



HAL
open science

Caractéristiques médico-psycho-sociales et suivi obstétrical des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur Bordeaux métropole

Nicolas Chabellard

► **To cite this version:**

Nicolas Chabellard. Caractéristiques médico-psycho-sociales et suivi obstétrical des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur Bordeaux métropole. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01238416

HAL Id: dumas-01238416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01238416>

Submitted on 4 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 156

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Nicolas Chabellard

Né le 16 Janvier 1986 à Arcachon

Le 13/11/2015

**Caractéristiques médico-psycho-sociales et suivi obstétrical des
femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur Bordeaux
métropole.**

Directeur de thèse

Docteur Christophe ADAM

Jury

Monsieur le Professeur Dominique Dallay	Président
Monsieur le Docteur François Petregne	Rapporteur
Monsieur le Professeur Jean Philippe Joseph	Juge
Madame le Docteur Laurence Joly	Juge
Monsieur le Docteur Christophe Adam	Juge

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury:

Mr le professeur Dominique DALLAY

Je remercie Monsieur le Professeur DALLAY de l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse. Je lui suis reconnaissant de sa confiance. Qu'il soit assuré de mes respectueuses considérations.

Mr le Docteur François PETREGNE

Je remercie Monsieur le Docteur François PETREGNE de me faire l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse. Merci pour l'attention que vous y avez portée et le temps que vous m'avez accordé.

Mr Le professeur Jean Philippe Joseph

Je remercie Monsieur le Professeur Jean Philippe JOSEPH pour avoir accepté de juger ce travail. Son enseignement a été d'une importance fondamentale dans ma formation. Qu'il reçoive l'expression de ma plus grande estime.

Madame Le Docteur Laurence JOLY

Je remercie Madame le Docteur Laurence JOLY d'avoir accepté de juger ce travail. Qu'elle trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

J'exprime mes profonds remerciements à Monsieur le Docteur Christophe ADAM pour la confiance qu'il m'a accordé en me proposant ce travail, pour ses précieux conseils et sa disponibilité. Son enseignement sur les thèmes de la précarité et de la vulnérabilité a été d'une grande importance dans ma formation.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS :	2
SOMMAIRE	3
TABLE DES TABLEAUX	6
TABLE DES FIGURES	7
TABLES DES ANNEXES	8
ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE	13
1 La Sécurité sociale	13
2 Les différents modes de prise en charge par l'assurance maladie	13
2.1 La couverture maladie universelle	14
2.2 La CMU complémentaire	14
2.3 L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	15
2.4 L'AME	15
3 Droits des femmes enceintes	16
4 Le droit des étrangers	17
4.1 Le droit d'asile	17
4.2 Le droit au séjour pour raison médicale	18
4.3 Le cas des nouveaux européens	19
5 La précarité	19
5.1 Définition	19
5.2 Mesure de la précarité	20
5.3 Le score EPICES	21
5.4 L'exclusion	23
5.5 La pauvreté	24
5.6 Les sans domicile fixe ou sans chez soi	24
5.7 La vulnérabilité	28

5.8	Exemple de modèle de prise en charge : la pyramide de Kaiser (37).....	33
6	Les inégalités sociales de santé.....	35
6.1	Définitions	35
6.2	Prise en compte et réponse à cette problématique d'inégalité sociale de santé 37	
7	Femmes enceintes et précarité	40
7.1	Description générale	40
7.2	Suivi de la grossesse et précarité.....	41
7.3	Les obstacles à une prise en charge médico sociale optimale.....	43
7.4	Pathologies périnatales et précarité	45
7.5	Les réseaux périnatalité.....	48
7.6	Les réponses existantes sur la communauté Urbaine de Bordeaux.....	51
	DEUXIEME PARTIE : ETUDE.....	57
1	Matériels et méthodes.....	57
1.1	Objectif principal	57
1.2	Objectifs secondaires	57
1.3	Schéma d'étude.....	57
1.4	Population de l'étude	58
1.5	Le questionnaire	59
1.6	Recueil des données	59
1.7	Analyse et traitement des données.....	62
2	Résultats.....	65
2.1	Caractéristiques sociodémographiques	65
2.2	Données médicales	76
2.3	Le suivi de la grossesse	79
2.4	Caractéristiques de l'accouchement.....	85
	TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	86
1	Résumé des principaux résultats	86
2	Choix de la méthode.....	86

3	Limites de l'étude.....	87
3.1	Difficulté de recrutement.....	87
3.2	Taille de l'échantillon.....	87
4	Analyse des résultats.....	87
4.1	Comparaison des résultats à la population générale.....	87
4.2	Décloisonner les milieux sociaux et médicaux.....	92
4.3	Propositions afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes.....	93
	CONCLUSION.....	95
	BIBLIOGRAPHIE.....	97
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	115

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Le score EPICES

Tableau 2 - Caractéristiques médicales de la grossesse et de l'accouchement de l'étude rétrospective de 2001-2002 réalisée au CHU de Toulouse

Tableau 3 - Données sociodémographiques de l'échantillon (N=31)

Tableau 4 - Logement pendant l'accouchement et logement prévu après l'accouchement

Tableau 5 - Référent social pendant l'accouchement et prévu après l'accouchement.

Tableau 6 - Droits sociaux des femmes étudiées

Tableau 7 - Données médicales des femmes étudiées

Tableau 8 - Données concernant la prise en charge de la grossesse

Tableau 9 - Consultations prénatales

Tableau 10 - Examens complémentaires pendant la grossesse

Tableau 11- Pathologies pendant la grossesse

Tableau 12 - Terme de la grossesse lors de la 1ère rencontre avec la patiente et suivi obstétrical.

Tableau 13 - Caractéristique de l'accouchement.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Approche conceptuelle et sociétale de la vulnérabilité

Figure 2 - Pyramide de Kaiser

Figure 3 - Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-1984 et 1991-1999

Figure 4 - Mortalité relative pour la période de 1990-1996 en France, pour les hommes et les femmes âgés entre 35 et 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré

Figure 5 - Procédure d'inclusion lors de la rencontre avec une femme enceinte répondant aux critères d'inclusion

Figure 6 - Détail des situations de maltraitance et de violence

Figure 7 - Détail des logements de chaque femme pendant la grossesse

Figure 8 - Détail des logements prévus après l'accouchement

Figure 9 - Détail des structures ayant rencontré pour la première fois les patientes

Figure 10 - Détail des structures sociales référentes pendant la grossesse.

Figure 11 - Détail des structures sociales référentes prévues après l'accouchement

Figure 12 - Détail des sources de revenus des patientes

Figure 13 - Détail des couvertures sociales des patientes

Figure 14 - Détail des droits sociaux nécessitant d'être ouverts.

Figure 15 - Détail des antécédents psychiatriques des patientes

Figure 16 - Détail des structures assurant le suivi psychiatrique des patientes

Figure 17 - Suivi médical prévu de la mère et de l'enfant après l'accouchement

TABLES DES ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire

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

ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

API : Allocation Parent Isolé

ALD : Affection Longue Durée

APAFED : Association Pour l'Accueil des Femmes En Difficulté

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CAIO : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

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

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDEF : Centres maternels du centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue

CES : Centre d'Examens de Santé

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CETAF: Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé

CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COS PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CST : Carte de Séjour Temporaire

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ETHOS : European Typology of Homelessness and housing exclusion

FCS : Fausse Couche Spontanée

FEANTSA : Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les
« Sans Abri »

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hyper Tension Artérielle

IPPO : Information Prévention Proximité Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PTSD : Troubles de Stress Post Traumatique

RCIU : Retard de Croissance In Utero

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SA : Semaine d'Aménorrhée

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

Staff MPS : Staff Médico-Psycho-Sociaux

UE : Union Européenne

INTRODUCTION

La France connaît depuis plusieurs années une augmentation des situations de précarité. Ce phénomène sociétal n'épargne pas les femmes enceintes avec une augmentation des situations de vulnérabilité, cumulant critères de précarité, isolement social et carence de soin.

Les enquêtes nationales péri-natales de 1995, 1998, 2003 et plus récemment 2010(1) soulignent des disparités sociales notamment en matière de suivi de grossesse, d'hospitalisations prénatales, de prématurité, d'hypotrophie et de transferts néonataux. La nécessité d'amélioration de la prise en charge globale autour la naissance, dans un souci de protection de la mère et de l'enfant, constitue un thème récurrent des différents projets politiques de santé.

Le plan péri-natalité 2005-2007 (2) renforce cette idée avec le souhait «d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médico-sociaux. Cela implique de réduire les cloisonnements au sein ou entre les dispositifs concernés ».

Une des réponses de ce plan a été la création des Staff médico-psycho-sociaux et l'entretien prénatal précoce qui ont pour objectifs de repérer le plus tôt possible ces situations de vulnérabilité et de les prendre en charge de façon pluridisciplinaire. Mais malgré cette volonté et une implication forte, les professionnels intervenant auprès de cette population présentent des difficultés à partager les critères de priorisation de leurs interventions et à coordonner leurs interventions (souvent obtenues dans l'urgence).

Le groupe « Femmes à la rue » devenu « Groupe Périnatalité » s'est créé sur Bordeaux métropole depuis maintenant plus d'un an et se réunit régulièrement afin de répondre à ces problématiques. Il est constitué des différents acteurs sociaux, médicaux et psychologiques.

De ces réflexions est né le projet « recherche-action » dont les objectifs sont d'obtenir une description fine de cette population cible et d'améliorer les prises en charge par une meilleure coordination avec notamment la mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire régulière (RCP).

Mon travail participe à ce projet avec pour objectif d'effectuer une description précise de cette population cible, au travers d'un recueil de données démographiques, médicales et sociales des patientes repérées par les différents professionnels. De cette description,

nous essaierons de dégager les principaux problèmes rencontrés dans chaque domaine d'intervention.

Dans une première partie seront exposées les données sociologiques et médicales de cette population, les différentes notions qui découlent de la précarité et les réponses institutionnelles apportées à l'échelle nationale et régionale. Un rappel sur l'histoire et l'évolution des droits à la santé et au séjour est important afin de mieux comprendre le contexte médico-social dans lequel évoluent ces femmes enceintes vulnérables. En effet, ne considérer que l'aspect biomédical est insuffisant pour comprendre les différents enjeux liés à la prise en charge de cette population.

La deuxième partie présentera les méthodes de l'étude et la troisième partie l'analyse des données et la discussion.

PREMIERE PARTIE

1 La Sécurité sociale

L'Assurance Maladie s'est construite depuis 1945 sur trois principes fondamentaux :

- l'égalité d'accès aux soins,
- la qualité des soins
- et la solidarité.

- Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948:

« Art 22 : Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale [...] »

« Art 25 : Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille [...] notamment pour les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...]»(3)

- Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (toujours de valeur constitutionnelle aujourd'hui) :

« La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] »(4)

- Article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie :

« La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources ».(5)

2 Les différents modes de prise en charge par l'assurance maladie

La prise en charge des dépenses de santé repose sur trois acteurs:

- le système de protection maladie de base,
- les systèmes de protection maladie complémentaire,
- et les usagers eux-mêmes (cette dernière part constituant le « reste à charge »).

Des dispositifs existent pour faciliter l'accès théorique au système de soins des personnes les plus pauvres, en termes de protection de base et de protection complémentaire :

- la CMU (Couverture Maladie Universelle) et CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)
- l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)
- un régime d'exception l'AME (Aide Médicale de l'Etat) pour les étrangers sans titre de séjour.

2.1 La couverture maladie universelle

La CMU a été créée en 1999. Elle permet à toute personne résidant en France (métropole, départements d'outre-mer, Saint-Barthélemy, Saint-Martin) de façon stable et régulière et ne pouvant relever à aucun autre titre d'une couverture maladie obligatoire, de bénéficier de la sécurité sociale.

Accessible sur critère de revenu et accordé sous condition de résidence, ce régime permet la prise en charge des dépenses couvertes par les régimes obligatoires de la sécurité sociale.

Au 28 février 2014, 2,3 millions de personnes bénéficiaient de la CMU de base.

2.2 La CMU complémentaire

Article L861-1 modifié par la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 56 (V) :

« Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3 ».

Cette protection complémentaire permet la dispense d'avance de frais : elle couvre, entre autres, intégralement le ticket modérateur (part non prise en charge par la Sécurité sociale qui demeure à la charge de l'assuré, hors les affections prises en charge à 100 %) et le forfait journalier hospitalier.

La population cible pour 2012 (métropole uniquement), se situe dans une fourchette allant de 5,0 à 5,9 millions de personnes avec un taux de recours se situant entre 66 % et 79 %.

Pour 2013, la population cible se situerait dans une fourchette allant de 5,3 à 6,3 millions de personnes(6).

2.3 L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Cette aide a été créée par la loi n°2004-810 du 13 Aout 2004 relative à l'assurance maladie. Elle est réservée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas plus de 35% le plafond d'attribution de la CMU complémentaire. La caisse adresse une attestation-chèque à remettre à l'organisme de protection complémentaire choisi par le patient pour réduire le montant de sa cotisation annuelle. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 modifie les règles relatives aux droits ouverts par l'ACS (tiers-payant, exonération des participations forfaitaires) à partir du 1er juillet 2015(7).

2.4 L'AME

Elle est réservée aux « étrangers sans papiers » résidants en France depuis plus de 3 mois, exclus de l'assurance maladie en raison d'un séjour non régulier. Elle fonctionne comme un « 100 % sécurité sociale »

D'après l'Article L251-1 modifié par la loi n°2012-958 du 16 août 2012 (8): « Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat. »

Elle précise que « toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret. »

3 Droits des femmes enceintes

Une fois la déclaration de grossesse réalisée, l'assurance maladie prend en charge à 100% la majorité des consultations et actes en rapport avec la grossesse(9) :

Avant l'accouchement :

- 7 examens médicaux obligatoires
- 3 échographies : remboursées à 70% jusqu'à la fin du 5ème mois de grossesse, puis à 100% à partir du 1^{er} jour du 6ème mois.
- 8 séances de préparation à l'accouchement
- un examen bucco-dentaire (du 4ème mois jusqu'au 12ème jour après l'accouchement)
- l'amniocentèse et le caryotype fœtal.

Lors de l'accouchement :

- les honoraires d'accouchement
- la péridurale
- les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée dans la limite de 12 jours (et en dehors des frais pour confort personnel)
- les frais de transports à l'hôpital ou à la clinique, sur prescription médicale.

Après l'accouchement :

- un examen médical obligatoire (dans les 8 semaines après l'accouchement)
- des séances de rééducation abdominale/périneo-sphinterienne sur prescription médicale.

Les frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareillage et d'hospitalisation sont également pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité du premier jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement. Cette prise en charge est valable que les frais soient en rapport ou non avec la grossesse.

Pour les patientes étrangères en situation irrégulière et séjournant en France depuis moins de 3 mois (non éligible à l'AME), l'article L-254-1 du code de l'action sociale et de la famille prévoit la prise en charge des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître : elle devra donc être accueillie à terme de sa grossesse et pour l'accouchement dans les maternités hospitalières au titre : « soins urgents ».

Les mineurs dont les parents en situation irrégulière ne bénéficient pas de l'Aide médicale d'état (parce que moins de 3 mois ou ressources supérieures au plafond) bénéficient de l'AME dès leur arrivée sur le territoire.

Seuls les frais pour confort personnel et les dépassements d'honoraires ne sont pas prise en charge par l'assurance maladie.

Les dépassements d'honoraires doivent être, d'après l'article RR.4127-53 du code de la santé publique(10), « déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

4 Le droit des étrangers

4.1 Le droit d'asile

Sur un plan juridique, l'asile est la protection spécifique qu'accorde un État à un individu sur son territoire pour lui permettre d'échapper aux risques pour sa vie, sa liberté ou sa sécurité, auxquels il est exposé dans son propre pays.

Elle tient son origine de l'article 1er alinéa 2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des Réfugiés (11).

La protection subsidiaire (art. L712-1 du CESEDA)(12) est une autre protection « a minima », propre au droit français, mais qui répond à une procédure identique.

Un demandeur d'asile bénéficie durant l'instruction de sa demande par l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) d'un droit au séjour, en général sans autorisation de travail accordé par la préfecture du lieu de résidence sous la forme initiale d'une autorisation provisoire de séjour.

La durée d'instruction par l'OFRA varie entre 15 jours pour les procédures prioritaires jusqu'à plusieurs années dans certaines situations, en particulier en cas d'hébergement des personnes demandeurs d'asile en centre d'accueil des demandeurs d'asile.

La préfecture peut refuser au demandeur d'asile le droit de séjourner en France pendant sa demande d'asile.

L'intéressé est alors soit « remis » à un autre pays européen selon la procédure Dublin 2, soit soumis à une procédure d'asile à garantie diminuée, dite « prioritaire »(13).

Un examen médical est imposé par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), orienté en particulier sur le bilan vaccinal et tuberculeux.

En cas de rejet du statut de réfugié, un recours suspensif de la décision (avec maintien des droits possible notamment à l'assurance maladie) est possible devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). La personne se retrouve en situation irrégulière, et perd entre autres ses droits à la CMU (de base et complémentaire), en pratique à l'issue de la période d'affiliation.

Les personnes reconnues « Réfugié » obtiennent une carte de résidence de 10 ans et le maintien initial de leurs droits à la CMUC, sous réserve de respecter les conditions de ressources.

4.2 Le droit au séjour pour raison médicale

Le droit au séjour pour raison médicale, dont la procédure « étrangers malades » constitue la transposition administrative, se trouve aujourd'hui défini par l'article L313-11 11° du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA)(14).

Ce droit permet l'accès à un titre de séjour pour raison « humanitaire » avec droit au travail éventuel pour des étrangers sans titre de séjour atteints d'affection grave, et sous condition d'une résidence habituelle en France (en pratique de un an).

Il ne faut pas le confondre avec la demande d'asile. Les modalités de demande de carte de séjour pour raison médicale sont complexes. Les pratiques des préfectures varient selon le département. Le rapport médical doit être rédigé soit par un « médecin agréé » soit par un « praticien hospitalier ».

La procédure prévoit ensuite un double niveau de décision : le médecin inspecteur de santé publique donne un avis médical au préfet qui, au vu de cet avis mais sans y être lié, délivre éventuellement le titre de séjour sous la forme d'une Carte de Séjour Temporaire (CST, de durée maximale de un an, renouvelable).

Lorsque la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, les personnes atteintes d'affection grave peuvent obtenir une autorisation provisoire de séjour d'une durée maximum de six mois.

La décision est de plus motivée par le pays d'origine de la personne, à travers les capacités de soins estimées localement : la condition de « non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger » en vigueur actuellement pourrait être modifiée par la seule « indisponibilité du traitement approprié », selon la dernière évolution législative en projet.

4.3 Le cas des nouveaux européens

Selon les articles L 121-1 et suivants du CESEDA(15), les citoyens de l'Union Européenne (UE) peuvent «circuler et séjourner librement en France ».

Au-delà de 3 mois, les « inactifs » doivent cependant« disposer [...] de ressources suffisantes pour ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale français et d'une assurance maladie-maternité ».

Pour les citoyens bulgares et roumains« actifs », exclusivement, des règles spécifiques s'appliquent, la Bulgarie et la Roumanie ayant été intégrées à l'UE au 1^{er} janvier 2007.

Durant une période transitoire, ces « nouveaux Européens » ont obligation de détenir un titre de séjour, avec autorisation de travail, demandée par le futur employeur à la préfecture.

En pratique, les citoyens de l'UE, en particulier roumains et bulgares inactifs, en France depuis plus de 3 mois, sans revenus et sans assurance de santé européenne, sont en situation irrégulière.

5 La précarité

5.1 Définition

Dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Père Wresinski définit la précarité comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (16)(Wrezinski, 1987).

A la suite de ce rapport, le terme de précarité va connaître un succès croissant, s'ajoutant, voire tendant à se substituer, à ceux, plus classiques, de pauvreté, de misère, de marginalité, de défaveur sociale.

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du Père Wresinski et affirme que « La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale »(17).

Deux idées sont à dégager concernant la précarité :

- La précarité n'est pas statique mais correspond à une dynamique. Il faut la concevoir comme un état en mouvement où la notion de temps est primordiale. Un individu peut être en état de « vulnérabilité sociale» suite à « l'absence d'une ou plusieurs sécurités » sans pour autant être précaire. Cette notion se doit donc d'être dynamique et de tenir compte de la singularité du parcours de chaque personne.

- Elle doit se concevoir dans la relation entre une personne à son environnement. En effet, une personne n'est pas précaire en soi, elle est soumise à un environnement plus ou moins défavorable qui la pousse à vivre une situation de précarité.

La notion de précarité est donc complexe par son inter-relation entre l'individu, sa santé et son environnement. Tous les comportements de l'individu sont en effet liés à des interactions permanentes avec son environnement familial et communautaire, son environnement professionnel, son environnement économique, l'emploi, la qualité du logement, les services auxquels il a accès, autant qu'à l'environnement physique (climat, transports...)

5.2 Mesure de la précarité

Les Centres d'Examens de Santé (CES) ont été créés suite à l'ordonnance du 19 octobre 1945 (article L321-3 du code de la Sécurité sociale) instaurant les droits de chaque assuré social du régime général de la Sécurité sociale ou de ses ayants droits à bénéficier d'un examen périodique de santé.

L'arrêté ministériel de 1992 (Journal Officiel n°218 du 19 Septembre 1992)(18), donne pour priorité aux CES de focaliser leur activité sur les populations en situation de précarité définies sur des critères socio-administratifs : chômeurs, bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ou d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16-25 ans en insertion professionnelle. Se sont ajoutées en 2000 les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU, CMUc).

La précarité telle que définie précédemment repose essentiellement sur la situation vis-à-vis de l'emploi, se rapprochant plutôt d'une défaveur matérielle.

Cependant, la précarité étant liée à de nombreux autres facteurs, les critères socio-administratifs ont été jugés insuffisants pour un repérage plus large des populations en difficultés.

C'est pourquoi les CES, coordonnés et pilotés par le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé (CETAF) ont construit un score individuel de précarité, dénommé EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé), prenant en compte toutes les dimensions de la précarité(19).

5.3 Le score EPICES

Le score EPICE a été construit à l'aide d'un questionnaire qui comportait 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité : nationalité, niveau d'études, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçue, revenus, loisirs, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, évènements graves vécus avant 18 ans(20).

Il donne une vision plus nuancée de la situation de la personne depuis l'aisance sociale jusqu'à la précarité.

Il prend mieux en compte le déterminisme multifactoriel de la précarité et permet d'identifier des populations fragilisées socialement ou médicalement, qui échappent aux critères socio-administratifs habituels de repérage de la précarité, tels que chômage, RMI, CMU ou contrats aidés.

Il a été généralisé à l'ensemble des CES à partir de l'année 2002.

Ce score est calculé à partir d'un questionnaire simple de 11 items (tableau 1)

Tableau 1 – Le score EPICES

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

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

Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.

Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale).

Un score EPICES >100 est considéré comme un facteur de précarité.

5.4 L'exclusion

La notion d'exclusion dans le domaine de la pauvreté est assez récente. C'est surtout après la parution en 1974 de l'ouvrage « les exclus, un français sur dix »(21) de René Lenoir que le terme a pris peu à peu sa place dans le débat politique. Elle est définie comme « un phénomène de rupture du lien social et de difficulté d'accès à des droits sociaux élémentaires pour un certain nombre de personnes ».

Ce texte ouvre en effet une première période au cours de laquelle la notion d'exclusion est vivement contestée.

En effet, la société serait-elle duale avec d'un côté les inclus et de l'autre les exclus coupés du reste de la société ?

