



HAL
open science

Prise en charge de la grossesse des femmes en situation de précarité dans l'agglomération Maubeuge Val de Sambre. Étude sociologique auprès des professionnels de santé du territoire

Justine Mercier

► To cite this version:

Justine Mercier. Prise en charge de la grossesse des femmes en situation de précarité dans l'agglomération Maubeuge Val de Sambre. Étude sociologique auprès des professionnels de santé du territoire. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02171579

HAL Id: dumas-02171579

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02171579>

Submitted on 3 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

**PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE DES
FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE DANS
L'AGGLOMERATION MAUBEUGE VAL DE
SAMBRE.**

Etude sociologique auprès des professionnels de santé du territoire.

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

Présenté et soutenu par

Justine MERCIER

Sous la direction d'Elodie HUBERT – Sage-femme enseignante

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé, chacune à leur manière, à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, Madame Elodie HUBERT, directrice de ce mémoire, pour son investissement dans ce travail, ses conseils mais surtout pour l'intérêt qu'elle a porté à ce sujet depuis son commencement.

A Madame Brigitte EMMERY, pour son écoute et sa présence qui m'ont permis d'avancer et de réaliser mes projets.

A tous les professionnels de santé qui ont participé à cette étude et qui ont porté de l'intérêt à ce travail.

A mes parents, pour tout ce qu'ils m'apportent depuis toujours et sans qui rien n'aurait été possible.

A Hugo, pour sa relecture et ses précieux conseils mais aussi et surtout pour sa présence.

A Julien, pour son soutien sans faille depuis toutes ces années.

A mes grands-mères, pour tous les moments partagés, leur soutien et leur jeunesse éternelle.

A Jojo, Didi, Doudou et Toto, pour m'avoir redonné le sourire à chaque fois que cela a été nécessaire.

Aux copines de promo, pour ces bons moments de rire et de partage qui resteront dans nos mémoires.

Au reste de ma famille et de mes amis pour leur soutien.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	7
1. Type d'étude et temporalité.....	7
2. Terrain d'étude : Diagnostic.....	7
3. Stratégie d'enquête	11
4. Méthode d'analyse	13
5. Considérations éthiques et autorisations	14
RESULTATS ET DISCUSSION	15
1. Qu'est-ce que la précarité dans le Val de Sambre ?.....	15
1.1 Une définition plurielle de la précarité	15
1.2 Points de vigilance en consultations.....	18
2. Prise en charge de la grossesse par les différents professionnels : aspect médical.	22
2.1 Pratiques professionnelles face aux patientes précaires :.....	22
2.2 Suivi de la grossesse	26
3. Prise en charge de la grossesse par les différents professionnels : aspect social.....	33
3.1 Prise en charge sociale des professionnels libéraux et hospitaliers	33
3.2 Cas particuliers des sages-femmes territoriales :	35
4. Besoins et difficultés des professionnels face à la précarité du territoire :....	39
4.1 Du suivi aux besoins quotidiens : les difficultés sont nombreuses	39
4.2 Les professionnels sur la même longueur d'ondes en terme de besoins	42
5. Pistes pour l'avenir	43
5.1 SOLIPAM.....	43
5.2 Etude Naître.....	44
5.3 Etude PANJO.....	45
CONCLUSION	46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48

GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASF : Allocation de Soutien Familial

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAMVS : Communauté d'Agglomération Maubeuge Val de Sambre

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CCAS : Centre Communal d'Action Social

CHSA : Centre Hospitalier du Sambre Avesnois

CMP : Centre Médico Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MCA : Maubeuge Construction Automobile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PAJE : Prime d'Accueil du Jeune Enfant

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile

PUMa : Protection Universelle Maladie

RPH : Réseau Périnatalité du Hainaut

RPN : Réseau Proximité Naissance

RSA : Revenu de Solidarité Active

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SSD : Service Social Départemental

TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

UTPAS : Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

VDS : Clinique du Val de Sambre

INTRODUCTION

Le territoire de Maubeuge et ses environs se trouve actuellement dans une situation socio-économique difficile (Agglomération Maubeuge Val de Sambre, 2015). L'impact sur la santé de la population est fort et la question de la prise en charge de la grossesse se pose.

