



HAL
open science

**Repérage de la précarité au cours de la grossesse. “
Grossesse + précarité = Urgence médicale ”**

Marie-Charlotte Cambier

► **To cite this version:**

Marie-Charlotte Cambier. Repérage de la précarité au cours de la grossesse. “ Grossesse + précarité = Urgence médicale ”. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02170008

HAL Id: dumas-02170008

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170008>

Submitted on 1 Jul 2019

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.

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE**

Repérage de la précarité au cours de la grossesse

« Grossesse + précarité = Urgence médicale »

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

Présenté et soutenu par

Marie Charlotte CAMBIER

Sous la direction de

Isabelle Vaast Sage-Femme enseignante à la FMM

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE**

Repérage de la précarité au cours de la grossesse

« Grossesse + précarité = Urgence médicale »

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

Présenté et soutenu par

Marie Charlotte CAMBIER

Sous la direction de

Isabelle Vaast Sage-Femme enseignante à la FMM

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

REMERCIEMENTS

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

Tout particulièrement Mme Isabelle Vaast, Sage-femme enseignante, directrice de mémoire et véritable soutien durant la réalisation de ce travail ; pour ses conseils judicieux, sa grande disponibilité et sa bienveillance.

Toute l'équipe enseignante de maïeutique pour ces quatre belles années durant lesquelles vous nous avez si bien accompagnés et entourés.

Les professionnels rencontrés au cours de mes recherches, pour leur disponibilité.

Mes colloques, Claire, Anne et Camille pour leur soutien infaillible et notre complicité dans les bons et les mauvais moments.

Merci à Raphaëlle, Camille et Maëlis pour votre amitié durant ces cinq années d'études, ce n'est que le début !

Enfin ma famille, particulièrement mes parents pour leurs encouragements et leur confiance.

GLOSSAIRE

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CES : Centres d'Examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNGOF : Conseil National de Gynécologie et Obstétrique Français

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'enfant

CNOM : Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EPICES : Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil d'Egalité

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MDM : Médecins du Monde

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

PMI : Protection maternelle Infantile

GYNSF : Gynécologie Sans Frontière

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIAO : Service intégré de l'Accueil et de l'Association

SOLIPAM : Solidarité Paris Maman

Table des matières

INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : MATERIEL ET METHODE	4
1. Type d'étude.....	4
2. Moteurs de recherches.....	4
3. Choix des mots clés.....	4
4. Critères d'inclusion	4
5. Critères d'exclusion.....	5
6. Constitution de la base de données bibliographique.....	5
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION	6
I- PRECARITE ET GROSSESSE	7
1. Qu'est-ce que la précarité ?.....	7
1.1- Pluralité des définitions	7
1.2- Un enjeu de santé publique	10
1.3- Situation sociétale actuelle en France	12
2- Le contexte de grossesse	13
3- Conséquences médicales de la précarité sur la grossesse	15
3.1- Périnatalité et précarité	15
3.2- Facteurs de risques	16
II- DEPISTAGE ET/OU REPERAGE	19
1- Définition repérage / dépistage.....	19
2- Recensement des moyens objectifs de repérage de la précarité	19
2.1- Les scores	20
2.2- Les dispositifs mis en place pour faciliter le repérage	24
3- Comparaison et analyse des scores et dispositifs de dépistage existants.....	25
III- PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE AU DELA DU REPERAGE	32
1- Travail interdisciplinaire	32
2- L'accès aux soins	35
3- Représentations sociales	38
4- Réseaux de santé	40
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45

INTRODUCTION

Aujourd'hui, si le lien entre précarité et état de santé semble incontestablement établi, il n'en demeure pas moins qu'il reste très difficile d'évaluer la défaveur sociale.

Selon des études récentes (RODRIGUES et al, 2014)(PABION, 2014) il existe une réelle discordance entre l'appréciation de la précarité d'une personne par le professionnel de santé qui reste très subjective et l'évaluation par la personne elle-même. Ce hiatus est peut-être à mettre en lien avec une réelle difficulté à définir ce que le terme précarité recouvre. L'implication de certains déterminants à une situation de précarité sont désormais connus et on ne peut qualifier une personne de « précaire » en répondant uniquement à des critères normatifs tel que le revenu (PABION, 2014).

La précarité est à différencier de la pauvreté et amène donc à penser qu'il existe différentes formes de précarité, qu'elle soit économique, sociale, psychologique ou professionnelle. Si celle-ci reste difficile à évaluer, encore faut-il pouvoir la définir. Définir la précarité est essentiel pour une observation pertinente du problème, de son évolution mais aussi pour l'analyse de son impact sur la santé périnatale en particulier. La définition retenue permettra d'élaborer des plans expérimentaux mais également des actions engagées.

Pourtant la difficulté de cet obstacle oblige de nombreux auteurs à approcher la notion de précarité à travers une seule composante bien souvent l'insuffisance de ressources ou le statut économique et social, les autres étant trop subjectives (AZRIA, 2012). La précarité représente aujourd'hui un des enjeux majeurs de santé publique. Elle touche notre environnement et nous la rencontrons tous les jours. La société s'inquiète de la situation mais se trouve bien souvent démunie devant une problématique qu'elle n'arrive pas à définir concrètement. Cette pluralité des définitions témoigne mal de la réalité du terrain et tend à une mauvaise utilisation de ces termes rendant le sujet « tabou ». Il n'est en effet pas aisé de parler de « précarité » avec ses patients, le terme étant devenu parfois trop stigmatisant. Entre polysémie et flou (BOUFFARTIGUE, 2015), la non-définition de la précarité semble plus servir une certaine stigmatisation des populations concernées et des difficultés d'appréhension des professionnels.

Cette problématique est exacerbée dans un contexte de périnatalité puisqu'elle s'ajoute à la vulnérabilité (MISSONNIER, 2011) (JACQUES, PURGES, 2013) inhérente à toute grossesse. Nous en venons donc au fait qu'il existe un lien entre vulnérabilité et précarité. Toute personne est vulnérable mais tout le monde n'est pas précaire. La vulnérabilité induirait-elle la précarité ? Repérer ces femmes en situation de précarité pendant la grossesse n'est pas si simple puisque les dossiers obstétricaux sont bien souvent pauvres sur le sujet. Ils reposent souvent sur des critères socio-administratifs contestables tant et si bien que la situation de précarité est bien souvent équivoque. Reste de savoir s'il est nécessaire de la « dépister » et qui en est le premier interlocuteur.

La volonté de repérer ces situations est justifiée par des études qui semblent montrer qu'elles majoreraient la survenue de problème de santé, de pathologies obstétricales, de mortalité néonatale.

La situation se révèle être totalement floue, et en raison des potentielles conséquences médicales mais aussi psychosociales, on peut se poser légitimement la question :

Est-il possible et nécessaire de développer une politique de repérage systématique de la précarité au cours de la grossesse ?

La problématique est posée dans le but d'atteindre plusieurs objectifs :

- Redonner un sens pragmatique au terme de précarité.
- Recenser les moyens objectifs de repérage de la précarité dans une population générale afin de les appliquer sur une population particulière (les femmes enceintes).
- Analyser les résultats afin de rendre compte de l'utilité/nécessité de ces moyens, et déstigmatiser les scores.

Les références bibliographiques permettront de faire le point sur les définitions qu'il existe actuellement sur ce sujet d'enjeux majeurs et de déceler ce que l'on met concrètement sous le terme de précarité. Tout en évoquant les diagnostics différentiels de la précarité, nous replacerons celle-ci dans un contexte particulier qu'est la grossesse. Dans une deuxième partie, nous évoquerons et recenserons dans la mesure du possible le plus de moyens de dépistages et/ou repérages existants et évaluerons par le biais de résultats, et de références bibliographiques leur utilisation et efficacité dans le cadre de la grossesse. Enfin nous terminerons cette étude par l'appréciation de la place des sages-femmes et des autres professionnels de périnatalité dans l'évaluation de ces situations, l'importance du travail interdisciplinaire et les obstacles rencontrés qui sont des freins à la mise en place d'un repérage et/ou d'une prise en charge optimale.

PREMIERE PARTIE : MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Etude bibliographique.

2. Moteurs de recherches

Pour ce faire, nous avons sélectionné des bases de données afin de recueillir la bibliographie nécessaire à l'étude du sujet tel que :

- Google Scholar
- Science Direct
- Cairn
- Pub Med
- Dumas
- EM-Premium.

3. Choix des mots clés

Afin de rendre notre recherche plus ciblée, nous avons défini des mots clés :

- Précarité et grossesse
- Précarité et risque périnatal
- Scores de précarité
- Vulnérabilité
- Prévention
- Politiques de santé.

4. Critères d'inclusion

- Articles des 20 dernières années (sauf exception pour articles de référence, définitions clés)
- Littérature de la langue française (sauf article de référence) datant de moins de 20 ans (sauf articles de références)
- Articles francophones traitant de la précarité en territoire français.
- Mémoires et thèses de maïeutique, médecine, sciences humaines et sociales.
- Rapports d'organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et d'activités d'associations.
- Recommandations et projets de lois.

5. Critères d'exclusion

- Littérature traitant de précarité de populations trop spécifiques qui complexifierait notre étude.
- Littérature traitant de la précarité en lien exclusif avec la population migrante.
- Etudes faites en territoire international.

6. Constitution de la base de données bibliographique

- Modalité d'analyse, résumés des références bibliographiques sur Zotero

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

Le thème du mémoire m'a été suggéré lors des stages en consultations prénatales où nous avons fait face à des situations marquantes où les femmes exprimaient une réelle détresse physique et psychologique. Malgré plusieurs consultations certaines femmes étaient restées muettes à « l'interrogatoire » de la sage-femme et finissaient par admettre leur envie d'être aidées seulement lorsqu'elles étaient à cours de solutions. Les consultations étaient tournées vers des questions vitales « Depuis quand n'avez-vous pas mangé ? », « Où dormez-vous ce soir ? ». Il nous paraissait alors surprenant que la détresse de ces femmes n'ait pas été repérée auparavant, que ce soit lors de l'ouverture du dossier, ou d'un entretien avec une sage-femme. Certes, le suivi de grossesse était parfois négligé par les patientes mais la protection de leur enfant les poussait toujours à venir consulter même « irrégulièrement ».

Devant la réalité d'une précarité menaçante pour la mère et son enfant, il nous semblait évident de chercher les moyens mis en œuvre pour repérer ces femmes précaires et de nous intéresser au sens même du terme « précarité ». Les études concernant les conséquences de cette dernière, l'accès aux soins en cas de précarité, étaient nombreuses. Nous nous sommes intéressés aux dispositifs mis en place pour combattre cette défaveur sociale et seul le score EPICES nous est apparu au premier abord. Ce n'est qu'en poussant nos recherches, que nous avons trouvé d'autres scores concrètement établis. La méconnaissance de ces scores et le peu d'informations trouvées quant à leur utilisation en France ont éveillé notre curiosité. Le sujet était à creuser et un mémoire bibliographique nous permettait une approche comparative, socio-économique et médicale du contexte et paraissait optimal. Pour des raisons éthiques et pratiques, une enquête auprès des patientes vulnérables aurait été trop risquée du fait de l'absentéisme, les pertes de vue et la difficulté d'accès à ces femmes.

A partir de nos mots clés, au fil de nos lectures et en respectant nos critères d'inclusions et d'exclusions, nous avons recensé au total 61 références bibliographiques ayant contribué à la réalisation de ce mémoire. La sélection de ces articles parmi plusieurs centaines fut difficile puisque l'abondance de littérature sur le sujet englobait la précarité de populations très spécifiques et stigmatisées (allant des migrants aux agriculteurs par exemple), de régions particulières (un hôpital, une ville...) et d'articles étrangers qui ont dû être écartés de l'étude ; ne laissant qu'une centaine d'articles interprétables. Les références choisies, traitaient souvent la précarité comme un concept général, en France, et abordaient de nombreux items de notre travail.

La littérature est extrêmement abondante et récente sur le thème de la précarité qui est balayé entièrement. La difficulté à orienter notre travail vers un type de précarité a soulevé la question simple « mais finalement qu'est-ce que la précarité ? ». La littérature riche sur la question

confirme la dimension multifactorielle de la précarité dont la définition exacte n'est pas strictement définie et précise puisque la précarité est considérée comme une insécurité en constante évolution. De plus, les termes vulnérabilité et précarité sont souvent mélangés et il me paraissait important de les différencier dans un contexte de grossesse où la femme est continuellement vulnérable.

La bibliographie concernant la femme enceinte précaire est plus rare du point de vue de la prise en charge et les articles la concernant ne constituaient que 10% des références retenues. Mais les conséquences du processus au niveau médical sont véritablement connues et ont fait l'objet de nombreux mémoires et rapports du CNGOF notamment.

La littérature concernant les scores et dispositifs d'aide au repérage concernait pour la plupart des thèses, études et mémoires représentant 17 références. Au cours de notre recherche, un article anglophone est sélectionné afin de répondre à l'analyse des scores.

Concernant les scores, certaines études ont été réalisées sur ceux existants mais aucune information n'ont été trouvées quant au lieu et au contexte de leur utilisation.

I- PRECARITE ET GROSSESSE

1. Qu'est-ce que la précarité ?

1.1- Pluralité des définitions

Le manque d'évaluation du problème résulte probablement du manque de définition des termes concernés. Si aujourd'hui le phénomène de précarité prend des proportions qui nous dépassent il est important de comprendre cette notion ainsi que toute celles qui s'en rapprochent. La notion de précarité s'est développée au 19^{ème} siècle avec l'industrialisation où les difficultés sociales s'accumulent¹. Des situations de fragilité sont identifiées et c'est pour les décrire que la notion de « précarité » est introduite dans le vocabulaire et est aujourd'hui étudiée en science humaines. Le problème ne réside pas tant dans la quantité des définitions mais plutôt dans la qualité. En effet le terme de « précarité » semble être la description adaptée aux moindres problèmes psychosociaux et financiers rencontrés, employé souvent maladroitement. Afin de donner une définition concrète et de détacher la notion de précarité d'autres termes, plusieurs sources sont ici analysées.

- Vulnérabilité

Selon « les trésors de la langue française » ; la vulnérabilité est caractère de ce qui est vulnérable. Synonyme de « *fragilité, qui peut être blessé, facilement atteint, attaqué* »². Ces fragilités sont inévitables et même « *inhérentes à l'existence car faisant partie du développement des personnes* ». La recherche biomédicale identifie spécifiquement les personnes dites vulnérables :

¹ CF « Trésors de la langue française » : <http://atilf.atilf.fr/>

² Définitions issues de « Trésors de la langue française » - <http://www.-le-tresor-de-la-langue.fr>

enfants, personnes malades, séniles, démentes, femmes enceintes, personnes économiquement défavorisées ou ayant une éducation faible.