On peut observer des situations sans ruptures absolues, des processus sociaux, une dynamique sociale et des parcours individuels influencés par des mécanismes collectifs et non pas des situations figées.

On retrouve cette notion de « dynamique » dans la définition du Haut Comité de Santé Publique. Il définit en 1998 l'exclusion comme « une réalité dynamique caractérisée par l'absence – pendant une période plus ou moins longue – de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné »(22)

Le concept est également transversal, il ne peut tenir compte que d'une mise à l'écart de la société. Ce terme nécessite d'être redéfini dans son contexte.

En effet, on ne peut quand il s'agit d'action sociale mettre au même plan un sans domicile fixe et un écrivain s'isolant des années pour écrire son œuvre. Cette notion mérite donc d'être étoffée et de tenir compte du processus menant à l'exclusion.

Cependant aujourd'hui, l'exclusion, est pour la majorité des auteurs considérée comme le stade ultime de la précarité, comme la conséquence d'une situation de précarité qui s'éternise et s'aggrave se nourrissant de facteurs environnementaux et d'elle même ; allant au-delà d'un point de non retour, cette situation devient difficilement réversible et les personnes sont dès lors stigmatisées comme "en dehors de la société".

Nous voyons bien que l'exclusion est toujours de nos jours une notion à discussion et interprétation.

5.5 La pauvreté

5.5.1 Définition de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou le Canada) ont une approche absolue. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie. La France privilégie également ce seuil(23).

5.5.2 La pauvreté en France (24)

Le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 977 euros mensuels en 2011.

La pauvreté continue d'augmenter, mais plus modérément qu'en 2010. Elle concerne 8,7 millions de personnes, soit 14,3 % de la population, contre 14,0 % en 2010.

La pauvreté s'accroît davantage parmi les chômeurs et les jeunes âgés de 18 à 29 ans. L'augmentation des durées de chômage et des conditions d'emplois moins favorables expliquent pour partie que ces populations soient plus affectées.

5.6 Les sans domicile fixe ou sans chez soi

Plusieurs définitions et approches sont proposées :

5.6.1 Définition de l'INSEE (25)

L'INSEE définit la situation de « sans domicile » par la combinaison de deux critères : un critère morphologique, le type d'habitat et un critère juridique, le statut d'occupation.

Une personne sera dite sans domicile un jour donné si la nuit précédente elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : « soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation ».

Les lieux non prévus pour l'habitation sont les suivants :

- cave, parking fermé, grenier, cabane ;
- voiture, wagon, bateau
- usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique
- parties communes d'un immeuble d'habitation
- ruines, chantiers, grotte, tente ;
- métro, gare, couloirs d'un centre commercial
- rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, voie ferrée

5.6.2 La typologie ETHOS (European Typology of Homelessness and housing exclusion) développé par la Fédération Européenne des Associations Nationales travaillant avec les « sans abri » (FEANTSA)

La FEANTSA a proposé une typologie de l'exclusion du logement, baptisée ETHOS(26).

Fondée sur la notion de « home », qui inclut trois dimensions (physique, sociale et juridique), elle propose de classer les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie :

- être sans-abri (vivant dans la rue, et personnes en hébergement d'urgences)
- être sans logement (personnes en foyer d'hébergement, personnes sortant d'institutions, personnes en logement accompagné)
- être en situation de logement précaire (personnes sous la menace d'une expulsion, avec des baux précaires, menacées de violences domestiques)
- être en situation de logement inadéquat (dans des caravanes ou sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère).

Elle présente l'intérêt de ne pas se limiter au seul aspect physique du logement et d'insister sur le continuum de situations et la diversité des conditions de vie.

ETHOS est déjà utilisée comme référence internationale et son adoption en tant que définition cadre commune faciliterait l'implication des Etats membres de l'UE dans la

lutte contre l'absence de chez-soi en formalisant un langage commun et un cadre de référence à l'échelle européenne(27).

5.6.3 Les raisons du non-logement

Selon le rapport de novembre 2005 de la FEANTSA, il faut avoir une approche multidimensionnelle pour comprendre les raisons du non logement (28):

- structurelles : difficulté d'accès à un logement décent ou la perte du logement (du fait de la tension actuelle du marché du logement), La perte de l'emploi (précarité des contrats, faible niveau de qualification), les sorties d'institutions produisent des ruptures souvent mal anticipées à l'occasion desquelles la personne peut se retrouver en situation « d'abandon »...
- institutionnelles : capacité limitée des services d'hébergement d'urgence et de réinsertion, spécification des réponses institutionnelles, ...
- individuelles: les accidents de santé (pathologies chroniques, stigmatisantes ou invalidantes, d'ordre psychique ou physique), accidents de la vie (deuil, séparation, divorce, violences domestiques), le choix de quitter son pays pour la France (difficulté d'obtention un titre de séjour...).

5.6.4 Hébergements des sans domicile en 2012

D'après une enquête de l'INSEE réalisé début 2012 (29) auprès des personnes fréquentant des services d'hébergement ou de distribution des repas, 141500 personnes (en comptant les personnes en centre de demande d'asile) étaient sans domicile en France métropolitaine début 2012, soit une progression de près de 50% depuis 2001.

Parmi les adultes francophones sans domicile dans les agglomérations de 20000 habitants ou plus, près de la moitié étaient en hébergement collectif, un tiers dans un logement payé par une association, un sur dix à l'hôtel et un sur dix étaient sans abri.

Près de deux sans domicile sur cinq sont des femmes. Elles bénéficient cependant de conditions d'hébergement plus stables que les hommes.

Les hommes constituent la quasi totalité de la population des sans abri.

Parmi les personnes fréquentant des services d'hébergement, plus de la moitié étaient de nationalité étrangère dont 18% non francophone.

Les sans domicile non francophone sont estimés à 18% des personnes fréquentant les services d'hébergement.

Un quart des sans domicile ont un emploi, près de la moitié sont au chômage et plus du quart sont inactifs.

Début 2012, les sans abri représentaient 9% des sans domicile.

La moitié (48%) n'ont pas souhaité se rendre dans un centre d'hébergement. Les raisons évoquées sont le manque d'hygiène (29%), l'insécurité (26%), le manque de place (14%). A cela s'ajoute d'autres raisons (arrivés trop tard, animaux domestiques, interdits dans le centre...).

Cette étude présente cependant des limites. En effet, plusieurs catégories de sans domicile ne sont pas prises en compte dans l'enquête (notamment les sans abri qui ne font appel à aucun service d'hébergement, les communes dépourvues de services).

5.6.5 Les sans domicile et l'emploi en 2012

Dans la pensée commune, la personne sans domicile est vite assimilée à une personne qui ne travaille pas, bénéficiant des aides sociales ou vivant dans la rue.

Même si le taux d'activité des sans domicile reste inférieur à celui observé dans la population générale, la réalité est tout autre :

D'après une étude réalisée par l'INSEE en 2012(30), un quart des sans-domicile adultes francophones usagers des services d'aide occupaient un emploi et les deux cinquièmes étaient au chômage.

Par ailleurs, neuf sans-domicile sur dix ont déjà travaillé au cours de leur vie.

Les emplois restent souvent très précaires : 22 % déclarent ne pas avoir de contrat de travail et 15 % sont intérimaires, stagiaires ou saisonniers.

Deux sur trois travaillent depuis moins d'un an chez le même employeur, et trois sur cinq perçoivent un salaire inférieur à 900 euros par mois (considéré comme en dessous du seuil de pauvreté).

Parmi les sans-domicile au chômage, 43 % recherchent un emploi depuis plus de deux ans.

Très souvent aidés dans leurs démarches par des associations et des travailleurs sociaux, ils se heurtent cependant à de nombreuses difficultés pour retrouver un emploi (le

coût ou l'absence de transport sont les premiers obstacles à la recherche d'emploi qu'ils citent).

Le Revenu de solidarité active (RSA) est le principal revenu déclaré des sans-domicile (30 % le perçoivent), suivi par les revenus du travail (25 % des sans-domicile).

Viennent ensuite les allocations chômage (8 %), l'allocation adulte handicapé (AAH) (7 %) et pour 15 % de sans-domicile d'autres prestations sociales (minimum vieillesse, allocations familiales...).

5.7 La vulnérabilité

Comme nous l'avons vu précédemment, le terme d'exclusion est contesté voir démodé et tend à être remplacé aujourd'hui par la notion de vulnérabilité.

Cette notion connaît depuis la décennie un succès considérable en partant des sciences biomédicales et environnementales, pour gagner progressivement les sciences sociales ou plus largement le champs politico-médiatique.

Récemment, l'Agence nationale de la recherche a lancé en 2008 un programme thématique sur le thème de « la vulnérabilité, à l'articulation du sanitaire et du social » dont le bilan a été dressé en 2013.

Cette notion est ensuite apparue dans d'autres domaines comme l'environnement ou la gérontologie que je vais prendre en exemple afin d'introduire les différentes nuances du terme vulnérabilité.

5.7.1 Vulnérabilité et sciences environnementales

L'idée principale est de tenir compte de l'inégalité de l'impact des accidents naturels selon les groupes humains, en fonction de leurs capacités à y faire face.

Comme l'indiquent Elizabeth Schröder-Butterfill et Ruly Marianti : "Les catastrophes sont depuis longtemps considérées comme le résultat direct de risques naturels, comme les inondations, les tremblements de terre ou les sécheresses, mais cette vision est ébranlée par le fait que d'une part tous les risques ne débouchent pas sur des catastrophes, et que d'autre part toutes les personnes ou les groupes ne pâtissent pas également lors d'une catastrophe. Le lien crucial entre un risque ou une menace

extérieure et une catastrophe a été trouvée dans la notion de population vulnérable" (31).

Cette approche privilégie donc les notions d'exposition, de menace, de risque et de capacité. Des populations sont susceptibles d'être exposées à des catastrophes naturelles qui sont autant de menaces et de facteurs de risques contre lesquelles des stratégies doivent être mises en œuvre en tenant compte de leur plus ou moins grande vulnérabilité (enfants, personnes âgées, personnes malades ou handicapées..)

Etre vulnérable c'est être exposé à des menaces externes, qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur des territoires.

5.7.2 Vulnérabilité et gérontologie

Les médecins gériatres préfèrent parler de « fragilité ».

L'objectif pour eux est d'identifier des facteurs de risques chez les personnes âgées et de construire des indicateurs prédictifs d'un basculement vers le handicap ou la comorbidité.

L'enjeu est de parvenir à une définition opératoire et mesurable de la fragilité grâce à l'utilisation d'indicateurs ou de « marqueurs » permettant de développer des stratégies préventives.

La vulnérabilité est plutôt conçue comme le résultat d'un processus physiologique de « fragilisation » qu'il faut pouvoir mesurer.

Mais d'un point de vue sociologique la notion de « fragilité » semble très voisine de la vulnérabilité.

Pour R. Chambers : « la vulnérabilité est un concept probabiliste : il saisit la relation ou la proximité d'un sujet avec un dommage. Le risque d'une personne de subir un dommage (sa vulnérabilité) est le résultat d'un ensemble de risques distincts mais reliés, c'est à dire : le risque d'être exposé à une menace, le risque de matérialisation d'une menace et le risque de manquer des protections nécessaires pour faire face à la menace »(32).

Il est donc important de tenir compte de l'impact différentiel d'une menace sur des populations en essayant de saisir l'interaction entre la menace et les capacités à y faire face des populations.

Il est impossible de distinguer chez les personnes âgées celles qui sont vulnérables de celles qui sont solides en examinant seulement les facteurs d'exposition et les menaces

communes, car la vulnérabilité est le résultat d'interactions entre les avantages et les désavantages cumulés au fil de la vie.

Il convient donc de prêter attention d'une part aux conditions d'apparition et de répartition dans le temps des facteurs d'expositions, mais également à la capacité qu'ont les individus à mobiliser des ressources sociales, matérielles et publiques pour se protéger et y faire face.

Nous pouvons également élargir ce concept à la population des femmes enceintes en situation de précarité.

Nous avons vu qu'il existait des scores afin de qualifier une personne de précaire. Nous serions tenté de généraliser en affirmant qu'une femme enceinte précaire est de fait vulnérable.

Ce serait une erreur, car comme pour les personnes âgées, il est très difficile de prévoir les capacités de ces femmes à faire face à ces facteurs d'expositions.

En effet, quelles sont celles qui s'auront s'adapter et mobiliser les différentes ressources afin de faire suivre au mieux leur grossesse et protéger ainsi leur santé, celle de leur futur enfant, et la relation mère-enfant ?

5.7.3 Approche conceptuelle et « sociétale » de la vulnérabilité

L'approche de certains, comme Robert Castel est cependant différente. En effet il était réticent à l'égard d'une approche centrée sur le ou les risques et critiquait le fait de réduire des individus à des facteurs de risques.

Pour lui, la vulnérabilité correspond à une double fragilisation : fragilisation des statuts dans la sphère de l'emploi (chômage, développement de l'emploi temporaire..) et fragilisation des liens sociaux primaires avec le développement de l'instabilité familiale.

Une des fragilités pouvant engendrer l'autre et réciproquement (ainsi par exemple lorsqu'une perte d'emploi provoque plus ou moins directement une séparation ou un divorce).

Voici un schéma de Robert Castel illustrant sa pensée(33)

Figure 1- Approche conceptuelle et sociétale de la vulnérabilité

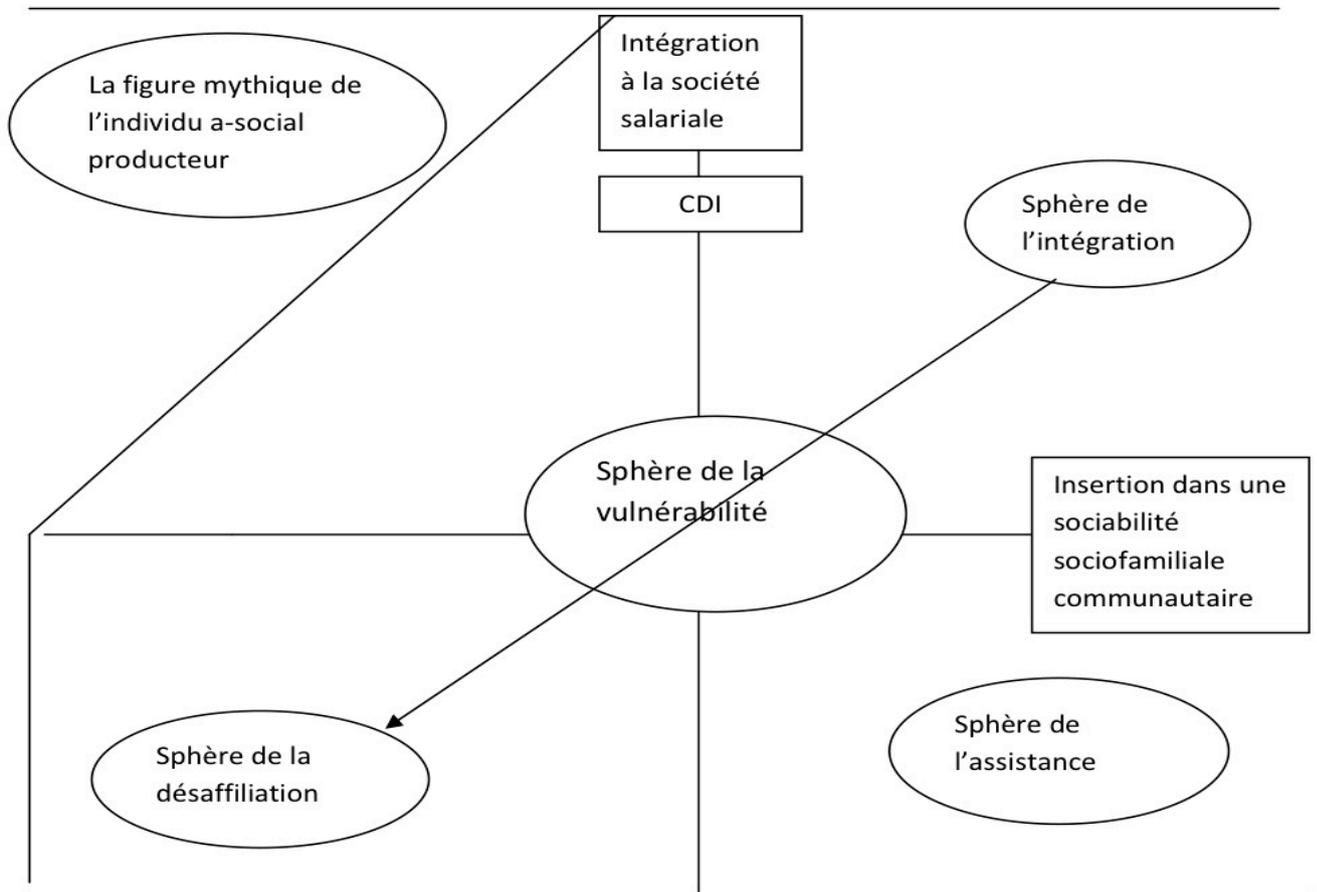


Schéma d'après Robert Castel (1991)

- 2 axes d'intégration de la société
 - Intégration à la société salariale et aux protections qui accompagnent le salaire (protection collective)
 - Insertion dans un réseau de sociabilité socio-familiale et communautaire (la « protection rapprochée »)
- 4 sphères de l'existence :
 - Sphère de l'intégration : personnes bien intégrées sur le marché du travail et dans un réseau de proches
 - sphère de l'assistance : personnes éloignées du marché du travail, mais intégrée dans un réseau de proches
 - sphère de la désaffiliation : personnes éloignée du marché du travail et isolée (sans soutien social)
 - sphère de la vulnérabilité où se combinent la fragilité des liens sociaux primaires et familiaux et la précarité sur le marché du travail

Une autre approche conceptuelle est faite par Guillaume Leblanc dans son livre « que faire de notre vulnérabilité ? »(34).

Pour lui, le fait de vivre, c'est être exposé à la possibilité d'être fragilisé, blessé.

Le fait de penser la vulnérabilité nous oblige à analyser l'individu comme un être incomplet : reconnaître qu'il ne peut pas à lui seul former son propre monde puisque ce dernier peut être de façon extérieur malmené (maladie, perte d'emploi, etc..).

Et donc se reconnaître vulnérable, c'est refuser la séparation qu'il pourrait y avoir entre des inclus et des exclus.

Il serait une erreur de penser que les vies fragilisées ne forment pas un monde commun avec les vies qui s'estiment non fragiles.

Aujourd'hui la logique sociale et politique consiste à effacer la personne dite « fragile » de notre vie sociale en la rendant de plus en plus invisible, inaudible, en la situant à la « périphérie »

Mais le fait d'être fragilisé n'exclut pas le fait d'avoir une compétence civique ou civile.

Remettre au centre du débat ces personnes permet de poser les questions suivantes : quelle conception se fait un sujet vulnérable de la société qui l'a vulnérabilisé ? Quelle conception un « exclus » se fait des mécanismes sociaux qui l'ont exclus ?

Il ne faut pas considérer la personne vulnérable seulement comme quelqu'un à qui il est arrivé quelque chose, mais aussi parce qu'il lui est arrivé quelque chose, se retourne contre ce qui lui arrive et trouve des solutions alternatives en direction de normes considérées comme évidentes dans nos manières de vivre aujourd'hui (comme par exemple le mode de vie dans la consommation).

5.7.4 L'intrication des vulnérabilités sanitaires et sociales (35)

Nous avons vu que l'agence nationale de la recherche avait récemment lancé un programme sur la thématique des vulnérabilités sanitaires et sociales.

Les deux dimensions sont intimement liées même si elles sont encore peu pensées conjointement.

En effet, on peut penser qu'en l'absence de protection sociale suffisante, la vieillesse, la maladie et le handicap (physique et/ou mentaux) ont longtemps été des situations paroxystiques de vulnérabilité sanitaire d'où découlait une grande fragilité sociale.

De nos jours, les personnes sous tutelle, ou bénéficiant de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse par exemple, rappellent cette précarité sociale engendrée par la vulnérabilité sanitaire.

Inversement, le délitement des liens sociaux et/ou professionnels, en conduisant à la précarité, la pauvreté voire même la rue, accroît la prévalence du handicap et de la maladie.

Cinq grands axes peuvent être dégagés afin d'étudier le lien entre soins de santé primaire et vulnérabilité sociale(36) :

- santé et habitat : prendre en compte l'influence négative du logement ou du non-logement (vie à la rue) sur la santé ;

- santé et dépendance à des substances psychoactives : lien entre vulnérabilité sociale, pathologies somatiques et alcool- ou toxico-dépendance ;

- santé et difficultés de communication liée à la langue ou à un handicap (ex. : malade malentendant) ;

- santé et violences : violences domestiques, traite des êtres humains, violences en raison du genre, accidents du travail liés à un emploi précaire ;

- santé et absence de droits au séjour ou à l'assurance maladie.

Au regard de ces 5 axes, nous comprenons que la prévention reste un élément primordial pour la prise en charge de ces personnes.

5.8 Exemple de modèle de prise en charge : la pyramide de Kaiser (37)

Ce modèle est notamment utilisé pour les pathologies chroniques et permet de définir une approche structurée selon les différents degrés d'atteinte de la maladie et les besoins de la personne.

L'objectif de ce modèle est de bien identifier les besoins des patients pour déterminer la cible prioritaire permettant un maximum d'impact et ainsi donner les soins les plus intensifs possible dans une structure la moins intensive possible

Ce modèle est composé de 3 niveaux :

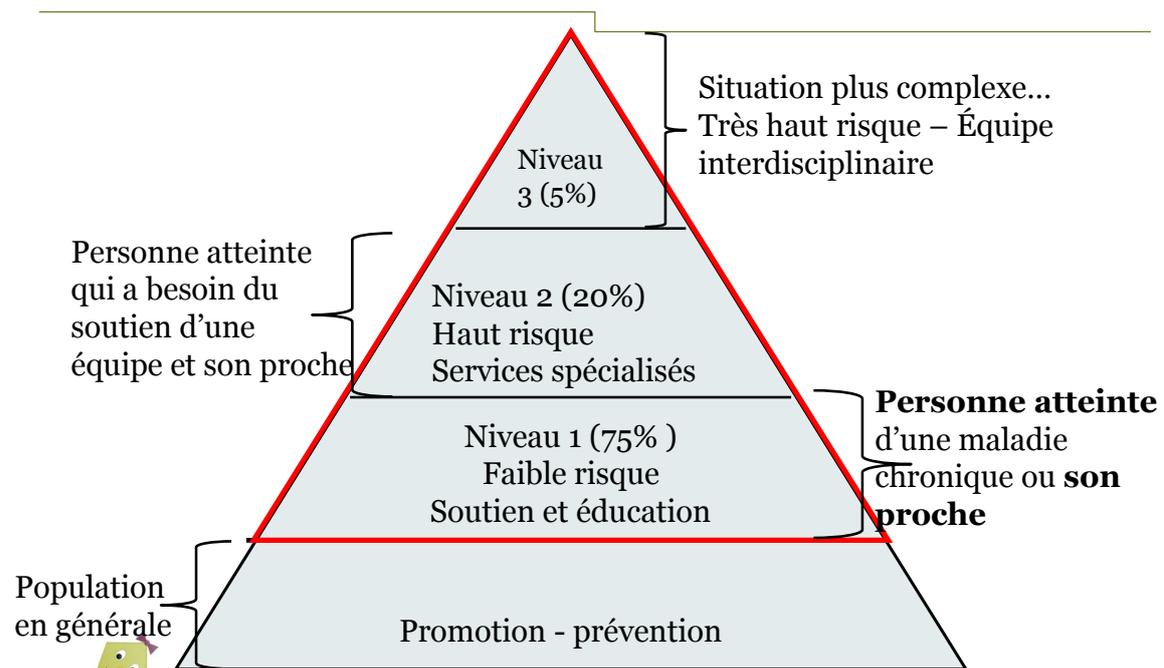


Figure 2 - Pyramide de Kaiser

Des investissements dans le bas de la pyramide vers le renforcement des ressources de première ligne constituent une voie privilégiée pour assurer la survie du système de santé.

