription identique en service de Suites de Couches ?
A l'ESI Familles, des « ateliers contraception » sont régulièrement organisés, avec l'intervention de sages-femmes de CPEF ou d'associations. Les femmes y ayant assisté pendant leur grossesse seraient alors plus informées et se sentiraient plus concernées par la contraception.

Consultation post-natale

Selon le mémoire de Marie-Laure Oster à propos de 45 femmes, 80% des femmes qui ne sont pas en situation de précarité se rendraient à la consultation post-natale contre seulement 20% des femmes en situation de précarité. [46]

Dans notre étude, « seules » 37% des femmes n'ont pas bénéficié de cette consultation, mais la majorité des femmes présentes provient du groupe P, puisque 100% de ce groupe s'y est rendu (contre 27% dans le groupe NP).

Nous pouvons très certainement expliquer cette différence par la manière dont le rendez-vous a été pris. En effet, dans le groupe P, 60% des rendez-vous ont été pris par Mme Véronique Boulinguez, 30% par la sage-femme de Suites de Couches et une seule femme a dû le prendre elle-même.

Lorsque l'on se penche sur toutes les difficultés que ces femmes peuvent rencontrer à la prise de ce rendez-vous: crédit téléphonique pour contacter la maternité, compréhension du français par téléphone, priorité logiquement portée sur la recherche d'un hébergement pour la nuit ou sur l'alimentation du nouveau-né, nous pouvons comprendre que la plupart ne le fasse pas.

La solution serait-elle alors de donner systématiquement une date de rendez-vous à la femme avant sa sortie de la maternité, en lui rappelant l'importance de celui-ci ?

Suivi gynécologique

On a pu montrer que dans le groupe P, plus de femmes souhaitaient avoir un suivi gynécologique par la suite. Dans l'étude de Médecins du Monde en 2013, 80% des femmes entre 16 et 76 ans avaient déjà bénéficié d'un examen gynécologique par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme mais la prévalence dépendait du temps de présence en France. On aurait aimé connaître le taux de suivi gynécologique en dehors des examens réalisés dans le cadre d'une grossesse, pour certaines femmes de l'étude, ainsi que l'âge du premier suivi, compte-tenu du recours aux soins plus tardif en général chez les femmes en situation de précarité.

Si on s'intéresse au dépistage du cancer du col de l'utérus, on sait que les femmes qui vivent dans des conditions socioéconomiques faibles, qui sont étrangères ou bénéficient de l'AME ou de la CMU, ont recours au FCV moins régulièrement que la population générale (respectivement 31% et 94.4%) [47] [48]

De plus, 72% des femmes en situation de précarité n'ont pas connaissance de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus.

Il serait alors intéressant de savoir, en dehors de la grossesse, combien de femmes en situation de précarité ont recours au suivi gynécologique et par quel professionnel de santé il est effectué. L'enquête FECOND de 2010 montrait cependant que les femmes aux conditions socioéconomiques défavorables avaient tendance à être suivies par un médecin généraliste pour le suivi gynécologique alors que les cadres l'étaient plutôt par un gynécologue. [26] Aucune étude n'a

pour le moment été réalisée concernant la population qui effectue son suivi gynécologique chez une sage-femme, qui réalisent à priori moins de dépassements d'honoraires.
Enfin, pour les femmes qui ne souhaitaient pas avoir de suivi gynécologique par la suite, une des raisons évoquées était qu'elles n'en avaient « pas besoin », compte-tenu du fait qu'elles n'avaient ni symptômes ni problèmes de santé. La prévention et l'information concernant le dépistage auprès de ces femmes sont donc primordiales. La sage-femme a alors toute sa place pour ce rôle et peut en être l'un des acteurs principaux.

4.2.2 L'état de santé subjectif

Nous avons pu montrer que les femmes du groupe P avaient une sensation d'isolement moindre que les femmes du groupe NP, et un meilleur moral.
En mettant en parallèle ces données avec les appréciations des femmes sur l'ESI Familles, il est aisé de comprendre que les liens créés à l'association avec d'autres familles ou avec le personnel sont à l'origine de ce sentiment d'appartenance à une communauté, et donc de diminution de l'isolement.
Il faut ensuite se demander quel impact va avoir ce meilleur état de santé subjectif sur le suivi médical et préventif direct. Peut-on attribuer le souhait d'être « mieux suivies » par la suite, aux informations reçues à l'ESI Familles concernant le suivi, la contraception, le médecin traitant, les dépistages ? Ou est-ce dû au fait que les femmes, se « sentant mieux dans leur peau », plus entourées, plus en confiance, souhaiteraient prendre soin d'elles notamment sur le plan médical ?

Le rapport ENFAMS s'est penché sur le ressenti des femmes quant à leur état de santé. Ainsi, ils définissent l'état de santé subjectif selon les « connaissances de la femme sur son état de santé et son appréciation selon ses caractéristiques individuelles ». Ils montrent que ce ressenti est dégradé par rapport à la population générale sur leurs trois critères d'analyse : la santé générale, physique et émotionnelle. [11]
Concernant notre étude, les femmes ne présentent pas de pathologie chronique qui affecterait le ressenti de leur état de santé. On peut donc penser que seuls leurs conditions de vie et leur état psychique de base sont à l'origine de leur état de fatigue, de tristesse ou d'isolement.

Pour la sage-femme, quel que soit le stade de vie de la femme, l'importance de l'orientation va alors prendre tout son sens, pour cette population en situation de précarité. On peut ainsi prouver que l'entourage de la patiente, fourni par son réseau amical ou familial ainsi qu'associatif, aura un impact sur son état de santé, d'abord subjectif puis probablement réel, avec une amélioration de son parcours de soins.

4.2.3 Evaluation de PRENAP

Dans le groupe P, 6 entretiens n'étaient pas évaluables puisque les femmes ne s'étaient pas rendues à l'ESI Familles dans le post-partum mais uniquement pendant la grossesse.
Ces femmes évoquent souvent des problèmes d'organisation dans le post-partum, au niveau des déplacements pour se rendre à l'association (difficultés pour les mères de frauder dans les transports en commun avec un nouveau-né, peur d'être arrêtées par la police …).
Une femme hébergée par le 115 dans les Yvelines, m'a dit vouloir y retourner au plus vite car elle ressentait « une baisse de moral et que cette association [lui permettait] d'être de bonne humeur ».

Deux études ont été réalisées sur le partenariat de PRENAP75.
Une première étude a été réalisée par L. Roux pour l'ARS, en 2015. Elle retrouve une diminution concrète des coûts de prise en charge des femmes en situation de précarité. La répartition de la prise en charge de ces femmes permet une approche psychosociale et nutritive du côté de l'ESI Familles et une approche médicale du côté de la maternité de Port Royal. Ainsi, les urgences de la maternité et les hospitalisations sont moins fréquentes : les femmes ont maintenant un territoire d'ancrage de premier recours à l'association et viennent moins aux urgences pour y dormir ou y demander de l'aide pour l'alimentation.
De plus, le parcours de soins est organisé au sein de l'association grâce à l'orientation vers les médecins de ville, les PASS, la PMI. Enfin, à plus long terme, l'insertion sociale des femmes permet notamment de diminuer les facteurs de risque obstétricaux. Cette étude montre aussi que le poste de coordinateur PRENAP permet de mutualiser le travail entre la maternité et l'association, et d'avoir une approche médicale au sein de l'ESI Familles, une demi-journée par semaine.
L. Roux recommande donc de réaliser des partenariats de ce type dans d'autres territoires, en ouvrant de nouveaux ESI ou, comme en Seine-Saint-Denis, à la maternité Delafontaine, de créer des partenariats ville-hôpital avec d'autres associations. [38]

Une étude rétrospective a aussi été menée à partir des données des fiches informatiques DIAMM de Port Royal. Elle concernait l'ensemble des femmes en situation de vulnérabilité ayant accouché à Port Royal en 2014, que les femmes soient intégrées à PRENAP ou non. On retrouve plus de nouveau-nés prématurés ou petits pour l'âge gestationnel et plus de transferts en réanimation néonatale dans le groupe NON-PRENAP.
Concernant la période des Suites de Couches, 80.9% des femmes incluses dans PRENAP se rendent en consultation post-natale.

En revanche, 16.5% des femmes incluses dans PRENAP ne se rendent pas à l'ESI Familles, ni pendant la grossesse ni dans le post-partum. On peut alors se demander si PRENAP a un impact dans cette situation.

4.3 Les points forts

Les entretiens, qui peuvent être une des principales limites de mon étude, peuvent aussi être considérés comme une force : ils sont le seul moyen d'aborder cette population de femmes. En effet, ne maîtrisant pour certaines ni le français à l'oral ni à l'écrit, les questionnaires, qui auraient été la meilleure manière d'accéder aux résultats, ont été soumis à l'oral afin d'appréhender la majorité des femmes.

Très peu d'études prospectives ont été réalisées sur le suivi médical dans le post-partum des femmes en situation de précarité. Ceci peut être dû à la difficulté d'interroger ce type de patientes ou au peu d'intérêt porté sur cette période. Une étude de l'Observatoire du Samu social de Paris a montré que les femmes non francophones ou illettrées étaient très peu représentées dans les études, car très difficiles à interroger. Dans ce sens, mon étude est assez originale. J'ai pensé que le post-partum était une période charnière pour le suivi médical et de prévention pour la suite ou lors d'une prochaine grossesse, et qu'il était donc important de le prendre en considération.

De plus, la possibilité qui m'a été donnée de passer trois jours au sein de l'ESI Familles, m'a permis de visualiser le quotidien de ces femmes : j'ai pu discuter avec de nombreuses familles, pas uniquement celles qui auraient pu « rentrer » dans mon étude, afin de comprendre ce phénomène d'instabilité, de changements permanents de lieux de vie ou d'accueil, cette difficulté à s'insérer dans une vie sociale « standard ». Ce qui m'a ensuite aidée à comprendre de manière plus précise les réponses des femmes lors des entretiens.

Enfin, malgré le faible effectif de mon étude, les résultats retrouvés sont significativement différents selon que les femmes sont intégrées ou non à ce partenariat ville-hôpital. On imagine alors les résultats qui auraient été trouvés si l'étude avait été lancée à plus grande échelle, et l'importance de l'impact de ce réseau sur le suivi des femmes en grande précarité.

4.4 Limites et biais

Les limites de cette étude sont surtout liées aux difficultés rencontrées pour accéder à ma population d'étude. Effectivement, l'effectif est faible si mon étude avait été uniquement quantitative.