En effet, grand nombre de personnes se trouvent en situation de précarité, terme quelque peu vaste que nous allons tenter de définir. La définition officielle a été proposée par le père Joseph Wresinski¹ dans un rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale en 1987 ; la précarité définit la condition qui résulte : "d'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des 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, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même." (WRESINSKI, 1987)

Ainsi, au travers de cette définition nous voyons bien que la précarité englobe un grand nombre de domaines. Si au départ l'une des causes principales semble être celle de l'emploi, elle entraîne ensuite des difficultés d'ordre économique, social et de santé. Il semble donc crucial de s'intéresser à ce phénomène qui s'est installé dans ce territoire et qui ne cesse de s'aggraver.

Le territoire du Val de Sambre regroupe à la fois des difficultés économiques liées notamment à la présence d'entreprises touchées par les crises économiques. Le taux d'emploi y est l'un des plus faibles de la région, s'y ajoute des difficultés sociales, la population restant très peu qualifiée (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, 2014). Aux difficultés précédemment énoncées s'ajoute un réel impact sur la santé physique et mentale de la population. En effet, quelques chiffres particulièrement éloquentes issus du contrat local de santé publié en 2015 par l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre peuvent illustrer nos propos.

¹ Fondateur du Mouvement ATD Quart Monde : Agir contre l'extrême pauvreté

Par exemple :

- La surmortalité toutes causes et tous âges dépasse le niveau national de 33% chez les hommes et 27% chez les femmes. La surmortalité prématurée (avant 65ans) dépasse de 43% le niveau national.
- Pathologies liées à l'alcoolisme : surmortalité prématurée : +283% par rapport au niveau national chez les femmes, dépassant également significativement de 113 points la moyenne régionale.
- Une mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins supérieure à celle de la région : 49% contre 34%.
- Une mortalité prématurée évitable par les comportements à risque supérieure à celle de la France : +44%.
- Les comportements à risques favoriseraient une mortalité prématurée évitable 58% supérieure à celle de l'hexagone chez les femmes.
- Diabète : Mortalité tous âges, tous sexes : +53% par rapport à la France.
- Suicide : +36% par rapport au niveau national.

La situation socio-économique difficile du territoire est corrélée à un état de santé de la population préoccupant.

En effet, pour les personnes en situation de précarité la priorité n'est pas forcément mise sur la santé mais sur des problèmes pratiques tels que se nourrir, se loger, travailler (DALMONT, 2012)... D'autres difficultés entravent l'accès aux soins : difficultés de communication (barrière linguistique, langage inapproprié...), difficultés de transport (milieu rural, éloignement entre les centres hospitaliers et le domicile...), difficultés administratives (illettrisme, couverture sociale...), problèmes d'addiction... La question de la prise en charge de la grossesse de ces femmes au sein de ce territoire se pose donc.

Ainsi, ce n'est pas sans conséquence pour la grossesse, on remarque un retard de prise en charge, une réduction des dépistages, une moins bonne compliance, une augmentation du risque de prématurité ou encore une augmentation des consultations en urgence complexifiant le travail des professionnels de santé (LEJEUNE, 2008).

En Ile de France, un réseau a été créé afin de venir en aide aux femmes en situation de précarité : SOLIPAM (Solidarité Paris Maman). Les femmes doivent remplir certains critères pour entrer dans le réseau : être enceinte ou avoir accouché il y a moins de trois mois, être majeure, ne pas avoir de logement ou être dans une situation instable, n'avoir aucune ressource ou des revenus très faibles. Les femmes sont orientées vers le réseau et doivent ensuite aller elles-mêmes au siège de l'association afin d'être suivies par une sage-femme et une assistante sociale coordinatrices. Ensuite le suivi et la coordination à la fois médicale et sociale de la

grossesse est mis en place jusqu'aux trois mois de l'enfant (BLANCHARD, BRIEND, HERSCHKORN-BARNU, RENAERD, & ROCHEFORT, 2016). Cette coordination du suivi social et médical semble être un levier indispensable pour favoriser l'accès aux soins et interroge sur les dispositifs mis en place sur le territoire du Val de Sambre.

Quelles sont les structures ou les aides dont peuvent bénéficier les femmes enceintes en situation de précarité au sein du territoire ? Comment les professionnels identifient-ils la précarité, comment adaptent-ils leur pratique ou encore de quelles ressources disposent-ils à l'heure actuelle pour optimiser le suivi de la grossesse?