« Les situations de vulnérabilité sont donc intégrées dans le concept de précarité, elles sont tellement combinées qu'il est parfois difficile de reconnaître si ces fragilités expliquent ou sont issues de la situation de précarité » (TUDREJ, 2006)

- L'exclusion

Le Haut Comité de Santé Publique définit quant à lui 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 »* (HCSP, 1998). Aujourd'hui, l'exclusion considérée comme *« stade ultime de la précarité »* par une majorité d'auteurs est aussi perçue comme la conséquence d'une situation de précarité qui s'aggrave entretenue par les facteurs environnementaux et par elle-même ; allant au-delà *« d'un point de non-retour »*. Cette situation devient difficilement réversible et les personnes sont rapidement stigmatisées comme *« en dehors de la société »* et ne bénéficient pas de la solidarité internationale. (LOISY, 2000)

Quelle que soit la période, beaucoup de membres de la population ont déjà été mis à l'écart et ceci pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles, des raisons raciales, de santé mentale, de handicap... Sur un plan médico-social, ces personnes sont plus ou moins caractérisables par leur mode de vie ou leurs pathologies médicales. On note bien sûr des problèmes d'hygiène, de malnutrition, d'addiction et toutes les conséquences sociales et médicales qui en découlent. (LOISY, 2000)

- La pauvreté

Le Haut Comité de Santé Publique définit la Pauvreté comme *« l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources »*. La pauvreté s'appuie essentiellement sur la réalité économique du revenu et en France, un individu est officiellement considéré comme *« pauvre »* quand ses revenus mensuels après impôts et prestations sociales sont inférieurs à 846 euros (seuil à 50% du revenu médian). (MAURIN, 2017)

- La précarité

La précarité est *« synonyme d'incertitude, instabilité. Précarité d'une situation, d'une position ; précarité des débouchés, des ressources ; précarité d'une analyse, d'un effort, d'un lien, d'une victoire ; précarité de l'information. Caractère de ce qui est précaire. »*³

³ Définitions issues des « Trésors de la langue française » - <http://www.le-tresor-de-la-langue.fr>

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

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ; l'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». (WRESINSKI, 1987).

Cette dernière définition est celle qui revient le plus régulièrement comme référence lorsque la précarité est évoquée. Ainsi, elle désigne le parcours d'une famille ou d'une personne et la situation dans laquelle elle se trouve. Elle n'évoque pas un niveau de ressources ou un niveau de vie. *« C'est le reflet de l'évolution d'une situation : c'est une dynamique »* (TUDREJ, 2006). C'est pourquoi on parle aussi de la notion de « précarisation⁴ » (montée du chômage, diminution des CDI et augmentation des familles monoparentales aujourd'hui par exemple). C'est lorsque ces instabilités s'accumulent et que la précarisation s'aggrave, que les personnes peuvent glisser vers la pauvreté. Les processus de précarisation s'accompagnent généralement d'une *« souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé »* (DALMONT, 2012).

Onze ans plus tard, 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'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale »* (HCSP, 1998).

Il est donc important de faire la distinction entre précarité, pauvreté, vulnérabilité et exclusion. Le précaire désigne ce qui n'est pas fait pour durer, ce qui est instable. Loisy (2000) définit la précarité comme *« un ensemble de facteurs de risque et d'incertitude sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté »*. Il explique que la précarité est liée à *« des instabilités de revenus(...), d'emplois(...), de situations personnelles(...), de conditions de logement, de santé »*.

Les personnes ou foyers précaires sont donc fragilisés par un manque de stabilité qui ne leur permet pas de maîtriser et de planifier les événements de leur vie à moyen-court terme. Les concepts de fragilité, de manque de stabilité et de vulnérabilité sont donc indispensables à la définition et à la compréhension du phénomène de précarité (LOISY, 2000). C'est ici que la distinction entre précarité et vulnérabilité intervient, puisqu'il existe plusieurs registres de

⁴ Fait de devenir précaire, de rendre précaire, incertain, instable, fragile, ou révocable (en droit).

vulnérabilité humaine (sécurité psychique et corporelle, santé et éducation), vulnérabilité socio-économique... Il est parfois difficile de savoir si ces situations de vulnérabilité sont la cause ou la conséquence de la précarité. Cependant, on peut remarquer qu'une personne en situation de précarité est par définition vulnérable car est en « *absence d'une ou plusieurs des sécurités* ». Le CNNSE publie un guide pratique en 2014 sur « L'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situations de précarité ou de vulnérabilité » dans lequel il évoque les situations de précarité comme « *facteur de risque médical supplémentaire* » et le « *repérage des vulnérabilités constitutives de cette situation de précarité* ». (PUECH et al , 2014) Selon la CNNSE⁵, repérer les signes de vulnérabilité serait un moyen d'approche de la précarité ; Pour d'autres comme Loisy, la précarité induirait la vulnérabilité (LOISY, 2000). Il paraît donc évident que ces deux termes sont intimement liés entraînant la difficulté à les distinguer. Une personne précaire ne serait donc pas forcément pauvre mais dans la plupart des cas, elle serait vulnérable.

Il n'existe pas à ce titre de définition officielle de la précarité à l'exception de celle de Wresinsky reprise dans la plupart des rapports. En effet dans la majorité des cas, l'on définit non pas la précarité mais les populations précaires par certains critères et déterminants de santé et de situation sociale. En tant que professionnel de santé, le défi à relever est donc passionnant et de toute première importance.

In fine, nous retenons que la précarité reste une notion floue tirillée entre le socio-économique et le psychosocial. Pourtant, les notions d'instabilité, de déséquilibre, de fragilité et de menace sont les termes récurrents à la définition de la précarité qui reste pour la majorité des auteurs un processus révélant une absence de sécurités en permanente évolution.

1.2- Un enjeu de santé publique

Le nombre impressionnant de littérature sur le sujet de la précarité générale mais aussi des conséquences de la précarité au cours de la grossesse se bousculent. Si le sujet suscite tant d'engouement c'est qu'il est aujourd'hui d'une importance majeure sévissant dans tous types de foyers. Le CNGOF a publié une revue « Gynécologie-obstétrique du monde » lors des 36^{èmes} journées nationales à Paris en 2012 où E. Azria s'est exprimée sur le sujet de grossesse et précarité (AZRIA, 2012) ainsi que « Gynécologie sans frontières » en 2006 (FARGE BANCEL, 2006) . Aider le patient en situation de précarité est avant tout un devoir déontologique. Le Code de déontologie (article 7) des médecins oblige à :

⁵ PUECH F. et al (2014). Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. CNNSE

« écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quelle que soit leur origine, leurs mœurs ou leur situation familiale, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une origine déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'ils peuvent éprouver à leur égard »(CNOM, 2017).

Selon l'article 50 :

« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit » et « ainsi, tout mettre en œuvre pour aider le patient en situation de précarité ou de désinsertion à acquérir les droits qui lui permettront l'accès au soin » (déclaration de décembre 2005 du Dr Jacques Lucas, Secrétaire de Conseil national) ».

L'OMS a défini dans un rapport lors d'une campagne en 2000 les différents déterminants de la santé. En s'attaquant aux causes de la mauvaise santé, le but est de sensibiliser le plus grand nombre de personnes à ces derniers. Les différences de santé qui existent aujourd'hui ne peuvent nous laisser indifférents et illustrent bien les facteurs qui influent sur la santé dans le monde moderne : les modes de vie et les conditions de vie et de travail, qui ont une influence considérable sur la santé et la longévité. Selon l'OMS (2000),

« Les services médicaux peuvent prolonger la vie de personnes atteintes de certaines maladies graves, mais les conditions socioéconomiques qui, selon le cas, favorisent la santé ou engendrent des maladies, sont bien plus importantes sur le plan de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. »

Une meilleure compréhension des déterminants de santé est fondamentale pour la mise en œuvre des politiques de santé visant à réduire les inégalités de santé. Selon le même auteur, les dix déterminants sociaux de la santé ayant une influence sur la santé de la population sont les suivants : (OMS, 2000)

- 1- Les disparités sociales
- 2- Le stress
- 3- La petite enfance
- 4- L'exclusion sociale
- 5- Le travail
- 6- Le chômage
- 7- Le soutien social
- 8- Les toxicomanies
- 9- L'alimentation
- 10- Les transports

Les déterminants sociaux, environnementaux et sociétaux pourraient expliquer la moitié des variations de l'état de santé des populations. Les 50% restant se répartissant entre comportements différenciés, raisons génétiques ou encore par le système de soins. (CASTIEL, BRECHAT, 2009)

« *La santé est un déterminant de la précarité et la précarité un déterminant de la santé.* » (D'ESCRIENNE, 2015). Mais cette relation n'est pas si simple car ces deux réalités s'entremêlent et sont liées à de nombreux facteurs d'ordre social, économique et politique ; améliorer l'une ne permettrait donc pas d'améliorer l'autre systématiquement. Un mauvais état de santé n'est pas automatiquement attribué à une situation de précarité puisque deux personnes de nationalité française au statut financier opposé peuvent être aussi précaires l'une que l'autre vis-à-vis de la santé.

1.3- Situation sociétale actuelle en France

Le professeur André Vacheron, membre de l'Institut et de l'académie nationale de médecine alerte dans un article sur le fait que précarité et pauvreté constituent en ce début du XXIe siècle un problème sociétal majeur. La synthèse de cet article montre en quelques chiffres qu'en France (VACHERON,2017) :

Au niveau économique :

- 9 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté (1 008 euros/mois pour une personne seule, 2 116 euros/mois pour un couple avec deux enfants).
- 2,3 millions de français vivent avec moins de 660 euros par mois
- Plus de la moitié d'entre eux ont moins de 30 ans, un sur dix ; plus de 60 ans.
- Le taux de chômage atteint 22,1% chez les moins de 25 ans.
- 3,4 millions de salariés sont précaires en France (MAURIN, 2017)

Au niveau médical et rythme de vie :

- La morbidité et la mortalité des plus précaires sont plus élevées que celles de la moyenne des autres personnes de la société.
- Les précaires consomment moins de fruits et légumes, de produits laitiers, de viandes et de poissons que le reste de la population et cumulent déficit et déséquilibre alimentaire, sources de surpoids et d'obésité (facteurs de diabète, d'hypertension artérielle, de maladies coronariennes et d'accidents vasculaires cérébraux.)
- Le diabète est trois à quatre fois plus fréquent chez les personnes précaires que dans la population générale.
- La précarité et les migrations venues d'Afrique, du Moyen et du Proche-Orient et d'Europe de l'Est, ont un rôle déterminant dans la persistance de la tuberculose en France.

Le nombre des nouveaux cas est estimé entre 15 et 20 000 chaque année, dont la moitié vit en région parisienne.

- Le manque d'hygiène, la promiscuité et la vie dans la rue favorisent les infections cutanées bactériennes, les pédiculoses et la gale.
- Un étudiant sur cinq renonce aux soins
- La santé des personnes précaires est médiocre.

Au niveau social :

- L'habitat insalubre, la vie à la rue, l'exposition au froid et aux grandes chaleurs, l'insécurité, l'instabilité familiale, la malnutrition sont des facteurs de vulnérabilité.
- Au niveau national, le nombre de familles sans aucune solution d'hébergement a augmenté de 8 % en un an.
- Un enfant précaire sur 3 vit dans une famille monoparentale

Les inégalités sociales persistent et le fossé se creuse entre les « *précaires* » et les « *non précaires* »

Aujourd'hui en France, on assiste à « *une féminisation de la pauvreté* », les femmes représentent avec 56,3%, la majorité des adultes rencontrés par les équipes du secours catholique en 2016. La plupart sont des mères isolées. Les familles monoparentales représentent 29,6% des bénéficiaires des aides apportées par le secours catholique. Dans 88% des cas, ce sont des femmes qui élèvent seules leurs enfants (SECOURS CATHOLIQUE, 2016). Selon le plan de périnatalité de 2005-2007, la précarité n'épargne pas les femmes enceintes. En France, on estime que 17,5 à 23 % des femmes enceintes seraient en situation de précarité.

« Repérer ces femmes pendant la grossesse n'est pas simple puisqu'en effet la précarité est une notion très subjective, les critères d'identification sont le plus souvent socio-administratifs et reposent principalement sur la situation par rapport à l'emploi. » (MINISTERE DE LA SANTE, 2005).

Ainsi, si la précarité est difficile à repérer elle l'est encore plus dans le contexte de grossesse puisque vient se rajouter la vulnérabilité inhérente à toute femme enceinte.

2- Le contexte de grossesse

Devenir mère est un total bouleversement corporel, émotionnel et psychique.

Si la grossesse nécessite aujourd'hui une « protection » médicale, un suivi régulier et fait l'objet de préoccupation de nombreux professionnels, elle est aussi considérée par la loi comme un état « vulnérable ». En effet la notion de vulnérabilité en droit pénal considère « *qu'une personne est vulnérable ou peut l'être, la personne qui a un certain âge, qui est malade, qui est infirme ou possède une déficience et qui est enceinte* ». L'état même de grossesse n'est pas une maladie, mais quel que soit le statut physique, social ou psychique de la femme il est un « état »

physiologique qui confère une fragilité à part entière. C'est dans ce contexte de grossesse que précarité et vulnérabilité se rencontrent lorsque les bouleversements somatiques et émotionnels de la grossesse font surface.

En effet pendant neuf mois, le système immunitaire des mères doit s'adapter « à la greffe semi-allogénique » que constitue le fœtus et l'immunité cellulaire de la femme enceinte est légèrement diminuée la laissant plus sensible aux infections virales. Les changements hémodynamiques et hormonaux dérèglent ses cycles de sommeil ; insomnies et fatigue se rajoutant aux maux de grossesse. Sur le plan administratif, la femme enceinte bénéficie de congés, d'horaires et postes aménagés.

La vulnérabilité semble être selon la loi et les personnes concernées un manque, une perte ou la non acquisition de l'autonomie. Pourtant une femme enceinte est autonome dans ses pensées et la plupart de ses actes. La précarité accentuerait-elle ou modifierait-elle la vulnérabilité de la grossesse ?

Bydlowsky qualifie de « *transparence psychique* » l'état relationnel particulier de la femme enceinte. Elle constate que pendant la grossesse, la barrière du refoulement est beaucoup moins forte et que fantasmes et affects sont plus accessibles à la conscience. Le fonctionnement psychique de la femme enceinte est « *marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique* ». (BIDLOWSKY, GOLSE, 2001)

La transparence psychique se caractérise par « *un appel à l'aide permanent à l'égard des référents conditionnant une grande aptitude au transfert* ». On observe en effet chez la femme enceinte une spontanéité à parler d'elle-même et une grande facilité à laisser émerger l'inconscient.

Spinoza disait dans L'Ethique (1677) « *Le corps et l'esprit ne sont pas des entités différentes mais bien une même chose, envisagée différemment* ».