Les femmes ont été très difficiles à rencontrer et cela à cause de leur mode de vie instable. En effet, sans carte de transport et parfois hébergées en banlieue, l'accès à une maternité parisienne était

pour elles assez compliqué. Les déménagements d'hôtel en hôtel étaient pour elles source de changement constant de leurs habitudes de vie. C'est une des principales raisons pour lesquelles ces femmes n'étaient pas assidues à leurs rendez-vous médicaux.
Pour contacter les femmes du groupe PRENAP, nous leur téléphonions parfois. Mais sans crédit téléphonique permanent, il fut aussi difficile pour elles de nous rappeler.
Concernant les femmes vues à Bichat, l'assiduité aux rendez-vous pédiatriques n'était pas non plus régulière. De nombreux déplacements de ma part ont alors été vains et je n'avais aucun moyen pour les recontacter par la suite.
Enfin, la compréhension de la langue française pouvait être difficile pour les femmes originaires de pays anglophones.

Afin de remédier à ces multiples difficultés d'approche, deux moyens principaux ont été mis en place :

- Des entretiens en français ou en anglais afin que la compréhension soit meilleure. J'ai ainsi pu reformuler les questions lorsqu'elles n'étaient pas comprises et la barrière de la compréhension écrite a alors été limitée.
- Pour les femmes du groupe PRENAP qui avaient des difficultés à se mobiliser dans Paris ou qui ne s'étaient pas rendues à leur consultation à Port Royal, des entretiens téléphoniques ont été instaurés.

Le biais principal de cette étude, qui concerne la population des femmes intégrées à PRENAP, est un biais de sélection.
En effet, afin de recevoir quelques-unes de ces femmes en entretien à la suite d'un rendez-vous médical ou social à la maternité de Port Royal, je leur téléphonais quelques jours avant afin de leur demander leur accord. De ce fait, le rappel du rendez-vous ou le fait de se savoir attendues par plusieurs personnes a pu encourager le déplacement de ces femmes à leur consultation. Le chiffre de 100% de présence à la visite post-natale dans ce groupe est sans doute la conséquence de ce rappel téléphonique.
Cette observation peut aussi être considérée comme un axe d'amélioration possible lors de la prise en charge de ces femmes : rappeler aux femmes par téléphone une semaine au préalable qu'elles ont un rendez-vous à la maternité permettrait-il que leur présence soit plus systématique ? Nous pouvons nous dire que si il d'agit d'une difficulté de mémorisation de date de rendez-vous, puisque les femmes ont bien d'autres choses à penser, ce rappel peut être bénéfique quant à leur assiduité.

Du fait du faible effectif de notre étude, la généralisation des résultats parait difficile. Néanmoins, pour une première étude sur ce sujet, les résultats sont encourageants et apportent des pistes quant

à l'amélioration du suivi médical et de prévention ainsi qu'à la perception que les femmes ont de leur santé dans le post-partum.

4.5 Implications et perspectives

4.5.1 Faciliter l'accès et la compréhension du parcours de soins

Quelques axes d'amélioration du parcours de soins ont pu être mis en évidence dans cette étude. En effet, nous avons pu comprendre que la plupart des femmes ne connaissaient pas les lieux où se rendre pour leur suivi médical ni les droits concernant leur accès aux soins.
Une part de solution a été trouvée par le personnel de PRENAP pour y remédier : distribuer aux femmes un carnet d'adresses et de coordonnées des lieux dans lesquels elles peuvent se rendre pour leur santé ou celle de leur enfant (PMI, PASS, urgences …). [5] Le principe de réaliser des plans avec des photographies me semble une idée efficace pour les patientes illettrées.
Je pense simplement que les CPEF devraient être ajoutés, puisque la contraception y est accessible gratuitement pour les femmes en situation de précarité.
De plus, dans le même principe, la Mairie de Paris a édité des plaquettes de parcours de soins pour la maternité afin d'informer les femmes sur le circuit à adopter lors d'une grossesse et du post-partum, ainsi que les adresses liées à la périnatalité autour du 14ème arrondissement. [6]
Je suggère que cette plaquette devrait être distribuée aux femmes avec la pochette « Carnet de santé maternité », délivrée par le département de Paris.

D'autre part, beaucoup de femmes se demandent comment trouver un professionnel de santé qui accepte de les recevoir si elles sont bénéficiaires de l'AME ou de la CMU ayant essuyé des refus de prise en charge de la part de certains.
Or, le professionnel de santé a l'obligation de recevoir les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-c, les honoraires lui seront ensuite transmis par l'assurance maladie dans les 5 jours. En revanche, les dépassements d'honoraires sont à la charge du patient et c'est donc pour cette raison qu'il est difficile voire impossible pour eux de se rendre chez certains professionnels. [29]
Beaucoup de femmes expliquent avoir entre autre des difficultés pour les rendez-vous chez un kinésithérapeute pour la rééducation du périnée. Cependant, ces séances sont normalement prises en charge par l'assurance maladie sur présentation d'un justificatif d'assurance sans avance des frais

[5] Cf Annexe 5

[6] Cf Annexe 6

nécessaire. La rééducation périnéale par une sage-femme semble plus accessible pour cette population (néanmoins, des problèmes de disponibilité pour les sages-femmes du 14ème existent pour toutes les patientes demandeuses). Le développement de l'activité de sage-femme libérale permettra sûrement de pallier notamment à cette absence de rééducation périnéale chez les femmes en situation de précarité.

4.5.2 Lutte contre les inégalités de santé au niveau national ou régional

Afin de lutter contre les inégalités de santé et d'accès aux soins, différents moyens sont mis en œuvre au niveau national ou régional.

Plan Régional de prévention et d'accès aux soins (PRAPS)

Le PRAPS de 2012 s'inscrit dans le Projet Régional de Santé avec l'intervention de l'Agence Régionale de Santé. Le public ciblé par ce plan est entre autre les « personnes sans abri ou en logement précaire […] notamment les parents isolés, avec une attention particulière pour les femmes enceintes ou avec des nourrissons et de jeunes enfants ».

Le but de ce Plan est d'analyser le fonctionnement actuel (dispositifs existants, limites actuelles) afin de définir des objectifs à mettre en œuvre par la suite. Le constat en 2012 montrait que les compétences et les acteurs engagés dans l'offre de soin étaient très nombreux mais que leur répartition en Ile-de-France n'était pas adéquate. Il fallait donc harmoniser la prise en charge pluridisciplinaire, l'adapter à la réalité de vie des franciliens : problèmes d'hébergement, de transport, de couverture sociale, situations locales particulières. Enfin, le but était d'éviter les ruptures dans le parcours de soins, très courant après la sortie de la maternité par exemple, en rendant le public acteur de sa santé avec un parcours plus compréhensible. [40]

Ateliers santé-ville

Depuis la circulaire DIV/DGS de 2000, la mise en place des Ateliers Santé-Ville doit être favorisée. Le but est de favoriser l'accès aux soins de toute la population, après avoir établi un état des lieux, en mettant en réseau toutes les structures territoriales liées à la santé publique. C'est donc une approche locale (prévention, insertion, aide au logement, information…) selon les déterminants de santé des plus démunis. [41]

Plan stratégique Ile-de-France 2011-2016

Ce plan, mené par l'ARS, s'inscrit dans le Projet Régional de Santé. Il est basé sur 8 principes d'action, pour lutter contre les inégalités de santé et favoriser le « parcours de santé » des franciliens.

Cette notion est expliquée comme un suivi global, une articulation des soins et de la prise en charge autour du parcours de vie, totalement spécifique à la personne.
Les objectifs de ce plan sont donc : la prévention, la mobilisation de tous les acteurs territoriaux, la vigilance face aux risques sanitaires, le développement de l'offre de santé en fonction des besoins, la cohérence du parcours de soins, la collaboration entre les professionnels et les personnes concernées et la créativité des acteurs sociaux. [42]

Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020

La Mairie de Paris ainsi que ses partenaires (grandes entreprises, associations …) ont signé un pacte de lutte contre la grande exclusion à Paris, fondé sur trois principes :

- La prévention de l'arrivée dans la rue. Un des objectifs de ce plan est d' « Améliorer le suivi précoce des femmes enceintes en situation de rue et stabiliser leur hébergement durant la période pré et post-natale »
- L'intervention auprès des personnes qui vivent dans la rue. Cette action devrait permettre de garantir l'accès aux services et aux droits fondamentaux, donc l'accès aux soins. L'objectif 34 est de « Développer l'accès aux soins des personnes accueillies dans les ESI et leur orientation vers les services de santé adaptés ». Or, le partenariat PRENAP permet ces échanges entre l'ESI Familles et la maternité de Port Royal.
  L'objectif 43 est de « Faciliter la sortie d'hôpital et développer la possibilité de « soins à domicile » dans les structures d'hébergement social ». Ce principe commence à être mis en œuvre, notamment avec les sages-femmes ou les puéricultrices de PMI ainsi que par l'HAD.
  Enfin, l'objectif 46 est de « Créer un 2ème ESI dédié aux familles en situation de rue ». Pour cela, ce pacte prévoit de « Tirer dans ce cadre les leçons des expériences positives telles que PRENAP ».
- L'insertion durable afin de permettre la sortie de la rue. Cette action se fera entre autre en accompagnant les parisiens dans leur parcours de santé. [43]

On se rend compte que de nombreux systèmes tentent de prendre en charge des personnes en situation de précarité et en situation de rue dans leur parcours de santé et d'accès aux soins. Il serait intéressant de faire un bilan, notamment après le Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion, afin d'étudier l'impact sur la prise en charge des femmes enceintes et des familles dans la période du post-partum.

4.5.3 Prise en charge au sein des maternités.

Au sein même des maternités, différents dispositifs sont mis en place afin de pallier aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé et les patientes concernant leur parcours de soins.
Par exemple, des staffs médico-psychosociaux sont souvent organisés dans les maternités, avec tous les professionnels qui entourent ces familles (sages-femmes hospitalières, de PMI, psychologues, assistantes sociales, obstétriciens, pédiatres …) pour tenter une prise en charge optimale de ces personnes selon leur spécificité et leur globalité.
Des réseaux, sur le modèle de SOLIPAM, peuvent aussi être mis en place. Ils permettent d'évaluer la situation médico-sociale de la femme puis de l'orienter précocement dans ces démarches de maternité (l'inscription, le suivi de grossesse, l'hébergement…) grâce à un réseau de maternités, de médecine de ville ou d'associations. [33]

Cependant, je pense qu'un changement des mentalités et une formation concernant la prise en charge de ces patientes et de ces situations pourraient être intéressants dans les maternités. Souvent, nous pouvons entendre le personnel dire « Ce n'est pas un hôtel ici ! » lorsque les femmes et les nouveau-nés sont hospitalisés à la maternité pour des raisons « sociales » par exemple, lorsqu'elles n'ont pas de solution d'hébergement pour la nuit. Une prise en charge précoce de ces femmes durant la grossesse permettrait d'éviter de telles stigmatisations, afin que leur suivi se fasse au même titre que celui de toute femme débutant une grossesse.