De façon plus générale, on peut se poser la question suivante :

Quelle est la prise en charge médicale et sociale des femmes enceintes en situation de précarité au sein de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre par les professionnels de santé ?

Les objectifs sont tout d'abord de recenser les modalités de prise en charge médicale et sociale de la grossesse au sein du territoire. Ensuite d'analyser quels sont les facteurs favorisants et les freins à la prise en charge de la grossesse chez ces patientes en situation de précarité. Enfin nous tenterons de déterminer les besoins et les attentes des professionnels.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude et temporalité

Une étude qualitative par le biais d'entretiens semi directifs a été menée auprès de différents professionnels de santé exerçant au sein de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre et qui assurent la prise en charge de la femme enceinte.

Les entretiens se sont déroulés du 15 août 2017 au 15 janvier 2018.

2. Terrain d'étude : Diagnostic

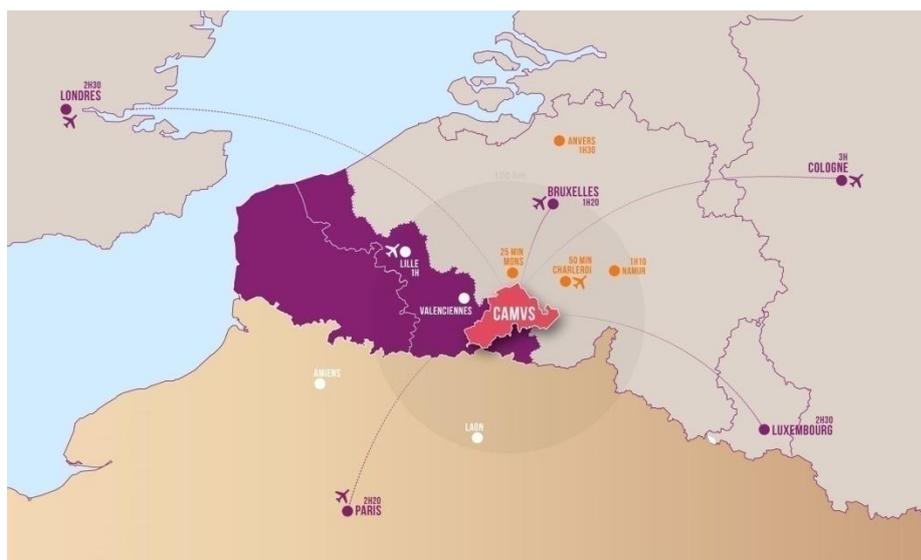


Figure 1 : Situation géographique de la CAMVS (Communauté d'Agglomérations Maubeuge Val de Sambre)

2.1 Analyse historique

Depuis les années soixante, la zone du Sambre Avesnois a subi la situation la plus critique du Nord Pas de Calais. Dès lors les activités qui jusque-là employaient une grande partie de la population (textile, verrerie, sidérurgie) commencent à souffrir de la concurrence

active. Le territoire devient une terre d'émigration (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, 2014).

Dans les années 70, de grandes entreprises telles que Maubeuge Construction Automobile (MCA) ou encore Vallourec, s'installent et emploient bon nombre de personnes apportant une lueur d'espoir au sein de ce territoire sinistré. Aujourd'hui encore MCA par exemple emploie 1700 personnes dont 25% d'intérimaires (societe.fr, 2018).

Le reste des secteurs souffre de la crise et en 1990 Maubeuge devient la ville présentant le 2^{ème} taux de chômage du Nord Pas de Calais (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, 2014). Depuis l'intérim s'est très développé.

Ceci montre que la population de Maubeuge et de ses environs est touchée par le chômage depuis une cinquantaine d'années. Cela entraîne un certain fatalisme pour la population qui n'a pas connu d'amélioration depuis toutes ces années et les prévisions pour 2030 sont toujours aussi moroses avec une fuite perpétuelle des actifs (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, 2014).

2.2 Analyse géographique

L'Agglomération Maubeuge Val de Sambre est située à l'extrême Sud-Est de la région. Elle est composée de 42 communes regroupant 126 368 habitants (Agglomération Maubeuge Val de Sambre, 2015).

Le territoire étudié s'étend jusqu'à Sassegnies (20km, 30mn de voiture de Maubeuge) au Sud Ouest du territoire, Cousolre (15km, 22mn de voiture de Maubeuge) à l'Est, Gognies-Chaussée (9km, 15mn de route de Maubeuge) au Nord et Limont-Fontaine(13km, 16mn de route de Maubeuge) au Sud.