Il est important de mettre en place des actions intensives et concertées, dès le premier niveau, axées sur l'autogestion et une meilleure gestion de la maladie, appuyées sur une solide base d'actions de prévention/promotion, pour permettre de retarder l'atteinte des niveaux supérieurs et éventuellement même de réduire l'intensité des services requis aux niveaux 2 et 3.

Il s'agit donc d'une approche proactive et préventive plutôt que réactive et non planifiée selon les épisodes de soins aigus nécessités par l'exacerbation de la maladie

Ce modèle est applicable pour la prise en charge des femmes enceintes vulnérables : bien identifier les besoins des patientes afin de prioriser et coordonner les interventions qui auront le plus d'impact bénéfique au cours de leur suivi.

6 Les inégalités sociales de santé

6.1 Définitions

6.1.1 Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont définies comme des « écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux »(38).

Les inégalités sociales de santé font donc référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Pour le sociologue Aiach, « les disparités constatées (de consommation médicale, de prise en charge par exemple) ne peuvent être qualifiées d'inégalités sociales que dans la mesure où elles ont des effets négatifs sur la santé en rapport avec des relations sociales hiérarchiques. Sinon, il s'agit simplement de différences » (39).

L'inégalité sociale de santé débouche sur la notion de gradient social de santé et de déterminant de santé.

6.1.2 Le gradient social de santé

Le gradient social de santé est « l'observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées »(38).

Certains parlent de « pyramide sociale » sur laquelle ceux qui sont au sommet jouissent d'un meilleur état de santé que ceux qui sont directement en dessous et ainsi de suite jusqu'au plus bas échelon.

On comprend bien que les inégalités sociales de santé sont constatées sous forme d'un gradient social plus ou moins continu et ne concernent pas seulement les catégories extrêmes, les plus défavorisées.

Le philosophe Whitehead considèrerait que les inégalités sociales de santé sont « des différences au plan de la santé qui ne sont pas seulement inutiles et évitables, mais qui sont également considérées comme injustes et inéquitables»(40)

6.1.3 Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont « l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations »(38).

On peut distinguer trois grandes familles de déterminants de l'état de santé d'une population : les facteurs socioéconomiques, les comportements et le système de soins.

6.1.3.1 Les facteurs socioéconomiques

Les causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines, dont certains paraissent à priori bien loin du domaine de la santé.

Voici les principaux éléments qui contribuent aux inégalités sociales de santé et qui sont souvent autant de points d'intervention possibles :

- l'accès à l'éducation
- le niveau de revenu
- les conditions de vie dans l'enfance
- l'accès à l'emploi
- les conditions de travail
- les conditions de vie, de logement et l'environnement
- l'intégration sociale

6.1.3.2 Les comportements

Il est essentiel de distinguer les causes proximales, les comportements des individus, des causes fondamentales, le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements s'insèrent. Cette approche souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé.

Chaque comportement se fait dans un environnement particulier et est lié au contexte culturel, social physique, etc...

Il y a de façon inévitable des interactions entre comportement et environnement.

6.1.3.3 Le système de soins

Le fait que le système de soins ne contribue pas à réduire les inégalités de santé, voire y participe, est à considérer comme un problème de qualité des soins, qui conduit à s'interroger sur son efficacité.

Il est important dans notre pays de rappeler que l'absence de barrières financières à l'accès, objectif des régimes assurantiels universels, ne suffit pas à garantir l'égalité des soins.

Un tel modèle ne vaut qu'à partir du moment où on postule que chacun porte une même attention à sa santé, possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de soins.

Ce modèle montre aujourd'hui ses limites et explique au moins une part des inégalités sociales de santé.

6.2 Prise en compte et réponse à cette problématique d'inégalité sociale de santé

En France, le système de soin est marqué par un paradoxe troublant : l'espérance de vie augmente régulièrement, mais les inégalités de santé ne se réduisent pas. Ces inégalités sociales face à la santé sont particulièrement marquées pour les populations les plus vulnérables mais également entre cadres et ouvriers.

Dans les dernières décennies, la France s'est dotée d'un des systèmes de santé les plus performant, auquel un système d'assurance maladie très complet permet l'accès universel.

L'objectif d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, est largement partagé et par ailleurs inscrit dans les textes fondateurs de notre république.

Le premier de ces objectifs a été atteint : l'espérance de vie s'est constamment améliorée.

L'autre ne l'a pas été, puisque les progrès n'ont pas profité de la même manière à tous et que les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser.

Pour exemple, entre le début des années 80 et milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales.

Mais les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans contre 39 ans pour les ouvriers. Pour les femmes, ces chiffres sont de 50 ans pour les cadres et 47 ans pour les ouvrières(41).

Les tentatives de compréhension de ces inégalités se sont surtout développés en Europe dans les années 80, notamment avec la parution du « rapport Black » publié en 1982 en Grande Bretagne. Il met en évidence la corrélation entre la position sociale d'un individu et son état de santé et dégage donc la notion de gradient social décrit précédemment. La pauvreté ne suffit donc pas à elle seule à expliquer les inégalités de santé.

En France, cette orientation est plus récente que dans certains pays (Grande Bretagne, Suède..) même si en 1987 le rapport Wresinski souligne l'importance des déterminants sociaux de santé comme facteurs d'inégalité et en 1997 et 1998 la Haute Comité de la santé publique préconise d'agir sur les déterminants de santé.

Certaines réponses publiques ont déjà été données aux inégalités sociales de santé par l'Etat, comme la création des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en 1998, de la CMU en 1999 ou par les associations comme Médecins du Monde qui a ouvert 21 Centres de Soins, d'Accueil et d'Orientation (CASO).

Ces avancées concernent surtout les personnes très précaires ou exclues, ce qui reste une réponse indispensable mais insuffisante compte tenu de la notion de gradient.

Récemment, la France a de nouveau essayé de s'affirmer dans la loi de santé publique de 2004 avec comme objectif de « réduire les inégalités devant la maladie et la mort par augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires »(42).

Malheureusement, elle prolonge du reste une approche qui porte principalement sur l'exclusion, la pauvreté et la précarité laissant de côté les inégalités qui parcourent l'ensemble de la société.

Une illustration des inégalités sociales de santé en France et du gradient social est présentée dans les figures 3 et 4.

Figure 3- Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-1984 et 1991-1999(43)

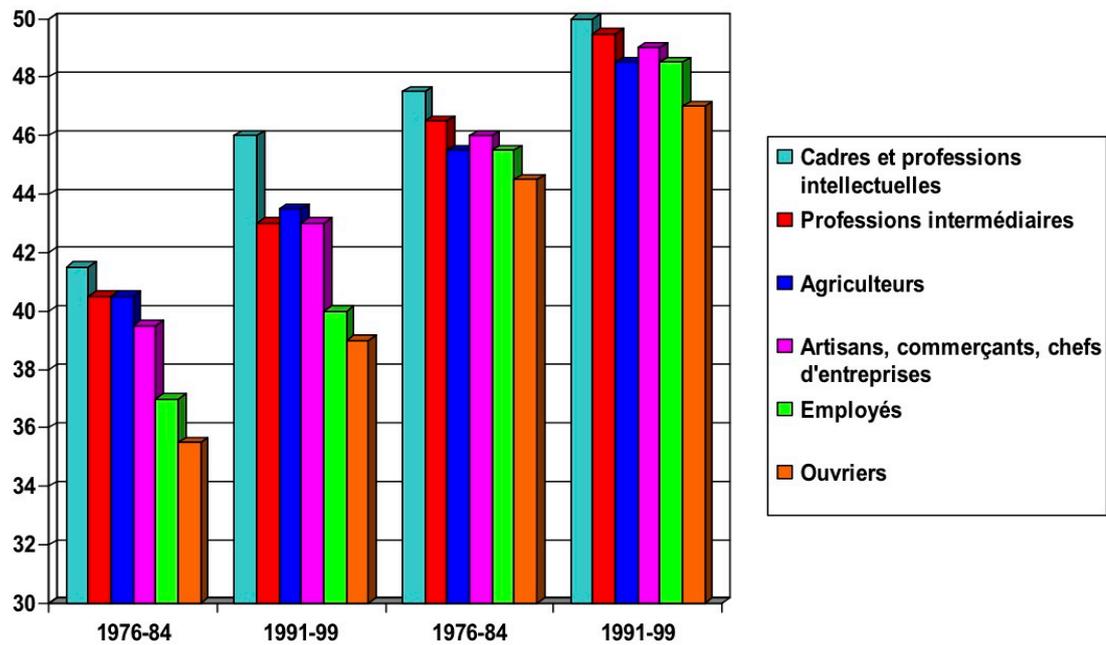
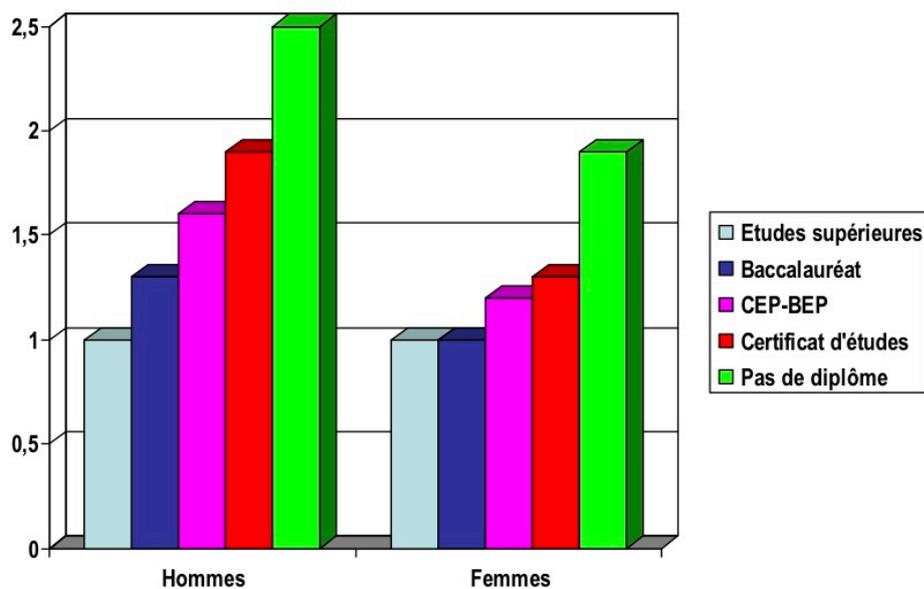


Figure 4- Mortalité relative pour la période de 1990-1996 en France, pour les hommes et les femmes âgés entre 35 et 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré. (43)



7 Femmes enceintes et précarité

7.1 Description générale

Il est difficile de décrire cette population car les chiffres varient naturellement en fonction du site et de ce que l'on peut associer comme facteur de précarité et vulnérabilité.

L'enquête nationale périnatale de 2010(1) nous montre que la précarité est bien présente chez les femmes enceintes. En effet, 14,3% des femmes déclaraient être au chômage et 8,6% des ménages avaient des ressources provenant du Revenu Minimum d'Insertion ou de l'Allocation Parent Isolé (API).

De plus, 19,3% des ménages au moment de la naissance étaient des femmes vivant seules sans emploi, des couples où l'homme et la femme n'avaient pas d'emploi et des couples où l'homme et la femme étaient au chômage.

Enfin 1% des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse.

Elle nous montre également que les femmes ayant des difficultés financières pour se faire suivre :

- vivent plus souvent seules : 16.7% vs 6.7%
- sont plus souvent de nationalité étrangère : 30.1% vs 11.9%
- ont un niveau d'étude en moyenne moins élevé
- vivent plus souvent sans ressources d'origine professionnelle : 26.7% vs 8.5%
- débutent souvent leur grossesse sans couverture sociale : 6.3% vs 0.7%

L'étude rétrospective au CHU de Toulouse de 2001/2002(44) a étudié les caractéristiques socio démographiques des femmes enceintes.

17% des femmes étaient considérés en situation de précarité :

- 37% sur des facteurs économiques seuls
- 23% sur des facteurs psychosociaux seuls
- 40% sur les 2 types de facteurs.

On notait dans cette population une surreprésentation de femmes étrangères, mineures, isolées et de faible niveau de scolarisation.

7.2 Suivi de la grossesse et précarité

Tout d'abord, deux idées doivent être combattues concernant le parcours de soin des femmes enceintes en situation de précarité :

- Il n'est pas lié à des souhaits différents des autres femmes, et les souhaits qu'elles expriment sont comparables à la population générale en termes de santé de l'enfant et d'investissement de la grossesse.
- L'hôpital n'est pas l'acteur exclusif de ce suivi. Le secteur privé joue également un rôle notamment en début de grossesse dans le parcours de ces femmes. Une des raisons est que les intervenants libéraux ou les centres de santé peuvent être jugés plus neutres, moins stigmatisants et même parfois moins dangereux chez les femmes en situation irrégulières.

Plusieurs études ont montré que les femmes en situation de précarité ont un moins bon suivi de la grossesse et une prise en charge tardive de celle-ci.

L'étude rétrospective au CHU de Toulouse en 2001/2002 pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques et les risques périnataux des mères en situation de précarité(44) a montré que le suivi insuffisant est significativement plus élevé chez les mères en situation de précarité (11,6% vs 0,8%, $p < 0,001$). Cela est d'autant plus grave que ces grossesses sont à considérer comme à haut risque médical et les soins devraient donc être précoces, adaptés et de qualité.

Nous pouvons dégager quatre caractéristiques du parcours de soins de ces femmes(45).

7.2.1 Un recours tardif aux soins

Les femmes en situation de précarité ont un recours plus tardif aux soins soit par difficulté d'accès aux soins, soit par méconnaissance, indifférence ou refus de soin, les deux pouvant se conjuguer. Dans l'Enquête périnatale 2010, les déclarations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation, ont légèrement augmentées, passant de 4,9 % à 7,8 % entre 2003 et 2010.

7.2.2 Des soins sub-optimaux

Nous avons déjà vu que les femmes en situation de précarité ont un risque plus élevé de suivi insuffisant de leur grossesse.

L'enquête périnatale 2003 (46) a mis en évidence que les femmes ayant des ressources précaires (API, RMI, allocations chômage ou stage, sans ressources) ont :

- moins de consultations prénatales (21,5 % vs 7,9 %),
- moins de sept consultations durant leur grossesse
- un recours moindre au diagnostic prénatal (chez les femmes sans emploi) : 57,6 % vs 84 %.

Elle montre que le niveau de scolarité et l'origine sub-saharienne semblent également liés à un suivi insuffisant :

- Sur les 6% de femmes ayant eu moins de sept visites prénatales réglementaires, 23,8% étaient non scolarisées contre 4,4% qui avaient au moins eu le bac.

- Les femmes qui ont eu moins de trois échographies (2,4 %) sont surtout des femmes non scolarisées ou ressortissant d'un pays d'Afrique subsaharienne (12,3% contre 2% des Françaises)

- Les femmes d'origine sub-saharienne sont également plus à risque de déclarer leur grossesse tardivement (21 % contre 4 %des Françaises)

L'enquête montre également que pour la mesure de la clarté nucale et le dépistage sanguin du risque de trisomie 21, les ouvrières ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier apparaissent également moins bien informées que les cadres ou femmes sans profession dont le conjoint est cadre ».

7.2.3 Décrochages dans le suivi

Le problème des décrochages observés dans le suivi de grossesse est difficile à objectiver en particulier en raison de la faiblesse des systèmes d'informations.

Il semble tout de même que les femmes en situation de précarité manquent plus souvent leurs rendez-vous de suivi, se rendent encore moins aux consultations « annexes » (consultations de spécialistes, anesthésie . .) et font moins souvent les examens complémentaires prescrits (échographiques, biologiques. .).

On peut en rapprocher les problèmes d'observance aux traitements (dont le repos) fréquents. La conscience de cet obstacle est essentielle pour une prise en charge optimale. Il faut tout mettre en œuvre pour prévenir ces décrochages en facilitant les différentes étapes du suivi pour ces femmes. Il faut également penser le repérage des décrochages et le rattrapage simplifié des étapes non effectuées.

7.2.4 Un fort recours aux urgences

Le recours aux soins en urgence est plus important chez les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale du fait de l'augmentation des pathologies. Ceci est aggravé par le fait que malgré la dangerosité potentielle, on observe souvent un retard aux soins urgents, évalué à 12 % en ce qui concerne les soins urgents en gynécologie-obstétrique nécessités par les femmes hébergées par le Samu social(2).

Dans le même temps, parmi ces consultations aux urgences, un bon nombre est sollicité hors cadre : soit les motifs de consultation ne nécessitent pas ce mode de recours aux soins, soit l'urgence est réelle mais davantage en lien avec un terme avancé qu'avec une pathologie urgente.

Dans ces deux cas, les dispositifs d'urgence sont détournés de leur fonction première.

Il faut donc être vigilant pour repérer, faire le tri et prendre en charge au plus vite les urgences vraies, mais aussi imaginer des modalités de recours accélérées et simplifiées, pour ne pas perdre pour trop longtemps ces femmes pourtant venues vers nous.

7.3 Les obstacles à une prise en charge médico sociale optimale

Selon une enquête du Samu social de Paris(47), le principal obstacle identifié à l'accès aux soins en général (non spécifiquement dans le cadre de la grossesse) est la méconnaissance des droits (38,5 %), viennent ensuite les difficultés financières, la barrière linguistique, les difficultés administratives, la méconnaissance des centres de soins, l'absence de droits, la peur de la dénonciation, de s'exposer, d'être rejetée et exclue du territoire français.

Dans le cadre de la grossesse, les choses semblent un peu différentes.

En effet les femmes connaissent, au moins confusément, la qualité du système de protection maternelle et infantile en France. Ainsi, plus que la méconnaissance des droits, c'est probablement la méconnaissance des circuits et la difficulté à s'y repérer qui sont en jeu.

On peut également faire l'hypothèse d'une inadéquation des dispositifs.

7.3.1 Obstacles financiers

L'aspect financier ne constitue pas un obstacle aux soins pour la majorité des femmes en fin de grossesse, car la prise en charge sociale de la grossesse fonctionne bien en France et la plupart des femmes auront une couverture totale. Cela peut cependant être le cas en début de grossesse (avant 24 semaines d'aménorrhées (SA)) lorsqu'il n'existe pas de mutuelle ou que les droits ne sont pas encore ouverts (délai de carence long entre le début de la procédure et la prise en charge)

En effet, avant six mois, seuls les examens obligatoires sont à 100 % et cette liste des examens obligatoires ne correspond pas forcément aux recommandations actuelles.

L'hôpital public n'étant pas capable de prendre en charge toutes ces demandes, une partie de ces femmes enceintes est obligée d'aller dans des établissements privés où il y a une demande d'avance de frais et parfois des dépassements d'honoraires.

7.3.2 Retard à l'entrée dans le système de soin

Le retard à l'accès aux soins gynécologiques trouve racine dans trois types de mécanisme(45) :

- retard dans la décision de rechercher des soins qui est souvent tardif dans cette population de femmes enceintes,

- l'arrivée au centre de soins en elle même. Certaines femmes enceintes peuvent mettre du temps à consulter car les contraintes d'un suivi de grossesse optimal sont peu compatibles avec leur vie (horaires, rendez-vous, confrontation à l'autre. . .) même si la majorité essaie quand même de rentrer en contact avec les réseaux de soins,

- les soins eux-mêmes, parce que les centres sont saturés.

7.3.3 Repérage tardif

Le repérage trop tardif des situations de vulnérabilité, (parfois seulement lors de l'hospitalisation de suites de couches) ne permet pas de déployer l'ensemble des possibilités de prise en charge dont nous disposons. Les causes sont multiples et peuvent être dues à un retard de repérage par les acteurs sociaux qui prennent en charge ces femmes là, ou à un défaut de connaissance du circuit médical.

Les femmes peuvent aussi avoir le souhait de cloisonner leur vie et de dissimuler cette condition pour éviter toute stigmatisation par exemple et tenter d'avoir un parcours de mère le plus normal possible.

L'utilisation d'outils de repérage validés, la diffusion des connaissances, la prise en compte du problème global avec une prise en charge pluridisciplinaire sont autant de pistes d'amélioration.

7.3.4 Des obstacles différents pour des profils de femmes et de précarités différents

L'étude réalisée au CHU de Toulouse en 2001/2002 distingue deux profils typologiques de la précarité des femmes enceintes confrontées à des difficultés d'accès au suivi.

Le premier se réfère à une précarité conjoncturelle liée à une immigration très récente (depuis un an ou moins d'un an). L'irrégularité du suivi médical est alors majoritairement liée au statut administratif de ces femmes. La régularisation de la couverture sociale, par l'obtention de l'AME, permet à ces futures mères d'être consommatrices de soins.

Un second groupe, majoritairement composé de femmes de nationalité française, présente avant tout des difficultés d'ordre psychosocial (problèmes liés à l'exclusion, à l'isolement, à des pratiques addictives ou à des troubles psychologiques) qui les éloignent des maternités et du soin en général.

Pour les premières, les difficultés d'accès aux soins sont donc plus matérielles. Elles sont plus psychologiques pour les secondes (liées par exemple au refus de soin) et l'existence d'une protection sociale n'apporte pas une solution simple à leurs difficultés. Ces deux profils typologiques n'appellent donc pas les mêmes dispositifs d'action.

7.4 Pathologies périnatales et précarité

Il existe une forte relation entre la précarité, le suivi médiocre ou nul de la grossesse et l'augmentation de pathologies périnatales.

Les causes ne sont pas clairement identifiées mais seraient liées aux conditions de vie: logement, alimentation, activité, troubles psychologiques et retard aux soins.

Les priorités en situation de précarité sont de manger, se loger, travailler plutôt que de se soigner.

7.4.1 Conséquences sur la santé maternelle

L'étude réalisée au CHU de Toulouse en 2001/2002 montre que le taux de pathologie est significativement plus élevé chez les femmes en situation de précarité ($p < 0,001$).

Elles sont notamment plus touchées par les anémies, les infections urinaires et génitales, le surpoids, le diabète gestationnelle et les menaces d'accouchement prématuré (44)(48).

Cela s'accompagne d'un taux d'hospitalisation plus élevé chez ces femmes.

7.4.2 Les conséquences néonatales

Différentes études ont montrés une augmentation des risques néonataux chez les femmes en situation de précarité.

On note notamment plus de prématurité et d'hypotrophie (44)(49), plus de transfert en néonatalogie(44)(49), une proportion de score Apgar<7 à 5 minutes plus importantes(44)(50), plus de retard de croissance intra-utérin ou encore d'hypoxie fœtales aigues(51).

Une étude réalisée à l'hôpital Saint-Antoine a comparé une population en situation de précarité liée à des facteurs économiques (absence de couverture sociale) et en situation psychologique précaire (enfant placé).