Enfin, mes résultats concernant PRENAP ou l'ESI Familles sont assez concluants. Avoir de telles données à une échelle plus importante permettrait de développer ce genre de partenariat ville-hôpital par la suite et d'améliorer le suivi et la prise en charge de cette population fragile, qui mérite beaucoup d'attention de la part des professionnels de santé.

5 Conclusion

L'accès à la population de femmes en situation de précarité est compliqué compte-tenu de l'instabilité quotidienne concernant leur hébergement, leur difficulté à accéder à leurs droits fondamentaux et aux soins.
La période du post-partum est une période peu étudiée. Les professionnels de santé estiment probablement que les risques médico-psychosociaux en obstétrique ou en gynécologie se concentrent surtout dans l'étape de la grossesse et du post-partum immédiat (hospitalisation en suites de couches). Or, cette étape de leur vie façonne en partie la manière dont ces femmes seront suivies dans le futur, aussi bien en général que lors d'une prochaine grossesse. Il s'agit donc d'une période où la prévention joue un rôle fondamental, tant pour la femme que pour le nouveau-né.

Grâce à des entretiens, nous avons pu accéder à ces femmes en situation de précarité et répondre à notre problématique qui était de savoir si l'intégration des femmes à un réseau de soins avait un impact sur leur suivi médical et de prévention dans le post-partum, ainsi que sur la perception de leur état de santé.
Nous avons donc pu montrer que les femmes intégrées à PRENAP, un partenariat entre la maternité de Port Royal et une association parisienne, l'ESI Familles, avaient de manière plus fréquente un moyen de contraception dans le post-partum en comparaison avec les femmes en situation de précarité mais non intégrées à un réseau de soins. De plus, ces femmes sont plus assidues à la consultation post-natale et souhaitent davantage avoir recours à un suivi gynécologique par la suite. Enfin, elles ressentent moins la sensation d'isolement lorsqu'elles fréquentent l'ESI Familles. On peut alors se demander si cette dernière observation n'est pas à l'origine du meilleur suivi médical et de prévention. Les femmes se sentant plus entourées n'ont-elles pas plus confiance, en elles et dans le personnel, pour prendre soin de leur santé ?

Tant sur le plan national que régional et associatif, différents moyens sont mis en œuvre pour faciliter le suivi médical et le parcours de soins à ces personnes en situation de précarité dont le Pacte Parisien 2015-2020 de Lutte contre la grande exclusion qui développe des objectifs concernant le parcours de santé de cette population. Le suivi médical et préventif de la femme s'inscrit pleinement dans le soutien à la parentalité. Le poste de sage-femme coordinatrice PRENAP est donc tout à fait justifié, puisqu'il permet à la patiente d'être reconnue et respectée en tant qu'actrice de sa santé, et plus largement en tant que femme. Une prise en charge efficace à tous les niveaux, et l'intérêt collectif porté à cette population de femmes en situation de précarité, reste donc un défi majeur pour les années à venir.

6 Références bibliographiques

[1] VULTUR M. *La précarité : un « concept fantôme » dans la réalité mouvante du monde du travail*, Sociologies, Débats, La précarité [En ligne] http://sociologies.revues.org/3287 [Mars 2015]

[2] WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris, Journal officiel, 1987, p24-25.

[3] HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP, Février 1998.

[4] MIPES, *Etat des lieux de la pauvreté et de l'exclusion en Ile-de-France*, 2009

[5] OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS, *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*. Rapport de juin 2005 à la Direction Générale de la Santé.

[6] OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Les indicateurs de l'ONPES en 2011*.

[7] OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, *Mesures et évolution de la pauvreté de 1996 à 2007*. Rapport 2009-2010.

[8] FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES, *L'état du mal-logement en France*, 20ème rapport annuel, 2015.

[9] SAMU SOCIAL DE PARIS, *Rapport d'activité 2012*.

[10] INPES. *Des inégalités sociales de santé : des déterminants multiples*. La santé de l'Homme. Sept-oct. 2008, p17-19.

[11] OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS, *Rapport d'enquête ENFAMS, enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France*, Octobre 2014.

[12] BLONDEL B., LELONG N., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., *Les femmes en situation précaire en France, déroulement de la grossesse et santé périnatale*. Journées de la Société française de médecine périnatale, Arnette, Rueil-Malmaison, 2009 p. 3-17.

[13] EMMAUS. *Les nouveaux visages de la précarité, femmes seules au monde*. La lettre d'Emmaüs, 2010.

[14] MAHIEU-CAPUTO D. *Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?* , Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2010, p83-91.

[15] HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes*, Recommandations professionnelles, Avril 2005.

[16] ANAES. *Recommandations pour la pratique clinique, stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.* Argumentaire, Déc. 2004.

[17] Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes [Avril 2014] http://ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/documents_libres/le_suivi_prenatal_et_postnatal/index.htp

[18] ANAES, *Rééducation dans le cadre du post-partum*, Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2002.

[19] ANAES, *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant*, Recommandations 2002.

[20] HAS, *Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*, Juillet 2010.

[21] HAS, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, Mars 2014.

[22] La situation périnatale en France en 2010, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale, Synthèse effectuée par le bureau État de santé de la population (DREES) à partir de l'analyse et du rapport réalisé par BLONDEL B. et KERMARREC M. (U953 INSERM) dans Etudes et résultats, numéro 775, Octobre 2010.

[23] SCHEIDEGGER S., VILAIN A., *Disparités sociales et surveillance de grossesse*, Enquête DRESS, dans Etudes et résultats, numéro 552, Janvier 2007.

[24] GAYRAL-TAMINH M, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME J-M, GRANDJEAN H. *Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité.* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction n°34. 2005; 23–32.

[25] SAUREL-CUBOZOLLES M-J., SAUCEDO M., DREWNIAK N., BLONDEL B., BOUVIER-COLLE M-H., *Santé périnatale des femmes étrangères en France*, 2012.

[26] BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., *La contraception en France : Nouveau contexte, nouvelles pratiques, Enquête FECOND,* dans Population et Société, Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, numéro 492, Septembre 2012.

[27] MEDECINS DU MONDE, *Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France*, mars 2013.

[28] LARCHANCHE S., *Les enjeux de la contraception chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest*, 2014.

[29] CMU [Avril 2015] http://www.cmu.fr/prestations_ame.php

[30] HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, Mai 2007.

[31] MAIRIE DE PARIS, Solidarité à Paris, Hiver, dans Guide de Paris Solidaire 2015.

[32] CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION SOCIALE - Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Avril 2014] http://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html

[33] SOLIPAM [Avril 2015] http://solipam.fr/

[34] SCOAZEC C., *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2011.

[35] LES RESTAURANTS DU CŒUR [Avril 2015] http://www.restosducoeur.org/

[36] FEDERATION DU DROIT AU LOGEMENT [Avril 2015] http://droitaulogement.org/demande-dhebergement-dalo/

[37] SAMU SOCIAL DE PARIS [Avril 2015] https://www.samusocial.paris/action/les-lits-halte-soins-sante

[38] ROUX L., Synthèse du rapport de l'étude PRENAP 75. Impact du dispositif sur les trajectoires de femmes enceintes et de jeunes mères en situation de grande précarité : mise en exergue des éléments majorant l'efficience du système de santé, pour l'ARS, 2015.

[39] CORNU L. *L'accompagnement conjoint médico-social des femmes en situation de précarité de la maternité de Port Royal : quels impacts du dispositif PRENAP 75 ?,* DIU Précarité, Santé maternelle et Santé périnatale, 2014.

[40] Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, dans Projet Régional de Santé et par Agence Régionale de Santé.

[41] Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports [Avril 2015] http://i.ville.gouv.fr/reference/770

[42] Plan stratégique Ile-de-France 2011-2016, dans Projet Régional de Santé et par Agence Régionale de Santé.

[43] Mairie de Paris et Al. Pacte Parisien de Lutte contre la grande exclusion 2015-2020.

[44] INPES, Baromètre Santé 2010

[45] BRETIN H. Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins. Éditions Inserm, Paris, 1992, 230 p

[46] OSTER ML., *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2013

[47] INPES, Baromètre Cancer 2010

[48] GRILLO F., *L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010*, dans InVS, BEH, 2012, p45-47.

7 Annexes

Annexe 1 : Critères d'inclusion PRENAP

Protocole d'inclusion des femmes PRENAP

Orientation :

- Sage-femme (PMI, consultation, coordinatrice,..)
- Assistante sociale

Critères d'orientation (avec ou sans problème médical associé):

- Isolement social
- Hébergement temporaire
- Malnutrition
- Sans revenu

Répartition des tâches

La domiciliation, l'ouverture de droits et la prise en charge alimentaire doivent être débutés et régularisés par le service social de Port Royal. Un vestiaire doit être proposé pour le séjour à la maternité avec une tenue chaude pour la sortie du bébé.

L'équipe de l'ESI ne peut pas prendre en charge ces tâches administratives :

- C'est un lieu d'accueil mais n'est pas habilité comme lieu de domiciliation, ni comme un lieu d'accès aux droits à une protection sociale.
- Des petits déjeuners sont proposés comme alibis à la rencontre sociale mais ne remplacent pas un repas. Il n'y pas de possibilité de cuisiner.
- Un suivi de vestiaire pourra être assuré par l'ESI

L'ESI est là pour accueillir, prendre soin de la femme et de son bébé à venir ou déjà là, c'est un espace où elle pourra rencontrer du personnel attentif et bienveillant ainsi que d'autres femmes avec lesquelles elle peut partager pour créer des liens.