Mais devenir mère engage un changement profond qui peut s'accompagner d'une certaine anxiété. La montée du stress peut surgir d'un élément interne ou externe. « *Le processus de parentalité durant la période prénatale correspond à une crise somatique et psychique* » (MISSONNIER, 2011). Tout d'abord par les représentations de l'enfant inconscientes, préconscientes et conscientes qui s'entremêlent et d'autre part, par l'incertitude à l'égard de la survie de l'embryon/fœtus et son devenir humain qui occupe une place prépondérante. « *Ces deux sources de tensions nécessitent un surcroît d'élaboration qui met à l'épreuve l'équilibre psychique des parents aux niveaux individuel, conjugal, familial et sociétal.* »

Depuis 10 ans, le stress lors de la grossesse est incriminé non seulement comme cause de prématurité, mais également comme perturbateur du développement ultérieur de l'enfant attendu. Le plan périnatalité 2005-2007 met les professionnels de la naissance au défi d'améliorer « *la sécurité émotionnelle de la femme enceinte* » par la mise place d'un entretien du 4^{ème} mois par

exemple, sans oublier la « *part positive du stress comme facteur d'adaptation et de signal* » (MINISTERE DE LA SANTE, 2005) . Par conséquent, si la part émotionnelle de la femme enceinte doit être tenue en « *sécurité* », il est formellement prouvé que l'insécurité de cette partie d'elle-même pourrait avoir des répercussions sur son « *état* » et sur le devenir de l'enfant à naître (MOLENAT, ROEGIERS, 2011). La femme enceinte consciente de la situation se voit alors modifier son quotidien (rythme et conditions de travail, activités, loisirs...) afin de s'adapter à son « *état* » de vulnérabilité que son corps et son psychique lui imposent.

3- Conséquences médicales de la précarité sur la grossesse

3.1- Périnatalité et précarité

Selon les recommandations professionnelles de la HAS sur « le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées », mises à jour en Mai 2016 ; la précarité est formellement reconnue comme une situation à risque et une « *forme d'insécurité* ». Le dépistage :

« *d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) est inscrit dans le déroulement de la 2^{ème} consultation de grossesse afin de repérer des situations de vulnérabilités pour une orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique...)* »(HAS, 2016). Cf. ANNEXE I⁶.

Nous pouvons penser qu'un repérage des vulnérabilités serait un point de départ pour le repérage de la précarité. En effet, les vulnérabilités familiales et personnelles sont susceptibles d'altérer non seulement le déroulement naturel de la naissance, mais aussi l'instauration du lien parent-enfant. Car, dans « *l'immanence des relations sociales* », la vulnérabilité est plutôt la marque de la précarité de certains individus. (MARTIN, 2013)

Si la santé n'est pas une priorité pour ces femmes, l'hygiène de vie, le non-respect des traitements par méconnaissance, refus ou manque de moyens financiers ont tout autant de conséquences.

« *Les situations de précarité en période périnatale se traduisent par un recours au système de santé plus rare et plus tardif qui ne résulte pas du choix des femmes mais bien de leurs difficultés et d'un certain déficit d'informations. Ainsi sont constatés :*

- *Un retard à la prise en charge de la grossesse : retard de déclaration de grossesse (qui a son tour pénalisera la femme), moins de consultations prénatales, moins d'échographies...*
- *Des ruptures dans le suivi de grossesse : difficultés rencontrées par les femmes pour respecter le calendrier défini, pour réaliser des examens complémentaires...*
- *Avec pour conséquences, un fort recours aux urgences* » (PUECH et al, 2014)

⁶ ANNEXE I: tableau de recommandations de la HAS sur le déroulement de la 2^{ème} consultation avant 15SA- 2016

L'accès aux soins ne se fait qu'au stade ultime d'une pathologie, puisque le rapport à la santé des plus démunis est souvent marqué par le non souci de soi, le déni des problèmes de soins. Parfois ce sont tout simplement les questions existentielles de la vie quotidienne qui les préoccupent et ce n'est que lorsque les symptômes ou l'état de la personne n'est plus supportable que les urgences constituent le premier accès aux soins. La demande est très délicate et il est alors difficile d'évoquer une situation que les individus peuvent vivre comme une déchéance et qui impacte leur détermination d'entreprendre les démarches nécessaires pour la récupération de leurs droits. Dans ce contexte, l'on constate un réel problème d'anticipation elle-même difficile à mettre en place. Il est pourtant urgent de savoir repérer les signes d'appel, les facteurs de risques d'une éventuelle précarité avant même que la personne concernée soit dans une réelle détresse.

3.2- Facteurs de risques

De nombreuses études ont été réalisées depuis plusieurs années pour montrer que la précarité des femmes enceintes avait des conséquences sur le déroulement et l'issue de grossesse mais aussi sur la santé périnatale. Le Professeur Dominique Mahieu Caputo, fondatrice du réseau Solipam (Solidarité Paris Maman), a résumé en 2003 cette situation par une équation simple : « *grossesse + précarité = urgence médicale* ». L'évidence de ce slogan ne peut être plus claire, la précarité sévit, elle nous concerne en tant que professionnel de santé et doit être prise en charge afin d'éviter d'éventuelles répercussions.

On assiste depuis plusieurs années à une augmentation du nombre de familles en situation de précarité. Les principaux facteurs de risques retenus sont :

- Un niveau faible d'éducation
- L'absence de ressources issues du travail
- L'absence de couverture sociale (CS)
- Des conditions de logement précaires
- Les familles monoparentales (difficultés familiales, violences...)
- Des âges extrêmes
- La solitude
- L'immigration récente (barrière de la langue, statut juridique)
- D'éventuelles pathologies psychiatriques, maladies chroniques
- Des addictions
- Une situation psychologique instable due à un évènement (familial, professionnel...)

Ces facteurs de risques sont ainsi mis en communs avec la présence ou non de déterminants de la santé.

Il existe aussi une forte corrélation entre la précarité, un suivi médiocre ou inexistant des grossesses et une augmentation des pathologies périnatales : prématurité, retard de croissance

intra-utérin (RCIU), infections, souffrance fœtale aiguë... avec leurs risques de séquelles cognitives, neurosensorielles et/ou respiratoires. (LEJEUNE, 2008)

Le mauvais suivi de grossesse étant l'une des principales conséquences de la précarité ; augmente d'emblée les risques périnataux évoqués ci-dessus. Les femmes pouvant être repérées sont souvent perdues de vue lors de leur suivi de grossesse par des absences répétées aux consultations et ne refont leur apparition qu'au moment inévitable de l'accouchement.

Les conséquences de la précarité sur la grossesse et les nouveaux nés ont été étudiées dans de nombreuses thèses et mémoires et sont bien réelles. (LEJEUNE, 2008) (DALMONT, 2012)

En effet il a été prouvé qu'elle entraînait :

- Une augmentation des pathologies obstétricales telles que :
 - Des anémies ferriprives
 - Des infections urinaires et génitales (surtout dues à un manque d'hygiène)
 - Des diabètes gestationnels (conséquence d'une mauvaise alimentation peu variée et saine).
- Mais aussi périnatales, notamment :
 - Des retards de croissance intra-utérin conséquences de conditions de vies difficiles
 - D'un apport énergétique insuffisant
 - D'addictions au tabac ou autres substances
 - Des infections néonatales (manque d'hygiène, baisse immunitaire, anémie, d'informations de prévention
 - Des souffrances aiguës et une augmentation de la prématurité (étudiée par LEJEUNE en 2008).

Il apparait donc que la précarité en plus de son coût humain et psychologique pour la mère et son enfant, a aussi un coût financier pour la société « *les séjours hospitaliers de patients précaires (repérage sur des critères financiers, d'isolement et d'environnement) durent 2 jours et demi de plus en moyenne et coutaient 33% plus cher que les séjours de patients non précaires* » comme l'ont prouvé Mathy et Bensadon dans une enquête (MATHY, BENSADON, 2002). Chez les femmes dont la grossesse a été peu suivi le risque de prématurité est multiplié par 4,4 et le risque d'avoir un enfant de moins de 2500g est multiplié par 2,3 en cas de surveillance médicale insuffisante.(HCSP, 1998)

Les avis sont divergents aussi en termes de facteurs de risques : pour certains auteurs tels que Lejeune⁷ et Gayral-Taminh et al⁸ le risque économique reste prépondérant dans les facteurs de risque de précarité. En effet dans une enquête réalisée en 2008 par ces derniers auteurs, les résultats estiment que

« La précarité résulte de l'association de plusieurs facteurs de risque, parmi lesquels le risque économique est prépondérant. (...) Les assistantes sociales considéraient que plus de 10 % des mères en situation de précarité n'avaient pas la capacité de mobiliser des ressources suffisantes pour prendre en charge leur bébé. »

Ces derniers résultats soulignent bien la précarité comme potentiel responsable de complications médicales ce qui intervient ici en faveur d'un dépistage précoce pour une meilleure prise en charge des familles.

Pour d'autres, notamment le GYNSF c'est le facteur social qui est prépondérant dans les conséquences néonatales

« 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 ». (COUTIN, 2006)

Le CNGOF a toutefois identifié certains facteurs liés à la fois aux conditions précaires et aux risques périnataux tels que l'usage de drogues, le stress psychologique, la pénibilité du travail...considérés alors comme des facteurs intermédiaires. (AZRIA, 2012)

Certes, la définition de la précarité reste vague mais les conséquences au niveau médical sont largement démontrées et suffisent à soulever la question d'un repérage possible et/ou nécessaire de la précarité dans le cadre de la grossesse.

⁷ LEJEUNE, C. (2008). Précarité et prématurité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 21(8), 344-348.

⁸ GAYRAL-TAMINH M. et al (2008). Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité.

II- DEPISTAGE ET/OU REPERAGE

1- Définition repérage / dépistage

Repérage ⁹:

- Action de repérer, de mettre des repères, de détecter dans l'espace ou le temps, un lieu, un élément précis.
- Action de reconnaître, de situer un phénomène, un fait dans un ensemble, un ordre, une chronologie.

Dépistage ⁹ :

- Action de dépister, de découvrir quelqu'un, quelque chose, après une minutieuse recherche.
- Ensemble de mesures prophylactiques destinées à découvrir certaines maladies ou certains malades. Examen, service de dépistage.

Les deux termes sont à différencier car leur signification ne doit pas être négligée. En effet certaines études parlent de « dépistage » de la précarité tel que le professeur Vacheron (VACHERON, 2017) mais le dépistage évoque comme le souligne la définition une pathologie, une « affection ». Pourtant la précarité n'est pas une maladie, « *la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* » (HCSP, 1998).

La précarité est donc un état, elle ne se soigne pas ; parler de dépistage serait stigmatisant et classerait les personnes concernées dans une situation inconfortable au moment où ils auraient besoin d'aide. Le terme de repérage voire d'identification comme l'a employé SASS en 2006¹⁰ semble plus adapté à l'étude de la défaveur sociale. Une meilleure compréhension des déterminants de santé est fondamentale pour la mise en œuvre des politiques visant à réduire les inégalités de santé.

2- Recensement des moyens objectifs de repérage de la précarité

Les contours de la précarité étant difficiles à appréhender, le repérage se doit d'être complet et pertinent. Toutes les personnes concernées sont ciblées dans la mesure du possible, en prenant en compte les différentes dimensions de la précarité.

⁹ Définitions issues de « trésors de la langue française » dictionnaire en ligne
< [Http://www.cnrtl.fr/definition/](http://www.cnrtl.fr/definition/) >

¹⁰ SASS, C. (2006, octobre). *Le score Epices : un outil pour mieux identifier les personnes en situation de précarité*. Journées annuelles de santé publique, Montréal

2.1- Les scores

Si l'on reprend l'histoire, les scores ont été mis en place à l'hôpital, dans le contexte de réformes hospitalières et en particulier de la mise en œuvre de la tarification à l'activité. La prise en charge des patients socialement et économiquement vulnérables a un coût économique supérieur à celui des autres patients, par exemple du fait de plus longues durées de séjour (HOLSTEIN et al, 2009).

Les premiers dispositifs et scores permettant de mesurer la précarité au niveau individuel en France datent de 1984 suite aux rapports d'André Villeneuve sur les populations défavorisées (VILLENEUVE, 1984). Les travaux de l'INSEE ont été poursuivis par une étude menée autour de la construction d'indicateurs d'inégalité parue en 1991 (BORKOWSKI, KASPARIAN, 1991). Le centre de recherches, des études et de la documentation en économie de la santé (IRDES) a publié un score de précarité sociale fondé sur le statut de l'emploi, le niveau d'étude, la nationalité et la protection sociale en 1996 (LECOMTE et al, 1996).

Les scores étudiés ici sont essentiellement épidémiologiques, c'est-à-dire que l'unité statistique est la personne. Notre recherche ne concerne donc que les outils de mesure individuelle de précarité, utilisés en France. Généralement, les questionnaires et scores sont évalués selon un « gold standard », c'est-à-dire une référence absolue. « *Un questionnaire est valide s'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer* » (ROBERT, 2013).

Cependant il n'existe aucun « gold standard » de précarité connu à ce jour dans la littérature. Selon le même auteur, il n'existe « *aucun consensus sur une définition objective de la précarité dans le champ de la santé publique, ni a fortiori d'outil idéal et unique pour la détecter, compte tenu de la nature intrinsèquement controversée du concept.* » Comme vu précédemment, l'absence de gold standard dans le domaine de la précarité souligne de nouveau le fait qu'il n'existe à ce jour aucune définition permettant de cibler la défaveur sociale objectivement sans placer la population dans des cases de « précaires » ou « non précaires », il s'agit d'un « *continuum* » (ROBERT, 2013).

La validité des scores repose donc majoritairement sur les critères de validation de qualité de Terwee qui étudient la validité du contenu, la cohérence interne, la validité contre critère, la validité du construit, la reproductibilité (concordance et fiabilité) la sensibilité au changement, les effets planchers et plafonds, et l'interprétabilité.

« Pour chaque propriété de mesure, un critère a été défini pour une évaluation positive, négative ou indéterminée, selon la conception, les méthodes et les résultats de l'étude de validation. Les critères de Terwee apportent une contribution substantielle à la définition de critères de qualité explicites pour les propriétés de mesure des questionnaires d'état de santé. Ces critères sont utilisés dans les examens systématiques des questionnaires sur l'état de santé, pour détecter les lacunes des propriétés de mesure et pour concevoir leur validation. »(TERWEE, SDM, BOT et al, 2007) **CF ANNEXE II.**

Aujourd'hui l'évolution du problème a éveillé un intérêt chez certains épidémiologistes, médecins, chercheurs (Dr Pierre Chauvin ; directeur de recherche, Dr Sarah Robert, Dr Claire Rondet ; directrice de thèse...) pour un dépistage efficace et pertinent de la précarité dans le cadre des soins primaires ; en consultations par exemple (FOUCHARD et al, 2014) (PASCAL et al. 2004). (SASS, GUÉGUEN, MOULIN, et al, 2006) (CASTIEL, BRECHAT et al, 2009) (ROBERT, 2013) .

Il a été retrouvé 4 scores individuels de précarité découlant de multiples travaux : le score établi par Jean Pascal en 2003 à Nantes, le scores EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les CES) en 2006, le score de Handicap social en 2007 à Paris, le score découlant de la thèse de Sarah Robert en 2013 : le score PRECAR.

a- Le score de Pascal (Cf ANNEXE III)

C'est un auto-questionnaire composé de 5 caractéristiques :

- 1- Couverture CMU ou AME
- 2- Absence du mutuelle santé
- 3- Difficulté à payer les médicaments ou soins médicaux
- 4- Bénéficiaire d'un minimum social
- 5- Recherche d'emploi depuis plus de 6 mois ou 1^{er} emploi).

La présence de la caractéristique 1 ou 4, 2+3, ou 2+5 ou 3+5 pourra définir une situation de vulnérabilité sociale.