Les consultations anténatales sont moins nombreuses pour le seul critère économique mais aucune différence n'a été relevée en termes de prématurité ou de faible poids de naissance. Pour la précarité sociale, des prévalences supérieures d'addiction, d'anémie, d'accouchement à domicile, de césarienne, de faible poids de naissance, de retard de croissance intra-utérin, de syndrome de sevrage néonatal et de transfert en néonatalogie ont été constatées. Les facteurs psychosociaux semblent plus importants que les facteurs économiques pour une issue défavorable de la grossesse. La prise en charge psychosociale est donc essentielle.

Tableau 2 - Caractéristiques médicales de la grossesse et de l'accouchement de l'étude rétrospective de 2001-2002 réalisée au CHU de Toulouse(44)

	Situation de précarité (n = 988) (%)	Absence de précarité (n = 5047) (%)	p
Suivi de la grossesse			
tardif ou insuffisant ^a	11,6	0,8	p < 0,001
Pathologie de la grossesse :			
— présence de pathologie	87,1	75,1	p < 0,0001
— anémie	20,4	6,8	p < 0,0001
— infection urinaires	12,9	7,9	p < 0,0001
— infections génitales	43,0	27,3	p < 0,0001
— HTA ^b (TA = > 15/9) et toxémie	4,1	4,9	NS ^c
— menace d'accouchement prématuré	15,6	13,8	p < 0,01
Hospitalisation en cours de grossesse	43,9	38,7	p < 0,001
Déroulement de l'accouchement :			
— césarienne	22,8	22,8	NS
Anesthésie (voies basses) :			
— aucune	23,1	14,6	
— péridurale	72,5	80,1	p < 0,001
Complications des suites de couches :	33,3	23,8	p < 0,0001
— présence de pathologie	25,6	17,7	p < 0,0001
— anémie (Hb ^d < 10g/dl)			
État de l'enfant à la naissance :			
— naissance prématurée :			
< 33 semaines	3,9	4,5	
33-36 semaines	11,1	8,1	p < 0,05
— mortalité in utero	1,3	1,0	NS
— mortalité néonatale	0,4	0,6	NS
— score d'Apgar < 7 à 5 mn	1,8	0,7	p < 0,01
— taux de transfert	15,0	10,3	p < 0,0001
— enfants de poids < 2 500 g	13,1	11,3	NS

^a pas de consultation au premier trimestre ou moins de 4 consultations en tout ;

^b hypertension artérielle ; ^c non significatif ; ^d hémoglobine.

7.5 Les réseaux périnatalité

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

Le rapport de l'Observatoire du SAMU Social de Paris de juin 2005 sur les femmes sans abri indique que : « la grossesse peut être un réel support, réduisant le sentiment de solitude, apportant une motivation, avec la possibilité de se projeter dans un avenir heureux et la possibilité d'avoir accès à des nouveaux services ouverts aux femmes enceintes ».

La grossesse constitue une chance de contact avec le système de soins qu'il convient de ne pas manquer.

L'objectif doit être d'accompagner la grossesse dans un double souci de protection de la mère et de l'enfant.

Le Dr Maurice Titran (pédiatre au Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Roubaix) disait que « les plus démunis sont capables, dans ces moments-là, d'ancrer des relations, des certitudes comme celle d'avoir l'aptitude nécessaire à s'occuper de l'enfant nouveau-né. Ne les dépossédons pas de ce temps d'intense émotion où, précisément, ils peuvent s'investir dans la compétence que le jeune requiert ensuite ».

7.5.1 Décloisonner les milieux sociaux et médicaux

La prise en charge, pour la reconnaissance et le suivi précoce des situations de précarité, doit être multidisciplinaire, en réseau, en faisant intervenir le domaine social.

L'enjeu consiste à créer un lien entre professionnels, autour de la patiente, pour constituer un réseau efficace.

En effet, ils ne doivent pas seulement travailler en parallèle mais doivent avoir des espaces de communication et d'échange pour que les prises en charges médicales soient en adéquation avec les prises en charge sociales.

Il faut « décloisonner les secteurs sanitaire et social [...] afin de potentialiser les ressources du terrain (tant médicales que sociales, y compris les ressources relatives à l'hébergement) »(52)

La prise en charge des femmes enceintes précaires nécessite un travail en collaboration des acteurs du milieu médical et du milieu psycho-social.

Des efforts ont été réalisés dans ce sens là avec notamment le plan périnatalité 2005-2007.

7.5.2 Le plan périnatalité 2005-2007 (2)

Ce plan mis en place par le ministère de la santé avait pour objectif principal d' « améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche ».

Dans la partie « plus d'humanité », le plan prévoyait « un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité » pour répondre aux enjeux médicaux et économiques liés à la situation de ces personnes.

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

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

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

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

Cependant, l'évaluation du plan périnatalité initiée par la direction générale de la santé, a montré que le plan ne semblait pas avoir atteint les objectifs attendus notamment en ce qui concerne l'accès aux droits et aux soins des femmes enceintes en situation de précarité.

Bien qu'il y ait eu une consolidation et une intensification du travail en réseau et une prise de conscience des difficultés rencontrées par les femmes et couples précaires, les

mesures mises en œuvre n'ont pas été suffisantes et ont conduit à une prise en charge inégale.

7.5.3 L'Entretien Périnatal Précoce (EPP)

L'entretien périnatal précoce a été instauré par le plan de périnatalité 2005-2007. Il est réalisé en entretien individuel ou en couple et s'inscrit hors du cadre médical.

Il a pour objectif de diminuer la mortalité et morbidité périnatale grâce à un dépistage des situations difficiles dès le début de la grossesse pour une meilleure coordination de l'action précoce.

Il permet de développer la prévention, de donner des informations utiles sur les ressources de proximité et favorise également l'expression des futurs parents notamment sur leur projet de naissance ou leurs attentes en terme de suivi.

L'entretien périnatal fait partie des huit séances de préparation à la natalité et à la parentalité remboursées par la sécurité sociale.

Il doit être systématiquement proposé. Il peut être réalisé par des sages-femmes hospitalières, libérales ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

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

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

7.5.4 Staff médico-psycho-sociaux (Staff MPS)

Toujours dans le cadre des réseaux de périnatalité, la loi du 5 mars 2007 (53) renforce l'intervention des professionnels de santé de Protection maternelle et infantile (PMI) en lien avec les établissements hospitaliers.

Le staff médico psycho-social permet de mettre en relation les professionnels de la protection de l'enfance, de la PMI et des maternités. Il s'inscrit dans une politique de prévention et a pour but d'anticiper les situations à risque, avant la naissance de l'enfant.

Il est pluridisciplinaire et est constitué de psychologues, pédopsychiatres, sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales et éventuellement d'intervenants extérieurs.

Il permet à chaque institution d'alerter les autres centres pour des situations jugées à risque afin de réfléchir à des conduites à tenir. Il permet ainsi de transmettre des informations à un juge afin de mettre en place si nécessaire des systèmes d'aide.

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

Au total, il est essentiel de retenir que : grossesse+ précarité = urgence médicale.

Dès lors, il faut à tout prix mettre l'effort sur le repérage précoce et l'adressage des grossesses par tous (acteurs sociaux, médecins libéraux, associations, ...).

7.6 Les réponses existantes sur la communauté Urbaine de Bordeaux

Depuis plus d'un an sur la CUB, des professionnels de l'action sociale, de l'hébergement d'urgence, de protection de l'enfance et du soin se sont mobilisés et ont créé le groupe « femme à la rue » devenu « groupe périnatalité » .

La volonté de travailler ensemble afin d'améliorer l'accompagnement de ces femmes est forte, mais il persiste encore une difficulté de coordinations et de partage des critères de priorisation des interventions.

Voici les structures présentes à Bordeaux permettant d'aider et d'accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

7.6.1 Médecins du Monde

Médecins du Monde soigne les populations les plus vulnérables au niveau international. L'association présente aussi un observatoire de l'accès aux soins, créé par la mission France en 2000. Il rend compte des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Les plus marginalisées d'entre elles n'ont souvent ni les moyens, les papiers, l'argent, la connaissance, la santé ou le désir de se rendre dans des lieux de soins ordinaires.

La mise en place des actions auprès des plus démunis visant à favoriser l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité était donc nécessaire.

A Bordeaux, plusieurs types d'actions ont ainsi été mis en place : un CASO, une mission de soutien médico-juridico-social auprès des étrangers et une mission squats.

Le CASO de Bordeaux offre des consultations médicales, sociales, dentaires, psychologiques et de sages-femmes gratuites aux personnes les plus précaires sans couverture maladie.

7.6.2 Les PASS

La loi d'orientation du 29 Juillet 1998 (54) relative à la lutte contre les exclusions sociales a pour but d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins de personnes démunies.

Elle précise notamment que le service public hospitalier doit participer à « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ».

Cette loi a donc été à l'origine de la création des PASS par les établissements publics ou privés « adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

Elles proposent des consultations médicales gratuites, des soins dentaires, infirmiers et des médicaments. Une approche globale de la personne est faite par une équipe pluridisciplinaire afin d'assurer une continuité des soins et un relai vers le système de droit commun.

7.6.3 Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

L'origine des LHSS vient de la création à titre expérimental à Paris des lits d'hébergement de soins infirmiers par le Samu social. Le but était d'accueillir des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de convalescence sans justifier l'hospitalisation.

Deux textes sont venus pérenniser ces lits d'hébergement sous l'appellation "Lits Halte Soins Santé".

Il s'agit de la loi Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006(55) puis du décret n°2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées "lits halte soins santé"(56).

Il s'agit dès lors de structures médico-sociales chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue.

Elles accueillent les patients 24 heures sur 24 et 365 jours par an et peuvent donc accueillir les femmes enceintes sans domicile fixe.

Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé, et évite soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de l'état de santé

Ces structures fonctionnent avec une équipe pluridisciplinaire médico-sociale (un médecin généraliste, un infirmier diplômé d'Etat, un aide-soignant et une assistante sociale) qui travaillent avec des acteurs du terrain social, de l'urgence sociale et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

A la fin du séjour en lits halte soins santé, un parcours de sortie doit être mis en place (appartement de coordination thérapeutique, maison relais, établissement pour les personnes âgées, etc...).

7.6.4 Les centres d'accueil d'urgence

Plusieurs centres d'accueil existent sur Bordeaux (foyer Trégey, Leydet...).

Ils sont organisés par le 115 (numéro national) et ont pour mission d'accueillir de manière inconditionnelle (pas de justificatifs ou conditions particulières demandés) et d'héberger en urgence les personnes en situation d'exclusion.

La loi DALO du 5 mars 2007(57) a redéfini l'urgence sociale en rendant plus visible les missions des différents établissements car ce type de structure était considéré comme susceptible de favoriser le maintien à la rue.

Elle stipule que « toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée ».

Le plus grand et ancien est le foyer Leydet. Il s'agit d'un établissement public géré par le Centre Communal d'Action Social (CCAS) de Bordeaux et a une capacité de 70 places.

7.6.5 La Protection Maternelle Infantile (PMI)

Le service de PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il a été créé en France suite à l'ordonnance du 2 Novembre 1945.

Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans, propose des consultations gratuites et est ouverte aux personnes sans titre de séjour.

Ses missions, organisation et fonctionnement ont été décrits par l'article L2111-1 du Code de la Santé Publique(58):

- mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants,
- actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies,
- actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps,
- surveillance et contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels.

Ses missions ont été par la suite renforcées par l'article Article L2112-2 du Code de la Santé Publique (59).

7.6.6 La maternité du CHU

En plus de ses missions fondamentales (prévention, enseignement, formation, continuité des soins, recherche), l'hôpital se doit d'assurer l'accès aux soins pour tous.

Selon l'article L.6112-2 du Code de la Santé Publique(60), les établissements de santé assurant le service public hospitalier « doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement ».

L'hôpital public doit accueillir toute personne, quelque soit sa nationalité, sa situation (régulière ou irrégulière), son sexe, sa situation de famille, son âge, son état de santé, son handicap éventuel, ses opinions politiques, philosophiques ou religieuses.

Cela permet donc aux femmes enceintes avec ou sans papiers d'être pris en charge.

7.6.7 MANA

MANA est une association qui travaille en étroite collaboration avec l'hôpital (convention signée en 1999 avec le CHU de Bordeaux). Elle est située au sein de l'hôpital Saint André.

Son équipe pluridisciplinaire assure une consultation pour les personnes migrantes en difficulté.

Son encrage dans les sciences humaines en fait son originalité (psychologie, psychanalyse, anthropologie et sociologie).

Elle propose des soins psychothérapeutiques ainsi que des médiations artistiques.

Elle intervient également sur le centre hospitalier dans le cadre de l'interprétariat durant les consultations médicales, psychologiques ou encore sociales.

7.6.8 Les centres maternels

Ils accueillent les femmes enceintes à partir du 7ème mois de grossesse ou les mères isolées avec enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique.

Ils ont pour mission de « proposer un hébergement et un accueil sécurisant, apaisant et adapté à chaque famille, rompre l'isolement, favoriser le maintien ou la restauration du lien social, soutenir les familles dans leur fonction parentale, favoriser la prise de conscience de leurs difficultés et mobiliser leur compétence, favoriser le bien être, l'épanouissement et l'éveil de l'enfant et accompagner les résidentes vers l'autonomie en favorisant la réalisation de leur projet »(61).

7.6.9 Le Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation (CAIO)

Le CAIO a été créé en 1989 et a pour but de:

- favoriser les actions en faveur des errants,
- permettre aux errants d'avoir plus de repères en ne s'adressant qu'à un seul service,
- promouvoir une recherche sur les problèmes d'errance.

C'est dans ce cadre que le CAIO s'est développé en agrégeant des services tels que le 115, le SIAO, l'observatoire, l'hébergement d'urgence, ainsi que des actions visant à l'insertion professionnelle et à l'accès au logement.

7.6.10 Association promofemmes

Elle se situe à Bordeaux dans le quartier Saint Michel et a été créée par la Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI) afin de faciliter la communication entre les mères d'origine étrangère et les intervenants de la PMI.

Elle propose aux femmes en situation de migration de nombreuses activités visant à favoriser l'interculturalité.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE

1 Matériels et méthodes

1.1 Objectif principal

Décrire les caractéristiques médico-psycho-sociales et le suivi obstétrical des patientes enceintes vulnérables prises en charge par le réseau périnatalité de Bordeaux métropole.

1.2 Objectifs secondaires

Au travers de cette description :

- mettre en évidence les difficultés rencontrées dans chaque domaine d'intervention (médico-psycho-social),
- proposer des pistes de réflexion afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes.

1.3 Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective réalisée à partir des dossiers des patientes.

1.4 Population de l'étude

1.4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- les patientes enceintes vulnérables de Bordeaux métropole ayant au moins un des critères suivants :
 - précarité en matière d'hébergement
 - précarité administrative de par un parcours de migration et son corolaire la barrière linguistique.
 - difficulté d'accès aux soins ou difficulté observée en matière de continuité des soins du fait notamment de la précarité sociale et/ou d'une problématique psychique complexe.
 - risque potentiel pour l'enfant à naître de par la situation de précarité ou de la difficulté de mentalisation de la grossesse.
 - risque de rupture conjugale ou isolement social.

- repérées dans la période du 1^{er} Octobre 2014 au 27 Février 2015 par les services d'intervention suivants :
 - Maternités du CHU, de Bagatelle
 - Réseau de Psychiatrie périnatale
 - Sages femmes de PMI et libérales
 - Médecins du Monde
 - MANA
 - SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation)
 - Centres d'hébergement (Leydet, Trégey, Association Pour l'Accueil des Femmes En Difficulté (APAFED), Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)).
 - Centres maternels (Repos Maternel de Gradignan et Foyer des Doves de Bordeaux, Centres Maternels du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) Talence et Bordeaux)
 - Maison départementale de la solidarité et de l'insertion (MDSI).

1.4.2 Critères de non inclusion

Le critère de non inclusion est une opposition exprimée à l'utilisation des données médicales personnelles à des fins de recherche.

1.5 Le questionnaire

Pour le recueil des données, un questionnaire a été à partir des sources suivantes :

- L'enquête nationale périnatale de 2010 menée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)(62).
- L'étude rétrospective « les Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité », réalisée au CHU de Toulouse en 2001-2002(44).
- L'étude rétrospective « Problèmes sociaux rencontrés lors du suivi prénatal dans une maternité parisienne » réalisée en 1993 à la maternité de l'hôpital Robert Debré de Paris.(63)
- Les questions relatives au score de précarité EPICES.

Il a ensuite été relu par le Dr Adam Christophe, directeur de la thèse, Mme Blasquiz Martine, sage femme coordinatrice de territoire du réseau Périnat Aquitaine et Mme Bahier Cécile, directrice adjointe du pôle solidarité vie sociale du conseil générale de Gironde. Leurs conseils ont permis de réaliser des corrections avant la diffusion du questionnaire.

Il était composé de 83 questions et comprenait 4 parties (Annexe 1) :

- Données sociales
- Données médicales
- Données du suivi obstétrical
- Données de l'accouchement

1.6 Recueil des données

Une fiche d'inclusion et le consentement de la patiente étaient recueillis par un professionnel de santé ou social (sages-femmes, assistantes sociales, gynécologues, travailleurs sociaux). Cette fiche d'inclusion anonymisée était envoyée à la sage femme de coordination de territoire en périnatalité du réseau Périnat aquitaine : Mme Blasquiz Martine.

Elle m'informait alors de cette demande et me donnait les coordonnées du professionnel.

A ce stade, soit j'envoyais le questionnaire par mail à remplir par le professionnel ou, dans la plupart des cas, je le rencontrais pour le remplir avec lui.

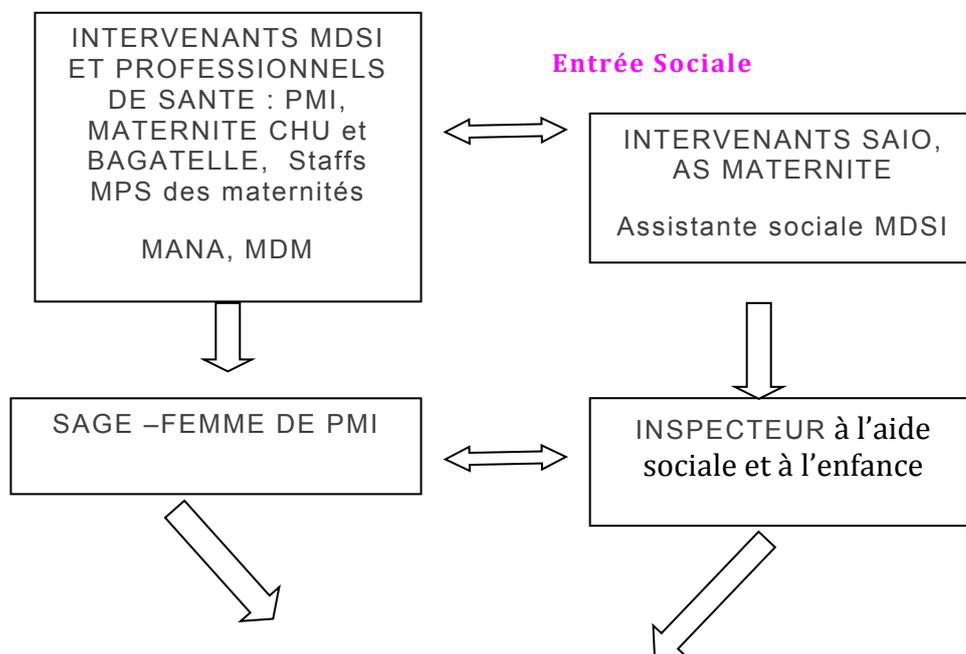
Si le professionnel rencontré ne pouvait pas répondre à toutes les questions (notamment les questions relatives à un autre domaine d'intervention que le sien), un second professionnel était rencontré.

Concernant les données sur le suivi de la grossesse et l'accouchement des patientes, le recueil se faisait :

- soit par appels téléphoniques ou entrevues répétés avec les sages-femmes, assistantes sociales, gynécologues ou travailleurs sociaux.
- soit à partir des dossiers médicaux des maternités des patientes si nécessaire.

Figure 5 - Procédure d'inclusion lors de la rencontre avec une femme enceinte répondant aux critères d'inclusion.

Entrée médicale



Entrée Sociale

REPLISSAGE ET ENVOI DE LA FICHE D'INCLUSION

(âge, Initiale du nom, Nationalité, Motifs de l'orientation)

SAGE - FEMME DE COORDINATION DE TERRITOIRE EN PERINATALITE
DU RESEAU PERINAT AQUITAINE, M.BLASQUIZ

ETUDIANT EN MEDECINE GENERALE : N.CHABELLARD

RETOUR VERS LES PROFESSIONNELS:

- envoi du questionnaire à remplir avec le lien suivant :
<https://drive.google.com/open?id=12xcL4dEnDVD1LWxxJKiSbdzO7wnhI p6cy2ISAbcWyYs&authuser=0>
- ou rencontre des professionnels afin de remplir le questionnaire ensemble

Puis : - recueil des données du suivi obstétrical et de l'accouchement par entrevue ou par téléphone avec les professionnels, et si besoin dans les dossiers médicaux des maternités.

1.7 Analyse et traitement des données

1.7.1 Traitement des données et regroupement de variables

Les variables ont été analysées selon les catégories définies dans le questionnaire sauf pour les variables suivantes :

1.7.1.1 Age

La variable âge a été catégorisée en une variable âge à 3 modalités : inférieur à 18ans, entre 18 et 30ans, supérieur à 30 ans.

1.7.1.2 Nationalité

La variable nationalité a été catégorisée en une variable origine à 5 modalités : France, Afrique subsaharienne, Maghreb, Europe de l'est, Autre

1.7.1.3 Enfant(s) à charge

La variable enfant(s) à charge a été catégorisée en un variable à 3 modalités : 0 enfant, 1 à 2 enfants, plus de 2 enfants.

1.7.1.4 Gestité

La variable gestité a été catégorisée en une variable gestité à 3 modalités : 1, 2 à 3, plus de 3.

1.7.1.5 Parité

La variable parité a été catégorisée en une variable parité à 3 modalités : 1, 2 à 3, plus de 3.

1.7.1.6 Terme lors de la 1ere rencontre

La variable terme lors de la 1^{ère} rencontre a été catégorisée en une variable terme lors de la 1^{ère} rencontre à 5 modalités : inférieur ou égal à 15SA, entre 15 et 25SA, entre 25 et 32 SA, entre 32 et 37SA, supérieur à 37SA.

1.7.1.7 Antécédents médicaux et pathologie psychiatrique

Les variables antécédents médicaux et pathologie psychiatrique ont été catégorisées en une variable antécédent à 6 modalités: infectieux, respiratoire, gynécologique, hématologique, diabète de type 1, psychiatrique.

1.7.1.8 Traitement(s)

La variable traitement a été catégorisée en une variable traitement médicamenteux à 4 modalités : antirétroviral, insulinothérapie, symptomatique, aucun.

1.7.1.9 Nombre de passages aux urgences avant l'accouchement

La variable nombre de passage aux urgences avant l'accouchement a été catégorisée en une variable nombre de passage aux urgences gynécologiques avant l'accouchement à 4 modalités : aucun, 1, 2 à 3, supérieur à 3.

1.7.1.10 Nombre d'hospitalisation avant l'accouchement

La variable nombre d'hospitalisation avant l'accouchement a été catégorisée en une variable nombre d'hospitalisation en gynécologie avant l'accouchement à 4 modalités : aucune, 1, 2 à 3, plus de 3.

1.7.1.11 Pathologie(s) de grossesse

La variable pathologie de grossesse à été catégorisée en une variable pathologie de grossesse à 7 modalités : présence de pathologie, Menace d'accouchement prématuré (MAP), diabète gestationnel, Retard de croissance in utero (RCIU), hypertension artérielle (HTA, TA>140/90) et toxémie gravidique, anémie, infection urinaire.