Annexe 2 : Plaquette ESI Familles

ESI FAMILLES

4, rue Georges Pitard
75015 Paris
☎ : 01 44 19 83 12
esi-familles@emmaus.asso.fr

Horaires d'ouverture

Pour les familles en situation de rue
ACCUEIL SANS RDV
Du lundi au vendredi : 10 H 00 à 13 H 00
Lundi, mercredi, jeudi, vendredi : 14 H 00 à 17 H 00

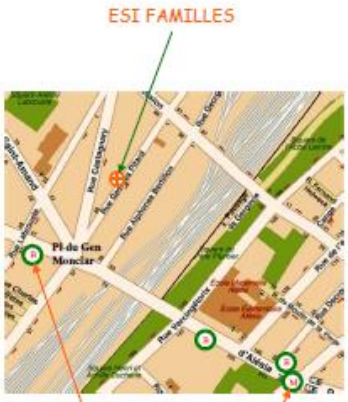
Pour les familles orientées par la maternité de Port Royal
ACCUEIL SANS RDV
Du lundi au vendredi : 10 H 00 à 13 H 00

Pour les familles hébergées sans référent social
POLE REORIENTATION
Du lundi au vendredi : 10H00 à 13H00

ACCUEIL SUR RDV
Lundi, mercredi, jeudi, vendredi : 14H00 à 17H00

EMMAÜS Solidarité

PLAN D'ACCES



Bus 62
Arrêt : « Labrouste »

Métro ligne 13
Station : "Plaisance"

ESI FAMILLES



Espace Solidarité Insertion pour les familles

L'association Emmaüs-Solidarité est régie par la loi de 1901
(J.O. du 17 mars 1954)
Adhérente à Emmaüs France et Emmaüs international

PRESTATIONS DE BASE

Salle à manger

Petit déjeuner adulte
Petit déjeuner bébé
Collation
Atelier ponctuel

Espace hygiène

Douche sans rendez-vous
(Nécessaire de toilette fourni)
Lessive sur rendez-vous
Vestiaire enfant/bébé

Espace parents – enfants

Espace de convivialité
Jeu éducatif enfant
Espace bébé

ATELIERS

Se renseigner auprès de l'équipe pour la participation aux ateliers.

Informatique

Atelier adulte et enfant
Libre accès

Français

Atelier débutant

Artistique

Peinture

Bien-être

Massage corporel
Massage parent/bébé
Sophrologie

Parents-Enfants

Médiation familiale
Psychologue

Loisirs

Sortie culturelle
Séjour vacances

PRESTATIONS D'INSERTION

Entretien d'orientation sociale

Administratif
Santé
Enfance
Parentalité
Juridique
Emploi
Hébergement

Atelier « coup de pouce à la recherche d'emploi

Aide à la rédaction de C.V.
Aide à la rédaction de lettre de motivation
Accompagnement dans la recherche sur internet

Annexe 3 : Guide d'entretien

Lieu :
Durée :
Patiente°
Enregistrement ?
Date :

Trame des entretiens : Suivi médical et de prévention dans le post-partum des femmes en situation de précarité. Impact du suivi associatif : exemple de l'ESI Familles

Situation générale

Age :
Langue parlée :
Nationalité :
Arrivée en France :
Origine :
Parité :
Accouchement : date, lieu, mode, terme, particularités
Pathologies pendant la grossesse
Conduites addictives

Spécificité : la précarité

1. Quelle est votre situation familiale ?
   - Mariée ou en couple
   - Célibataire
   - Veuve
   - Autre

2. Nombre d'enfant à charge :

3. Pouvez-vous compter sur quelqu'un pour vous aider suite à l'accouchement ?
   - Non, sur personne
   - Mari, compagnon
     Père de l'enfant ?
   - Ami, famille
   - Soutien associatif : laquelle ?
   - Autre

4. Quel est votre type d'hébergement ?
   - Stable : pas de risque de perdre votre logement
   - Précaire ou instable
     - Amis, famille
     - Hôtel (financement personnel)
     - Squat
     - Rue
     - Hébergement institutionnel :
       - SAMU social : lieu, changements depuis l'accouchement
       - Autre
     - Autre :

5. Quelles sont vos principales sources de revenu ?
   - Travail
   - Famille, amis
   - Aides sociales : lesquelles ?
   - Aucune
   - Autre

6. Quelle est votre couverture sociale ?
   - Sécurité Sociale
   - Sécurité Sociale et mutuelle
   - CMU
   - AME
   - Urgence vitale
   - Autre

Contraception

7. Avez-vous eu un moyen de contraception au cours de votre vie ?
   - Oui

- Le(s) quel(s) ?
- Qui vous l'a prescrit ?
- Comment a été fait le choix de cette méthode ?
- Etiez-vous satisfaite ?

- Non
  - Pour quelle raison ?

8. A la sortie de la maternité,

- Quelle contraception a été mise en place ?
- Comment a été fait de choix de la méthode contraceptive ?
-

9. Avez-vous un moyen de contraception actuellement ?

- Oui
  - Lequel ?
  - Quand l'avez-vous repris ?
  - Envisagez-vous de changer vous de changer de moyen de contraception par la suite ?
    - Oui : pourquoi ? pour quel moyen de contraception ? Qui allez-vous consulter pour ce changement ?
    - Non
- Non
  - Pourquoi ?
  - Qui allez-vous consulter si vous ressentez le besoin d'avoir une contraception ?

Médecin traitant

10. Aviez-vous entendu parler du « médecin traitant » avant la grossesse ?

- Oui
  - Par qui ?
  - En aviez-vous un ?
  - Si oui comment l'avez-vous choisi ? Etes-vous déjà allée consulter ?
  - Si non, pourquoi ?
- Non

11. Si non, avez-vous entendu parler du « médecin traitant » après l'accouchement ?

- Oui
  - Par qui ?
  - Avez-vous fait les démarches pour en avoir un ?
  - Si oui, comment l'avez-vous choisi ? Etes-vous déjà allée consulter ?
  - Si non, pensez-vous le faire ?
- Non

Consultation post-natale

12. Vous en a-t-on déjà parlé ?

- Oui
  - Par qui ?
  - Y êtes-vous allée ?
  - Si oui, qui a pris votre rendez-vous ? Avez-vous trouvé cette consultation utile ?
  - Si non, pourquoi ?
- Non

Rééducation périnéale

13. A-t-on déjà abordé avec vous la rééducation du périnée ?

- Oui
  - Avec qui ? Vous a-t-on prescrit des séances dans le post-partum ?
  - Y êtes-vous allée ?
  - Si oui, où ?
  - Si non, pourquoi ?
- Non

Allaitement

14. Comment avez-vous alimenté votre nouveau-né ?

- Allaitement maternel
  - Combien de temps ?
  - Multipares : aviez-vous allaité vos autres enfants ?
  - Où avez-vous trouvé des conseils ?
- Allaitement artificiel
  - Où avez-vous trouvé des conseils ?
  - Où avez-vous pu avoir le lait ?
- Allaitement mixte
  - Où avez-vous trouvé les conseils ?
  - Où avez-vous pu avoir le lait ?

Pourquoi avez-vous choisi cette méthode ?

Suivi gynécologique

15. Aviez-vous eu un suivi gynécologique en dehors de la grossesse ?

- Oui
  - Qui consultiez-vous ?
  - Pour quels motifs ?
- Non
  - Pourquoi ?

16. Par la suite, pensez-vous avoir un suivi gynécologique en dehors de la grossesse

- Oui
  - Qui allez-vous consulter ?
- Non
  - Pourquoi ?

Etat de santé subjectif

17. Si vous deviez me décrire l'état de santé dans lequel vous vous trouvez…

18. Quel est l'état de votre moral ?

□ Bon
□ Moyennement bon
□ Mauvais

Remarque :

19. Vous sentez-vous fatiguée ? Avez-vous des problèmes de sommeil ?

□ Aucun
□ Modérément
□ Important

Remarque :

20. Vous sentez-vous triste ?

□ Non
□ Modérément
□ Beaucoup

Remarque :

21. Ressentez-vous des douleurs ? Avez-vous des difficultés à faire certains mouvements ? A être dans certaines positions ?

□ Non
□ Modérément
□ Beaucoup

Remarque :

22. Vous sentez-vous isolée ?

□ Non
□ Modérément
□ Beaucoup

Remarque :

Suivi et état de santé

23. Avant la grossesse, aviez-vous déjà consulté un professionnel de santé ? (Médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme, kinésithérapeute)

- Oui
    - Le(s)quel(s) ?
    - Pour quelle raison ?
    - Dans quelle structure ?
- Non
    - Pourquoi ?

24. Depuis l'accouchement, avez-vous consulté ?

- Oui
    - Pour quelle raison ?
    - Quel professionnel ?
    - Dans quelle structure ?
- Non
    - Pourquoi ?

25. Avez-vous des maladies particulières ou des problèmes de santé ?

- Non
- Oui
    - Pathologie chronique
    - Pathologie psychiatrique
    - Sur le plan gynécologique : Infection génitale, MST
    - Autre

26. Depuis l'accouchement, avez-vous eu des problèmes de santé?

- Non
- Oui
    - Lesquels ?
    - Etes-vous allée consulter ? Si oui, qui ? Si non, pourquoi ?

27. Combien de fois vous êtes-vous rendues à l'ESI ? Et depuis l'accouchement ?

28. Avez-vous assisté à des ateliers ? Le(s)quel(s) ?

29. Qu'est-ce que cette association vous a apporté après votre accouchement (pour le nouveau-né ou pour vous) ?

30. Quelles informations avez-vous pu recevoir à l'ESI Familles ?

- Sur le plan social :
- Sur le plan médical :
- Autre :

31. De quels sujets auriez-vous aimé être informée ?

32. Avez-vous entrepris des démarches depuis l'accouchement concernant votre santé ?

- Pensez-vous que vous les auriez faites si vous n'aviez pas été à l'ESI ?