« Ce score a été construit de manière à aborder la vulnérabilité dans sa dimension matérielle et mesure davantage la pauvreté que la précarité. Le seul critère social et économique est la recherche d'emploi, mais si l'on reprend la définition de la précarité celle-ci est multidimensionnelles et concerne aussi bien les caractéristiques matérielles que sociales » (PASCAL et al, 2004)

La notion de précarité est vaste et multidimensionnelle ; les variables étudiées semblent restreintes dans ce score. Etabli à partir d'une population hospitalière, l'extrapolation en soins primaires n'a jamais été étudiée et n'est donc pas validée.

b- Le score EPICES (CF ANNEXE IV)

Ce questionnaire socio-économique d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les centres d'Examens de Santé repose seulement sur 11 questions binaires (réponses par OUI ou NON) ; Ces questions prennent en compte à la fois les déterminants psychosociaux et les déterminants matériels de la précarité afin d'en évaluer le degré. Le score EPICES a l'avantage d'être établi au niveau individuel et s'échelonne de 0 à 100 (précarité maximale). Un individu est considéré précaire si le score obtenu est supérieur à 30,17.

Le score EPICES a été analysé sur une grande population dans un échantillon de 7208 personnes âgées de 16 à 59 ans, examinées dans 18 CES volontaires à partir de 1998. Les CES ont pour

mission le dépistage, l'aide à la prise en charge des problèmes détectés, et l'éducation à la santé. Ils s'adressent à tous les bénéficiaires et ayant droit du régime général de la sécurité sociale ainsi qu'aux populations prioritaires définies dans l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 Juillet 1992 : les chômeurs, les bénéficiaires de minima sociaux (RMI, CMU) ou d'un contrat de travail aidé, les jeunes en insertion professionnelle, et les sans domicile fixe.

Il intègre de plus une dimension multidimensionnelle de la précarité :

- Dimension économique et sociale : propriétaire de logement, difficultés financières, rencontre d'un travailleur social
- Dimension socio-culturelle : sport, vacances et spectacles
- Protection sociale : assurance maladie complémentaire
- Liens sociaux : vie en couple, dynamique familiale, possibilité d'hébergement, possibilité d'aide matérielle.

EPICES est un outil qui a été mis en place dans l'objectif concret d'identifier les publics précaires, de mieux connaître leurs besoins, de faciliter le dialogue et la communication et d'aider à la prise en charge de leur santé (SASS et al, BEH 2006). « *Il permet de quantifier et de détecter la précarité, il repère les sujets en situation de précarité présentant un état de santé dégradé qui ne sont pas repérés par la définition administrative.* » (SASS, 2006)

Il a néanmoins ses limites, en effet l'étude a été validée sur une population consultant en CES (centres d'examen de santé) et non en soins primaires ambulatoires. Sensible mais peu spécifique, le score se veut peu discriminant mais est composé de questions parfois imprécises et intrusives. Concernant le coefficient interne de Cronbach, qui analyse la fiabilité de l'outil, il a été mesuré à 0,410. Il est admis selon la littérature que ce coefficient est valable à partir de 0,7 (FOUCHARD et al, 2014). Le résultat relativement bas est expliqué par les auteurs du scores EPICES par le fait que chacune des questions du score a une valeur informative unique et que ce dernier mesure plusieurs dimensions de la précarité et non pas une seule. (SASS, GUÉGUEN, MOULIN, et al, 2006). Bien qu'aucun gold standard n'existe encore, le score EPICES n'a pas été validé contre critères. Parmi les scores de précarité individuelle (hormis le score PRECAR encore récent), il est sans doute le plus utilisé même si peu de littérature peut le confirmer.

c- Le score de handicap social. (CF ANNEXE VI)

La notion de handicap social dépasse ici la simple notion de précarité en l'englobant entièrement. Mathy et Bendason¹¹ ont bien montré que les séjours hospitaliers des précaires étaient plus long et plus coûteux. Castiel et Bréchat insistent :

¹¹ MATHY C., BENSADON M. (2002). Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires Journal d'Economie Médicale 2002 ; 20 : 263-278.

« (...) aucune disposition financière n'est prévue pour continuer de prendre en charge ces catégories de patients (précaires), supposées être de plus gros consommateurs de soins. (...) Il n'est pas prévu que le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) puisse financièrement prendre en considération la dimension sociale de l'usager malade et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques » (CASTIEL, BRECHAT et al, 2009).

Le score permettrait de repérer dès l'admission et en routine les personnes considérées avec un handicap social pour leur proposer des aides spécifiques et réduire ainsi la durée moyenne de séjour dans le cadre d'un suivi d'une politique de santé.

C'est un questionnaire construit à partir des travaux de l'enquête « Conditions de vie » de l'INSEE, il comporte 111 items et explore 6 domaines (santé, ressources, insertion culturelle, relations avec les autres, logement et patrimoine) déclinés en 11 indicateurs et 22 variables. Le score ainsi fait (11 à 44 points) permet de classer le patient parmi 3 catégories de handicap : absence de handicap social (classe 1), handicap moyen ou modéré (classe 2) et handicap fort (classe 3). (CASTIEL, BRECHAT, 2009). Les trois indicateurs : « revenu », « capital mobilier » et « confort intérieur » sont les déterminants majeurs du handicap social. Ce score est seulement applicable à des patients hospitalisés.

La notion de handicap est plus globale et prend en compte d'autres dimensions et les multiples facettes de la précarité allant du patrimoine aux relations aux autres et à la santé. Pourtant, le contenu lourd et la longueur du questionnaire sont des arguments qui ne jouent pas en sa faveur.

d- Le score PRECAR (CF ANNEXE V)

Ce dernier questionnaire a été conçu suite aux travaux de recherche d'une équipe d'épidémiologistes, spécialisés dans l'épidémiologie sociale (ERES), et à la thèse du Dr Sarah Robert (ROBERT, 2013). Celle-ci a finalement abouti à la création du score actuel : PRECAR ; et à sa validation interne et externe (2015) en population francilienne. Les données socio démographiques et les variables de santé utilisées sont tirées de l'étude SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales).

« SIRS a pour but l'étude des déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé, en suivant dans le temps un échantillon tiré au sort de 3000 habitants issus de quartiers de Paris et la Petite Couronne, avec sur représentation des quartiers défavorisés. »(ROBERT, 2013)

Score le plus récent et le plus évolué, Le score PRECAR est davantage informatif que la plupart des autres scores puisqu' il est établi au niveau individuel ce qui permettra de le rendre utilisable en soins primaires et au quotidien de la pratique médicale. Les propriétés métriques du score sont validées et l'aspect multidimensionnel de la précarité utilisé est un atout efficace dans

l'analyse de la contribution des situations de précarités aux inégalités de santé.

Il sera désormais possible d'appréhender la vulnérabilité sociale d'un patient de soins primaires par un outil validé. Premier score individuel de précarité Français à être validé en interne, externe et contre critère, il pourra éventuellement selon D'ESCRIENNE être « *utilisable auprès des patients volontaires adultes et francophones de médecine générale d'Ile de France.* » (D'ESCRIENNE, 2014) La littérature ne nous permet cependant pas de définir les lieux et modalités d'utilisation de ce score actuellement.

2.2- Les dispositifs mis en place pour faciliter le repérage

- L'entretien prénatal précoce (EPP) :

L'EPP est l'un des points clés du plan périnatal français 2005-2007. Il s'inscrit en complément des sept séances de préparation à la naissance remboursées par la sécurité sociale au cours du 4^{ème} mois. Tenir compte des facteurs environnementaux (somatiques, sociaux, effectifs) et optimiser le suivi de la grossesse, de l'accouchement et l'accueil du nouveau-né, garantir les conditions d'un développement optimal de l'enfant et de la construction des liens affectifs sont les principaux objectifs de l'entretien. (MOLENAT, 2013)

C'est au cours de cet entretien que la sage-femme peut repérer les femmes en difficultés et les orienter vers des spécialistes (addictologues, travailleurs sociaux, psychologues) si nécessaire.

Pourtant créer dans le but de repérer les éventuelles vulnérabilités et difficultés vécues par certaines femmes, l'entretien proposé a ses limites :

- D'une part il s'adresse souvent aux femmes qui font le choix de venir aux séances de préparation à la naissance. Or les femmes pratiquant la préparation à la naissance sont souvent celles qui se sont déjà informées et qui rencontrent des difficultés classiques de la grossesse (stress de l'accouchement, angoisse de ne pas être de bons parents...). (MINISTERE DE LA SANTE, 2010) C'est pourquoi une majeure partie des patients en situation de vulnérabilité échappe à ce dispositif.
- D'autre part la question de la transmission et des changements de pratiques pose problème : les entretiens ne sont pas toujours retranscrits dans les dossiers ; La communication entre les sages-femmes de salle d'accouchement et celles de consultations n'est pas optimale (GONNAUD, 2011). Ensuite se pose la question du temps passé, de l'organisation, de la confidentialité (jusqu'où va-t-elle ?) de la prise en charge à adopter en cas de problèmes et de la place de l'EPP pour le gynécologue, le médecin généraliste ou la sage-femme qui suit la patiente : l'EPP est-il une aide

potentielle à son travail d'accompagnement où une charge à son insu ?(GONNAUD, 2011).

L'EPP reste pourtant un véritable levier pour une première approche des femmes dans leur intimité et une ouverture de dialogue de confiance entre la patiente et le corps médical.

- Les questionnaires de vulnérabilité :

Certains hôpitaux, à défaut d'utiliser les scores compliqués, pas toujours accessibles et personnalisés ; mettent en place des auto-questionnaires dans le but de dépister les situations de vulnérabilités. Ils ont l'avantage d'être courts et de reposer sur des questions tirées de questionnaires validés antérieurement. Ils sont faciles à la compréhension par les patientes, donnent satisfaction aux médecins suivant la grossesse et montrent leur efficacité par rapport au dossier obstétricaux. Si l'on part du principe que la vulnérabilité sous entend la précarité, ils sont une option idéale et facile d'accès et d'élaboration.

Une étude récente sur « le dépistage des situations de vulnérabilités psychosociale et toxicologique pendant la grossesse » a été réalisée en mai 2015 au sein des maternité Jeanne de Flandres (CHRU de Lille et centre de référence) et Paul-Gellé à Roubaix par la mise en place d'auto questionnaire.¹² **Cf. ANNEXE VII**

Pour conclure l'étude il a été rapporté que : « *Par rapport aux données habituellement recueillies par l'interrogatoire et consignées dans le dossier médical, l'utilisation d'un auto questionnaire permet de mieux dépister certains facteurs de vulnérabilités sociale, toxicologique et psychologique* » (FLINE-BARTHES, VANDENDRIESSCHE, SUBTIL et al. 2015).

Aujourd'hui, inspirés du questionnaire de l'étude, des questionnaires de repérage de la vulnérabilité sont distribués dans les maternités citées ci-dessus. La maternité St Vincent de Paul, CHU de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille est en cours d'élaboration d'un questionnaire similaire à distribuer en consultations prénatales.

3- Comparaison et analyse des scores et dispositifs de dépistage existants

La validation des différents outils de repérage apparait être variable dans la littérature scientifique même si certains d'entre eux selon des sources sont parfois utilisés (RODRIGUES et al, 2014).

Aucune source ne précise cependant les lieux et hôpitaux précis utilisant ces scores.

¹² FLINÉ-BARTHES M., VANDENDRIESSCHE D., SUBTIL D. et al. (2015). Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical.

C'est pourquoi il est nécessaire de comparer les performances respectives des outils et les qualités métrologiques de chacun à partir des thèses, études et enquêtes faites au préalable.

Les résultats de cette analyse sont donc le fruit d'autres travaux d'auteurs divers et variés rassemblés dans le tableau comparatif ci-dessous. Les comparaisons statistiques et la validité des scores sont souvent réalisées avec le score EPICES comme référence et répondent aux critères de Terwee.

Tableau 1 : Tableau comparatif des scores de repérage de la précarité du 21^{ème} siècle.¹³

Scores Critères de comparaison	Score de Pascal (Publication en 2004)	Score EPICES (Publication en 2005)	Score du handicap social (Publication en 2006)	Score PRECAR (Publication en 2013) (Données datant de 2010) Validé en 2015
Abord de la précarité	Dimension essentiellement matérielle	Dimension multidimensionnelle centrée sur la perception de l'état de la personne en lien avec la perception ou non de minima sociaux.	Dimension multidimensionnelle et globale.	Dimension matérielle et sociale
Objectif de construction de l'outil	Aborder la vulnérabilité dans sa dimension matérielle. Repérer la précarité sociale dans les secteurs d'activités de consultations de l'hôpital.	Mesure de la proportion de patients précaires consultants dans les CES de l'assurance maladie en prenant en compte plusieurs dimensions de la précarité.	Repérer les personnes ayant un handicap social pour réduire la durée moyenne de séjour hospitalier et proposer des aides spécifiques aux patients concernés.	Construction d'un score <u>multidimensionnel</u> individuel de la précarité qui soit validé et simple d'utilisations en soins primaires à partir de la cohorte SIRS, pertinent et représentatif de la pop française.
Population étudiée	Population de Nantes	Population des CES	Population hospitalière issue des travaux de l'enquête « conditions de vie » de l'INSEE	Cohorte représentant la pop générale d'Ile de France : la cohorte « Santé, inégalités et ruptures sociales » (SIRS)

¹³ (FOUCHARD et al, 2014) (PASCAL et al. 2004). (SASS, GUÉGUEN, MOULIN, et al, 2006) (CASTIEL, BRECHAT et al, 2009) (ROBERT, 2013)

Scores	Score de Pascal (Publication en 2004)	Score EPICES (Publication en 2005)	Score du handicap social (Publication en 2006)	Score PRECAR (Publication en 2013) (Données datant de 2010) Validé en 2015
Critères de comparaison				
Critères choisis	<ul style="list-style-type: none"> - Mutuelle santé - Couverture maladie - Minimum social - Recherche d'emploi en cours ou non - Diff Financières 	<ul style="list-style-type: none"> - AM - Logements - Difficultés financières - Vie familiale et sociale - Soutien social - CMU, AM 	6 domaines choisis : <ul style="list-style-type: none"> - Santé - Ressources - Insertion culturelle - Relations avec les autres - Logement - Patrimoine 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurance maladie - Logements - Diff financières - Vie familiale et sociale - Soutien social - CMU, AM - Origine - Niveau d'études - Statut prof
Spécificité Sensibilité	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité < score EPICES - Spécificité > score EPICES 	<ul style="list-style-type: none"> - Très sensible - Peu spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité < au score EPICES - Spécificité > score EPICES mais < au score de PASCAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensible - Très spécifique
Résultats	Auto questionnaire 5 caractéristiques* : <ul style="list-style-type: none"> - 2+ 3 - 3+5 - 5+3 - 1 ou 4 = situations de vulnérabilité sociale	11 questions binaires : <ul style="list-style-type: none"> - Echelon de 0 à 100 - Seuil > 30,17 = précaire 	111 items Attribution d'un score aux réponses au questionnaire permet d'établir un niveau de handicap social échelonné de 11 à 44 points. 3 classes différentes de handicap.	14 questions : <ul style="list-style-type: none"> - Variables cotées de 0 à 3 - Score entre 0 et 22 - Seuil >10= précaire
Validité	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de validité du contenu (Pas d'extrapolation en soins primaires) - Validité du construit et contre critère - Interprétabilité non disponible 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de validité du contenu - Interprétable 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de validité du contenu - Interprétable 	<ul style="list-style-type: none"> - Validité du contenu - Validité Interne et externe, contre critères - Pertinent, représentatif de la pop francilienne, interprétable,