Certaines villes sont également touchées par l'éloignement du CHSA mais n'appartenant pas à la CAMVS, nous ne les intégrons pas à notre étude. C'est par exemple le cas pour les habitants d'Avesnes-sur-Helpe (22km, 23 mn de route) ou encore pour ceux d'Hestrud (21km, 29mn de route).

Les moyens de transport en commun restent assez peu développés sur le territoire. Le réseau ferroviaire est peu fonctionnel (peu de lignes, peu d'horaires et peu de gares). Seules les villes de Maubeuge, Aulnoye Aymeries, Jeumont, Recquignies, Louvroil, Hautmont, Leval, Sous le Bois bénéficient d'un arrêt de train sur le territoire.



Figure 2 : Les communes de la CAMVS

Pour pouvoir se déplacer sans posséder de voiture il faut donc utiliser le réseau de bus. Ce n'est pas le moyen le plus simple. Même si bon nombre de communes possèdent un arrêt de bus, celui-ci n'est pas forcément proche du domicile et les horaires ne sont pas forcément adaptés.

Par exemple, pour un trajet Beaufort – Maubeuge (10 kilomètres, 14 minutes de voiture, une commune relativement peu éloignée du CHSA) il y a environ un bus par heure, le trajet dure 20 à 30 minutes puis les patientes doivent prendre une correspondance à la gare routière pour ensuite se rendre à l'hôpital. Ceci peut donc être relativement simple aux heures de pointe : pour un rendez-vous à 10h à l'hôpital par exemple elles peuvent partir à 9h13 pour une arrivée à 9h32 à la gare puis avec la correspondance elles arrivent à l'hôpital à 9h49. Ce qui fait un trajet de 35 minutes avec une correspondance, sachant que la patiente est enceinte et peut être potentiellement accompagnée d'un enfant en bas âge avec une poussette. En imaginant qu'elle quitte l'hôpital à 10h45 elle peut arriver à 10h53 à la gare routière et avoir une correspondance à 12h25 soit 1h30 d'attente. Elle rentre donc chez elle à 12h46.

La patiente a donc quitté son domicile durant plus de 4 heures pour un rendez-vous médical à 14 minutes de chez elle en pleine matinée. Les difficultés sont encore plus importantes le week-end évidemment et dans des communes bien plus éloignées où les déplacements sont presque impossibles sans voiture.

2.3 Analyse socio-économique

Nous avons déjà vu ci-dessus que le territoire de Maubeuge est touché de plein fouet par la crise économique depuis des années.

Le taux de chômage est de 15,2% avec certains quartiers de Maubeuge qui montrent des taux de chômage aux environs de 30%. Ce chiffre est d'autant plus révélateur pour notre étude qu'il touche en grande partie les femmes : 23,2% des femmes sont au chômage soit quasiment une femme sur quatre qui ne travaille pas. Sachant aussi que l'Avesnois est fortement concerné par la monoparentalité, dans le quartier des Provinces Françaises à Maubeuge par exemple le taux de famille monoparentale est de 13,6%. La part des femmes seules avec enfants représente 16,4% de la population soit 5,1% de plus qu'au niveau national (Agence de développement et d'urbanisme de la Sambre, 2015).

Le chômage est donc ancré dans le territoire. Le chômage est persistant et les moyens d'en sortir difficiles.

Il est vrai que dans l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre, certains quartiers sont particulièrement touchés par la précarité, huit d'entre eux ont été étudiés par l'Agence de Développement et d'Urbanisme de la Sambre en 2015. On note par exemple dans le quartier des Provinces Françaises que 100% des logements sont locatifs, dans le territoire 61,7% de la population touche l'APL (Aide Personnalisée au Logement) et 13,7% de la population est bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active) (Agence de développement et d'urbanisme de la Sambre, 2015).

Tous ces chiffres montrent que la conséquence du taux de chômage persistant entraîne une situation socioéconomique défavorable et critique dans certains quartiers. Le revenu annuel moyen² est de 16184€ (UTPAS Maubeuge Hautmont, 2015-2020) contre 20670€ en France (PORA, 2017).