1.7.1.12 Logement

La variable logement a été analysée selon les catégories définies dans le questionnaire et catégorisée en une variable logement à 2 modalités : logement fixe et stable, sans logement fixe ou précaire.

1.7.1.13 Logement à la sortie prévu

La variable logement à la sortie prévu a été analysée selon les catégories définies dans le questionnaire et catégorisée en une variable logement prévu après l'accouchement à 4 modalités : logement prévu, logement prévu fixe et stable, logement prévu précaire, aucun logement prévu.

1.7.1.14 Référent social

La variable référent social a été analysée selon les catégories définies dans le questionnaire et catégorisée en une variable référent social pendant la grossesse à 3 modalités : référent social unique, référent social multiple, pas de référent.

1.7.1.15 Référent social à la sortie

La référent social à la sortie a été analysée selon les catégories définies dans le questionnaire et catégorisée en une variable référent social prévu après l'accouchement à 2 modalités : référent social prévu, pas de référent social prévu.

1.7.1.16 Actes biologiques et prélèvements urinaires selon HAS

Les actes biologiques et prélèvements urinaires devaient être conforme aux recommandations professionnelles de l'Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2007 sur

« le suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (annexe)

1.7.2 Analyse descriptive

Une analyse descriptive a été réalisée. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage, les variables quantitatives en termes de moyenne.

2 Résultats

Du 1^{er} Octobre 2014 au 27 Février 2015, 31 femmes enceintes ont été incluses dans l'étude.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

2.1.1 Données sociodémographiques de la population étudiée (*tableau 3*).

L'âge moyen des femmes était de 29,4 ans (écart type 4,84). 90,3% étaient d'origine étrangère et la majorité était issue du continent Africain (19 d'Afrique subsaharienne et 3 du Maghreb).

21 patientes étaient célibataires pendant la grossesse et 22 n'avaient aucune aide matérielle ou d'hébergement par l'entourage.

La majorité avait été scolarisée (18/31). 20 patientes parlaient bien ou partiellement le français et 11 patientes ne parlaient pas du tout le français.

Tableau 3- Données sociodémographiques de l'échantillon (N=31)

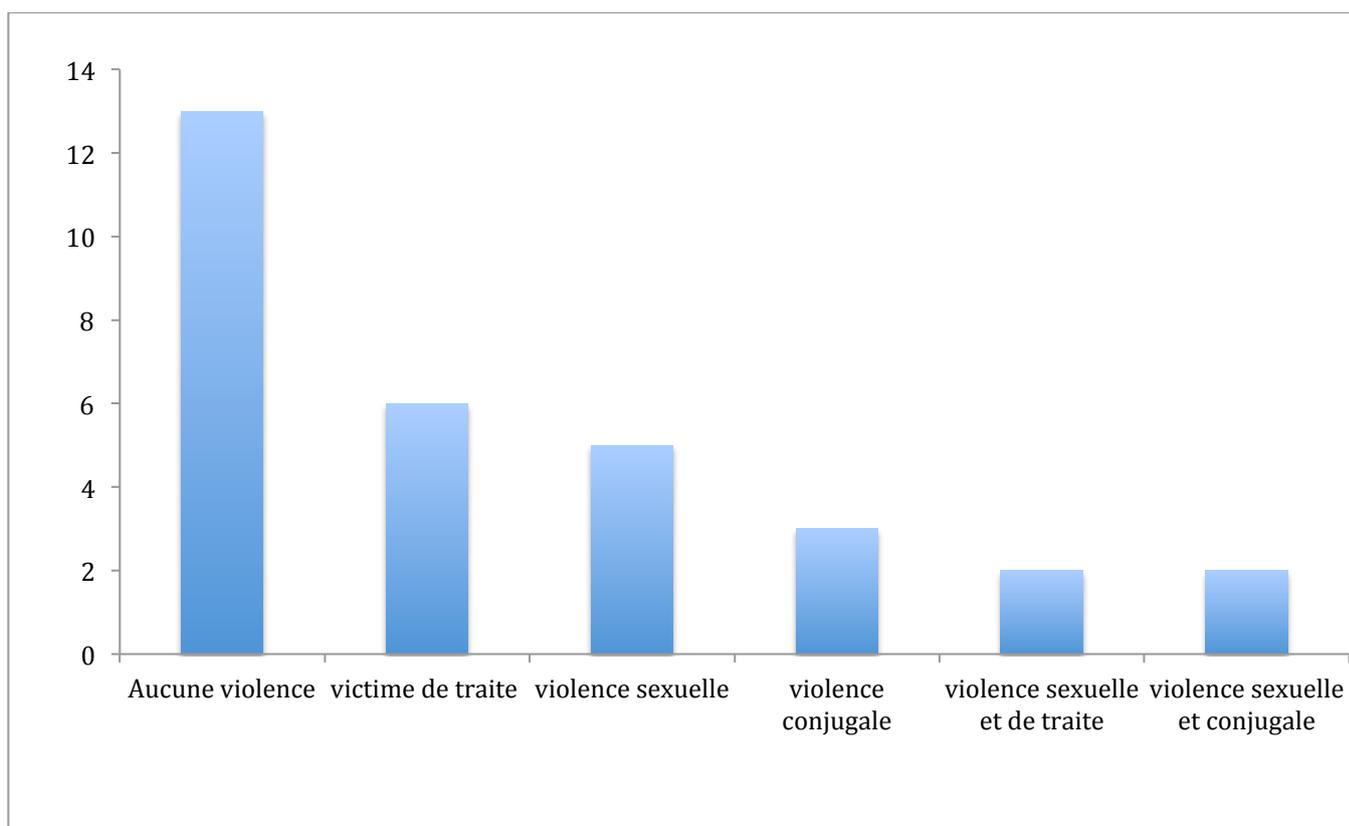
Variable	N	(%)
Age		
Inférieur à 18ans	0	(0)
18 ans – 30 ans	14	(45,2)
supérieur à 30 ans	17	(54,8)
Origine		
France	3	(9,7)
Afrique subsaharienne	19	(61,3)
Maghreb	3	(9,7)
Europe de l'est	4	(12,9)
Autre	2	(6,4)
Couple		
Célibataire	21	(64,5)
En couple	10	(35,5)
Père connu		
Oui	22	(71)
Non	9	(29)
Enfant(s) à charge		
0	17	(54,8)
1-2	13	(41,9)
plus de 2	1	(3,2)
Aide par l'entourage		
Matérielle	2	(6,4)
Hébergement	7	(25,6)
Aucune aide	22	(71)
Maitrise du français		
Oui	12	(38,7)
Non	11	(35,5)
Partielle	8	(25,8)
Niveau d'étude		
Non scolarisée	9	(29)
Inférieur au BAC	13	(41,9)
Supérieur au BAC	5	(16,1)
Données manquantes	4	(12,9)

2.1.2 Situation de maltraitance et de violence.

La majorité des femmes avaient subies des situations de maltraitance (18/31).

Le détail des situations de maltraitance est détaillé dans la figure 6.

Figure 6 - Détail des situations de maltraitance et de violence



2.1.3 Logement des femmes pendant et après l'accouchement

4 patientes ont eu un logement unique et stable pendant leur grossesse (tableau 4). La majorité des femmes (n=22/31) ont passé une partie de leur grossesse dans la rue et ont fait appel au circuit d'hébergement d'urgences (figure 7).

18 femmes avaient un logement de prévu pour après l'accouchement et 13 n'avaient aucun logement de prévu (tableau 4). Parmi les femmes dont un logement était prévu, 6 étaient considérés comme précaire (hôtel) (figure 8).

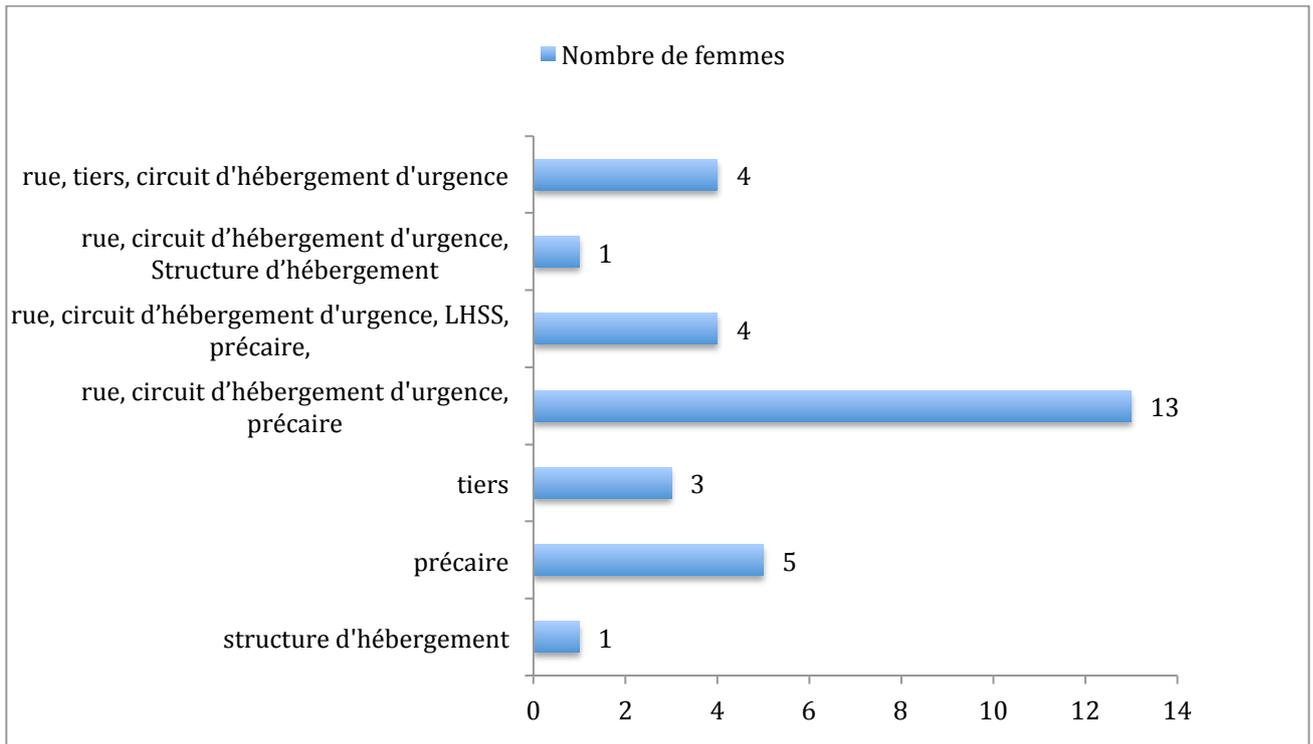
Tableau 4- Logement pendant l'accouchement et logement prévu après l'accouchement

Variable	N	(%)
Pendant la grossesse		
Logement fixe et stable	4	(12,9)
Sans logement fixe ou précaire	27	(87,1)
Après la grossesse		
Logement prévu	18	(58,1)
Logement prévu fixe et stable	12	(38,7)
Logement prévu précaire	6	(19,3)
Aucun logement prévu	13	(41,9)

Logement précaire : caravanes, hôtels, sites illégaux, logement indigne, condition de surpeuplement.

Le détail des différents logements de chaque femme pendant leur grossesse est présenté dans la figure 7.

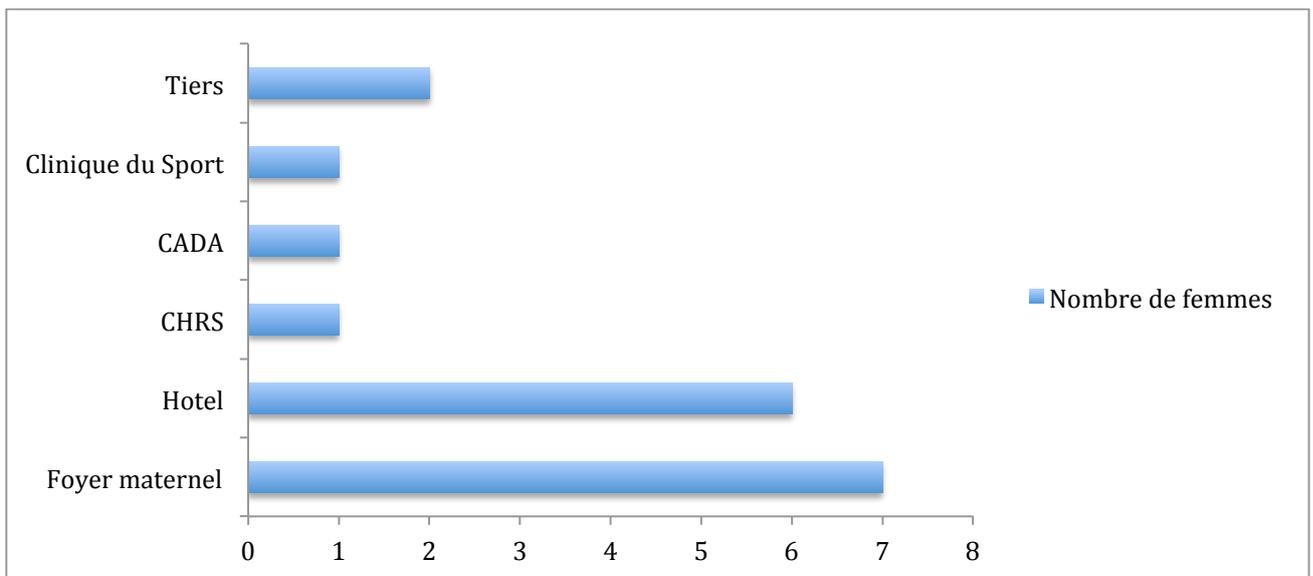
Figure 7 – Détail des logements de chaque femme pendant la grossesse



LHSS : Lits halte soins santé

La figure 8 détaille les logements prévus après l'accouchement des femmes.

Figure 8- Détail des logements prévus après l'accouchement



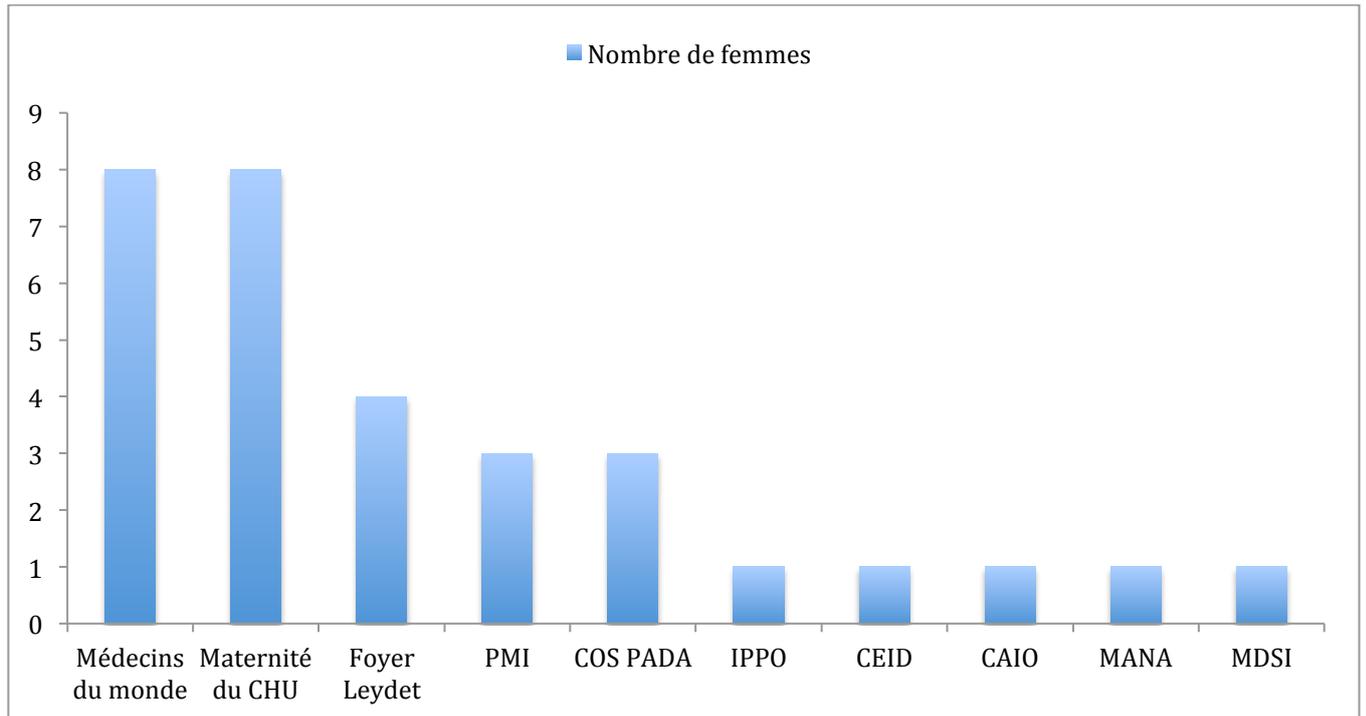
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CHRS : Centre d'Hébergement et Réinsertion Sociale

2.1.4 Structures ayant rencontré pour la première fois les patientes

Le détail de ces structures est présenté dans la figure 9.

Figure 9- Détail des structures ayant rencontré pour la première fois les patientes



COS PADA : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile

IPPO est une association d'aide d'accès aux soins et aux droits pour les personnes en situation de prostitution.

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue

CAIO : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion.

2.1.5 Suivi social des femmes pendant et après l'accouchement

28 femmes avaient un référent social pendant la grossesse et 3 n'en n'avaient aucun. Sur les 28 patientes suivies sur le plan social, 22 avaient un référent social unique et 6 avaient 2 voir 3 interlocuteurs sociaux (tableau 5).

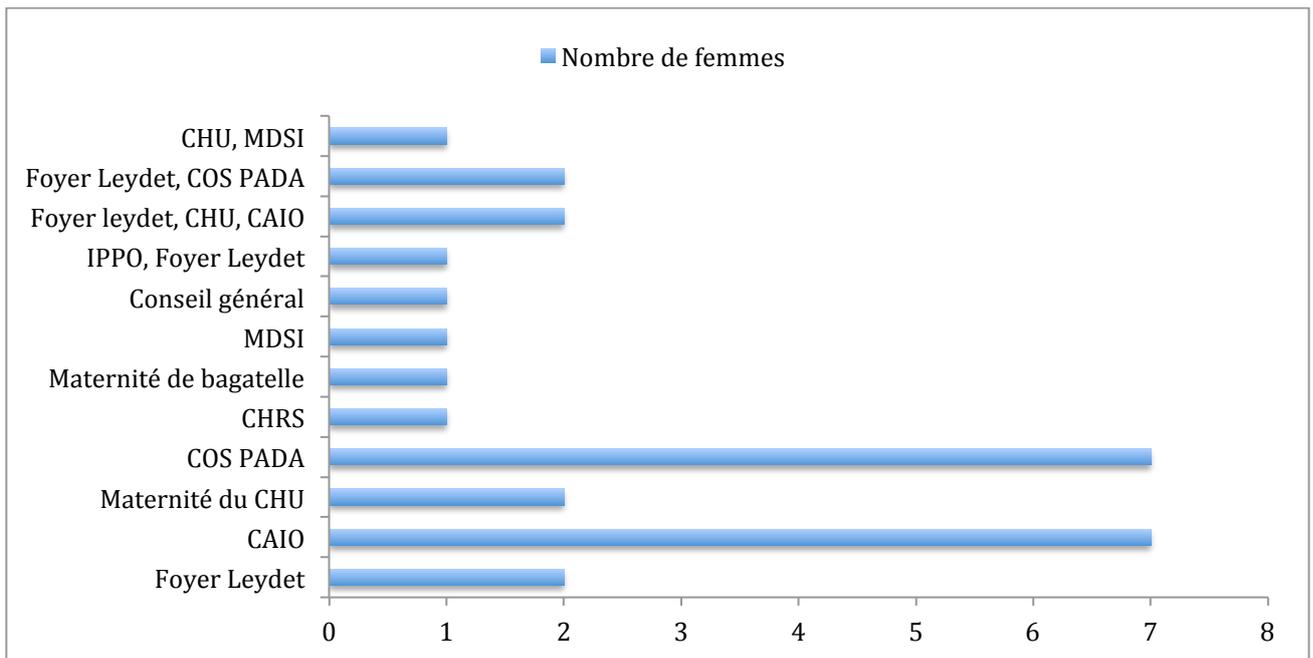
22 femmes avaient un référent social prévu pour après l'accouchement et 9 n'en avaient pas (tableau 5).

Tableau 5 - Référent social pendant l'accouchement et prévu après l'accouchement.

Variable	N	(%)
Référent social pendant la grossesse		
Référent social unique	22	(71)
Référent social multiple	6	(19,3)
Pas de référent social	3	(9,7)
Référent social prévu après l'accouchement		
Référent social prévu	22	(71)
Pas de référent social prévu	9	(29)

Les différentes structures référentes sociales pendant la grossesse et prévues après la grossesse sont détaillées dans les figures 10 et 11.

Figure 10- Détail des structures sociales référentes pendant la grossesse.



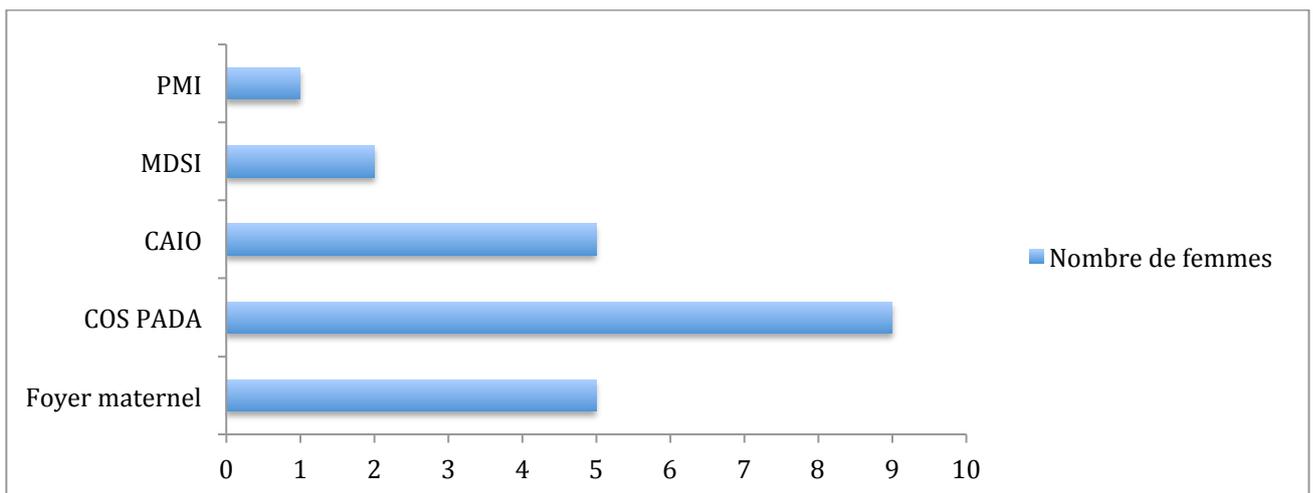
COS PADA : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile

IPPO : association d'aide d'accès aux soins et aux droits pour les personnes en situation de prostitution.

CAIO : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion.

Figure 11- Détail des structures sociales référentes prévues après l'accouchement



COS PADA : Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile

CAIO : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion

2.1.6 Droits sociaux

25,8% des femmes avaient un titre de séjour pendant la grossesse (tableau 6). 3 femmes étaient de nationalité française.