Scores	Score de Pascal (Publication en 2004)	Score EPICES (Publication en 2005)	Score du handicap social (Publication en 2006)	Score PRECAR (Publication en 2013) (Données datant de 2010) Validé en 2015
Critères de comparaison				
Limite /freins	<ul style="list-style-type: none"> - Pop pas générale - Pop restreinte et hospitalière - Limite de la rapidité du questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses non équivoques - Pop pas générale - Questions peu précises et intrusives - Moins évident à calculer rapidement - Peu discriminant, car bcp sont considérés comme précaire sans lieux d'être 	<ul style="list-style-type: none"> - Long : 111 questions - Applicable à des patients hospitalisés et pas de soins primaires - Pas faisable en consultations 	<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisant : « précaires » « non précaires » - Pop représentative de l'agglomération Parisienne - Trop long pour une Cs ? - Questions déclaratives, réponses faussées ?
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Simple et rapide à utiliser 	<ul style="list-style-type: none"> - Facile d'accès - Le plus utilisé et le plus connu 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 catégories de personnes - Moins stigmatisant - Permet une étude plus précise de la variation des domaines de précarité selon les « classes » 	<ul style="list-style-type: none"> - + rapide et facile à calculer - Étude longitudinale, à valider en externe sur une Pop G - Aborde la vulnérabilité sociale + # dimensions de la précarité - Pertinence par rapport au modèle français - Acceptabilité auprès des individus

Abréviations du tableau :

- Cs : consultations
- AM : Assurance maladie
- Prof : professionnel
- Diff : difficultés
- Pop : population
- Pop G : population générale
- # : différent
- * : cf. annexe correspondant au score

Finalement si l'on devait répondre à la problématique et les objectifs de départ ;

- « **Est-il possible de mettre en place une politique de repérage systématique de la précarité au cours de la grossesse** » ?

La réponse est oui, les scores sont applicables à toute personne à conditions que celle-ci comprenne et lise le français. Il sera cependant important de rajouter certains items spécifiques à la grossesse tels que la compliance au suivi médical, la réalisation des examens, les addictions éventuelles, l'implication dans son rôle de future mère, la possibilité de « nourrir une bouche » supplémentaire à la maison.

Oui, s'il y a une prise en charge derrière, des propositions et des démarches accessibles aux patientes, un parcours élaboré pour les différentes situations proposées et une formation du corps médical à l'accès aux droits et aux soins. Les soignants doivent pouvoir informer sur des réseaux de santé avec lesquels ils sont en lien. Par ailleurs il convient de faire un relai PMI, de favoriser l'intervention d'interprètes dans les dispositifs de prévention et de soins, d'impliquer les pères dans les démarches de soins, et de renforcer la vigilance dans les points de rencontre les plus fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité (Samu social par exemple). Une enquête qualitative et quantitative sur l'adéquation de l'offre d'hébergements et d'accueil spécifiques aux besoins des femmes enceintes pourrait être envisagée également. Le problème aujourd'hui étant le manque de place en journée dans les logements sociaux ainsi que des conditions peu adaptées au contexte de grossesse.

Finalement concernant la grossesse, il serait plus intéressant de mettre en place des scores de vulnérabilité dans lesquels rentrent des critères de précarité. En effet, la précarité renvoie souvent l'image d'un problème socio-économique et peut faire passer par abus de langage, le psychique et le médical au second plan. Il est évident qu'une telle prise en charge est insuffisante pour la femme enceinte à laquelle se surajoute le bouleversement psychique. La vulnérabilité par définition serait un signe d'appel et une première approche de la précarité. Le rapprochement avec l'EPP apparaît flagrant, mais nous pouvons nous poser la question suivante : L'EPP est-il vraiment proposé systématiquement ? En fait-on vraiment bon usage ?

- « **Est-il nécessaire de mettre en place une politique de dépistage systématique de la précarité au cours de la grossesse** »

Il n'est pas primordial de commencer toute ces démarches, tout dépend de la finalité du score et de son utilisation à postériori. Les mesures proposées par la suite et le suivi de la personne concernée. Ces démarches demandent du temps et des professionnels formés.

La nécessité de mettre en place une politique de dépistage doit aussi être corrélée aux conséquences que cela pourrait avoir sur le suivi des grossesses. Le repérage de la précarité peut servir une certaine stigmatisation des personnes et « classer » des individus comme « précaire »

ou « non précaire ». La façon d'aborder le sujet et de venir en aide aux personnes concernées est un art qui s'apprend !

Ensuite, il est important d'évaluer si le score serait nécessaire autant pour la personne et l'avenir de la famille que pour les professionnels qui cherchent aussi « en tout bien tout honneur » à se protéger d'éventuelles conséquences d'un non « dépistage » favorisant ainsi les risques.

« Repérer pour repérer » est inutile. Le repérage peut être nécessaire pour les professionnels pour anticiper (d'autant plus que la durée d'hospitalisation est courte) et pour diminuer l'incidence des pathologies.

Une étude comparative des scores de Pascal, Epices et du handicap social (FOUCHARD et al, 2014) souligne le fait que la mission princeps des scores est la prise en charge des patients sans couverture maladie ou aux faibles ressources tout en associant une fonction de d'accompagnement des usagers pour la disponibilité d'accès à leurs droits à une assurance maladie (surtout CMU, CMUC, AME) et une fonction de soins médicaux.

La mise en place d'une telle fonction sociale pourrait être un atout dans le contexte actuel dans lequel le personnel voit son temps prévu à l'accompagnement et à l'écoute de plus en plus restreint pour des missions plus « techniques ». A ce jour le score PRECAR semble répondre au mieux à la problématique mais son élaboration récente n'a pas encore permis d'évaluer son efficacité et les ressentis à son égard. Le score EPICES continue d'être la référence en matière de précarité mais il n'est cependant pas à notre connaissance, utilisé dans les hôpitaux ou du moins ceux de la région Hauts de France.

La grossesse modifie l'image de la précarité dans le sens où elle l'a rend plus dramatique et insupportable d'un point de vue professionnel et sociétal. Elle ajoute à la vulnérabilité « physiologique » de la femme enceinte une tout autre dimension du risque. En effet la vie d'un enfant rentre en jeu et peut influencer les futures mères à venir consulter ou au contraire à refuser tout contact avec les services sociaux et médicaux par peur de jugements ou de sanctions administratives et /ou judiciaires. L'image de la précarité est aussi modifiée au niveau des réseaux de santé, des associations et des aides, puisque le statut de femme enceinte permet par exemple de bénéficier d'accès plus rapides en théorie à des logements sociaux provisoires jusqu'à l'accouchement. Si cette image se modifie dans les regards et les opinions c'est qu'un repérage spécifique au cours de la grossesse est envisageable, tout dépend donc de la manière de l'instaurer et de l'aborder.

III- PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE AU DELA DU REPERAGE

1- Travail interdisciplinaire

Il est important d'insister sur le terme inter disciplinaire et non multi disciplinaire. Une équipe multidisciplinaire :

« Se définit comme un regroupement de divers professionnels qui appartiennent à un même organisme et qui collaborent entre eux pour répondre à des besoins d'une patientèle préalablement définie. Chaque professionnel couvre un champ pratique défini et reste autonome pour prendre des décisions indépendantes ».

L'équipe interdisciplinaire regroupe aussi plusieurs professionnels, mais

« Les compétences de ces derniers se chevauchent et s'harmonisent. Ces professionnels peuvent intervenir dans différents milieux. Les bienfaits amenés par cette équipe sont plus grands que ceux de l'équipe multidisciplinaire, car les contributions individuelles s'additionnent et se potentialisent. Chaque professionnel collabore avec les autres pour atteindre les objectifs de l'équipe ». (PREVOST, BOUGIE, 2008)

Tout comme dans le modèle multidisciplinaire, la communication entre les membres est régulière et systématique. En effet, dans le cas d'un travail multidisciplinaire, une femme en situation de précarité se retrouve rapidement au cœur d'une prise en charge à la fois médicale ; à laquelle se joint plusieurs professionnels selon l'état de santé et les antécédents de la personne concernée (Sage-femme, échographe, diabétologie, cardiologue, psychiatre...), mais aussi sociale et administrative (Assistante sociale, allocations familiales, assurance maladie...).

Françoise Molénat, pédopsychiatre ; démontre que la femme précaire utilise les failles du système médical. La patiente est dispersée et tiraillée dans une masse de professionnels devant lesquels elle tiendra un discours adapté à chacun non révélateur de son état général. Il y aura alors des injonctions contradictoires et le suivi peut devenir chaotique. Dans l'idéal, les professionnels devraient se relier pour que la femme soit entourée et non plus « écartelée ». C'est ce qu'on appelle les « pratiques reliées » (MOLENAT, ROEGIERS 2011)

De plus, la multidisciplinarité coûte de l'argent à la société, inefficace et prenant plus de temps que nécessaire elle crée des stigmatisations contrairement au travail interdisciplinaire qui est un dispositif global.

Le plan périnatalité 2005-2007 spécifie qu'il faut créer un parcours de soins non seulement pour les patientes mais avec les patientes, il ne s'agit pas de paternaliser et d'infantiliser les patients mais de créer une cohésion sociale.

La prise en charge de situations de précarité ainsi que son suivi et son repérage précoce nécessite une vision globale en faisant intervenir le domaine social. Les staff pluridisciplinaires se trouvent

être des lieux d'échanges idéaux pour la transmission des informations et d'identification des patients précaires. Il existe de multiples structures (hospitalières ou non) permettant aux femmes enceintes de bénéficier d'un suivi médical de qualité auprès de nombreux professionnels, de centres de parentalité et d'aides psychologiques.

Les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues, les addictologues, les pédiatres...l'enjeu est de taille et les professionnels se rassemblent afin de créer un réseau efficace. Tout professionnel de santé de soins primaires et plus précisément les médecins généralistes et les sages-Femmes, premiers interlocuteurs auprès des patients dans l'accès aux soins, ont la possibilité et se doivent de limiter les inégalités sociales (FARGE BANCEL, 2006).

La Sage-femme par ses doubles compétences pédiatriques et obstétricales est au cœur de ce travail interdisciplinaire. C'est la définition même de la maïeutique¹⁴ où la femme est considérée et accompagnée dans son environnement, socio-économique, sociologique et médical.



FIGURE 1 : transdisciplinarité de la maïeutique (PIHEN, 2015)

Cependant dans la pratique, seules les grandes précarités, les exclusions, les situations déjà extrêmes voir dramatiques sont repérées et les professionnels se retrouvent alors bloqués devant une situation qui les dépasse. L'appréhension et la prévention semblent difficiles, il est alors complexe de trouver sa place dans la prise en charge de ces situations et les professionnels de santé veulent rester dans leur champ d'action.

En hospitalier, la culture tend plus vers le technique que vers le social, faute de disponibilité du corps médical. Concernant les problèmes psycho-sociaux l'assistante sociale est souvent sollicitée

¹⁴ La définition retenue est celle donnée par les auteurs de la série du LANCET p.3.
<https://cnema.fr/cnema/recherche/la-maieutique/>

et les patients réorientés ce qui laisse sous-entendre que la précarité est seulement liée à une ouverture de droits. Mais les problèmes ne sont pas uniquement sociaux, l'interaction du social et des soins fait partie intégrante du devoir professionnel de chacun et l'environnement de la personne fait partie de son bien-être et donc de sa santé. C'est ici que se trouve le risque majeur dans notre société : ne pas prendre en compte la dimension sociale dans la décision médicale.

La composante psychosociale des réseaux de santé périnatale a un rôle préventif majeur à jouer le plus en amont possible pendant la grossesse, pour amorcer la mise en place de soutiens à long terme pour ces familles en difficulté : PMI, travailleurs sociaux, « psy », aides à domicile... selon les besoins repérés.

Le rapport de l'observatoire du SAMU Social de Paris sur les femmes sans abri indique que « *la grossesse peut être un réel support, réduisant le sentiment de solitude, apportant un moyen de motivation, avec la possibilité d'avoir accès à des nouveaux services ouverts aux femmes enceintes* » (SAMU SOCIAL, 2016). Le temps de la grossesse est aussi le moyen pour les PMI, les hôpitaux de repérer ces femmes et familles précaires.

Pendant cette période, il est primordial de soutenir la confiance des parents en eux-mêmes, et de les aider à optimiser la qualité de l'environnement de la mère afin de préparer l'accueil du nouvel enfant dans une véritable alliance avec la famille.

Françoise Molénat, en lien étroit avec les professionnels de la naissance a longtemps travaillé sur les relations humaines et a développé des méthodes originales de formation interdisciplinaire. Elle insiste dans l'un de ces ouvrages sur le fait que « *l'occasion de rencontres structurantes avec les professionnels est unique dans la trajectoire des parents* » (MOLENAT, 2009). La présence et la capacité du professionnel à être là offrent aussi des points d'appui pour que la femme trouve de nouveaux repères.

La prise en charge particulière des femmes précaires nécessite de combiner différentes approches et acteurs de terrains médicaux et sociaux. Le lien entre les professionnels médico-psycho-sociaux de l'hôpital et de la ville permet de briser certaines barrières aux soins adaptés en proposant une action plus locale et humaine. Par exemple,

« *Le Projet régional expérimental nutrition et allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité (PRENAP) vise à réduire les inégalités sociales territoriales de santé en optimisant le parcours de santé des femmes enceintes ou des jeunes mères en situation de grande précarité entre la sortie de l'hôpital et la ville.* » (VIGOUREUX, GOFFINET, AZRIA et al, 2017)

Les réseaux hôpital-ville peuvent aussi s'appuyer sur la coopération inter hospitalière qui permet aux établissements de santé d'associer : l'ensemble des professionnels de santé de ville et de PMI d'une part, les professionnels du champ médico-social dont la pédopsychiatrie d'autre part.

Ainsi le travail interdisciplinaire est la clé de réussite d'une prise en charge complète et globale de la femme enceinte dans son environnement et devient le point phare d'évolution au sein des hôpitaux.