Concernant l'ESI pour les femmes étant intégrées à PRENAP

Concernant les femmes qui n'étaient pas intégrées à PRENAP

33. Où avez-vous reçu les informations dont vous aviez besoin concernant votre suivi ?

34. De quels sujets auriez-vous aimé être informée (pour le nouveau-né ou pour vous)?

- Sur le plan social :
- Sur le plan médical :
- Autre :

35. Avez-vous entrepris des démarches pour votre santé depuis l'accouchement ?

-

Annexe 4 : Indicateur de santé perceptuelle de Nottingham

AFFIRMATION
1 – Je me sens tout le temps fatigué(e)
2 – J'ai des douleurs la nuit
3 – Je suis de plus en plus découragé(e)
4 – J'ai des douleurs insupportables
5 – Je prends des médicaments pour dormir
6 - Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir
7 – Je me sens nerveux(se), tendu(e)
8 – J'ai des douleurs quand je change de position
9 – Je me sens seul(e)
10 – Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment, etc.)
11 – J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures ou ramasser un objet par exemple)
12 – Tout me demande un effort
13 – Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir
14 – Je suis totalement incapable de marcher
15 – J'ai des difficultés à rentrer en contact avec les autres
16 – Je trouve que les journées sont interminables
17 – J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches
18 – J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets)
19 – Je souffre quand je marche
20 – Je me mets facilement en colère ces temps-ci
21 – J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler
22 – Je reste éveillé(e) une grande partie de la nuit
23 – J'ai du mal à faire face aux évènements
24 – J'ai des douleurs quand je suis debout
25 – J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller
26 – Je me fatigue vite
27 – J'ai des difficultés à rester longtemps debout
28 – J'ai des douleurs en permanence
29 – Je mets beaucoup de temps à m'endormir
30 – J'ai l'impression d'être une charge pour les autres
31 – J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir
32 – Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
33 – Je dors mal la nuit
34 – J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres
35 – J'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir, etc.)
36 – J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches
37 – Je me réveille déprimé(e) le matin
38 – Je souffre quand je suis assis(e)

.

Annexe 5 : Plaquette coordonnées PRENAP 75

PRENAP 75

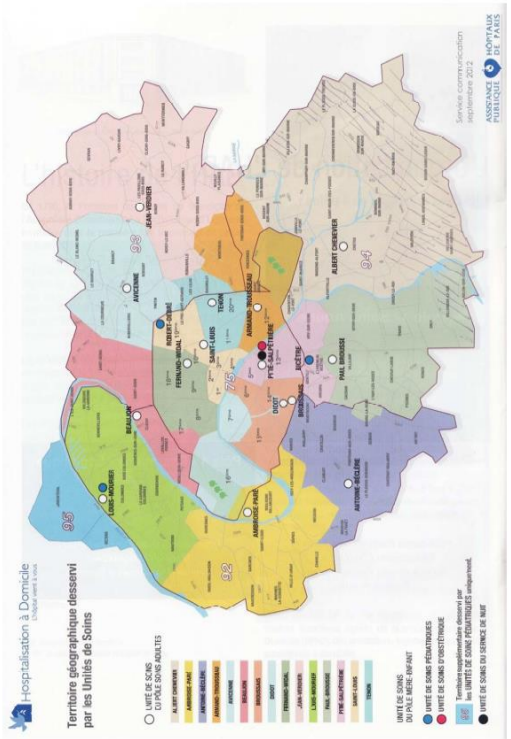
Coordinatrice PRENAP
Véronique Boulinguez, sage-femme
Tel : 01 58 41 45 17
Email : veronique.boulinguez@cch.aphp.fr

Sommaire

Maternité Port-Royal et HAD	page 2
ESI FAMILLES	page 5
PASS (Permanences d'accès aux soins)	page 6
Soins infirmiers, centre de vaccinations	page 9
Les centres médicaux	page 10
Urgences et Urgences Pédiatriques	page 14
Les PMI 14e, 15e, 6e	page 17
Les sages-femmes de PMI	page 18
PMI avec présence d'un interprète	page 19
Taxis,	page 21
Inter-service migrants	page 21

Hôpitaux Universitaires Paris Centre
COCHIN BROCA HÔTEL-DIEU

février 2015



Maternité Port-Royal

Accès
Attention : en fonction des jours et des heures, l'accès à la maternité est différent,

DU LUNDI AU VENDREDI
De 7h à 19h : entrée par le 53 avenue de l'Observatoire Paris 14e
De 19h à 7h : entrée par le 123 bd de Port-Royal paris 14e

LES SAMEDIS DIMANCHES ET JOURS FERIES
Entrée unique par le 123 bd de Port-Royal paris 14e

Numéros utiles
Standard : 01 58 41 41 41
Prises de rendez-vous :
01 58 41 39 39 (consultations pré et post natales, consultation d'anesthésie)
01 58 41 37 70 (séances de préparation à la naissance)
Urgences maternité 24h/24h et 7j/7j : 01 58 41 35 91
Secrétariat social :01 58 41 35 58 ou 35 73

PMI
Consultations PMI : 01 58 41 38 30
Bureau des puéricultrices : 01 58 41 38 81

Centre de Planification familiale
Lundi-vendredi, 9h-17h
01 58 41 38 65 ou 01 58 41 38 66
Sages-femmes: Marie-Françoise Jaouen ou Sophie Baczyk : 01 58 41 38 68

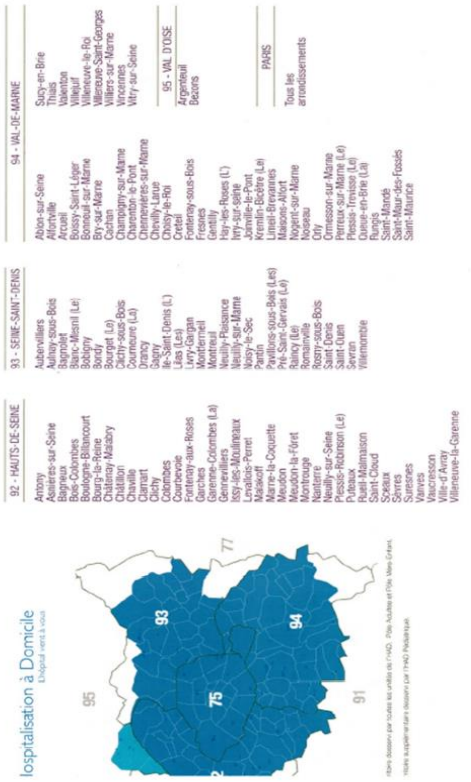
HAD

75;92;93;94
Ante partum tel : 01 73 73 58 60
Post partum tel : 01 73 73 58 54 / 52
Fax : 01 42 16 09 67

Claire El Khébir, assistante sociale

tel : 01 73 73 57 82 ou mob : 06 30 55 57 77

claire.el-khebir-bergantini@had.aphp.fr



EMMAÜS Solidarité
de la rue à la vie !

ESI FAMILLES

Accès et contact

4, rue Georges Pitard
75015 Paris
01 44 19 83 12
01 77 37 63 07
01 44 19 85 79 bureau
esi-familles@emmaus.asso.fr

Directrice : Nathalie Martz
Directrice adjointe : Elise feuvrier

Horaires d'ouverture

- **Pour les familles en situation de rue**
  ACCUEIL SANS RDV
  Du lundi au vendredi : 10 H 00 à 13 H 00
  Lundi, mercredi, jeudi, vendredi : 14 H 00 à 17 H 00
- **Pour les familles orientées par la maternité de Port Royal**
  ACCUEIL SANS RDV
  Du lundi au vendredi : 10 H 00 à 13 H 00
- **Pour les familles hébergées sans référent social**
  POLE REORIENTATION
  Du lundi au vendredi : 10H00 à 13H00

PASS (Permanences d'accès aux soins)

4e arr.

Hôpital Hôtel-Dieu – PA SS
Centre de diagnostic et thérapeutique
Du lundi au vendredi hors jours fériés 8h-12h30 et13h30-16h
1, rue de la Cité
M° Cité ou Hôtel-de-Ville
01 42 34 82 34 (accueil hôpital)
ou 01 42 34 88 98 (accueil social)
Fermeture du 6 au 17 août

10e arr.

Hôpital Saint-Louis – PA SS
Pièce d'identité si possible
Consultation Verlaine de médecine
Du lundi au vendredi hors jours fériés 8h et 13h30
Se présenter tôt le matin et l'après-midi
1, avenue Claude-Vellefaux
M° Colonel-Fabien ou Goncourt
01 42 49 91 30 (accueil PASS)

Hôpital Lariboisière – PA SS
Pièce d'identité si possible
Consultation Arc-en-Ciel -Policlinique, secteur bleu, porte 21
Du lundi au samedi hors jours fériés 8h-16h
2, rue Ambroise-Paré
M° Barbès-Rochechouart ou Gare-du-Nord
01 49 95 81 24 (accueil policlinique)
ou 01 49 95 85 65 / 81 73 (accueil social)

12e arr.

Hôpital Saint-Antoine - PA SS
Pièce d'identité si possible
Consultation Baudelaire -Policlinique médicale,
bâtiment UPR
Du lundi au vendredi hors jours fériés 8h-17h30
184, rue du Faubourg-Saint-Antoine
M° Faidherbe-Chaligny ou Reuilly-Diderot
01 49 28 21 53 ou 01 49 28 29 50
(accueil social)

13e arr.

Hôpital La Pitié-Salpêtrière – PA SS
Consultation du docteur De Gennes
Du lundi au vendredi hors jours fériés 8h-16h30
47-83, boulevard de l'Hôpital
M° Chevaleret, Gared'Austerlitz ou Saint-Marcel
01 42 17 62 62 (accueil consultation)
ou 01 42 17 62 79 (accueil social)

Hôpital La Pitié-Salpêtrière - PA SS buccodentaire
Toute personne majeure, avec ou sans protection sociale
Pièce d'identité si possible
Bâtiment de stomatologie, 1er étage
Du lundi au vendredi sauf mercredi 9h-11h
• Accueil urgences dentaires *Sur rendez-vous :*
• Pass buccodentaire
47-83, boulevard de l'Hôpital
M° Chevaleret, Gared'Austerlitz ou Saint-Marcel
01 42 16 14 41 (accueil consultation)
ou 01 42 16 14 37 (accueil social)
Fermeture au mois d'août

14e arr.

Hôpital Cochin – PA SS
Papiers non nécessaires
consultations médecine générale
Policlinique - Pavillon Achard
27, rue du Faubourg-Saint- Jacques
M° Saint-Jacques
01 58 41 24 07 (accueil policlinique)
ou 01 58 41 24 08 (accueil social)
sans rendez-vous tous les matins sauf le lundi de 8h30 à 11h30
Dr Benjamin Silbermann et Dr Jean-Louis Bavoux
Bilan sanguin possible après consultation médicale
Prévoir Courrier pour le médecin et carte PASS délivrée par l'assistante sociale

Consultations de gynécologie, service de gynécologie Port Royal
Pour une prise en charge dans le cadre de la PASS, contacter :
Hélène Salvaneix, assistante sociale poste : 13717

15e arr.