La majorité des femmes (22/31) n'avaient aucune source de revenus (tableau 6).

83,9% avaient une protection sociale et 80,6% une complémentaire santé (tableau 6). Parmi elles, 48,4% (n=15/31) étaient bénéficiaires de l'AME et 32,3% (n= 10/31) de la CMU et CMUC-c (figure 13).

13 patientes pouvaient bénéficier d'ouverture de droits sociaux (figure 14) :

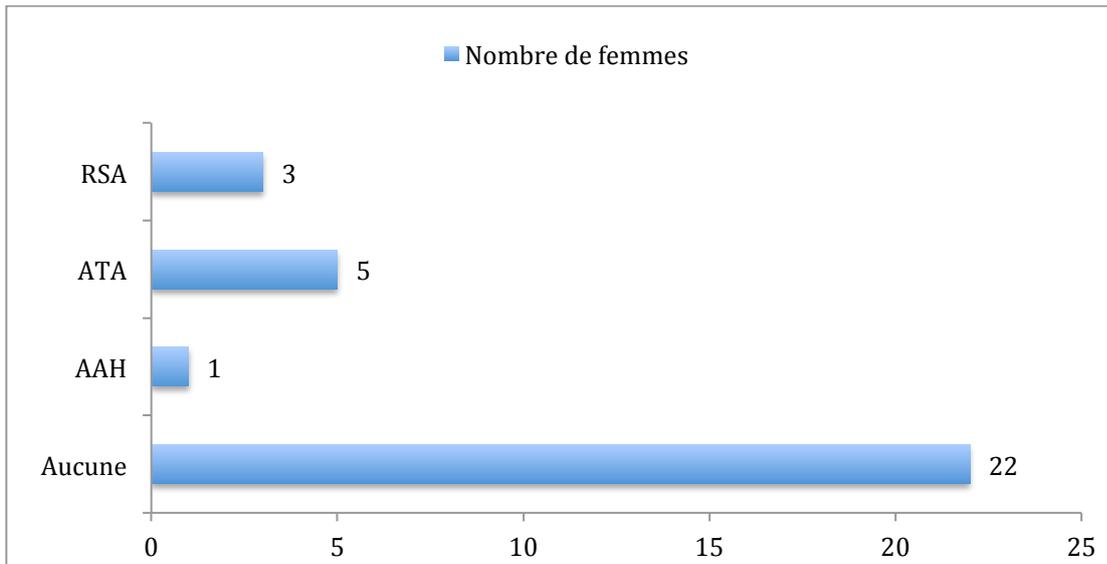
- 7 d'un titre de séjour
- 5 d'un titre de séjour et de l'AME
- 1 d'une complémentaire santé

Tableau 6 – Droits sociaux des femmes étudiées

Variable	N	(%)
Source de revenus		
Oui	9	(29)
Non	22	(71)
Protection sociale		
Oui	26	(83,9)
Non	5	(16,13)
Complémentaire santé		
Oui	25	(80,6)
Non	6	(19,3)
Titre de séjour		
Oui	8	(25,8)
Non	20	(64,5)
Nécessité d'ouverture de droits sociaux		
Oui	13	(41,9)
Non	18	(58,1)

Le détail des sources de revenus de chaque femme est présenté dans la figure 12.

Figure 12- Détail des sources de revenus des patientes



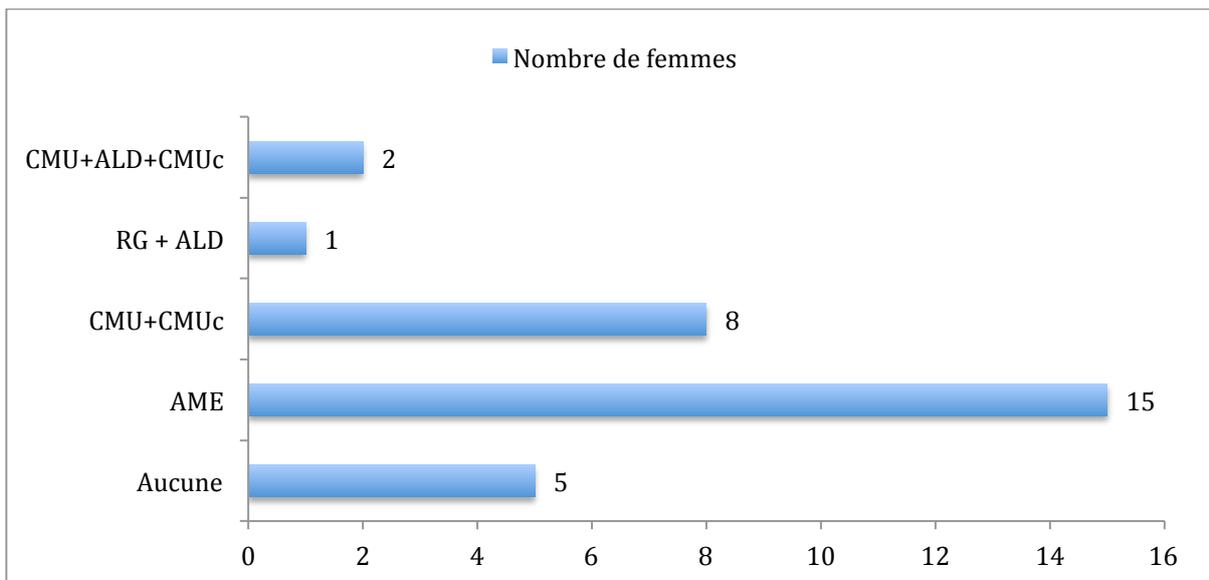
RSA : Revenu de solidarité active (513,88e pouvant être majoré en fonction du nombre de personnes composant le foyer du bénéficiaire).

ATA : Allocation Temporaire d'attente (11,45e/jour soit 343,5 e/mois).

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé (800,45e/mois maximum).

Le détail des couvertures sociales de chaque femme est présenté dans la figure 13.

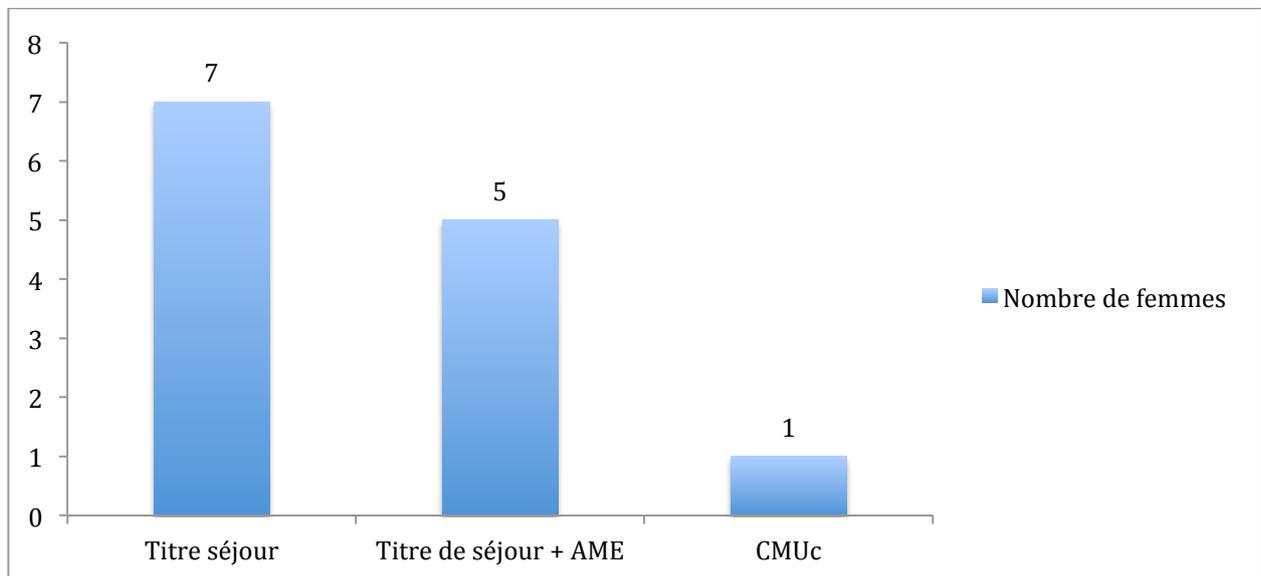
Figure-13 Détail des couvertures sociales des patientes



ALD : Affection Longue Durée

Le détail des 13 femmes pouvant bénéficier d'une ouverture de droits sociaux est présenté dans la figure 14.

Figure 14 - Détail des droits sociaux nécessitant d'être ouverts.



2.1.7 Score de précarité EPICES

Comme indiqué en première partie, le score EPICE varie entre 0 (absence de précarité) et 100 (précarité la plus élevée).

On considère qu'une patiente est en situation de précarité à partir de 30.

Dans cette étude, 100% des femmes avaient un score EPICES supérieur à 30 et étaient donc considérées comme précaires.

La moyenne du score était de 75,03 avec un écart type de 11,83.

2.1.8 Evaluation de la vulnérabilité par les professionnels

La question correspondante donne lieu à une réponse unique sur une échelle de 0 à 10.

0 étant une patiente estimée par le professionnel comme non vulnérable et 10 une patiente très vulnérable. La note moyenne était de 7 avec un écart type de 1,8.

2.2 Données médicales

La grossesse était bien acceptée chez 83,87% (n=26/31) et aucune des femmes n'étaient sous contraceptif avant la grossesse (tableau 7).

Les antécédents médicaux étaient marqués par les pathologies psychiatriques. 15 femmes présentaient un trouble psychiatrique dont les plus fréquents étaient les troubles de stress post traumatique (PTSD) et les épisodes dépressifs majeurs (figure 15). 13 d'entre elles avaient un suivi psychiatrique régulier (figure 16) et 4 avaient un traitement antidépresseur ou neuroleptique (tableau 7).

Les pathologies infectieuses étaient représentées par le VIH, l'hépatite B, la tuberculose et la bilharziose (tableau 7).

Seulement une patiente présentait une addiction pour le tabac, l'alcool et le cannabis et le reste des patientes n'avaient aucune addiction (tableau 7).

Tableau 7- Données médicales des femmes étudiées

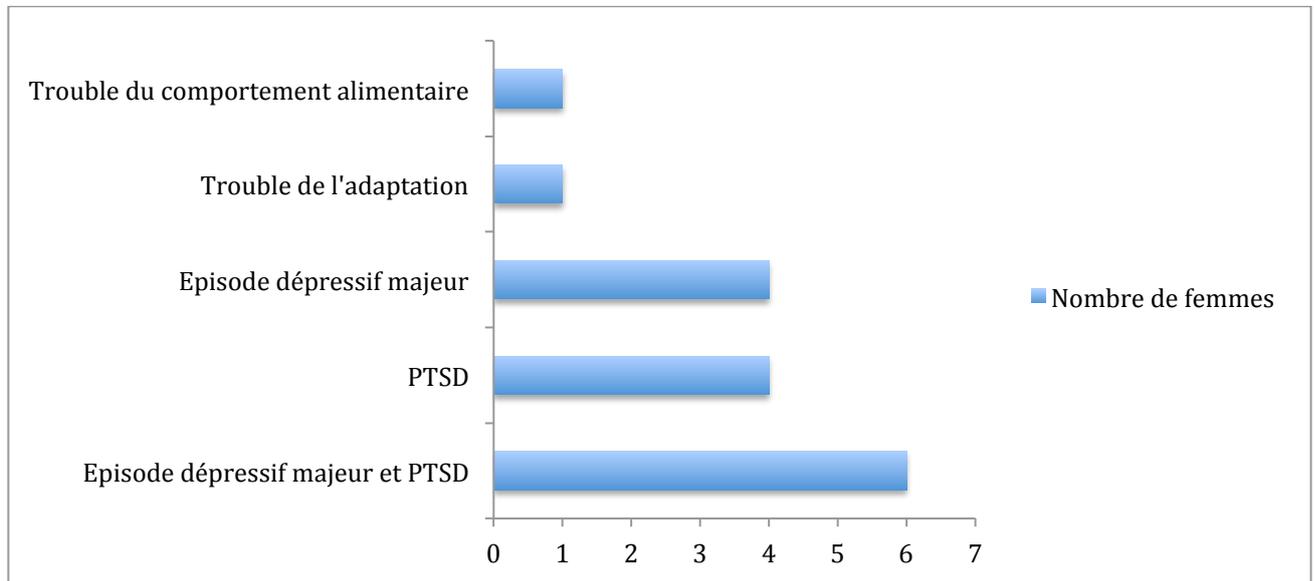
Variable	N	(%)
Gestité		
1	14	(45,2)
2-3	15	(48,4)
plus de 3	2	(6,4)
Parité		
1	17	(54,8)
2-3	12	(38,7)
plus de 3	2	(6,4)
Grossesse acceptée		
Oui	26	(83,9)
Non	5	(16,1)
Grossesse sous contraceptif		
Oui	0	(0)
Non	31	(100)
Vécu des grossesses antérieures		
Bon	12	(38,7)
Difficile	2	(6,4)
NR	17	(54,8)
Antécédent médical		
Infectieux	3	(9,7)
Respiratoire	2	(6,4)
Gynécologique	2	(6,4)
Hématologique	1	(3,2)
Diabète type 1	1	(3,2)
Psychiatrique	16	(51,6)
Antécédents obstétricaux		
IVG	4	(12,9)
FCS	2	(6,4)
Césarienne	1	(3,3)
Addiction		
Alcool, tabac et cannabis	1	(3,3)
Aucune	30	(96,8)
Statut sérologique		
VIH positif	1	(3)
Hépatite B positive	2	(6,4)
Rubéole immunisée	15	(5)
Rubéole non immunisée	16	(51,6)
Toxoplasmose immunisée	6	(19,3)
Toxoplasmose non immunisée	25	(80,6)
Traitements médicamenteux		
Psychiatrique	4	(12,9)
Anti-retro-viral	1	(3,3)
Insulinothérapie	2	(6,4)
Symptomatique	13	(41,9)
Aucun	11	(35,5)

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

FCS : Fausse Couche Spontanée

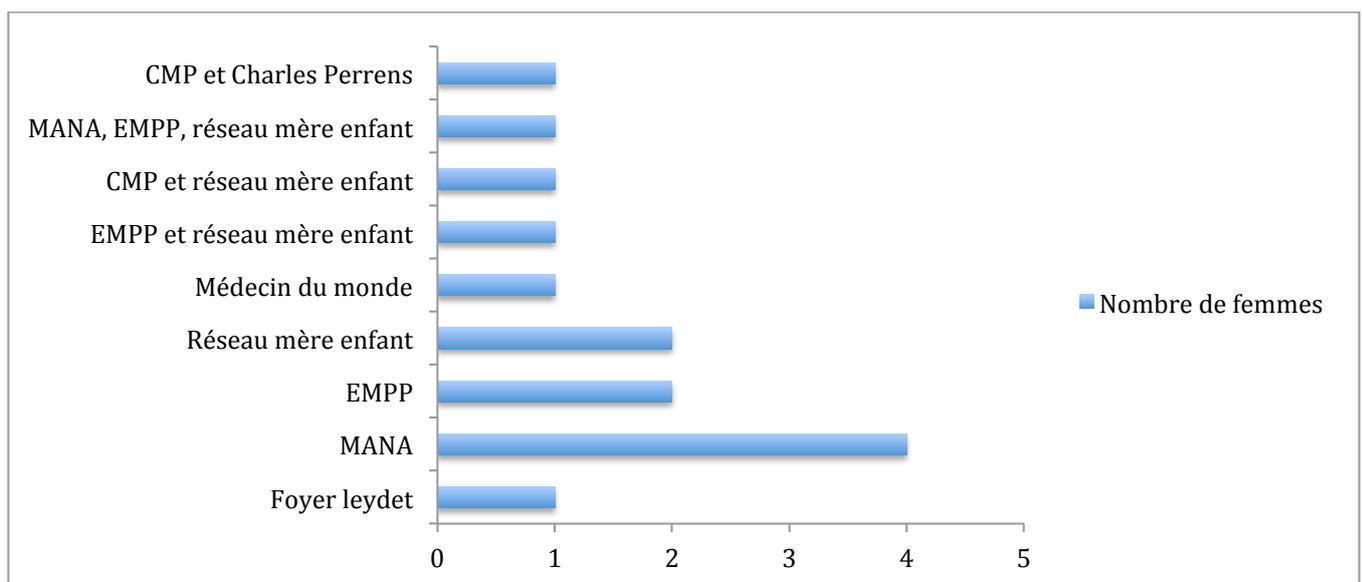
Dans les figures 15 et 16 sont présentées les antécédents psychiatriques et les structures assurant le suivi psychiatrique des femmes.

Figure 15- Détail des antécédents psychiatriques des patientes



PTSD : Troubles de Stress Post Traumatique

Figure 16 - Détail des structures assurant le suivi psychiatrique des patientes



CMP : Centre Médico-Psychologique

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

2.3 Le suivi de la grossesse

2.3.1 Données concernant la prise en charge de la grossesse (tableau 8)

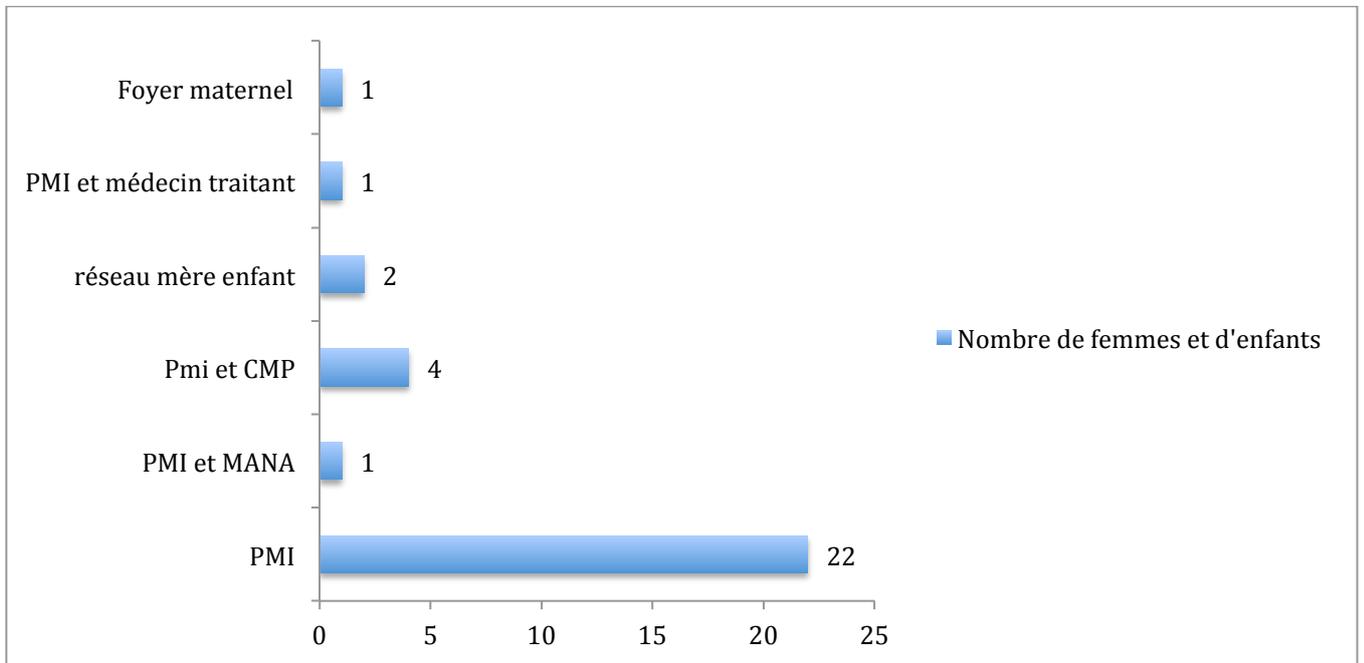
La majorité des femmes était rencontrée lors du 1er trimestre de grossesse (n=18/31) et avait déclaré la grossesse avant 15SA (18/31). Elles étaient souvent suivies par plusieurs professionnels (17/31) et dans plusieurs lieux (24/31). 90,3% avaient prévu d'accoucher à la maternité du CHU. 93,5% des femmes et des enfants à naître avaient un suivi médical prévu après l'accouchement, notamment en PMI (figure 17).

Tableau 8- Données concernant la prise en charge de la grossesse

Variable	N	(%)
Terme lors de la 1ère rencontre (en SA)		
Inférieur ou égale à 15 SA	18	(58,1)
Entre 15 et 25 SA	8	(25,8)
Entre 25 et 32SA	3	(9,7)
Entre 32 et 37 SA	0	(0)
Supérieur à 37 SA	2	(6,4)
Déclaration de grossesse		
Avant 15 SA	18	(58,0)
Après 15 SA	10	(32,3)
Aucune déclaration	3	(9,7)
Suivi obstétrical		
Sage femme seule	12	(38,7)
Obstétricien seul	0	(0)
Médecin traitant	0	(0)
Mixte (Sage femme + obstétricien)	17	(54,8)
Non renseigné	2	(6,4)
Lieu de suivi		
Maternité	4	(12,9)
PMI	1	(3,3)
Cabinet de ville	0	(0)
Mixte (maternité + PMI)	24	(77,4)
Non renseigné	2	(6,4)
Lieu d'accouchement prévu		
Maternité CHU	28	(90,3)
Maternité privé	3	(9,7)
Suivi médical prévu après l'accouchement pour la mère		
Oui	29	(93,5)
Non	2	(6,4)
Suivi médical prévu après l'accouchement pour l'enfant		
Oui	29	(93,5)
Non	2	(6,4)

Le détail du suivi médical prévu après l'accouchement des femmes et des enfants à naitre est présenté dans la figure 17.

Figure 17- Suivi médical prévu de la mère et de l'enfant après l'accouchement



CMP : Centre Médico-Psychologique

2.3.2 Consultations prénatales (tableau 9).

La majorité des femmes avaient eu 7 ou plus de 7 consultations lors de leur grossesse (20/31) mais seulement 12 avaient eu un entretien prénatal précoce. 67,7% (n=21/31) des femmes avaient été traitées au moins une fois en staff médico-psycho-social (notamment au CHU).

Tableau 9- Consultations prénatales

Variable	N	(%)
Consultation prénatale		
Moins de 3	4	(12,9)
Entre 3 et 7	7	(22,6)
7 ou plus	20	(64,5)
EPP (entretien prénatal précoce)		
Oui	12	(38,7)
Non	19	(61,3)
Staff Médico-psycho-social		
Oui	21	(67,7)
Non	10	(32,3)
Séances de PNP		
Moins de 4	12	(38,7)
Entre 4 et 8	0	(0)
Plus de 8	0	(0)
Aucune	14	(45,2)
Non renseigné	5	(16,1)
Consultation pré-anesthésie		
Oui	29	(93,5)
Non	2	(6,4)

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

2.3.3 Examens complémentaires pendant la grossesse (tableau 10)

La majorité des femmes avaient eu 3 ou plus de 3 échographies obstétricales (24/31) et avaient eu un suivi biologique et urinaire qui respectaient les recommandations de l'HAS (n=18/31).