2- L'accès aux soins

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique met l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables en introduisant au sein du Code de la santé publique deux articles :

- L'article L 1411-1 du Code de la Santé Publique stipule que la politique de santé publique doit concerner
« La réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire »
- L'article L.1411-1-1 indique que
« L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. »

La santé est un droit et toutes formes de pauvreté, d'exclusion, de misère sont devenues des risques inhérents à l'évolution de notre société qui doit s'assurer de la prise en charge de ces individus. Celle-ci s'exécute au travers d'une assurance sociale qui reconnaît : le droit à l'accident, à la vieillesse, à la maladie et un droit de secours aux personnes les plus démunies ¹⁵. Toute forme d'exclusion est *« (...) d'autant plus inéquitable que la santé est un élément essentiel de ce que les économistes appellent le capital humain »*. (CASES, 2010)

L'accès aux soins reste difficile pour les femmes en situation de vulnérabilité du fait de conditions défavorables d'ordre social et/ou économique. Nombreuses sont les barrières à l'accès aux soins. D'ordre administratif (ouverture de droits, adresse instable, identité non justifiée, absence de complémentaire santé et de sécurité sociale), d'ordre financier et économique (impossibilité d'avancer des frais), d'ordre culturel (incompréhension de la langue, méconnaissance des réseaux), d'ordre psychologique (peur du jugement, du regard de l'autre, culpabilité, peur de sanctions juridiques) , les difficultés s'accumulent et freinent l'accès aux soins et donc par conséquent le repérage précoce de situations à risques.

¹⁵ V. Lise Casaux-Labrunée, « Droit à la santé », in R. Cabrillac, M.-A. Frison-Roche, Revet, *Libertés et droits fondamentaux*, 2010, p. 801s., spéc. n° 1032 s.

Parce qu'elles traversent une situation de précarité, ces femmes connaissent une santé dégradée et un moindre accès au système médical : selon une étude de juin 2016, les femmes représentent « 64 % des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des 12 dernières années. » (BOUSQUET et al, 2017).

Pourtant, « *La garantie de l'accès au système de santé suppose que toute personne, quel que soit son besoin de santé et sa situation (sociale, géographique et financière) puisse accéder à une orientation et à une prise en charge adaptée, à tout moment* » (ARS, 2017b) .

Le suivi de grossesse d'une femme précaire peut devenir chaotique et être à l'origine d'une perte de chance pour l'enfant comme pour la mère. Les conséquences qui en découlent ne sont pas anodines comme il a pu l'être spécifié ci-dessus. Pour réduire les mortalités et morbidités maternelles qui subsistent encore aujourd'hui en France, il est donc primordial de s'assurer de la mise en place d'un dispositif adéquat pour faciliter l'accès effectif des personnes précaires à la prévention et à des soins de qualité. « *Améliorer l'organisation des soins en faveur des femmes les plus démunies, améliore le service rendu à toutes les femmes enceintes* » (PUECH et al, 2014).

Le plan périnatalité 2005-2007 stipule « *plus d'humanité par un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité* »(MINISTERE DE LA SANTE, 2004). Il s'agit en effet d'adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis. En effet malgré un système de santé français considéré comme le meilleur par l'OMS, les inégalités de santé se creusent entre les « classes » défavorisées. C'est pourquoi, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a pris la décision de créer les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) dans une démarche d'équité en matière de santé.

Le PRAPS est un outil visant « *à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé des plus démunis et les pratiques professionnelles, en particulier dans le domaine de la périnatalité* ». Les missions des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) s'inscrivent ensuite dans les PRAPS des personnes les plus démunies du projet régional de santé. Créées en 1998 par la loi relative contre les exclusions, les PASS sont des dispositifs (essentiellement des structures hospitalières) de prise en charge médico- sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé sans ou avec couverture maladie, et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les PASS travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux allant des caisses d'assurance maladie aux associations humanitaires tout en passant par les PMI et centres de santé (ARS, 2017a). Ils ont aussi l'avantage de proposer des consultations sans rendez-vous qui permettent aux malades d'être reçus lorsqu'ils se présentent, sans contrainte de temps.

« La particularité des PASS, est de traiter le patient avec ses différentes composantes médicales, sociales, environnementales et psychologiques. Ne traiter un patient diabétique que du point de vue médical sans considérer son mode de vie, s'il se trouve

à la rue par exemple, serait voué à l'échec. » (PLATON, LAMOUCHE, 2012).

Le temps d'écoute de chaque professionnel, qu'il soit médecin, soignant ou socio-éducatif, est un moment d'écoute privilégiée pour le patient. Ainsi, un stage dans une PASS pourrait être bénéfique dans le cadre des études de médecine où l'étudiant devrait faire un diagnostic en apprenant à décrypter la parole de l'utilisateur et à relier les informations recueillies pour effectuer une prescription adaptée.

Prenons exemple de la région Hauts de France dont plusieurs initiatives à l'échelle régionale ont été instaurées dans une démarche « d'aller vers le patient » telles que :

- La mise en place de référents précarité au sein des CPAM
- Une ligne d'urgence « précarité » dédiée et confidentielle mise en place entre les CPAM de Hainaut et le PASS de Denain.
- Développement de 17 réseaux précarité santé mentale (RPSM) associant la psychiatrie et les professionnels du dispositif Accueil Hébergement Insertion (AHI)

Malgré les progrès, il est évident que des efforts restent à poursuivre en réponse aux problématiques éternelles d'accès financier aux soins et d'accès à la prévention pour les personnes précaires tout en gardant en tête l'aspect économique et les dettes de la sécurité sociale. (ARS, 2017b)

Si l'aspect financier reste un problème à l'évolution des pratiques, il existe cependant des aides administratives de taille au niveau national :

- La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Elle est destinée aux personnes ne bénéficiant pas de l'assurance maladie. La personne doit résider en France de manière régulière depuis au moins 3 mois. Une cotisation peut être demandée en cas de revenus supérieurs à un certain seuil mais aucune condition de ressources n'est cependant exigée pour bénéficier du remboursement des soins et médicaments. Il est possible d'ajouter à la CMU de base une couverture complémentaire : la CMUC.

« Elle dispense ainsi les personnes aux faibles ressources toute avance de frais chez tous les professionnels de santé pour tous les soins remboursables ainsi que pour la participation forfaitaire en cas d'hospitalisation. Les conditions suivantes sont requises pour en bénéficier : résider en France depuis plus de 3 mois, être en situation régulière, avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant. » (CPAM, 2017b)

- L'Aide Médicale d'Etat (AME)

Elle permet de « faciliter l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière en leur donnant droit à la prise en charge à 100% des soins avec dispense d'avance de frais. Les bénéficiaires de ce dispositif ne sont donc pas soumis au système du médecin traitant. » (CPAM, 2017a)

L'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à l'accompagnement psychosocial, permet aux parents en situation de précarité d'assumer leurs responsabilités notamment dans le cadre de la protection de leur enfant. Pour l'enfant comme pour l'ensemble de la famille en bas âge, c'est à cette période cruciale que se joue une part de leur avenir. La mobilisation en période périnatale des dispositifs existants ainsi que l'adaptation à la naissance et à la parentalité sont de la plus haute importance.

« Le déroulement de grossesse et son issue étant des déterminants importants des conditions de vie future des enfants à naître, il est de la responsabilité des soignants, des chercheurs et des décideurs, de tout mettre en œuvre pour ne pas laisser s'ajouter aux inégalités sociales des inégalités médicales. Il s'agit là d'une urgence tant médicale que sociale » (AZRIA, 2012)

En dehors de certaines barrières que sont, l'accès aux droits et l'absence de couverture maladie complémentaire pour les personnes précaires, d'autres freins existent à l'accès aux soins : certains étant propres aux personnes elles-mêmes, et les autres étant relatifs au système de soins (malgré des efforts reconnus). Il existe souvent entre la personne en mauvaise santé et le système de soins « une distance psychologique ». Cette distance ne permet pas des échanges sereins et se traduit finalement par un renoncement du patient à aller consulter et une incapacité du système de soins à prendre en charge les problèmes à part entière. Il s'agit finalement d'une question de représentation sociale et de stigmatisation hâtive.

3- Représentations sociales

Aujourd'hui les représentations sociales ne font que se majorer dans un contexte de crise économique (BOUFFARTIGUE, 2015). La précarité au niveau économique retentit sur la sécurité sociale et le coût des hôpitaux ce qui ne fait qu'attiser les sentiments de rancœur et de jugement à l'égard des précaires et des sans-papiers (migrants, romanichels ...).

Dans ce contexte, les représentations sociales se manifestent sur plusieurs versants :

- Tout d'abord du point de vue des professionnels vis-à-vis de la précarité et des patients précaires :

Une étude du parcours de soins des personnes en situation de précarité écrit en 2015 (SANNINO et al, 2015), démontre que la précarité est souvent appréhendée. Elle amène à penser que ce dont il est réellement question est en fait l'exclusion car elle est sans doute plus facile à repérer, car plus « visible cliniquement ». De plus, les professionnels sont moins sensibles aux situations à risques présentant à première vue une situation stable.

A l'inverse de ce l'on pourrait généralement constater, les professionnels de santé de cette dernière étude toute profession confondue, « ne définissent pas la précarité en listant des catégories populationnelles (familles monoparentales, jeune maman...) mais bien en fonction du

repérage de certains critères qui leur révèlent l'existence de la précarité notamment les critères évoquant les difficultés économiques et sociales (absence d'emploi, difficulté financière, santé non prioritaire...)» (SANNINO et al, 2015).

La cohérence avec la définition de la précarité par Wresinsky se tient puisque les professionnels font effectivement référence au défaut de « *une ou plusieurs sécurités* ».

Aujourd'hui c'est plus de la conscience que de la connaissance que nous avons de la précarité et cette notion peut être très personnalisée. En effet les critères retenus sont souvent basés sur une simple perception de la situation et de l'image que l'on s'en fait. Ainsi pendant que certains feront attention à la situation familiale, l'âge et les relations sociales de la personne, d'autres retiendront l'aspect physique de l'individu et son hygiène. Comme évoqué précédemment les représentations sociales sont entretenues de nos jours par le sentiment que ces personnes « *profitent du système* », notamment pour certaines ethnies (romanichels, tsiganes, migrants...). Les soignants pourraient rapidement stigmatiser et tirer des conclusions hâtives.

Le système français oblige les hôpitaux à venir en aide et à soigner toute personne en danger se présentant à l'hôpital et c'est ce qui se fait aujourd'hui. On peut pourtant se demander si la prise en charge est d'aussi bonne qualité que pour une personne non précaire, et si les représentations sociales influencent la prise en charge médicale. Mais méfions-nous des apparences et des préjugés, « *la difficulté du repérage de cette précarité est son invisibilité et l'absence d'expression d'un besoin* ». (SANNINO et al, 2015)

- Du point de vue des patients vis-à-vis des professionnels de santé

Les patients de manière générale ont une vision et un point de vue souvent marqués de l'hôpital et des professionnels de santé. L'effet « *blouse blanche* » donne l'impression de connaissance et de savoir-faire. Dans le contexte de grossesse, les patientes ont l'impression d'être interrogées, surveillées, jugées pour leur situation précaire dont elles sont souvent conscientes. La vision du professionnel de santé comme tel n'instaure par un climat de confiance, puisque s'ajoute la peur d'enquêtes sociales, le placement d'enfant... La communication et l'expression des besoins SONT rendues difficile et les patientes ont parfois le sentiment de ne pas avoir été comprises, le problème véritable n'ayant pas été ciblé par le soignant. (SANNINO et al, 2015) (PUECH, 2014)

- Du point de vue des professionnels à l'égard d'autres professionnels :

Ce secteur est la première phase d'amélioration. Comme évoqué précédemment, le travail interdisciplinaire est la première clé de prise en charge. Travailler ensemble, reconnaître les compétences et capacités de chaque profession afin d'en connaître les limites est la base d'un travail d'équipe. Exemple : il existe parfois aujourd'hui dans le cadre des services de maternité, des préjugés entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes de PMI. Les unes étant considérées comme « *formatées et trop médicales* », associant « *cas sociaux* » et PMI, les autres

jugées comme « travailleur social » avec des horaires modulables. Mais les représentations sociales dans ce cadre sont puérides et le relai hôpital-domicile est primordial pour un suivi complet et efficace dans le but d'améliorer l'avenir de l'enfant et de sa famille tant du point de vue médical que social. (JODELET, 2003)

- Du point de vue des professionnels vis-à-vis du système soins

« Dans les représentations des professionnels (de terrain comme institutionnels) et dans les faits (les réponses apportées), la notion de « protection » sociale renvoie à la notion de couverture assurantielle « maladie » (remboursement des soins dispensés) et non à la dimension plus large de « prévoyance » qu'intègre pourtant la définition donnée par la direction de l'information légale et administrative » (SANNINO et al, 2015).

L'éventuelle méconnaissance des aides, des dispositifs mis en place par le système de soins et le gouvernement peut engendrer une vision d'un système de soins « mal adapté », « peu coopérant » ou bien trop « laxiste » selon les opinions. Les solutions proposées et l'orientation des patients peuvent devenir inappropriées et l'information reçue peut être moins riche qu'elle aurait dû l'être.

- Représentation différente d'une patiente précaire selon la discipline

En effet la patiente précaire peut être perçue différemment par la sage-femme et l'assistante sociale ou la psychologue, chacun percevant les risques associés à sa profession. Mais la patiente précaire est la même et ses besoins sont identiques quel que soit le professionnel en face d'elle. Il est donc important d'insister de nouveau sur le travail interdisciplinaire afin de considérer la personne précaire dans sa globalité et non pas d'un point de vue médical ou social ou psychologique ...

Il existe par ailleurs un décalage important entre les perceptions des besoins exprimés par les personnes-mêmes et le personnel médical ou autres intervenants sociaux. Le but ultime est donc de savoir DIFFERENCIER sans DISCRIMINER.

4- Réseaux de santé

« Ils contribuent à améliorer la sécurité en définissant les situations justifiant un transfert, et dont les conditions et l'organisation ont été ainsi améliorées. Les réseaux doivent en effet éviter les transferts inutiles, et favoriser ceux qui sont nécessaires, en respectant le principe de la graduation des soins selon les besoins de la mère et de l'enfant ».(MINISTERE DE LA SANTE, 2004)

Les réseaux ont une importance capitale dans le maintien du lien avec les personnes vulnérables : ils permettent d'instaurer un climat de confiance, donnent droit à la dignité, à la liberté des choix et à la protection de la personne ; ils rétablissent les alliances thérapeutiques en étant un outil précieux pour faciliter l'observance et le suivi des patients et travaillent avec des référents afin

d'éviter la confusion des rôles. Le principe du réseau joue un rôle de relai entre les hôpitaux et la ville ce qui fait de lui une véritable richesse à exploiter.

Prenons quelques exemples :

- Evaluation sociale SIAO
- Le SAMU SOCIAL
- Le réseau SOLIPAM à Paris.
- La croix rouge

Les associations ont aussi pris une place assez importante pour assumer les problèmes de santé des populations précaires. C'est en particulier dans l'accès aux soins des personnes sans droits que les associations ont ciblé leur champ d'action tel que Médecins du Monde¹⁶. L'associatif joue un rôle essentiel en dehors de l'hôpital en ouvrant par dizaine en France des dispensaires et lieux d'accueil pour les plus démunis. Beaucoup sont dirigés et animés par une association de plusieurs professions ; médecins du monde ou médecins sans frontières par exemple. Les associations permettent de faire le relai entre les institutions et les réseaux. C'est le monde associatif qui a su révéler au monde la déchéance de la santé des plus précaires. Les images et chiffres font écho dans les consciences, et nombreux sont ceux qui se mobilisent pour apporter soutien et aide aux associations.