2.4 Analyse sanitaire et éducative

L'offre actuelle de soins est essentiellement regroupée autour du Centre Hospitalier du Sambre Avesnois (CHSA) à Maubeuge et de quelques établissements privés. Le territoire comprend deux maternités l'une au CHSA et l'autre dans la clinique du Val de Sambre à Maubeuge également (Agglomération Maubeuge Val de Sambre, 2015).

² Le revenu salarial annuel, somme de tous les salaires nets perçus par une personne dans une année

Il existe une sous dotation en professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes) au sein du territoire étudié par rapport au reste de la région ou de la France. Les médecins généralistes sont également plus âgés que dans le reste du pays. Ce phénomène de vieillissement des professionnels concerne également les gynécologues du territoire (Agglomération Maubeuge Val de Sambre, 2015).

En 2010, la dernière carte de dotation en sages-femmes libérales réalisée par l'ARS montre que le territoire du Sambre Avesnois apparaît comme un des territoires très sous dotés en sages-femmes (ARS, 2010).

Au niveau de l'éducation, le territoire compte un nombre élevé de personnes qui n'ont pas de diplôme supérieur au BEP-CAP : 47,8% soit 4 points de plus que la moyenne régionale. Les diplômés de l'enseignement supérieur représentent 16,2% de la population, avec une tendance à quitter le territoire une fois diplômés. De plus, ce taux n'a augmenté que de 2,1 points en 10ans faisant de lui un des plus faibles de la région (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, 2014).

3. Stratégie d'enquête

3.1 Population et mode de recrutement

L'étude a été réalisée auprès de différents professionnels de santé prenant en charge le suivi de la grossesse : sage-femme, médecin généraliste et gynécologues-obstétriciens.

L'ensemble des entretiens a eu lieu au sein du territoire étudié : l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre. Les professionnels interviewés travaillent dans les structures suivantes : Cabinet libéral, Centre Hospitalier du Val de Sambre, Clinique du Val de Sambre, UTPAS Maubeuge-Hautmont, UTPAS Maubeuge-Jeumont.

Concernant le recrutement de la population étudiée, c'est au travers des stages effectués dans le cadre de mes études (CHSA, Planning Familial de Maubeuge, UTPAS Maubeuge/Hautmont, Cabinet Libéral) lors de la période de recherche et des rencontres avec différents professionnels dans le cadre du mémoire qu'il s'est réalisé par effet boule de neige.

Au niveau hospitalier c'est après une prise de contact par mail puis appel téléphonique avec la sage-femme coordinatrice que les entretiens se sont mis en place. Cette dernière a accepté que nous réalisions des entretiens au sein de l'établissement et nous a donné le nom des sages-femmes qui effectuent des consultations prénatales dans l'établissement. J'ai ainsi pu rencontrer trois sages-femmes de consultation. De cette façon les gynécologues obstétriciens ont également été informés de notre travail et ont accepté de collaborer. Un entretien a également été réalisé avec la sage-femme coordinatrice.

Lors d'un stage au planning familial, une sage-femme nous a adressé à la responsable du Réseau de Périnatalité du Hainaut. Elle a lu le projet et s'est montrée intéressée étant donné que celui-ci était en lien direct avec les demandes de l'ARS concernant l'étude de la précarité dans le bassin de vie du Hainaut. Cette dernière nous a renvoyés vers la sage-femme coordinatrice de l'établissement privé : la Clinique du Val de Sambre.

Au fur et à mesure, nous avons rencontré de plus en plus de sages-femmes libérales et de médecins généralistes.

Pour les sages-femmes territoriales la question ne se posait pas étant donné que deux sages-femmes territoriales exercent sur le secteur de Maubeuge et ses environs et que nous avons décidé de réaliser des entretiens avec elles deux. Les deux sages-femmes avaient déjà été rencontrées en stage et ont pu être recontactées facilement par téléphone.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion pour la population, le seul critère d'inclusion consistait à ce que le professionnel étudié travaille au sein de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre et suivent des grossesses de patientes en situation de précarité.

L'étude a eu lieu auprès de deux sages-femmes territoriales, de trois sages-femmes hospitalières réalisant les consultations prénatales, de deux sages-femmes libérales, de deux gynécologues obstétriciens hospitaliers, de deux sages-femmes coordinatrices en maïeutique d'établissement de santé privé et publique, de deux médecins généralistes, soit au total treize entretiens.