Tableau 10 – Examens complémentaires pendant la grossesse

Variable	N	(%)
Echographie obstétricale		
Moins de 3	6	(19,3)
3	15	(48,4)
plus de 3	9	(29,0)
aucune	1	(3,2)
Dépistage Trisomie 21		
Oui	19	(61,3)
Non	12	(38,7)
Actes biologiques selon HAS		
Oui	18	(58,1)
Non	13	(41,9)
Prélèvements urinaires selon HAS		
Oui	18	(58,1)
Non	13	(41,9)
Prélèvement vaginal streptocoque		
Oui	28	(90,3)
Non	3	(9,7)

Les recommandations de la HAS sont définies en annexe 2

2.3.4 Pathologies pendant la grossesse (tableau 11)

16 femmes avaient eu recours au moins une fois aux urgences gynécologiques et 10 avaient été hospitalisées au moins une fois lors de la grossesse. 13 avaient présenté une pathologie lors de la grossesse avec notamment des anémies, des menaces d'accouchement prématuré et des HTA.

Tableau 11- Pathologies pendant la grossesse

Variable	N	(%)
Passage aux urgences gynécologiques		
Aucun	15	(48,4)
1	11	(35,5)
2-3	4	(12,9)
plus de 3	1	(3,2)
Hospitalisation en gynécologie		
Aucune	21	(67,7)
1	7	(22,6)
2-3	2	(6,4)
plus de 3	1	(3,2)
Durée d'hospitalisation		
Moins de 3jours	4	(12,9)
Entre 3 et 7 jours	0	(0)
Plus de 7 jours	6	(19,3)
Pathologie de la grossesse		
Présence de pathologie	13	(41,9)
Menace d'accouchement prématuré	3	(9,7)
Diabète gestationnel	2	(6,4)
RCIU	2	(6,4)
HTA (Ta>140/90) et toxémie gravidique	3	(9,7)
Anémie	4	(12,9)
Infection urinaire	2	(6,4)

2.3.5 Evaluation de la qualité de suivi obstétrical de la grossesse par les professionnels

La qualité du suivi de la grossesse était notée sur une échelle de 0 à 10 par le professionnel. 0 étant un très mauvais suivi et 10 étant un très bon suivi.

La moyenne des résultats était de 6,42 avec un écart type de 2,69.

2.3.6 Terme de la grossesse lors de la 1^{ère} rencontre avec la patiente et suivi obstétrical (tableau 12)

Le tableau 12 compare le suivi obstétrical en fonction du terme de la grossesse lors de la 1^{ère} rencontre de la patiente avec un professionnel.

18 femmes ont été vues en consultation pour la première fois lors du 1^{er} trimestre de leur grossesse et 13 après le 1^{er} trimestre.

La totalité des femmes vues au 1^{er} trimestre ont eu les 7 consultations prénatales obligatoires et les 3 échographies obstétricales obligatoires. 94,4% (n=17/18) avaient un suivi biologique et urinaire conformément aux recommandations de l'HAS.

15,4% des femmes rencontrées après le 1^{er} trimestre ont eu les 7 consultations obligatoires et 46,1% les 3 échographies obligatoires. 7,7% avaient un suivi biologique et urinaire conformément aux recommandations HAS.

Tableau 12- Terme de la grossesse lors de la 1^{ère} rencontre avec la patiente et suivi obstétrical.

	1^{ère} rencontre au 1^{er} trimestre (n 18)	1^{ère} rencontre après le 1^{er} trimestre (n=13)
	%	%
Consultation		
<3	0	30,8
entre 3 et 7	0	53,8
7 ou plus	100	15,4
Echographie		
<3	0	53,8
3 ou plus	100	46,1
Biologie selon HAS	94,4	7,7
Prélèvement urinaire selon HAS	94,4	7,7
Trisomie 21	94,4	15,3

2.4 Caractéristiques de l'accouchement

28 enfants étaient nés à terme et 27 étaient normotrophes.

Aucun enfant n'était décédé lors de l'accouchement.

Tableau 13- Caractéristiques de l'accouchement.

Variable	N	(%)
Prématurité		
Inférieur à 28 SA	1	(3,2)
Entre 28 et 32 SA	0	(0)
Entre 32 et 37 SA	2	(6,4)
Pas de prématurité	28	(90,3)
Type d'accouchement		
Voie basse	25	(80,6)
Césarienne	6	(19,3)
Poids de naissance		
Normotrophe	27	(87)
Hypotrophe	4	(13)
Macrosome	0	(0)
Issue de la grossesse		
Enfant vivant	31	(100)
Enfant mort	0	(0)
Transfert de l'enfant en néonatalogie		
Oui	4	(13)
Non	27	(87)

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1 Résumé des principaux résultats

Sur le plan sociodémographique, la majorité des femmes incluses dans l'étude était d'origine étrangère (notamment africaine), en situation irrégulière (pas de titre de séjour), célibataire, ne parlant pas ou peu le français et victime de violence. Ce sont des femmes qui pour la majorité n'avaient pas de revenus et une couverture sociale insuffisante (19,3% sans complémentaire santé).

Le problème du logement pendant et après l'accouchement était prépondérant dans la prise en charge de ces femmes : 71% ont connu la rue pendant la grossesse et un logement était prévu après l'accouchement dans seulement 58,1% des cas (dont 19,3% considérés comme précaires).

Sur le plan médical, malgré des antécédents lourds notamment sur le plan psychiatrique (51,6% de pathologies psychiatriques), le suivi obstétrical (consultations anténatales, échographies obstétricales, prélèvements biologiques et urinaires) était dans la majorité des cas conforme aux recommandations fixées par l'HAS.

Concernant l'accouchement, 90,3% étaient à terme et 12,9% des enfants avaient été transférés en service de néonatalogie.

2 Choix de la méthode

Nous avons choisi un recueil de donnée sur dossier plutôt que des entretiens avec les patientes pour plusieurs raisons:

- La barrière de la langue et la nécessité d'avoir un interprète posaient des problèmes d'organisation.
- Ajouter un intervenant risquait de perturber la relation de confiance déjà instaurée avec le professionnel.
- Difficulté de programmer des entretiens avec ces femmes qui consultent souvent de façon irrégulière ou spontanée.

3 Limites de l'étude

3.1 Difficulté de recrutement

Avant la période d'inclusion, plusieurs réunions ont eu lieu avec les différents professionnels pour expliquer le projet de thèse et les modalités d'inclusions. Certaines structures n'étaient pas représentées lors de ces réunions. Nous avons dû leur envoyer plusieurs mails pour expliquer notre projet. Des structures n'ont pas inclus de patientes dans cette période.

Est ce que les différents acteurs ont été sensibilisés de la même façon? Cela a pu sous estimer le nombre réel de femmes enceintes vulnérables prises en charge pendant cette période.

3.2 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est de 31 femmes. Cette étude n'est probablement pas représentative des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Toutefois au vu des difficultés à étudier cette population vulnérable, les résultats de notre étude nous permettent de mieux connaître leurs caractéristiques. De plus, le nombre de femmes incluses étant faible, nous n'avons pu réaliser qu'une étude descriptive et nous n'avons pas pu dégager des critères de vulnérabilité à chaque domaine d'intervention. Sur le modèle de cette étude, d'autres études incluant un plus grand nombre de femmes en situation de vulnérabilité pourraient être réalisées pour identifier ces critères ce qui permettrait de mettre en place des actions de prévention chez ces femmes.

4 Analyse des résultats

4.1 Comparaison des résultats à la population générale

Les principaux résultats ont été comparés aux résultats de l'enquête périnatale nationale de 2010(62).

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

En comparaison avec l'enquête périnatale de 2010, nous avons retrouvé une plus grande proportion de femmes étrangère notamment d'Afrique subsaharienne, célibataires, sans aides par l'entourage, de bas niveau d'étude, parlant peu le français. De plus elles étaient victimes de violences sexuelles et de traites, avec une importante absence de droit au séjour. Cela peut s'expliquer par une forte représentation de femmes étrangères (notamment africaines) arrivant en France par des réseaux de prostitution ou fuyant leur pays (pauvreté, guerre, etc...)(64). Le rapport de médecins du monde 2013 montre également que les étrangers sans titre de séjour sont majoritairement originaires du continent africain et en France de façon récente(47).

L'absence d'autorisation de séjour leur interdit de travailler de façon légale et donc d'avoir des revenus. Seulement 29% des femmes avaient des revenus fixes venant exclusivement d'aides sociales (RSA, ATA, AAH). Aucune n'avaient de revenus issus du travail. Le rapport 2013 de Médecins du monde nous confirme ce phénomène en montrant que 98% des étrangers en situation irrégulière étaient sous le seuil de pauvreté et un quart environ était complètement dépourvus de ressources. Cela obligerait certains à exercer un travail de façon illégal (comme les réseaux de prostitution par exemple)(47).

De plus, les conditions de logements des étrangers sans titre de séjour sont marquées par une très forte précarité(47). La totalité des femmes de notre étude n'avait pas de logement personnel alors que cela ne représente que 5,4% des femmes enceintes de la population générale. La majorité passait d'hébergement en hébergement (alternant la rue, le circuit d'hébergement d'urgences, les squats, les hôtels, chez un tiers, etc...). Certaines disaient se faire aider par des membres de leur communauté ou des amis mais souvent de façon provisoire. Il était parfois difficile de savoir où elles dormaient le soir et comment elles occupaient leurs journées. De part leur parcours fait de multiples traumatismes, la parole est souvent considéré comme dangereuse(64). Le problème du logement se poursuit après l'accouchement. Seulement 58,1% avaient un logement de prévu dont 19,3% étaient considérés comme précaire. Ces difficultés sont bien sûr d'ordre individuelles (situation d'irrégularité, manque de ressource) mais aussi institutionnelles (capacité limitée des services d'hébergements, manque de place dans les foyers maternels) et structurelles (perte ou absence d'emploi, sorties d'institutions produisant des ruptures souvent mal anticipées). (28) Ces difficultés multifactorielles compliquent la tâche des travailleurs sociaux. D'après eux, les hospitalisations lors de l'accouchement seraient souvent prolongées à cause des problèmes de logement.

L'AME et la CMU représentaient la majorité des couvertures sociales de notre échantillon traduisant la grande précarité sociale et le nombre important de femmes

issues de l'immigration. Cependant, même si l'AME est théoriquement ouvert à tous les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une présence ininterrompue de 3 mois en France, l'accès à une couverture maladie reste problématique. 16,1% des femmes de notre étude n'avaient pas de couverture sociale alors qu'elles ne représentaient que 1% des femmes de l'enquête périnatale 2010 en début de grossesse. Le rapport 2013 de Médecins du monde retrouvait des chiffres encore plus inquiétant : seulement 7,5% des étrangers en situation irrégulière disposaient d'une couverture maladie(47). Cette différence avec notre étude peut s'expliquer par le fait que certaines femmes de notre étude ne sont pas en situation d'irrégularité.

Une grande majorité des femmes avaient un référent social et environ 20% avaient même plusieurs interlocuteurs. Malgré cela, une ouverture de droit était encore nécessaire (titre de séjour et/ou couverture sociale) dans 41,9% des cas. Le rapport de Médecins du monde montre que les obstacles à l'accès aux droits des étrangers en situation irrégulière sont multiples(47). La méconnaissance des dispositifs et les obstacles administratifs concernent plus d'un tiers des étrangers en situation irrégulière. À cela s'ajoute la barrière de la langue pour 20 % d'entre eux. La nécessité d'une domiciliation administrative, qui concerne 29 % des étrangers sans titre de séjour constitue également une difficulté supplémentaire à l'ouverture des droits. Par ailleurs, plus du tiers (34 %) de ces étrangers craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements, ce qui peut constituer un frein important lorsqu'il s'agit d'entreprendre des démarches administratives (47). Multiplier les intervenants pourrait également être un obstacle en ajoutant de la confusion et en dispersant les informations. Ces traumatismes générés et ressentis comme une « violence institutionnelle » s'ajoutent aux traumatismes passés et pourrait aggraver un peu plus leur vulnérabilité.

Presque un tiers des femmes n'avaient pas de suivi social prévu après l'accouchement alors qu'elles n'étaient que 9,7% à ne pas en avoir pendant la grossesse. Cela montre les difficultés à communiquer, anticiper et à se projeter après la grossesse. Les problèmes à gérer pendant la grossesse sont souvent multiples et complexes et les informations souvent dispersées entre les différentes structures. Le professionnel qui suit la patiente pendant la grossesse ne la suivra pas forcément après la grossesse. Ce manque de communication et les difficultés à travailler en réseau peuvent décourager les professionnels. Ces situations leur demandent beaucoup d'efforts sans toujours avoir les résultats souhaités.

4.1.2 Caractéristiques médicales

Les antécédents médicaux étaient surtout marqués par les pathologies psychiatriques et infectieuses. Plus de la moitié des femmes (51%) présentaient un trouble psychiatrique (notamment un syndrome de stress post traumatique et/ou un syndrome dépressif). Cette souffrance psychique est probablement en lien avec les violences qui les ont amenés à fuir leur pays ou qu'elles ont connues au cours de leur parcours migratoire et aux conditions de vie dégradées qu'elles connaissent une fois arrivées en France(47). En effet, ces femmes viennent majoritairement des pays du continent africain où elles ont fui la misère, des guerres, des conflits interethniques, des génocides, des groupes extrémistes. Elles ont le plus souvent accumulé un ensemble de violences (conjugale, viol, prostitution, faits de guerre) avec un éloignement familial souvent accompagné de la perte de proches (enfant, mari, etc...). Ces différents traumatismes vont induire des troubles psychiques notamment dans la relation mère enfant(64). Ils sont difficiles à détecter car ils s'accompagnent souvent de silence et de méfiance. Mais la grossesse est également porteur d'espoir et leur donne la force et le désir de vivre au delà de la souffrance. Cela leur permet de créer un lien dans leur histoire, souvent partagée entre deux pays. L'enfant devient leur priorité, leur raison de vivre et permet un nouveau départ (par exemple, certaines sortent des réseaux de prostitution une fois enceinte).

Il est important d'avoir conscience et de prendre en compte ces différents traumatismes. Une prise en charge psychologique est primordiale car elle conditionne le suivi de la grossesse et la future relation mère enfant. Des évènements traumatiques non résolus peuvent conduire à des réponses inadaptées des mères dans certaines interactions avec leurs enfants(64) (comme par exemple des sentiments de peur et d'angoisse en réponse aux moments de détresses de l'enfant).

Les pathologies infectieuses étaient représentées par deux cas d'hépatite B et une patiente atteinte du VIH. Ces pathologies sont de nouveaux traumatismes pour ces patientes et sont parfois diagnostiquées lors de la grossesse (et dans certains cas sont issues de viol). Une prise en charge spécialisée avec des traitements lourds s'ajoute aux problèmes psychiatriques.

4.1.3 Le suivi de grossesse

La HAS recommande que ce suivi soit assuré par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. La coordination entre les différents professionnels permet de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. Ainsi la continuité des soins est mieux assurée.

Dans notre échantillon, cette recommandation semble être suivie. En effet, le suivi obstétrical de 12 femmes était assuré par des sages femmes (de PMI et/ou maternité) et 17 en collaboration avec un obstétricien de maternité. Aucune femme n'était suivie en cabinet libéral (de gynécologie ou de médecine générale). Le manque de couverture sociale représente un frein pour un suivi en secteur libéral. De plus le manque de gynécologue de ville et les longs délais d'attente sont peu compatibles pour cette population où la disponibilité et réactivité sont nécessaires. Dans la population générale le suivi est assuré par au moins un généraliste dans 23,8% des cas (62). Ces femmes sont souvent en France de façon récente et n'ont donc pas de médecin généraliste référent. Elles sont plutôt adressées aux PMI qui assurent la coordination du suivi.

Le suivi médical après l'accouchement semblait également prévu pour la majorité des femmes et des futurs enfants. 29 femmes avaient un suivi prévu dont 22 en PMI. Même après l'accouchement, le rôle du généraliste semblait laissé au second plan. Seulement 1 femme et son enfant seront suivis par un médecin généraliste. Une collaboration des PMI avec un médecin généraliste permettrait d'assurer un meilleur suivi de la femme et de son enfant dans le temps.

La majorité des femmes (58,1%) ont été vu pour la première fois en consultation lors du premier trimestre de grossesse mais seulement 38,6% ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce. Cet entretien est encore trop peu réalisé. La détection précoce de situation à risque pour la grossesse est primordiale chez ces femmes précaires. Cependant, ces résultats sont meilleurs que dans la population générale (21,4%). Cela est encourageant et souligne la volonté des professionnels à réaliser cet entretien chez ces femmes précaires. Dans une enquête réalisée par l'institut de veille sanitaire en 2012(65), deux tiers des femmes disaient ne pas avoir réalisé l'EPP car on ne leur avait pas proposé. Dans notre échantillon, cela peut également s'expliquer par le fait qu'un pourcentage important de femmes étaient détectées tardivement et que souvent l'EPP passait au second plan face aux urgences administratives, sociales et aux problèmes de logements. Des propositions pour en améliorer la pratique seraient de mieux informer les professionnels de la santé périnatale et les futures mères de ses modalités de réalisation et de ses avantages.

Le suivi obstétrical n'était finalement pas le problème majeur dans la prise en charge de ces femmes. La majorité des femmes avaient eu un suivi clinique, biologique et échographique conforme aux recommandations HAS. Ces chiffres étaient encore meilleurs quand les femmes étaient vues en consultation dès le 1^{er} trimestre de grossesse : 100% avaient eu 7 ou plus de 7 consultations prénatales et 3 ou plus de 3 échographies obstétricales. Les biologies (avec dépistage trisomie 21) et les prélèvements urinaires avaient été réalisés par 94,4% des femmes. Une fois détectées, ces femmes suivent bien leur grossesse. Une étude réalisée au CHU de Toulouse en

2001-2002(44)montre que l'irrégularité du suivi des femmes enceintes en situation de précarité et issue de l'immigration est surtout liée à leur statut administratif (absence de couverture sociale). En effet, la régularisation de la couverture sociale (notamment AME) fait de ces femmes des grandes consommatrices de soins. Leur culture est souvent centrée sur la maternité et le « principal acquis de leur immigration que revendiquent ces femmes africaines est l'accès aux soins pour la protection de leur enfant ».

Cela pourrait également expliquer le fait que la majorité des femmes de notre étude acceptait leur grossesse. La grossesse est une priorité pour elles et est souvent leur seul projet de vie.

41,9% des femmes avaient une pathologie de grossesse. Cela est peu élevé par rapport à l'étude réalisée au CHU de Toulouse (44) qui retrouvait une différence significative entre les femmes précaires et non précaires (87,% contre 75,1%).

Cependant le recours aux urgences était important et le taux d'hospitalisation plus élevé que dans la population générale (32,3% hospitalisées au moins une fois contre 18,8% (62)). L'enquête nationale périnatale réalisée en 2010 montrait que les femmes ayant de faibles ressources sont plus nombreuses à avoir eu une hospitalisation durant la grossesse(62). Un retard de suivi (concernant 45,2% de notre échantillon) aurait également comme conséquence une augmentation des prises en charge en urgence(47).

4.1.4 Caractéristiques de l'accouchement

Les caractéristiques de l'accouchement retrouvaient peu de différence par rapport à la population générale (46). La proportion d'hypotrophie (< 2500 g) était de 13% contre 7,1% et la proportion de prématurité (inférieur à 37SA) de 9,6% contre 7,4%. Le taux de transfert ou d'hospitalisation de l'enfant à la naissance paraissait plus important (13% contre 6,6%).

Le secteur public (maternité du CHU) a pris en charge 90,3% des accouchements alors que 28,2% de la population générale a accouché dans le privé. Cela peut s'expliquer par la grande précarité et le manque de couverture sociale souvent incompatibles avec les dépassements d'honoraires du secteur privé.

4.2 Décloisonner les milieux sociaux et médicaux

Les problèmes sociaux et médicaux sont intriqués et nécessitent un travail de collaboration entre les acteurs du milieu psychosocial et du milieu médical. Le secteur

hospitalier a pris la mesure de ce travail en équipe avec la mise en place de staffs médicosychosociaux réguliers. Dans notre étude, le dossier de 67,7% des femmes avait été traité en staff médico-psycho-social du CHU. Cela montre la volonté des professionnels médico-sociaux à travailler ensemble. Mais il reste encore environ un tiers des femmes dont le dossier n'a pas été traité de façon pluridisciplinaire. L'hôpital n'a pas la capacité de prendre en charge toutes les femmes enceintes en situation de vulnérabilité. D'après le Dr D. Mahieu-Caputo, il faut même « éviter un fonctionnement autonome ou même dominant des structures hospitalières »(45).

La HAS insiste également pour que les professionnels intervenants dans le suivi de la grossesse exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et si possible dans un réseau de périnatalité. En effet, le réseau périnatalité peut permettre ce décloisonnement indispensable à la coordination des actions médicosociales. Cependant il existe des problèmes de coordination dont le financement et l'organisation ne sont pas toujours prévus. Les difficultés administratives liées à la notion d'enveloppes budgétaires sont souvent des freins à cette collaboration interinstitutionnelles(45).

4.3 Propositions afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes

1) Il paraît important de renforcer la collaboration entre les secteurs médico-sociaux de ville et de l'hôpital afin d'aborder ces prises en charge de façon pluridisciplinaire. Un lieu d'échange commun pour partager les informations semble nécessaire.

L'objectif de cette analyse globale et partagée serait :

- d'évaluer les vulnérabilités et les capacités de ces femmes,
- de mobiliser les moyens existants ,
- de réévaluer régulièrement ces situations.

2) Il est souhaitable de limiter le nombre d'intervenant et essayer d'avoir un référent dans chaque domaine d'intervention. Une personne pourrait coordonner un groupe restreint de professionnel afin de faciliter les échanges. Cela permettrait aux professionnels, en difficulté avec une patiente, de mobiliser facilement et rapidement un réseau d'acteurs (du domaine médico-social, de l'hébergement, etc...).

3) Insister sur l'importance d'un repérage et d'une prise en charge précoces de la grossesse. Pour cela, rappeler l'importance de l'EPP en informant mieux les professionnels de la santé périnatale et les futures mères de ses modalités de réalisation et de ses avantages. Un repérage précoce et une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée permettraient d'agir plus efficacement sur les problèmes sociaux (titre de

séjour, couverture sociale, logement, et..), conditions indispensables pour assurer un bon suivi de grossesse et diminuer les prises en charge en urgence.

4) Pourquoi ne pas sensibiliser les patientes à prendre un médecin généraliste référent après l'accouchement? Cela permettrait d'établir une collaboration avec les PMI de ville (ne prenant en charge les enfants que jusqu'à 6ans) et un suivi dans le temps. Ces femmes sont amenées à être de nouveau enceinte, cela peut permettre de repérer précocement de nouvelles situations difficiles.

CONCLUSION

Ce travail de thèse s'inscrit dans la mise en place, sur la métropole bordelaise, d'un réseau d'acteurs issus du milieu médico-social, de l'hébergement d'urgence, de la maternité du CHU et de Bagatelle, engagés auprès de femmes enceintes en situation de précarité. La prise en charge de ces femmes est complexe car elles cumulent des vulnérabilités au croisement de différents domaines : administratif, social, médical et psychiatrique. Il semblait donc fondamental pour les acteurs de travailler en réseau, de jouer de leur complémentarité et de croiser leurs analyses afin de débloquent des situations souvent complexes administrativement et humainement. Une réunion de concertation pluridisciplinaire périnatalité a ainsi été créée en Novembre 2014 sur la métropole bordelaise conjointement à ce travail de thèse.

Cette étude a permis de recenser trente et une femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur quatre mois et de décrire leurs caractéristiques médico-psychosociales, leur suivi obstétrical et les caractéristiques de l'accouchement.