Hôpital européen Georges Pompidou – PA SS
Service des urgences - Pôle A - 1er étage
Du lundi au vendredi 10h-16h
20, rue Leblanc M° Balard
01 56 09 25 48 (médecin référent)ou 01 56 09 30 50 (accueil social)

7

18e arr.

Hôpital Bichat-Claude- Bernard – PA SS
Pièce d'identité si possible
Service des urgences 7 jours/7
46, rue Henri-Huchard
M° Porte-de-Saint-Ouen
01 40 25 80 80 (accueil standard)

19e arr.

Hôpital Robert Debré- PASS
Urgences médicales et chirurgicales,
Soins dentaires (sur rendez-vous)
Médicaments
48, boulevard Sérurier
75019 Paris
Tél. : 01 40 03 20 00
M° : Station Porte des Lilas (lignes 11, 3b)
et Station Pré-Saint-Gervais (ligne 7b)

PASS CORENTIN CELTON
Pass Dédiée Adultes ou jeunes de plus de 15 ans
Pass médicaments
Consultations généralistes, endocrino, diabéto, ophtalmo, douleur, pédicurie, diététique, éducation thérapeutique
Soins infirmiers
Bilan sanguin
Radio, scanner
Accompagnement social : AS
Planning familial
4 Parvis Corentin Celton,
92130 Issy-les-Moulineaux
M°12 Corentin Celton

Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h
Standard : tel : 01 58 00 40 00
Accueil : tel : 01 58 00 40 88

Contact Dr Grégoire Moutel
Tel : 01 58 00 46 96
Mob : 06 13 06 15 65

Faire un courrier ou appeler l'accueil

8

Centre ESI René COTY

Consultations de médecine générale

6 avenue René Coty
75014 Paris
Tel : 01 43 27 54 15
Métro ou RER Denfert Rochereau

Du lundi au vendredi de 14h à 16h excepté le jeudi après midi

SOINS INFIRMIERS (ablation fils et agrafes)

Soins gratuits uniquement pour les femmes sans couverture sociale et sans domicile. La patiente doit présenter une ordonnance pour les soins infirmiers et un courrier de l'assistante sociale précisant l'absence de couverture sociale et de domicile

Centre René Coty
6 avenue René Coty
75014 Paris
Tel : 01 43 27 54 15
Métro ou RER Denfert Rochereau

Tous les jours sans rendez-vous de 9h à 11h et de 14h à 16h excepté le jeudi après midi

CENTRE DE VACCINATIONS

Personnes sans couverture sociale
12 rue Tiphaine
75015 Paris
Tel : 01 53 95 47 00
Sur rendez-vous le lundi et mercredi après-midi et le vendredi matin

12e arr.

Association Bus social dentaire
Pièce d'identité obligatoire, même étrangère
Le mardi, inscription 10h30 et 13h20, le mercredi 13h20 et le matin uniquement sur rendez-vous après une première visite
• Soins dentaires d'urgence
Devant le SAMU social
35, avenue Courteline
06 80 00 94 21 (bus)
En août, téléphonez avant de vous déplacer

13e arr.

Centre de santé Edison
Centre conventionné de secteur 1, CMU et AME tiers payant
44 rue Charles Moureu
Tel : 01 44 97 86 01
Métro : place d'Italie
Sur rendez-vous :
Médecine générale : tel :01 44 97 87 10 ou 01 44
Médecine spécialisée : tel :01 44 97 87 10 ou 87 40
cardio, dermato, gynéco, ORL, rhumato, urologie, gasro
Soins infirmiers tous les jours
Radio, écho mammographie

14e arr.

Centre médico-social Ridder
Papiers non nécessaires
• Consultation d'information et de dépistage des maladies sexuellement transmissibles,12h-18h30 mercredi, jeudi, vendredi (sur R.-V. lundi matin)
• Consultation d'information et de dépistage anonyme et gratuit (VIH, syphilis, hépatites), 12h-18h30 du lundi au vendredi (sur R.-V. lundi et samedi matin)
Sur rendez-vous :
• Permanence médico-sociale
Lundi, mardi, jeudi, vendredi pour les adultes et mercredi, vendredi pour les 16-25 ans
En juillet-août, se renseigner sur les horaires par téléphone
3, rue de Ridder
M° Plaisance
Tel :01 58 14 30 30

Centre médical et dentaire Tisserand
AME ou CMU
92 rue de Gergovie
75014 paris
Tel : 01 45 39 49 29 Métro : Pernety

Les centres médicaux

Les centres médico-sociaux de la Ville de Paris et certaines associations accueillent les Parisiens en très grande précarité, ceux dénués de couverture sociale, sans domicile fixe ou encore chômeurs. Ils proposent des bilans de santé, ainsi qu'un accompagnement dans les démarches d'accès aux droits et aux dispositifs de santé.

11e arr.

Centre de soins associatif – Médecins du Monde
Personnes sans couverture sociale
Pièce d'identité si possible
Consultations gratuites du lundi au vendredi à partir de 9h et de 14h, sauf mardi et jeudi après-midi.
Dans tous les cas, ticket à prendre sur place au moins 1 heure à l'avance.
• Centre d'accueil, de soins et d'orientation médicale
• Consultation généraliste
62 bis, avenue Parmentier
M° Parmentier ou Saint-Ambroise
01 43 14 81 81

4e arr.

Centre médico-social du Figuier
Papiers non nécessaires
Du lundi au vendredi tous les après-midi sans rendez-vous
et du lundi au samedi tous les matins sur rendez-vous
Téléphonez avant de vous déplacer pour vérifier la disponibilité des consultations.
• Permanence médico-sociale
• Soins généralistes et orientation vers des spécialistes
• Dépistage du sida et des infections sexuellement transmissibles
• Vaccination
2, rue du Figuier
M° Pont-Marie ou Saint-Paul
01 49 96 62 70

Près de 60 centres de santé privés ou publics de la capitale ont signé une charte qui les engage à pratiquer les tarifs du secteur 1 de la Sécurité sociale, sans dépassement d'honoraires. Identifiables grâce au label *Paris santé*, ils sont facilement accessibles.

Rendez-vous sur le site centres-sante.paris.fr pour trouver la consultation (médecin généraliste, gynécologue, ophtalmologiste, kinésithérapeute ou autres spécialistes), ou le centre médical ou d'examens (radiologie, échographie, laboratoire).

17e arr.

Centre médico-social Boursault
Du lundi au vendredi 9h-12h, le jeudi 13h30 et le vendredi 16h30
Sur rendez-vous :
- Consultation généraliste
- Consultation pneumologie
(pour les cas de tuberculose)
- Service de vaccination
- Permanence médico-sociale
54 bis, rue Boursault
M° Rome
01 53 06 35 60

18e arr.

Pôle santé Goutte d'Or
Tout public y compris les personnes sans papiers
Du lundi au vendredi 8h30- 18h30
Sur rendez-vous : Permanence médico-sociale
16-18, rue Cavé
M° Château-Rouge ou La-Chapelle
01 53 09 94 10

20e arr.

Centre de santé médico-dentaire de Belleville
Groupe d'œuvres sociales de Belleville (GOSB)
Assurés sociaux (ou AME)
Du lundi au vendredi 8h30-19h, jeudi 21h et samedi 8h30-13h30
• Consultation généraliste et spécialisée
• Soins dentaires et orthodontie
• Soins infirmiers
162, rue de Belleville
M° Jourdain ou Place-des-Fêtes
01 40 33 80 40
Fermeture le samedi matin en août

Centre médico-social Belleville
Prestations gratuites pour tous
Du lundi au vendredi 9h-17h *Sur rendez-vous :*
• Consultation généraliste et spécialisée
218, rue de Belleville
M° Place-des-Fêtes ou Télégraphe
01 40 33 52 00

Centre de santé Marie-Thérèse
Centre médical pluridisciplinaire

Pratique le tiers payant et accepte CMU, AME.
Prise de rendez-vous, un numéro unique : 01.44.12.80.00

Consultations médicales et chirurgicales
Spécialités : rhumatologie, dermatologie, gynéco obstétrique, urologie, cardiologie,ophtalmologie,ORL, Gastro, phlébologie, orthodontie, dentisterie, Soins infirmiers, sages-femmes

SITE PARIS (Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph)
185 rue Raymond Losserand
75674 Paris cedex 14
Galerie Sainte-Geneviève Porte 3
Tel : 01.44.12.61.70 - Fax : 01.44.12.73.00

Métro ligne 13 :
Plaisance ou Porte de Vanves

Tramway T3 :
Porte de Vanves

Bus 62 :
Plaisance - hôpital St Joseph

Parking public
- 189 rue Raymond Losserand - 75014 Paris

SITE MALAKOFF
51 rue Gambetta
92 240 Malakoff
Tel : 01.44.12.88.00 - Fax : 01.44.12.88.12

Porte Métro ligne 13 :
de Vanves

Tramway T3 :
Porte de Vanves – Didot

Bus :
191 : Porte de Vanves
194 / 295 : Arrêt Depinoy, Pierre Brossolette

Service de facturation /recouvrement
Mademoiselle Sylvie Duval : 01.44.12.88.49

Consulter un médecin le week-end et les jours fériés

Maison médicale de garde- Fondation Léopold Bellan
19 rue Vercingétorix
75014 Paris
Tel : 01 40 48 68 68

Urgences Adultes

Groupe Hospitalier Cochin
27 rue du Faubourg Saint Jacques
75014 Paris
Tel : 01 58 41 27 22 ou 35 27

Urgences pédiatriques
composer le 15, numéro national d'urgence

75015

Hôpital Necker
Pôle mère enfant Laennec
Rez de Chaussée haut
149 rue de sèvres
75015 Paris
Tel : 01 44 49 42 91

Métro Pasteur (lignes 6 et 12)
Sèvre Lecourbe (ligne 6)
Duroc (ligne 10 et 13)
Falguière (ligne 12)
Bus : 28, 39, 70, 89, 82, 87, 92

Halte garderie pour les frères et sœurs des enfants hospitalisés
Tel : 01 47 34 69 47

75012

Hôpital Trousseau
26 avenue du Dr Arnold-Netter
75012 paris
Tel : 01 44 73 68 75

Métro Bel Air ou Picpus (ligne 6)
Porte de Vincennes ou Nation (ligne 1)
Daumesnil ou Michel Bizot (ligne 8)
Bus : 64,29,56,26,PC

Urgences pédiatriques

75019

Hôpital Robert Debré
48 Boulevard Sérurier
75020 paris
Tel : 01 40 03 22 70

Métro Porte des Lilas (ligne 11)
Pré-saint-gervais (ligne 7bis)
Bus : PC,96, 61, 105, 115, 129, 170, 249