Le profil des interviewés n'a pas été réalisé car certains professionnels auraient pu être directement identifiables avec cet outil.

3.2 Limites et biais de l'étude

Les limites de l'étude ont été tout d'abord une difficulté à accéder à certains professionnels. Par exemple les sages-femmes libérales du secteur n'ont pas donné suite aux messages vocaux et autres mails, les sages-femmes libérales interrogées exercent donc au sein de notre territoire dans le cadre du PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) mais leur cabinet n'est pas dans l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre. Ensuite, les gynécologues obstétriciens libéraux du territoire n'ont soit pas donné suite à nos appels, soit ont déclaré ne pas être concernés par la question dans le cadre de leur activité libérale. Il n'y a donc aucun gynécologue obstétricien libéral interrogé dans ce travail.

La seconde limite de cette étude se situe dans l'absence d'entretiens réalisés directement avec les patientes en situation de précarité. Nous avons préalablement contacté des associations qui s'occupent de patientes en situation de précarité ainsi que des établissements d'accueil et

d'hébergement. Ceci n'a pas pu être fait car les commissions d'éthique nécessaires pour la validation du projet auraient retardé de manière trop conséquente la mise en place des entretiens et ces derniers n'auraient pu être intégrés à temps dans notre travail. Cependant, cet aspect de l'enquête aurait probablement amené d'autres idées notamment concernant les solutions ou les difficultés qui ne sont pas perçues par les professionnels.

3.3 Construction de l'outil

Les critères de jugement étaient :

- les caractéristiques de la population,(âge, sexe, profession, expérience dans le territoire, parcours professionnel)
- les connaissances théoriques des professionnels de santé sur la précarité (définition...)
- le suivi purement médical de la grossesse.
- le suivi social et les recours auxquels les professionnels font appel.
- les difficultés ou les besoins émis par les professionnels pour eux-mêmes ou pour les patientes.

La grille d'entretien qui a été utilisée est disponible en annexe XI.

3.3 Conduite des entretiens et recueil des données

Les entretiens étaient semi-directifs permettant de libérer la parole tout en conservant un fil conducteur. Ils ont eu lieu lors de gardes en stage, au sein des structures hospitalières, dans les cabinets libéraux.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

La durée moyenne des entretiens est de 22 minutes, le plus court faisant 15minutes et le plus long 40 minutes.

4. Méthode d'analyse

Tous les entretiens ont été retranscrits sur des fichiers Word et relus attentivement. Puis chaque entretien a fait l'objet d'une analyse thématique du contenu.

Ensuite, pour chaque thème les réponses ont été analysées puis comparées et mises en lien avec la littérature.

5. Considérations éthiques et autorisations

Toutes les données ont été pseudonymisées. Les enregistrements audio ont été détruits après la retranscription.

Chaque professionnel a reçu avant l'entretien un formulaire d'information et de non opposition.

L'utilisation de la base de données a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

La réalisation de l'étude a fait l'objet d'autorisations préalables des référents pédagogiques et des référents de terrain.

RESULTATS ET DISCUSSION

1. Qu'est-ce que la précarité dans le Val de Sambre ?

Nous avons vu au sein de l'analyse du territoire que Maubeuge et ses environs sont des territoires touchés par des difficultés de tout ordre (économique, social, sanitaire, éducatif...).

Si nous reprenons la définition de la précarité de Joseph Wresinski nous pouvons retenir que cette dernière concerne « *une ou plusieurs sécurités* » qui permettent aux personnes « *d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (WRESINSKI, 1987).

Cependant, ces éléments d'insécurité ne sont pas les mêmes dans un territoire comme le celui-ci plutôt qu'ailleurs en France ou bien même dans le monde.

Chaque territoire a ses spécificités, nous avons exposé les difficultés, nous allons maintenant essayer de faire ressortir les éléments d'insécurité principaux auxquels font face les patientes enceintes et en situation de précarité.

Cette précarité qu'elle soit économique, culturelle, psychologique ou encore sociale sera dépistée par les professionnels de santé notamment grâce à leur expérience.

1.1 Une définition plurielle de la précarité

Une précarité financière

Au niveau des éléments pris en compte pour déterminer si une personne est en situation de précarité ou non on retrouve en premier lieu les conditions économiques : soit le manque de moyen financier soit l'absence d'emploi.