Si aujourd'hui le repérage de la précarité et l'accès aux soins sont rendus complexe et laborieux c'est que certaines barrières se sont dressées lors de la prise en charge des patients. Si l'on reprend le travail élaboré aujourd'hui, les principaux barrages sont les freins économiques du fait du problème de l'accessibilité financière des soins, du cout d'une hospitalisation pour le patient et également pour l'état (BATIFOULIER, PAREL, 2012). En effet la maternité n'est pas le lieu pour « héberger » des patientes sans domicile. Le cout financier est deux fois plus élevé que dans un foyer par exemple. Manque de place, manque de temps ... tous les justificatifs sont bons mais certaines solutions peuvent aider à améliorer la situation.

La difficulté d'accès aux droits et donc à la santé, retarde un repérage précoce. De plus certaines pratiques professionnelles apparaissent comme des freins inattendus à l'accès aux soins. En effet, les attentes et besoins du patient se confrontent à la pratique habituelle et aux convictions

¹⁶ CORTY JF., BERNARD O. (2012) « 31. Médecins du Monde, entre résistance et innovation Le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France », *in* Pierre-Henri Bréchat *et al.*, *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP « Hors collection », p. 403-414.

professionnelles des soignants requérant un ajustement et une adaptation permanente à l'environnement de chacun.

Viennent ensuite :

- Les représentations sociales comme évoquées ci-dessus qui influencent le regard porté sur la médecine ou sur la précarité selon le parti pris.
- Le manque de patience et de « décodage » des situations précaires qui demandent plus de temps et d'efforts de la part du soignant. Observance des traitements, régularité du suivi, compréhension de la langue ... tant de facteurs qui peuvent parfois mettre en échec les pratiques médicales
- Le manque de connaissance sur la notion de précarité et sur les solutions et réseaux existants.
- Le relai hôpital- domicile parfois difficile par manque de communication.
- Le manque de temps et de savoir-faire des médecins pour aborder les questions « tabous »

Pourrait-on dire que le repérage dépend finalement de la sensibilité du professionnel qui intervient ?

CONCLUSION

La précarité est donc une notion complexe difficile à définir. C'est un phénomène dynamique, avec une composante évolutive dans le temps, dont la définition n'est pas consensuelle. Elle est un équilibre entre des facteurs clés qui permettent de suivre une bonne trajectoire dans le soin comme dans la vie.

Entre vulnérabilité et précarité, la santé de la femme enceinte demeure une priorité de santé publique. La précarité sociale et la grande précarité de manière plus générale sont à forte raison des facteurs de risques médicaux et plus particulièrement de risques périnataux importants dans un contexte de grossesse.

Malgré une importante prise de conscience du gouvernement mais aussi des cliniciens ou membres des conseils de santé publique, les mesures destinées à contrebalancer l'excès de risque occasionné par ces insécurités sont mitigées ou peu adaptées. En effet, le caractère très contextuel des situations de précarités et de leur impact sur la santé périnatale complique la prise en charge. La validité des études est sans cesse remise en question tant les situations varient selon le contexte, la région ou le système de couverture social.

Le repérage de la précarité éveille aujourd'hui l'intérêt de nombreux épidémiologistes. La construction de scores visant une évolution des pratiques dans son repérage est actuelle et possible dans le cadre de la grossesse. Ces scores restent peu reconnus, stigmatisants et non spécifiques à la femme enceinte. Ils permettraient cependant une meilleure anticipation des risques et un gain de temps dans le repérage des facteurs de risques.

Nombreuses sont les barrières à ce repérage. Une mobilisation interdisciplinaire, une meilleure communication entre les différents établissements médicaux –sociaux ainsi qu'une ouverture d'esprit évidente sont toutefois des solutions à petite échelle qui tendent à une prise en charge plus complète des individus précaires.

La sage-femme par sa double compétence pédiatrique et obstétricale se trouve au cœur de ce travail interdisciplinaire. En effet, en partenariat avec la femme enceinte qu'elle prend en charge globalement, la responsabilité de la sage-femme n'en est que plus grande dans le repérage de la précarité.

L'utilisation des scores n'étant pas encore adaptée actuellement pour la femme enceinte, notre intérêt peut se tourner vers les questionnaires de vulnérabilités beaucoup plus répandus et accessibles dans les hôpitaux. Leur distribution est certes mise en place mais nous ne connaissons pas leur interprétation par les professionnels de santé : comment sont-ils traités ? Quelles sont les solutions proposées ?

Enfin, dans un contexte où les représentations sociales et la stigmatisation veulent être évitées, comment l'outil est-il perçu par les patientes ? A t'il été une aide à l'expression personnelle ou les patientes l'ont-elles vécu comme une intrusion ?

« L'ultime finalité de la médecine est sûrement de pérenniser, comme elle a su le faire depuis des millénaires, une attitude d'aide et de compréhension face à l'insupportable situation de souffrance, physique ou morale, que peut connaître tout être humain. »

Ch. Hervé; Ethique, Politique et Santé, Médecine et Société, PUF, p16

BIBLIOGRAPHIE

ARS. (2017a). *Les permanences d'accès aux soins de santé*. Ministère des solidarités et de la santé.

ARS. (2017b). *Rapport final d'évaluation du plan régional de santé du Nord pas de Calais 2012-2016*. Ministère des solidarités et de la santé.

AZRIA E. (2012). *Gynécologie-obstétrique du monde*. CNGOF, 36^{ème} journées nationales Paris

BATIFOULIER P., PAREL V. (2012) « 5. La prise en charge médicale des personnes précaires : une nécessité économique », in Pierre-Henri Bréchat *et al.*, *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP « Hors collection », p. 59-70.

BIDLOWSKY, GOLSE. (2001). *De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire*. Une voie de l'objectivisation. *Le carnet psy* -63, 30-33.

BORKOWSKI J-L, KASPARIAN L. (1991). *Construire les indicateurs d'inégalités : enquête études des conditions de vie 1986-1987*. Paris -INSEE.

BOUFFARTIGUE. (2015). « *Précarité* » : de quoi parle-t-on ? Présenté à Second séminaire Tramed « Les problématiques du travail dans l'espace euro - méditerranéen en crise : précarité et jeunes générations ».

BOUSQUET D. et al (2017). *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* dans le rapport du HCE de mai 2017. 212p

CASES C. (2010), « Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible », *Actualité et dossier en santé publique*, p. 2.

CASTIEL D, BRECHAT P-H. (2009). Handicap social et hôpitaux publics : pour un GHS « socialisable », *La Presse Médicale* volume 38, 142-145.

CASTIEL, D., & BRECHAT P-H ; et al. (2009). Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique, *Social*

disability and public hospitals : towards a model of resource allocation. *Santé Publique*, 21(2), 195-212.

CNOM. (2017, avril). *Code de déontologie médicale*.

CONVERS, M., LANGERON, A., SASS, C., MOULIN, J.-J., AUGIER, A., Varlet, M.-N., ... Chêne, G. (2012). Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique, *Gynécologie, obstétrique et fertilité Vol .40(N°4)*, 208-212.

CORTY JF., BERNARD O. (2012) « 31. Médecins du Monde, entre résistance et innovation Le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France », in Pierre-Henri Bréchat *et al.*, *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP « Hors collection », p. 403-414.

COUTIN A.S. (2006, mars). La grossesse en situation de précarité dans GYNSF- Hors-série - 1^{ère} journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde, p13/26.

CPAM. (2017a). Aide médicale de l'État et soins urgents. Page web consulté à l'adresse : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>

CPAM. (2017b). CMU complémentaire : conditions et démarches. Page web consulté à l'adresse: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>

DALMONT, C. (2012). *Maternité chez les femmes en situation de précarité*. Gynécologie et obstétrique. Mémoire de fin d'études sage-femme - Caen <dumas-00731818> 64 p

D'ESCRIBENNE. (2015). *Validation externe et contre critère d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : le score PRECAR*. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie-PARIS 6.

FARGE BANCEL D. (2006, mars). *Précarité et santé des femmes en France* dans GYNSF- Hors-série -1^{ère} journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde, p 4/26

FLINE-BARTHES M., VANDENDRIESSCHE D., SUBTIL D. et al. (2014). *Dépistage des*

situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction p 23- 44.

FOUCHARD A. et al. (2014). *Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris.*, BDSP - p 237-247.

GAYRAL-TAMINH M. et al (2008). *Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité.* Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction- Volume 34, p 23-32.

GONNAUD F. (2011). 27. *L'entretien prénatal précoce : comment ça marche ?* In *Stress et grossesse* (p. 235-242). Toulouse : ERES.

HAS. (2016). *Recommandations professionnelles ; Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées.* (p 3-22).

HCSP. (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.* (Saisine ministérielle du Haut Comité de la Santé Publique).

HOLSTEIN J. et al. (2009). Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour, *57, Issue 3*, 205-211.

JACQUES B., PURGES S. (2013). *Etre enceinte et vulnérable : définitions des états de vulnérabilité et mode d'intervention de professionnels du sanitaire dans un territoire dit défavorisé.* Actes du XVI colloque national de démographie (CUDEP), Aix en Provence.

JODELET, D. (2003). *Les représentations sociales.* Paris : Presses Universitaires de France. collection Sociologie d'aujourd'hui- 454p

LAUDE A. (2012), « 3. L'accès aux soins-précarité-droit », in Pierre-Henri Bréchat *et al.*, *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP « Hors collection », 2012 (), p. 39-50.

LECOMTE T. et al. (1996). *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux, enquête*

sur la santé et les soins médicaux, France, CREDES (No. 446). Paris.

LEJEUNE, C. (2008). *Précarité et prématurité*. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 21(8), 344-348.

LOISY, C. (2000). *Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts*. (Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. La documentation française) (p. 23-50).

MARTIN C. (2013). Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. Alter: European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap, Elsevier Masson, 2013, 7 (4), pp.293-298.

MATHY C., BENSADON M. (2002). Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires Journal d'Economie Médicale 2002 ; 20 : 263-278.

MINISTERE DE LA SANTE, (2004). *Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paru en 2004 suite au rapport sur la périnatalité par trois experts (Pr Breart, Pr Puech, Pr Roze). 42p

MINISTERE DE LA SANTE, (2010). *Evaluation du plan périnatalité 2005-2007- Rapport final*. Planète publiques- conseil en politiques publiques. p 80-89/140

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Ministère de la santé et de l'action humanitaire. Arrêté du 20 Juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. Journal officiel de la République française. (1992).

MISSONNIER S. (2011). 12. Stress, grossesse et psychanalyse : Spinoza avait raison! In *Stress et grossesse* (ERES, p. 115-132.).

MOLENAT F. (2009). *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Eres. Collection prévention en maternité -278p

MOLENAT F., ROEGIERS L. (2011). *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque?* (ERES). Collection Prévention en maternité- 328p.

- MOLENAT F. (2013). *L'entretien prénatal précoce : objectifs, avancées, obstacles et dérives*. Etat des lieux qualitatifs des pratiques depuis le lancement du plan périnatalité 2005-2007.
- MAURIN L. (2017). *Les seuils de pauvreté en France* dans le rapport sur les Inégalités en France paru en Juin 2017- Observatoire des Inégalités.
- OMS. (2000). *Les déterminants sociaux de la santé* dans le rapport de campagne du bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- PABION, M. (2014). *Sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité par les professionnels de l'hôpital Couple Enfant de Grenoble* (Mémoire de fin d'étude sage-femme. UFR médecine de Grenoble. Université Joseph Fourier. P8-22.
- PASCAL J. et al. (2004). *Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital*. (La Presse Médicale) (p. 710-715).
- PIHEN AS (2015). *Maïeutique et transdisciplinarité, la sage-femme et le nouveau-né*. Mémoire master 2 de sciences humaines et sociales. Lille 1
- PLATON J., LAMOUCHE C. (2012) « 25. La permanence d'accès aux soins de santé : une référence de prise en charge médico-sociale », in Pierre-Henri Bréchat *et al.*, *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP « Hors collection », p. 335-340.
- PREVOST AP, BOUGIE C. (2008). *Equipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire qui fait quoi ? La réadaptation: une habitude à adopter; formation continue* p 43(11).
- PUECH F. et al (2014) *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*. CNNSE -Ministère des solidarités et de la santé.
- ROBERT, S. (2013). *Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte santé, inégalités et ruptures sociales*. (Thèse de médecine générale). Université Pierre et Marie CURIE.
- RODRIGUES et al (2014). *Le score EPICES en questionnaires auto administré proposé en consultation ambulatoire hospitalière*. Hôpitaux de Toulouse in COLLOQUE NATIONAL DES PASS, Chambéry.

SANNINO N. (2015). *Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité*. (Spécificité en rapport avec l'environnement local). DGOS- Rapport final- EFECT-ITINERE CONSEIL

SAMU SOCIAL. (2016). *Rapport d'activité 2016 du SAMU social*. 58p

SASS, GUÉGUEN, MOULIN, et al. (2006). *Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité*, Summary. *Santé Publique*, 18(4), 513-522.

SECOURS CATHOLIQUE. (2016). *L'état de la pauvreté en France*. (Rapport statistique).

TERWEE, SDM, BOT et al. (2007). *Quality criteria are proposed for measurement properties of health status questionnaires.*, EMGO Institute, VU University Medical Center, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands. cb.terwee@vumc.nl p. 60, 34-42.

TUDREJ, B. (2006, 2007). *Précarité : Analyse d'un concept* (Mémoire de master 1, recherche en éthique médicale.). Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale. Université René Descartes Paris V.

VACHERON, A. (2017, septembre). *Quels dispositifs pour la santé des précaires ?* *Le Figaro*.

VIGOUREUX S., GOFFINET F., AZRIA E. et all. (2017). *Étude observationnelle d'un dispositif d'aide aux femmes en situation de précarité pendant la grossesse et le post-partum*. *La Revue Sage-Femme*, 16(6), 375-381.

VILLENEUVE A. (1984). *Construire un indicateur de précarité : les étapes d'une démarche empirique.*, *Economie et statistiques* (168), 93-105.

WRESINSKI, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Avis et rapport du conseil économique et social.

Annexe I : Recommandations de la HAS sur le déroulement de la 2^{ème} consultation avant 15SA- Mai 2016.