78

Centre hospitalier intercommunal, Poissy/Saint-Germain-en Laye
10rue du Champ Gaillard
78303 Poissy/Saint Germain en laye
Tel : 01 39 27 40 50

92

Hôpital Ambroise Paré
9 avenue Charles de Gaulle
92100 Boulogne
Tel : 01 49 09 55 17

Métro Boulogne jean Jaurès ou Porte d'Auteuil (ligne10) et bus 123
Marcel Sembat (ligne 9) puis bus 123
Bus : 123, 241

Hôpital Antoine Béclère
157 rue de la porte de Trivaux
92141 Clamart
Tel : 01 45 37 42 44

Bus : 190, 295, 390, 189, 290

Hôpital Louis Mourier
178 rue des Renouillers
92701 Colombes cedex
Tel : 01 47 60 61 62

Métro : Asnières-Gennevilliers puis bus 304 ou 235
RER : ligne A : Nanterre-Université puis bus 304
SNCF : Départ gare de St Lazare : gare de Colombes puis bus 304

Urgences pédiatriques

93

Hôpital Robert Ballanger
Bd Robert ballanger
93600 Aulnay/Bois
Tel : 01 49 36 71 23
RER B :arrêt Sevran Beaudottes
Bus : 1, 618, 45, 634,147,15A, 15, 607A, 607B

Hôpital Jean Verdier
Avenue du 14 juillet
93143 Bondy
Tel : 01 48 02 60 67
Métro : Bobigny/Picasso ou Eglise de Pantin (ligne 5)
Bus : 146, 147, 347

94

Hôpital Bicêtre
78 Avenue du Général Leclerc
94275 Le Kremlin Bicêtre
Tel : 01 45 21 35 42
Métro : Le Kremlin Bicêtre (ligne 7)
Bus : 125, 186, 47, 131, 323

Hôpital intercommunal de Créteil
40 avenue de Verdun
94000 Créteil
Tel : 01 45 17 56 62

95

Centre hospitalier René Dubos, Pontoise
6 Avenue Ile de France
95303 Pontoise
Tel : 01 30 75 40 40

RER A Station Cergy préfecture puis Bus 42
RER C Station Pontoise puis Bus 34N
SNCF Gare du Nord jusqu'à Pontoise gare puis Bus 34N
SNCF Gare St Lazare jusqu'à Pontoise Gare puis Bus 34N

Centre hospitalier, Gonesse
25 rue Bernard Février
95503 Gonesse
Tel : 01 34 53 23 73
RER D arrêt gare de Villiers le Bel/Gonesse puis Bus 22 :23 :37
bus 95 02 bus 11 bus 250

Les PMI

Lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h.

PMI La garenne
Puéricultrice : Fanny Beaudry
3 place de la Garenne 75014 Paris
Tél. : 01 56 53 69 50
Métro
M° Pernety, ligne 13
Puéricultrice de secteur : Catherine Tournemine et Anne Marie Tessarec

PMI de Brune
26 boulevard brune 75014 PARIS
Tél. : 01 40 44 39 03
Métro
M° Porte de Vanves, ligne 13

PMI Port-Royal
53 avenue de l'Observatoire 75014 Paris
Tél. : 01 58 41 38 80 / 01 58 41 38 81
RER B: Port-Royal

PMI Perichaux
Consultations infantiles Périchaux
9 rue des Perichaux 75015 PARIS
Tél. : 01 53 68 66 00
Métro : Porte de Vanves, ligne 13

PMI
4 rue vigee lebrun 75015 PARIS
Tél. : 01 44 49 67 85
Métro : Volontaires, ligne 12

PMI
2rue Léon séché 75015 Paris
Tel : 01 56 56 23 90
Permanence de soutien à l'allaitement
Le lundi matin de 9h à 11h30

PMI : Bd raspail
85 bd Raspail 75006 Paris
Tel : 01 53 63 40 85

PMI avec présence d'un interprète ISM

Centre	Arrdt	Association	Nb perma-nence	Jour	Langue
2, bis rue Au Maire	3	ISM	9	tous les lundis après-midi + 4 premiers mardi M + ~~4 vend M~~ et 4 vendredi AM	mandarin
3, rue Choron	9	ISM	1	3 lundi AM	russe
3 square A Satragne	10	ISM	**1**	**1 merc M**	soninké
3 square A Satragne	10	ISM	**2**	2 lundi M ~~3 jeudi AM~~ 4 lundi M	mandarin
48, rue du Fbg St Denis	10	ISM	3	1 lundi AM 1 mardi M 3 jeudi AM	mandarin
55, rue de l'Aqueduc	10	ISM	1	1 lundi AM	bambara
55, rue de l'Aqueduc	10	ISM	**1**	3 lundi M	tamoul
55, rue de l'Aqueduc	10	ISM	**1**	4 mardi AM	mandarin
115, bd de Ménilmontant	11	ISM	1	~~1 lundi AM~~	turc
115, bd de Ménilmontant	11	ISM	3	1 mardi AM 1 merc M 4 lundi M	mandarin
25, rue G Cavaignac	11	ISM	1	2 vendredi M	tamoul
25, rue G Cavaignac	11	ISM	2	3 lundi M 4 lundi AM	mandarin
29 rue R et S Delaunay	11	ISM	3	1 lundi M 2 mardi AM	anglais russe
30, rue Vaucouleurs	11	ISM	**1**	4 lundi AM	soninké
30, rue Vaucouleurs	11	ISM	**1**	3 vendredi M	tamoul
30, rue Vaucouleurs	11	ISM	**5**	2 lundi M 3 mardi et jeudi M 4 lundi et vend M	mandarin
70 rue du Chemin Vert	11	ISM	**1**	4 jeudi M	mandarin
43, rue de Picpus	12	ISM	2	3 vend M 4 jeudi AM	mandarin
134, bld Masséna	13	ISM	5	1 lundi AM 3 mardi M et AM ~~4 jeudi AM~~ 4 mardi M	mandarin
134, bld Masséna	13	ISM	1	3 vendredi AM	tamoul
42, rue Vandrezanne	13	ISM	1	3 jeudi M	arabe
42, rue Vandrezanne	13	ISM	1	2 vendredi M	soninké
49, bld Masséna	13	ISM	2	1 jeudi AM 3 jeudi AM	soninké
49, bld Masséna	13	ISM	5	1- 2 - 3 - 4 merc M 3 merc AM	mandarin
43, rue Gauthey	17	ISM	1	2 jeudi M	mandarin
13, rue Charles Hermite	18	ISM	1	3 vendredi M	mandarin
145, Bd Ney	18	ISM	1	4 vendredi M	tamoul
145, Bd Ney	18	ISM	2	1 lundi AM 1 jeudi AM	mandarin
145, Bd Ney	18	ISM	3	2 mardi AM 3 mardi M 4 mardi M	soninké
16, rue Cavé	18	ISM	2	1 vendredi M 4 jeudi M	mandarin

Sage-femme PMI

Françoise Demarquefrancoise.demarque@paris.fr tel : 06 08 83 35 67
Consultation PR Jeudi matin

Chantal Hayes chantal.hayes@paris.fr tel :06 84 50 53 96
Consultation PR mardi matin

Frédérique Mazetier sf PMI Trousseau
Consultation allaitement mardi A Midi PMI Picpus
Tel : 06 87 64 70 96

Bénédicte Jeandel sf PMI IMM
Tous les lundi matin à la PMI La garenne
Tel : 01 56 53 69 50
PPO le vendredi après midi à la consultation PMI St Marie,
26 BD Brune, 75014 Paris
Sur RDV tel : 01 40 44 39 03

Les Taxis

Taxi G7 : 01 47 39 47 39 ou 2131, code G1595

Taxis Bleus/Allos Taxis : 01 49 36 10 10 ou 3609

Alpha Taxi : 01 45 85 44 44 code 8414

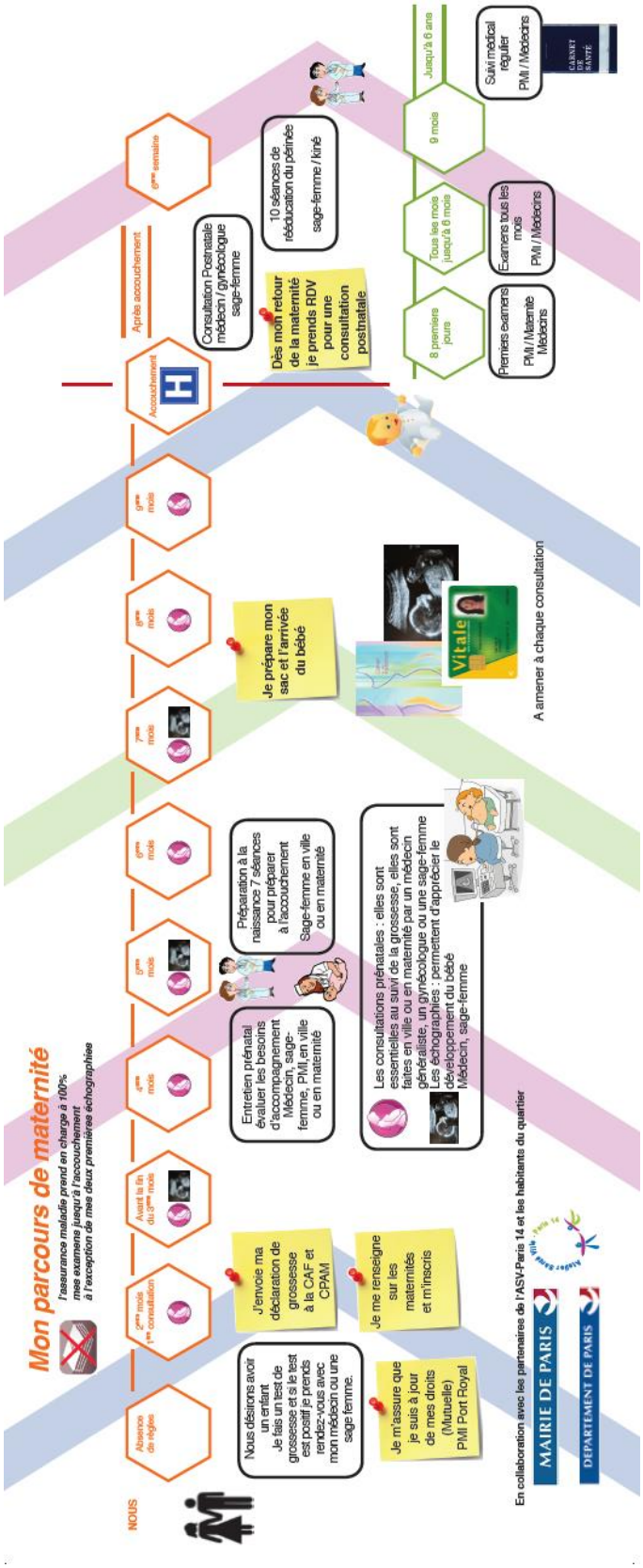
Inter-service migrants : ISM

Par téléphone : 01 53 26 52 62 + Code
Si déplacement d'un interprète : 01 53 26 52 52 +code