Les professionnels définissent en premier lieu la précarité au travers de son aspect économique. Une sage-femme territoriale nous explique que ce problème financier concerne beaucoup plus de personnes aujourd'hui notamment à cause de la diminution des aides financières : « *Beaucoup bénéficient du RSA et aujourd'hui on voit qu'il y a une diminution des aides financières. Autrefois les assistantes sociales pouvaient, dans certaines conditions difficiles, les aider avec des primes etc. Aujourd'hui c'est de moins en moins...* ». En effet au

niveau social, de multiples aides existent mais les conditions d'accès sont de plus en plus strictes³.

Une précarité matérielle

Pour les professionnels de santé, le logement est le deuxième élément qui définit la précarité (absence d'un logement personnel ou insalubre). Par exemple une sage-femme territoriale nous explique que certains quartiers du territoire sont connus pour avoir des logements insalubres « *Il y a plusieurs résidences qui nous parlent où on sait que les logements ne sont pas forcément en bon état* ». La deuxième sage-femme territoriale interrogée nous confirme ce problème : « *Au niveau du logement, des personnes qui vivent dans des logements insalubres on en a quand même beaucoup sur notre secteur.* ».

Outre le logement et l'aspect financier, nous trouvons aussi les difficultés matérielles des patientes, leurs difficultés à subvenir à leurs besoins les plus simples. Une sage-femme nous traduit cette pensée commune : « *Les premières choses qui sont leurs priorités sont de pouvoir manger et de pouvoir subvenir à certains besoins qui pour nous ne sont plus fondamentaux mais qui pour eux sont fondamentaux* ». Les besoins fondamentaux peuvent être définis comme Maslow l'a décrit dans ses travaux en 1943. Selon cette théorie, la pyramide représente plusieurs niveaux. Le fait d'accéder à un niveau engendre le désir d'accéder au niveau suivant. Ainsi il classe les besoins primaires (physiologique et de sécurité) qui, s'ils ne sont pas satisfaits ne peuvent pas permettre d'accéder aux motivations supérieures : les besoins d'appartenance, d'estime et d'auto accomplissement (MASLOW, 1943).