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs points fondamentaux. Tout d'abord, la majorité de ces femmes sont d'origine étrangère et victime de violence. La plupart n'ont pas de droit au séjour ce qui engendre des difficultés d'ouverture de droits sociaux, l'absence de travail, de revenus et par conséquent de logement. L'incertitude sur les modalités d'hébergement à la suite de l'accouchement est souvent présente et à l'origine d'un maintien prolongé dans les services hospitaliers. A cela s'ajoute un isolement résultant de l'affaiblissement des appuis familiaux et sociaux liés au déracinement.

Les intervenants sociaux sont souvent multiples mais les difficultés de communication et de coordination posent problème dans la prise en charge de ces femmes.

Sur le plan médical, les problèmes psychiatriques sont au premier plan. Ils résultent du passé de ces femmes, de l'accumulation des traumatismes subis tout au long de leur parcours et des conditions de vie en France. Le suivi obstétrical n'est pas le problème majeur dans leur prise en charge. En effet, il est dans la majorité des cas conforme aux recommandations de l'HAS. Malgré cela, le recours aux urgences reste important et est parfois la seule réponse apportée à ces femmes. Les suivis tardifs, souvent secondaires aux problèmes sociaux (absence de couverture sociale notamment) peuvent expliquer ce phénomène.

Un repérage précoce de ces situations complexes et un suivi longitudinal est donc indispensable pour une prise en charge médicosociale optimale. La RCP permet cette approche globale et pluridisciplinaire. L'objectif est de repérer les différentes vulnérabilités et capacités de la future mère (dans la relation mère-enfant, dans le suivi de la grossesse, à la réalisation des démarches administratives, etc ...) afin de mobiliser

les moyens existants pour mieux les aider. L'ensemble de ces vulnérabilités intriquées nous montre que la simple association entre précarité et risque pour la grossesse ne peut suffire. L'accompagnement et la coordination des interventions doivent être adaptés à chacune d'entre elles. Un référent dans chaque domaine d'intervention permettrait de mieux répartir les responsabilités et de faciliter la communication entre professionnels.

Les évènements de la période périnatale peuvent avoir un impact sur l'état de santé et la vie du futur enfant. Les inégalités sociales de santé périnatales pourraient être des facteurs de pérennisation des inégalités sociales. Les résultats de cette étude pourraient être complétés par une étude prospective sur le devenir de ces femmes et de leur enfant après l'accouchement afin d'évaluer l'impact des accompagnements effectués.

Une cohorte multicentrique intitulé "PreCare" est en cours de réalisation dans la région parisienne. Ses objectifs sont :

- évaluer l'impact de la précarité maternelle sur le devenir obstétrical et néonatal,
- identifier, parmi les différentes situations de précarité maternelle, celles jouant un rôle majeur sur les issues défavorables obstétricales et néonatales et sur la survenue d'évènements graves,
- étudier les parcours de soin en cas de situation précaire,
- étudier l'impact de la grossesse sur la condition socioéconomique.

Le thème de la précarité chez les femmes enceintes reste donc au centre des préoccupations. L'enjeu est une meilleure compréhension des mécanismes qui nous permettrait d'être en mesure d'orienter plus efficacement l'action médicale et sociale au niveau individuel et à un niveau plus large l'action des pouvoirs publics.

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. La situation périnatale en France en 2010. [consulté le 04 Avril 2014]. Consultable à <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
2. Plan de périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité ». Paris, 10 novembre 2004. [consulté le 04 Avril 2014]. Consultable à: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.
3. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [consulté le 10 Avril 2014]. Consultable à: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
4. République française. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 [consulté le 24 Avril 2014]. Consultable à: <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Preambule-de-la-Constitution-du-27-octobre-1946>
5. République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Consulté le 24 Avril 2014]. Consultable à: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
6. fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2013. [consulté le 05 Mai 2014]. Consultable à: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf
7. Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS). [Consulté le 18 Mai 2014]. Consultable à: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F13375.xhtml#N10088>
8. Article L251-1 Modifié par Loi n°2012-958 du 16 août 2012 [consulté le 13 Mai 2014]. Consultable à: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/AME_dispositions%20legislatives_reglementaires.pdf
9. Assurance maladie. La maternité. [consulté le 20 octobre 2014]. Consultable à: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite/les-modalites-de-prise-en-charge.php>
10. Code de la santé publique-article R.4127-53. [consulté le 20 octobre 2014]. Consultable à: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-53-tact-et-mesure-277>
11. Convention générale du 28 juillet 1951 [consulté le 14 Mai 2014]. Consultable à:

http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=CV_GENEVE_28071951

12. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [consulté le 28 Mai 2014]. Consultable à:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158>

13. Guide du demateur d'asile. la documentation française, Paris; 2009 [consulté le 28 Mai 2014]. Consultable à:

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Le_Guide_du_demandeur_d_asile.pdf

14. Article L313-11 11° du CESEDA. [consulté le 14 Avril 2014]. Consultable à:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024197223&cidTexte=LEGITEXT000006070158>

15. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile [consulté le 14 Avril 2014]. Consultable à: http://www.romeurope.org/IMG/pdf/CESEDA_20-

[_20art_20L121-1_20_C3_A0_20L121-5_20-20Droit_20au_20s_C3_A9jour_20-20Ressortissants_20UE.pdf](http://www.romeurope.org/IMG/pdf/CESEDA_20-20art_20L121-1_20_C3_A0_20L121-5_20-20Droit_20au_20s_C3_A9jour_20-20Ressortissants_20UE.pdf)

16. WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Avis et rapport du Conseil économique et social, 28 février 1987. [consulté le 05 mai 2014]

17. France.Haut comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. [consulté le 05 mai 2015]

18. République Française. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé [consulté le 18 Mai 2014]. Consultable à:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332>

19. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires. 2007 Mar 1;n° 53(1):3-49. [consulté le 15 mai 2014]

20. Sass C. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006 avril; 14:93-96. [consulté le 20 juin 2014]

21. Lenoir R. Les exclus-un français sur dix. Paris: Editions du seuil; 1974. [consulté le 15 juin 2014]

22. Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé ; 02-1998, p. IX. [consulté le 15 avril 2014]

23. INSEE. Pauvreté monétaire. Consultable à: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>. [consulté le 15 avril 2014]

24. Houdré C, Ponceau J, Zergat Bonnin M. Les niveaux de vie en 2011. Insee Premiere. Septembre 2013. [Consulté le 18 octobre 2014]. Consultable à : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1464/ip1464.pdf>
25. Brousse C. L'enquête sans-domicile 2001. 2006. [consulté le 02 Mai 2014] Consultable à: http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?ref_id=IMET116&nivgeo=0
26. FEANTSA. ETHOS. Typologie européenne de l'exclusion liée au logement [[consulté le 20 avril 2014]. Consultable à: <http://www.feantsa.org/spip.php?article121&lang=en>
27. Collectif. Conférence européenne de consensus sur le sans abris : Recommandations du jury. 2010. consultable à : http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FblobServlet%3FdocId%3D6489%26langId%3Dfr&ei=4PGRU6LJMKSj4gT-s4DwDQ&usq=AFQjCNF3IR3PDVUGDQk9Ej52m2EvXeQkmw&sig2=_NGTk2M2HlhKkgI1ECiI6Q
28. FEANTSA. L'évolution des profils des sans-abri: Une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe: Qui et Pourquoi? [consulté le 05 Juin 2014]. 2005. Consultable à http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/2005_profiles_fr.pdf
29. Yaouancq F, Lebrere A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans domicile en 2012. 2013 juillet [consulté le 05 Juin 2014];(1445). Consultable à: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1455/ip1455.pdf>
30. Yaouancq F, Duée M. Les sans-domicile et l'emploi: Des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie. Insee Premiere [consulté le 20 Avril 2014]. Consultable à: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1494/ip1494.pdf>
31. Schröder-Butterfill, E., Marianti, R. (2006). "A framework for understanding old-age vulnerabilities", *Ageing and Society*, 26, (1), 9-35. [consulté le 28 octobre 2014]
32. Chambers, R. (1989). "Vulnerability, coping and policy". *IDS Bulletin* (Institute of Development Studies, University of Sussex), 20, 2, 1-7. [consulté le 28 octobre]
33. Claude Martin. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. [consulté le 14 octobre 2014]. Consultable à: https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/915581/filename/Castel_vulnA_rabilitA_Martin_290813.pdf
34. Leblanc G. Que faire de notre vulnérabilité? Bayard. 2011. [consulté le 26 novembre 2014]
35. Agence nationale de la recherche. Vulnérabilité, à l'articulation du sanitaire et du

social [consulté le 16 juillet 2014]. 2008. Consultable à: [http://www.agence-nationale-recherche.fr/suivi-bilan/appels-a-projets-edition-2013/appel-detail/?tx_saap_pi1\[uid\]=191](http://www.agence-nationale-recherche.fr/suivi-bilan/appels-a-projets-edition-2013/appel-detail/?tx_saap_pi1[uid]=191)

36. Adam C. Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste. Available from: <http://humanitaire.revues.org/2793>. [consulté le 20 janvier 2015]

37. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-témiscamingue. L'ABC de l'autogestion des soins. [consulté le 15 février 2015]. Consultable à: http://www.medicine.mcgill.ca/symposiumruismcgill/documents/Bloc_ateliers_3/A3_T3_CussonHubert.pdf

38. Potvin L, Moquet M José, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES. 2010 [consulté le 15 septembre 2014]; Consultable à: <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

39. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. Rev Prat 2004; 54 : 2221-7. [consulté le 15 mars 2015]

40. Whitehead M, 1990. The concepts and principles of equity in health. Copenhagen : WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/RPD 414 7734r). In Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Ann Rev Public Health 2006 ; 27 : 18.1 – 18.28.

41. Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee Première [consulté le 25 Mai 2014]. Consultable à: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip1025.pdf

42. Loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique (J.O. 11 Aout 2004) [consulté le 14 Septembre 2014]. Consultable à: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

43. Haut Comité de Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité [Consulté le 14 Septembre 2014]. 2009. Consultable à: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>

44. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Mautel G, Reme J-M, Grandjean H. Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol reprod, 2005; 34 (cahier 1):23-32. [Consulté le 14 février 2014]. Consultable à: <http://www.em-consulte.com/en/article/115229>

45. 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 Fertil. 2010 février;38(2):83-91. [Consulté le 10 aout 2014]

46. DREES.disparités sociales et surveillance de grossesse. Janvier 2007. [Consulté le 10 aout 2014].Consultable à: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf>
47. Médecins du monde. Rapport 2013. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. [Consulté le 14 mars 2015]. Consultable à: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/Observatoire-2014-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-telechargez-le-rapport>
48. Convers M. Utilisation du score epices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. La revue Sage-femme 2010;9:3-9. [Consulté le 14 Septembre 2014]
49. BLONDEL, B. Déroulement de la grossesse et santé périnatales chez les femmes en situation précaire. Réalité en gynécologie et obstétrique, novembre 2010, 1-5. [Consulté le 10 mars 2015].
50. TIMMERMANS S, GOUKEONDEL B et al. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. European Journal of Epidemiology, janvier 2011. [Consulté le 14 Septembre 2014]
51. Lejeune C. Précarité et prématurité. J Péd Puér 2008 ; 21 : 344-8. [Consulté le 10 mars 2015]
52. BATTUT A. Grossesse et grande précarité. Vocation sage-femme, 2008 ; 66 : 9-15. [Consulté le 108 mars 2015]
53. Code de l'action sociale et des familles. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007. Journal officiel n° 55 du 6 mars 2007. [Consulté le 28 avril 2014]. Consultable à :<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006055596#LEGIARTI000006681604>,.
54. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. [Consulté le 14 Septembre 2014]
55. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 [Consulté le 14 avril 2014]. Consultable à: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000815414&fastPos=1&fastReqId=1944769793&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
56. Décret n°2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées "lits halte soins santé" [consulté le 20 février 2015]. 2006-556 mai, 2006. Consultable à: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819044&fastPos=2&fastReqId=1641538519&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
57. Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale [consulté le 15 février 2015].

Consultable à:

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094>

58. Code de la santé publique - Article L2111-1 [consulté le 20 février 2015]. Code de la santé publique. Consultable à:

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F26A822D1EAEAB845DA8B3AD92ACD201.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006687349&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100531

59. Code de la santé publique - Article L2112-2 [consulté le 15 janvier 2015]. Code de la santé publique. Consultable à:

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B7B89C349A638659D5AE875DE77D4F4C.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006687359&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20071221

60. Code de la santé publique - Article L6112-2 [consulté le 15 janvier 2015]. Code de la santé publique. Consultable à:

<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690682&dateTexte=&categorieLien=cid>

61. LOUBET MALET M. Femmes d'ailleurs et d'ici, l'accompagnement de femmes d'origine étrangère en centre maternel. Mémoire du Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé, Bordeaux: IRTS Aquitaine, 2007. [Consulté le 11 mai 2014]

62. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [consulté le 15 septembre 2014]. 2011. Consultable à:

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

63. Ozguler A, Alfaro C, Bonniaus G, Renders P, Blot P, Brodin M, et al. Problèmes sociaux rencontrés lors du suivi prénatal dans une maternité parisienne.

[/data/revues/03682315/00270004/389/](#) [Internet]. 2008 Aug 3 [consulté le 12 mai 2015]; Consultable à: <http://www.em-consulte.com/en/article/113686>

64. Yoram Mouchenik, Thierry Baubet, Marie Rose Moro. Manuel des psychotraumatismes : cliniques et recherches contemporaines. 2012.

65. Branger bernard. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité. 2012. [Consulté le 11 mars 2015]. Consultable à: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9905

Annexe 1- Questionnaire

ÉLÉMENTS SOCIAUX

Date de naissance (mm/aaaa) :

Première lettre du Nom et du Prénom :

Nationalité :

Orientée/détectée par :

Motif(s) de l'orientation :

- précarité en matière d'hébergement
- précarité administrative de par un parcours de migration et son corolaire la barrière linguistique
- difficulté d'accès aux soins ou difficulté observée en matière de continuité des soins du fait notamment de la précarité sociale et/ou d'une problématique psychique complexe
- risque potentiel pour l'enfant à naître de par la situation de précarité ou de la difficulté de mentalisation de la grossesse
- risque de rupture conjugale ou isolement social

Entourage

- isolée
- en couple

Père

- inconnu
- connu

Enfant(s) au foyer (nombre et âge) :

Possibilité d'aide par des personnes de l'entourage

- d'hébergement
- matérielle
- aucune

Contact avec des membres de la famille autres que les parents ou enfants au cours des 6 derniers mois

- oui
- non

Situation maltraitance/violence

- oui
- non

Si oui

- violence sexuelle
- victime de traite
- violence conjugale
- Autre :

Niveau d'étude

- non scolarisée
- niveau inférieur au BAC
- Niveau supérieur au BAC

Maitrise du français

- oui
- non
- partielle

Ressource

- Salaire
- RSA
- Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Aide Temporaire d'Accueil (ATA)
- Allocation chômage
- Aucune
- Autre :

Protection sociale

- Régime général ou équivalent
- CMU

- AME
- ALD
- aucune
- Autre :

Complémentaire santé

- mutuelle
- CMUc
- Aucune
- Autre :

Logement

- propriétaire
- rue
- tiers
- précaire (caravanes, hotels, sites illégaux, logement indigne, condition de surpeuplement...)
- circuit d'hébergement d'urgence
- LHSS
- Structure d'hébergement
- Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA)
- foyer maternel

Si structure d'hébergement, laquelle :

Si précaire

- caravane
- cabane
- bidonville
- sites illégaux
- hotel

- condition surpeuplement et insalubrité

Risque sanitaire secondaire aux conditions de logement

- saturnisme
- Autre :

Période dans le mois avec de réelles difficultés financières à faire face aux besoins (alimentaiton, loyer, edf...)

- oui
- non

Titre de séjour

- oui
- non

Si oui, lequel? :

Nécessité d'ouverture de droit pendant le séjour

- oui
- non

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez la vulnérabilité de la patiente?

Pas vulnérable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très vulnérable

Référent social

- oui
- non

Si oui, qui? :

Activité sportive dans les 12 derniers mois

- oui
- non

Vacances au cours des 12 derniers mois

- oui
- non

A assisté à un spectacle dans les 12 derniers mois

- oui
- non

ÉLÉMENTS MÉDICAUX

Gestité :

Parité :

Antécédents médicaux/gynécologiques :

Antécédents obstétricaux :

- Fausse couche spontanée
- Interruption Médicale de Grossesse (IMG)
- Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- Grossesse pathologique
- Menace d'accouchement prématuré
- Prématuré
- Césarienne

Vécu des grossesses antérieures

- Bon
- Difficile

Pathologie psychiatrique

- Syndrome de Stress Post Traumatique (PTSD)
- Psychose
- Épisode dépressif Majeur
- Autre :

Si oui, suivi par

- MANA
- Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité (EMPP)
- Réseau mère/enfant

- Aucun
- Autre :

Addiction

- tabac
- alcool
- aucune
- Autre :

Statut sérologique positif

- VIH
- Hépatite B
- Syphilis
- Toxoplasmose
- Rubéole

Diabète gesttionnel :

- oui
- non

Traitement(s) :

Grossesse acceptée

- oui
- non

Grossesse sous contraceptif

- oui
- non
-

SUIVI DE LA GROSSESSE

Terme de la grossesse lors de la détection :

Date prévue d'accouchement :

Nombre de consultation prénatale

- plus de 7
- 7
- entre 3 et 7
- moins de 3
- aucune

Suivi tardif (pas de consultation lors du 1er trimestre)

- oui
- non

Nombre d'échographie obstétricale

- 1
- 2
- 3
- Plus de 3
- Aucune

Si échographie(s) obligatoire(s) non faites, précisez la ou lesquelles et la raison :

Entretien prénatal précoce

- oui
- non
- ne sait pas

Si oui, où et par qui?

Si non, a-t-il été proposé?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Staff médico-psycho-sociaux

- oui
- non

Si oui, Nombre et lieu? :

Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

- 8
- entre 4 et 8
- moins de 4
- aucune

Consultation pré-anesthésie

- oui
- non

Déclaration de grossesse

- avant 15 SA
- après 15 SA
- aucune déclaration

Suivi de la grossesse par

- médecin traitant
- gynécologue obstétricien
- sage femme
- aucun
- Autre :

Lieu de suivi de la grossesse

- Maternité
- cabinet de ville
- PMI
- aucun
- Autre :

Si suivi en maternité, laquelle? :

Nombre de passage aux urgences avant l'accouchement :

Nombre d'hospitalisation avant l'accouchement :

Durée d'hospitalisation pendant la grossesse :

- moins de 3 jours
- plus de 7 jours
- Autre :

Motif(s) d'hospitalisation(s)

Pathologie(s) de grossesse :

Dépistage sérique trisomie 21 :

- oui
- non

Actes biologiques selon HAS

- oui
- non

Prélèvements urinaires selon HAS

- oui
- non

Prélèvement vaginal streptocoque B

- oui
- non

Lieu prévu de l'accouchement :

Suivi médical de la mère à la sortie prévu par :

Suivi médical de l'enfant à la sortie prévu par:

Référent social à la sortie :

Logement à la sortie prévu :

- Oui
- Non

Si oui, lequel?

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez vous la qualité du suivi de la grossesse

Très mauvais 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très bon

ACCOUCHEMENT

Prématurité

- inférieur à 28 SA
- Entre 28 SA et 32 SA
- Entre 32 SA et 37 SA
- Pas de prématurité

Type d'accouchement

- voie basse
- césarienne

Poids de naissance

- normotrophe
- hypotrophe (inférieur à 2500g)
- macrosome (supérieur à 4000g)

Issue de grossesse

- vivant
- mort

Hospitalisation de l'enfant à la naissance?

- Oui
- Non

Si oui, où ?

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

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

Consultation (Cs)	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique Poids ; TA ; HU ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• glycosurie et albuminurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin					X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes	-	-	X	-	X
• et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	X	X	X	X	X
• toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	-	-	X	-	-
• recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• hémogramme					
Examens à proposer systématiquement					
- 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
- 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
- Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Contexte: La France connaît depuis plusieurs années une augmentation des situations de précarité des femmes enceintes. Ces situations de vulnérabilités auront un impact sur le bon déroulement de la grossesse. Une des réponses à cette problématique a été la création de staff médico-psycho-social et d'entretien prénatale précoce avec pour objectifs de repérer le plus tôt possible ces situations de vulnérabilité et de les prendre en charge de façon pluridisciplinaire. Malgré cela, les professionnels intervenant auprès de cette population présentent des difficultés à partager les critères de priorisation de leurs interventions et à coordonner leurs interventions.

Objectif: Décrire les caractéristiques médico-psycho-sociales et le suivi obstétrical des patientes enceintes vulnérables prises en charge par le réseau périnatalité de Bordeaux métropole.

Matériels et méthodes: Etude de cohorte prospective réalisée à partir des dossiers des patientes du 1^{er} Octobre 2014 au 27 Février 2015.

Résultats: La majorité des femmes était d'origine étrangère (notamment africaine), en situation irrégulière (pas de titre de séjour), célibataire, ne parlant pas ou peu le français et victime de violence. La plupart n'avaient pas de revenus et une couverture sociale insuffisante (19,3% sans complémentaire santé). Le problème du logement pendant et après l'accouchement était prépondérant dans la prise en charge de ces femmes : 71% ont connu la rue pendant la grossesse et un logement était prévu après l'accouchement dans seulement 58,1% des cas (dont 19,3% considérés comme précaires). Sur le plan médical, malgré des antécédents lourds notamment sur le plan psychiatrique (51,6% de pathologies psychiatriques), le suivi obstétrical (consultations anténatales, échographies obstétricales, prélèvements biologiques et urinaires) était dans la majorité des cas conforme aux recommandations fixées par l'HAS.

Conclusion: Ces patientes présentent un cumul de vulnérabilités (médico-psycho-sociale) nécessitant une approche globale, une réflexion pluridisciplinaire s'inscrivant dans le temps. Un repérage précoce des vulnérabilités et capacités des mères est indispensable afin d'orienter plus efficacement l'action médicale et sociale au niveau individuel.

Title: Medical, psychological and social characteristics and obstetric monitoring of pregnant women in vulnerable situations Bordeaux metropolis.

Background: France has for many years an increase in precarious situations of pregnant women vulnerabilities. These situations have an impact on the smooth running of pregnancy. One answer to this problem was the creation of medical and psychosocial staff and early prenatal care. Their goals were to identify as early as possible those situations of vulnerability and take care of a multidisciplinary way. Despite this, the professionals working with this population have difficulties to share the prioritization criteria of their interventions and to coordinate their interventions.

Objective: To describe the medical, psychological and social characteristics and obstetric monitoring of vulnerable pregnant patients supported by the Perinatal Network of Bordeaux metropolis.

Materials and Methods: Prospective cohort study conducted from records of patients from 1 October 2014 to 27 February 2015.

Results: The majority of women were of foreign origin (especially African), irregular (not residence), single, or not speaking little French and abused. Most had no income and insufficient social protection (19.3% without additional health). The housing problem during and after delivery was predominant in the care of these women: 71% experienced street during pregnancy and housing was planned after delivery in only 58.1% of cases (19, 3% considered insecure). On the medical side, despite long history including the psychiatric (51.6% of psychiatric disorders), obstetric monitoring (antenatal consultations, obstetric ultrasound, biological and urine samples) was in most cases in line with the recommendations set by the HAS.

Conclusion: These patients have a cumulative vulnerabilities (medical, psychological and social) that require a comprehensive, multidisciplinary reflection registering in time. An early identification of vulnerabilities and capacities of mothers is essential to more effectively guide medical and social action at the individual level.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés: femmes enceintes, suivi de grossesse, précarité, vulnérabilité, pluridisciplinarité.