Code à demander au service social

Centre	Arrdt	Association	Nb perma-nence	Jour	Langue
16, rue Cavé	18	ISM	**2**	1 mardi M 3 jeudi AM	soninké
20, rue Boinod	18	ISM	1	3 jeudi M	mandarin
20, rue Boinod	18	ISM	0	~~2 lundi M~~	tamoul
39 rue Ordener	18	ISM	2	~~3 mardi M~~ ~~4 lundi AM~~	mandarin
39 rue Ordener	18	ISM	2	1 merc M4 merc AM	tamoul
5, cité de la Chapelle	18	ISM	1	1 mardi M	soninké
5, cité de la Chapelle	18	ISM	2	2 merc M ~~4 merc M~~	tamoul
5, cité de la Chapelle	18	ISM	4	1 lundi M 2 vend M 3 lundi M 4 lundi M	mandarin
1, rue de l'Oise	19	ISM	2	1 lundi M 4 mardi M	mandarin
10, rue H Ribière	19	ISM	2	2 jeudi M et AM	mandarin
11 ,bis rue Curial	19	ISM	1	1 jeudi AM	soninké
11 ,bis rue Curial	19	ISM	1	1 merc AM	tamoul
11 ,bis rue Curial	19	ISM	4	1 vend M 2 lundi et mardi et jeudi AM	mandarin
13, rue Rébéval	19	ISM	**10**	1 lundi + merc M 2 lundi + mardi + merc AM 3 mar + merc + jeudi M 4 merc AM + jeudi M	mandarin
3, rue du Hainaut	19	ISM	2	2 mardi M ~~3 vend M~~	mandarin
52, av de Flandre	19	ISM	2	1 mardi AM 4 mardi AM	mandarin
6 bis rue Clavel	19	ISM	1	4 mardi AM	soninké
6 bis rue Clavel	19	ISM	1	2 merc AM	arabe
6 bis rue Clavel	19	ISM	1	4 merc AM	mandarin
7, place Rhin et Danube	19	ISM	1	3 mardi AM	mandarin
85 rue Curial	19	ISM	3	1 lundi M 2 lundi et mardi M	mandarin
119, rue d'Avron	20	ISM	1	~~2 vend M~~	mandarin
162, rue de Belleville	20	ISM	1	4 lundi AM	soninké
162, rue de Belleville	20	ISM	1	4 vendredi M	tamoul
162, rue de Belleville	20	ISM	4	1 lundi M 2 mardi M 3 lundi M et vend AM	mandarin
23, rue d'Eupatoria	20	ISM	2	2 vendredi M 4 mardi AM	soninké
23, rue d'Eupatoria	20	ISM	**3**	1 merc AM et jeudi M 2 jeudi M ~~3 vend M~~	mandarin
63, rue des Haies	20	ISM	1	1 merc AM	mandarin
93, rue Haxo	20	ISM	2	2 merc AM 4 merc AM	soninké
93, rue Haxo	20	ISM	1	~~1 mardi M~~ 3 merc AM	mandarin

Annexe 6 : Plaquette du parcours de maternité Mairie de Paris du 14ème



Les ressources en matière de périnatalité sur le 14e arrondissement



1 - Centre social Didot
29, boulevard Brune
M 13 - T 3 Porte de Vanves
01 45 42 46 46
Conseils / Orientation / Informations
Banque alimentaire / Ateliers mère-enfant

2 - Centre socialculturel Maurice Noguès
5 avenue de la Porte de Vanves
M 13 - T 3 Porte de Vanves
BUS 58
01 45 41 46 68
Conseils / Orientation / Informations

3 - Association LOREM
4 rue des Mariniers
M 13 - T 3 Porte de Vanves
BUS 58
01 45 43 18 57
Groupe parentalité
Atelier Mère-enfants

4 - Espace Ecoute Famille CAF
211 rue Vercingétorix
M 13 - T 3 Porte de Vanves
01 45 71 38 79 *Sur RDV*
Permanence Psychologue

5 - Réseau ASDES
Permanence Hôpital Bellan
19 rue Vercingétorix
M 13 - Pernety BUS 88 - 91
01 47 69 72 12
06 13 53 54 06
Conseils / Orientation / Informations

6 - Institut Alfred Fournier
25 bld Saint Jacques
M 6
BUS 38 - 21
01 40 78 26 00
Centre de santé

7 - PMI Fondation hospitalière Sainte Marie - IPP
26 bld Brune
M 13 - T 3 Porte de Vanves
BUS 58 - 95
01 40 44 39 03

8 - PMI La Garenne
3 place de la Garenne
M 13
BUS 58 Pernety
01 56 53 69 50

9 - Service Social Département Polyvalent
12 rue Léonidas
M 4 Aléaia BUS 58
01 40 52 48 48
Accompagnement social

10 - PASS Cochin
27 rue du fbg Saint Jacques
Soin / Accès aux droits
M 6 Saint Jacques
BUS 38 - 91 - 83
Observatoire ou Port Royal
RER B Port Royal
01 58 41 24 08

11 - Maternité et PMI Port Royal Saint Vincent de Paul
123 bld du Port Royal
RER Port Royal
01 58 41 41 41 (standard)
01 58 41 35 91
(urgences maternité)

12 - Maternité Notre Dame de Bon Secours Hôpital Saint Joseph
185 rue Raymond Losserand
M 13 Porte de Vanves ou Plaisance
01 44 12 87 19

13 - Institut Mutualiste Montsouris
42 bld Jourdan
T 3 Montsouris
BUS 88
01 58 61 62 63

14 - Centre d'action sociale de la ville de Paris
14 rue Brézin
M 4 Mouton Duvernet
BUS 38 - 68 - 28 - 58
01 53 90 32 94
Aides sociales et informations sur les aides disponibles dès la naissance de l'enfant

15 - Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Centre Leclerc/Orléans
134 avenue du Gnl Leclerc
M 4 Porte d'Oléans
3646
www.ameli.fr
Droit à la santé

Envoyez votre déclaration de grossesse à
Caisse d'Allocations Familiales
1er Centre de gestion
50 rue de Docteur Finlay 75015 Paris
0 810 25 75 10 - www.caf.fr



En collaboration avec les partenaires de l'ASV-Paris 14 et les habitants du quartier

Mon parcours de maternité



Suivi médical et préventif dans le post-partum des femmes en situation de précarité. Impact d'un partenariat ville-hôpital : exemple de PRENAP

I**ntroduction**: La précarité est définie par J. Wresinski comme " *L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux*".
Le suivi médical dans ce contexte d'instabilité est particulièrement difficile, d'autant plus dans le post-partum lorsque la femme a un enfant à charge. De nombreux réseaux ou associations tentent de venir en aide à cette population, aussi bien pour qu'ils accèdent à leurs besoins fondamentaux mais aussi pour l'accès à la santé.
Matériel et méthode: L'objectif de cette étude qualitative est de comparer le suivi médical et de prévention ainsi que l'état de santé subjectif dans le post-partum des femmes en situation de précarité selon qu'elles sont ou non intégrées dans une association, l'ESI Familles. Par le biais d'entretiens pour une question de compréhension, 11 femmes ont pu être interrogées dans chacun des groupes.
Résultats: Dans le groupe des femmes qui se sont rendues à l'ESI Familles depuis l'accouchement, il y a un taux de contraception plus élevé au moment des entretiens, un sentiment d'avoir plus choisi leur méthode de contraception, une assiduité à la consultation post-natale plus importante et un souhait de suivi gynécologique de prévention plus fort pour le futur. Ces femmes ont aussi un meilleur état de santé subjectif sur le plan du moral et de la sensation d'isolement, ce qui leur permet sûrement de prendre du temps pour elles dans ce quotidien instable, en prenant soin de leur santé.
En revanche, dans les deux groupes, il n'y a pas de différence concernant la notion de médecin traitant ou la rééducation périnéale dans le post-partum.
Conclusion: L'intégration des femmes au réseau de PRENAP donc à l'ESI Familles pendant la grossesse ou dans le post-partum est bénéfique pour leur suivi médical et de prévention.
Mots-clés : Précarité, Post-partum, Suivi médical et préventif, Santé subjective

Medical and prevention follow-up for postpartum period of women living in precarious conditions. Result of the associative follow-up: PRENAP75 example

Introduction: Instability is defined by J. Wresinski as followed: "The absence of one or more safety factors preventing people and families to ensure their elementary responsibilities and enjoy their fundamental rights". The medical follow-up in this instability context is rather hard to ensure, especially during postpartum periods when dealing with women who already have a child. Numerous associations try to help this particular population so that they can enjoy their fundamental needs as well as the access to health care.
Material and Methods: The aim of this qualitative study is to compare the medical and prevention follow-ups as well as the subjective state of health of women living in precarious conditions during postpartum periods whether or not they are part of an association: the "ESI Familles". Using oral questionnaires for comprehension constraints, 11 women could be interviewed in each group.
Results: In the group composed of women attending the "ESI Familles" since the birth of their child, the rate of contraception users is higher than in the other group. Indeed, during the interviews, it was possible to state that they could choose their contraception means with more accuracy and that dilligence to postnatal consults was more important. Moreover, these women expressed a stronger desire for the future to have a gynecological prevention follow-up. These women also have a better subjective state of health when it came to their mental health and their isolation feeling, thus enabling them to take some personal time, in their unstable daily life, to take care of their health.
However, in both groups, there are no differences when it comes to the notion of attending doctor or rehabilitation of the perineum during postpartum period for women.
Conclusion: The integration of women to the "PRENAP" network, so to the "ESI Familles" during pregnancy or during the postpartum period is beneficial for their medical and prevention follow-ups.
Keywords: Insecurity, Postpartum period, Medical and prevention follow-ups, Subjective Health