Encadré 5. Déroulement de la 2^o consultation avant 15 SA révolues.

a. Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement

b. Réaliser un examen clinique

Prise de la pression artérielle ; mesure du poids ; mesure de la hauteur utérine à partir du 4^o mois ; si possible recherche des bruits du cœur fœtal

c. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales

Marqueurs du 2^o trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre ^(a)

d. Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) ^(b)

Expression des attentes et besoins de la femme et du couple ; repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ; informations sur les ressources de proximité ; liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés

f. Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (collectives ou individuelles) en expliquant leurs objectifs ^(b)

^(a) Recommandations de santé publique, « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(b) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Annexe II : Critères d'évaluation de Terwee

Critère de qualité	Définition	Conditions de notation ^{a,b}
1. Validité du contenu	Dans quelle mesure le domaine d'intérêt est convenablement décrit par les items du questionnaire	<p>+ : Une description claire est fournie pour l'objectif de la mesure, la population cible, les concepts mesurés, la sélection des items ET la population cible et (les chercheurs OU les experts) étaient impliqués dans la sélection des items ;</p> <p>± : Une description claire des aspects mentionnés ci-dessus manque OU seule la population cible a été impliquée OU méthodologie de l'étude douteuse ;</p> <p>- : Pas d'implication de la population cible;</p> <p>ND : Pas d'information disponible sur l'implication de la population</p>
2. Cohérence interne	Dans quelle mesure les items sont corrélés entre eux et mesurent ainsi le même concept	<p>+ : Analyse factorielle effectuée sur un échantillon de taille adéquate (7 * nombre d'items et ≥100) ET alpha(s) de Cronbach calculé(s) par dimension ET alpha(s) de Cronbach's entre 0,70 et 0,95;</p> <p>± : Pas d'analyse factorielle OU méthode douteuse;</p> <p>- Alpha(s) de Cronbach < 0,70 ou > 0,95, malgré une méthodologie adéquate;</p> <p>ND : Pas d'information disponible sur la cohérence interne.</p>
3. Validité contre critère	Dans quelle mesure le score est cohérent avec le gold standard	<p>+ Arguments convaincants pour dire que le gold standard est « gold » ET corrélation avec le gold standard > 0,70 ;</p> <p>± : Pas d'argument suffisant pour prouver que le gold standard est « gold » OU méthode douteuse;</p> <p>- : Corrélation avec le gold standard < 0,70 malgré une méthode adéquate;</p> <p>ND : Pas d'information disponible sur la validité des critères.</p>
4. Validité du construit	Dans quelle mesure, le score est en cohérence avec les hypothèses faites initialement concernant le concept mesuré	<p>+ : Des hypothèses spécifiques ont été formulées ET au moins 75 % des résultats sont en accord avec ces hypothèses ;</p> <p>± : Méthode douteuse (par exemple : pas d'hypothèse) ;</p> <p>- : Moins de 75% des hypothèses ont été confirmés, malgré une méthode adéquate ;</p> <p>ND : Pas d'information disponible sur la validité du construit.</p>
5. Reproductibilité		
5.1. Concordance	Dans quelle mesure les scores mesurés de façon répétée sont proches les uns des autres (erreur absolue)	<p>+ : CMI < PPCD OU CMI en dehors des limites de la concordance OU arguments convaincants pour dire que la concordance est acceptable;</p> <p>± : méthodologie douteuse OU (CMI non défini ET pas d'argument convaincant pour dire que la concordance est acceptable);</p> <p>- : CMI ≥ PPCD OU CMI égal ou situé à l'intérieur des limites de la concordance, malgré une méthodologie adéquate;</p> <p>ND : Pas d'information disponible sur la concordance.</p>
5.2. Fiabilité	Dans quelle mesure les patients peuvent être distingués les uns des autres, malgré les erreurs de mesure (erreur relative)	<p>+ : Coefficient de corrélation intraclasse ou Kappa pondéré ≥ 0,70 ;</p> <p>± : méthodologie douteuse (par exemple, intervalle de temps non mentionné);</p> <p>- : Coefficient de corrélation intraclasse ou Kappa pondéré < 0,70, malgré une méthodologie adéquate;</p> <p>ND : pas d'information sur la fiabilité.</p>

6. Sensibilité au changement	La capacité du questionnaire à distinguer des changements cliniquement importants au fil du temps	+ : PPCD OU PPCD < CMI OU CMI en dehors des limites de la concordance OU RR>1,96 OU ASC ≥ 0,70; ± : méthodologie douteuse; - : PPCD OU PPCD ≥ CMI OU CMI égal ou situé à l'intérieur des limites de la concordance OU RR ≤ 1,96 OU ASC<0,70, malgré une méthodologie adéquate; ND: Pas d'information sur la sensibilité au changement.
7. Effets plancher et plafond	La proportion de répondants qui ont obtenu le plus bas ou le plus haut score	+ : ≤15% des répondants ont atteint le plus haut ou le plus bas score possible ; ± : méthodologie douteuse; - : >15% des répondants ont atteint le plus haut ou le plus bas score possible, malgré une méthodologie adéquate ; ND : Pas d'information disponible sur l'interprétation.
8. Interprétabilité	Dans quelle mesure il est possible d'associer une signification qualitative à un score quantitatif	+ : Moyenne et écarts types donnés pour au moins quatre sous-groupes de patients et CMI défini ; ± : méthodologie douteuse OU moins de quatre sous-groupes ou pas de CMI défini ; ND : Pas d'information donnée sur l'interprétation

CMI: Changement minimal considéré comme important; PPCD: plus petit changement détectable; ASC : Aire sous la courbe

^a + : note positive; ± : note indéterminée; - : note négative; ND : non disponible.

^b méthodologie douteuse : il manque une description claire de la méthodologie, la taille de l'échantillon est inférieure à 50 sujets (elle doit être d'au moins 50 sujets dans chaque sous-groupe d'analyse) ou il existe une autre faiblesse dans la conception ou l'exécution de l'étude.

Annexe III : 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.

Annexe IV : Le score de Pascal

Tableau I. – Les caractéristiques de vulnérabilité sociale explorées par auto questionnaire

❶ Avez-vous la CMU (couverture maladie universelle), la CMU C omplémentaire ou l'Aide Médicale d'Etat (AME : hospitalière ou totale) ?	oui non
❷ Avez-vous une Mutuelle santé ou une Assurance maladie complémentaire ?	oui non*
❸ Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?	oui non
❹ Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (allocation adulte handicapé), l'API (allocation parent isolé), l'ASS (allocation solidarité spécifique), l'AI (allocation d'insertion), l'allocation de veuvage, le <u>minimum</u> vieillesse ou l'allocation <u>supplémentaire</u> de vieillesse?	oui non
❺ Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 ^{er} emploi ?	oui non

*A la différence des 4 autres caractéristiques, c'est la réponse « non » à cette caractéristique qui contribue à identifier une situation de vulnérabilité sociale.

Annexe V : Le score PRECAR

1. Quelle est votre prise en charge sociale ?
 - Bénéficiaire de la Sécurité Sociale et d'une Complémentaire Santé 0 point
 - Bénéficiaire de la CMU complémentaire, ou de l'Aide Médicale d'Etat 1 point
 - Bénéficiaire de la Sécurité Sociale seule, ou de la CMU seule 2 points
 - N'avoir aucune couverture maladie 3 points

2. Quel est votre niveau d'études ?
 - N'avoir jamais été à l'école, ou la dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement primaire 2 points
 - La dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement secondaire 1^{er} cycle ou 2^{ème} cycle (de la 6^e à la terminale) 1 point
 - Avoir fait des études supérieures 0 point

3. A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?
 - Faire ou avoir fait partie des cadres et professions intellectuelles supérieures 0 point
 - Faire ou avoir fait partie des professions intermédiaires, être ou avoir été artisan, commerçant, ou chef d'entreprise 1 point
 - Etre ou avoir été employé ou ouvrier 2 points

- Ne jamais avoir travaillé plus de trois mois 1 point
4. Quel est votre statut professionnel ?
- Etre actif occupé : 0 point

Occupent un emploi toutes les personnes suivantes :

 - *celles qui aident un membre de leur famille dans leur travail, même sans être rémunérées,*
 - *celles en congé annuel, de maladie, de maternité, en congé individuel de formation, de conversion, en dispenses d'activité, etc.*
 - *les élèves fonctionnaires, les intérimaires, les intermittents du spectacle*
 - Etre étudiant 0 point
 - Etre chômeur (inscrit ou non à l'ANPE / Pôle Emploi) 2 points
 - Etre retraité 1 point
 - Etre inactif (par exemple, handicapé) 1 point
5. D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez ?
- Très seul 3 points
 - Plutôt seul 2 points
 - Plutôt entouré 1 point
 - Très entouré 0 point
6. Quelle est votre situation affective ?
- Ne pas avoir de relation amoureuse importante 3 points
 - Avoir une relation amoureuse ou sentimentale importante pour le sujet interrogé, sans pour autant qu'il se considère en couple 2 points
 - Etre en couple mais ne pas vivre avec son conjoint 1 point
 - Etre en couple et vivre avec son conjoint 0 point
7. Avec qui vivez-vous ?
- Une seule personne 1 point
 - Mononucléaire : couple, avec ou sans enfant 0 point
 - Monoparentale : un parent seul avec enfant(s) 2 points
 - «isolés» : autres cas 1 point
8. Gagnez-vous plus ou moins de 910 euros par mois ?
- Plus de 910 euros 0 point
 - Moins de 910 euros 1 point
9. Comment percevez-vous votre situation financière ?
- Vous êtes à l'aise 0 point

Annexe VI : les 6 grands domaines couverts par le questionnaire du handicap social

1- Domaine « santé »

Indicateur de morbidité (MORBI)

résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés

Question : Quels symptômes et ou maladies ?

Indicateur de risque (RISKI)

est obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées et l'association éventuelle des deux

Questions : Etes-vous fumeur, consommateur de boissons alcoolisées ou les deux ?

2- Domaine « ressources »

Indicateur de niveau de vie

Il est constitué par le revenu des personnes (REVENU)

Question : Quel est votre revenu mensuel ?

Indicateur de précarité (PRECAT)

est constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (CHOM) et d'une accumulation des risques de précarité (PRESTENDETT), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement

Questions : Avez-vous des difficultés financières ? Bénéficiez-vous d'aide financière ? Etes-vous en chômage non indemnisé ? Plusieurs de ces difficultés ?

3- Domaine « insertion culturelle »

Indicateur de scolarisation (SCOL)

Indicateur d'activités culturelles (CULTU)

est constitué par trois variables : lecture d'un journal, de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle

Question : Lisez-vous un journal, des livres ?

4- Domaine « relations avec autrui »

Indicateur relations familiales (FAM)

Question : Voyez-vous votre famille ?

5- Domaine « logement »

Indicateur de confort intérieur (CI)

est constitué de quatre variables : le confort sanitaire (DF), l'équipement en biens durables (EQ), l'indice de peuplement (IP) et l'équipement complémentaire (EC)

Questions : Votre logement est-il confortable (cuisine, eau, WC) ? A-il un téléviseur, une machine à laver, etc. ? Avez-vous plusieurs voitures ?

La localisation du logement (LOCA)

est composé de trois variables : la proximité des commodités (DIS), les critiques à l'environnement (CRIT) et le statut d'occupation (L)

Questions : Votre logement est-il proche de la poste, de la pharmacie, du magasin d'alimentation, d'un arrêt de transport en commun ?

6- Domaine « patrimoine »

Indicateur d'actifs immobiliers (IMMO)

Question : Êtes-vous propriétaire de votre logement, propriétaire, locataire ?

Indicateur d'actifs mobiliers (MOBI)

Question : Avez-vous un compte-chèque, un livret d'épargne, des valeurs mobilières ?

**Annexe VII : Auto questionnaire utilisé dans l'étude de FLINE-BARTHES M.,
VANDENDRIESSCHE D., SUBTIL D. et al. (2015)**

LOGO MATERNITE	CENTRE HOSPITALIER DE	ETIQUETTE PATIENTE
---------------------------	------------------------------	-------------------------------

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE

Madame, Mademoiselle,
Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de repérer des difficultés que vous pourriez avoir eues récemment ou par le passé. Il est à remettre en consultation.

- 1 Si vous fumez, combien de **cigarettes** fumez-vous par jour en moyenne ? 1-10 11-20
 21-30 +30
- 2 Le matin, combien de **temps après votre réveil** fumez-vous votre **première cigarette** ? | | minutes
- 3 Devez-vous consommer **plus de 2 verres d'alcool** pour sentir son effet ? non oui
- 4 Les gens vous ont-ils déjà agacé en **critiquant votre consommation d'alcool** ? non oui
- 5 Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez **réduire votre consommation d'alcool** ? non oui
- 6 Vous est-il déjà arrivé de **prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs** ou vous **débarrasser d'une gueule de bois** ? non oui
- 7 Avez-vous déjà consommé **l'une de ces substances** : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne ? non oui
- 8 En avez-vous consommé au cours du **dernier mois** ? non oui
- 9 Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir **inquiète ou soucieuse** sans en identifier le motif ? non oui
- 10 Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des **problèmes pour bien dormir** ? non oui
- 11 Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie **dépassée par les événements** ? non oui
- 12 Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de **penser à vous faire du mal** ? non oui
- 13 Dans votre vie, avez-vous déjà été victime de **violences psychologiques ou physiques** ? non oui
- 14 Vous sentez-vous en **sécurité** dans votre environnement familial ? non oui
- 15 Vous sentez-vous **entourée** dans votre environnement proche ? non oui
- 16 Avez-vous **au moins une personne de votre entourage** sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ? non oui
- 17 Bénéficiez-vous d'une **aide extérieure** (assistante sociale, tuteur, psychologue, autre personne) ? non oui

A REMPLIR PAR LE MEDECIN OU LA SAGE-FEMME

Reçu le | | | | par

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2018

TITRE : Le repérage de la précarité au cours de la grossesse Etude bibliographique
AUTEUR : CAMBIER Marie-Charlotte
Sous la Direction de : VAAST Isabelle

MOTS-CLES : précarité et grossesse, précarité et risque périnatal, scores de précarité, prévention, vulnérabilité, politiques de santé.

RESUME :

Introduction

La précarité est une problématique actuelle majeure de notre société actuelle. Ses répercussions à toute période de la vie notamment la grossesse où les femmes sont incontestablement vulnérables ne sont pas négligeables. Son repérage parait évident mais dans un contexte où le sens et les déterminants de la situation même sont flous, repérer la précarité est une tâche qui se révèle être d'une particulière difficulté.

Matériel et méthode :

Une étude bibliographique menée sur les scores et moyens de repérage de la précarité aujourd'hui tente de répondre à la problématique suivante :

Est-il possible et nécessaire de développer une politique de repérage systématique de la précarité au cours de la grossesse ?

Résultats et conclusion :

Au travers de la littérature, la précarité est replacée dans son contexte actuel en se distinguant des termes d'exclusion, vulnérabilité et pauvreté avec qui elle est souvent confondue. Les études prouvent incontestablement que la précarité, qu'elle soit économique ou psychologique a un impact significatif sur le déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant à venir. Quatre scores élaborés dans un but de repérage existent aujourd'hui et sont comparés dans ce travail. Les résultats quant au « score idéal » ne sont pas concluants, aucuns scores n'étant actuellement utilisés quotidiennement en hospitalier faute de validation à des populations générales et de gold standard en termes de précarité.

De tels scores sont applicables à la grossesse et soulèvent des critères significatifs à une situation de précarité repérable quotidiennement en consultations par des professionnels de santé formés et au courant des solutions proposées. L'utilisation de tels scores permettraient une anticipation des risques et un gain de temps dans les pratiques. La nécessité d'une telle mise en place reste cependant en suspension, la stigmatisation étant un frein majeur.

La problématique des représentations sociales encore trop présente, l'accès aux soins et le manque de communication interdisciplinaire et extrahospitalière sont encore des freins à ce repérage mais la prise de conscience d'un problème de santé publique majeur peut être un levier à une évolution des pratiques. La sage-femme au cœur du travail interdisciplinaire voit ses responsabilités évoluées et joue un rôle essentiel dans l'accompagnement et le repérage des vulnérabilités des femmes, points d'appel de la précarité.