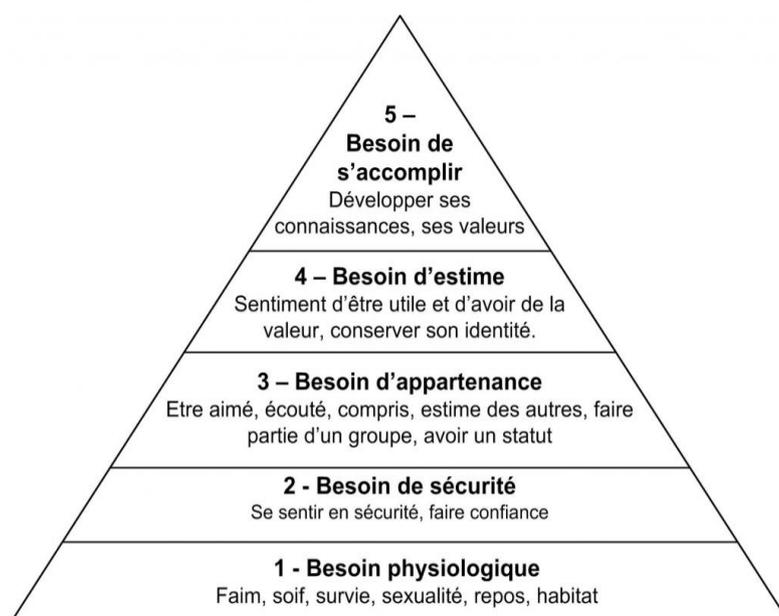


Figure 3 : Pyramide de Maslow

³ Cf partie III Les aides financières, sociales ou humaines du territoire

Une précarité sociale

Dans le cadre de la prise en charge des soins, ce qui revient ensuite dans les entretiens concerne l'accès aux soins pour les patientes en situation de précarité surtout d'un point de vue administratif. En effet, outre le problème de pouvoir ouvrir leurs droits, un médecin généraliste interrogé nous explique ceci : « *Aujourd'hui dans notre société, tout le monde a accès aux soins, par contre la vraie précarité c'est peut être les gens qui ne sont pas capables d'ouvrir leurs droits.* » Cette déclaration est concordante avec une enquête sur l'accès aux soins réalisée par les Défenseurs des droits en mars 2017 qui conclut que « Pour les personnes en situations de précarité, pour qui le bénéfice des dispositifs de solidarité nationale est essentiel, la difficulté à engager des démarches administratives est susceptible d'avoir des conséquences plus importantes sur l'accès aux droits. Elles semblent pourtant y être plus souvent confrontées que les personnes non précaires. » (Défenseurs des Droits, 2017). L'étude transmet des données chiffrées : « *Une personne précaire sur quatre (26 %) déclare ainsi éprouver des difficultés à effectuer ses démarches administratives (contre 18 % des personnes ne déclarant pas de difficultés financières). Les personnes précaires et isolées sont quatre fois plus nombreuses que les non précaires à éprouver des difficultés et à ne pas pouvoir être aidées.* ». Certaines familles ont droit à la CMU mais ne font pas les démarches, et ne la mettent pas à jour. Le médecin interrogé fait aussi référence aux personnes qui ne sont selon lui « *pas assez pauvres et pas assez riches, pas assez pauvres pour avoir droit au RSA et à la CMU mais qui ont un emploi précaire qui ne leur permet pas de payer pleinement une mutuelle* ». Cette partie de la population est intéressante pour notre étude car elle couvre une autre forme de précarité, plus discrète, celle que l'on peut cacher derrière des emplois intérimaires, mais qui concerne une grande partie de la population du territoire.

Une précarité culturelle

Un dernier élément est ressorti de nos entretiens, celui de la précarité culturelle que les professionnels peuvent assimiler à une précarité intellectuelle selon leurs mots : « *la précarité [...] ça englobe le côté financier mais aussi intellectuel* », « *c'est plutôt d'un point de vue économique après on peut parler aussi de pauvreté culturelle* », « *au niveau social, au niveau intellectuel, c'est l'environnement* », « *on est dans un milieu difficile où la seule chose qui nous préoccupe parfois c'est d'avoir chaud et de pouvoir manger, et l'éducation en soit peut donc paraître difficile* ». Nous avons vu dans l'étude de terrain que le territoire est également touché par un faible niveau d'éducation et cette difficulté est aussi ressentie par les professionnels qui la choisissent comme un critère de précarité. Dans son livre, Claude Ferrand explique que pour les personnes vivant dans des situations précaires notamment de pauvreté il est difficile de savoir s'adapter à la société dans laquelle nous vivons. En effet, selon lui, les nombreuses

ruptures que vivent certaines personnes à tous niveaux (économique, social, civique, familial), les amènent à se retrouver dans des situations d'exclusion sociale. C'est aussi pourquoi l'aspect multifactoriel de l'exclusion sociale fait penser que la solution ne réside pas uniquement à gérer leurs difficultés économiques par exemple mais à résoudre tout un ensemble de choses (FERRAND, 2001).

1.2 Points de vigilance en consultations.

Des conditions de vie difficiles

Le premier point d'appel qui revient le plus souvent concerne le logement ou le lieu d'habitation. Comme nous l'avons vu précédemment, certains quartiers sont connus pour abriter plusieurs logements insalubres (Agence de développement et d'urbanisme de la Sambre, 2015). Ce sont plutôt les sages-femmes territoriales qui connaissent ces quartiers mais également les sages-femmes libérales dans le cadre du PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) qui réalisent des visites au domicile. Il y a également des personnes qui n'ont pas de logement ou qui vivent chez des amis ou chez d'autres membres de la famille. Une sage-femme hospitalière interrogée nous raconte par exemple « *une patiente il n'y a pas si longtemps vivait dans une caravane sans chauffage* », ou encore que « *régulièrement la nuit on est sollicité par les urgences pour faire des hébergements maman femme enceinte qui sont dehors sans logement, ce n'est pas le but de l'hôpital mais on le fait on ne peut pas laisser ces gens à la rue.* » Ces situations sont identifiées soit dans le cadre des visites à domicile soit à l'hôpital grâce à l'entretien du 4^{ème} mois. En effet, au Centre Hospitalier de Maubeuge lors de l'entrée en maternité il y a une fiche de renseignements complétée par le professionnel de santé dans le logiciel informatique⁴ qui parcourt toutes les difficultés potentiellement rencontrées par les patientes. La question de la salubrité du logement y est posée. Si les patientes souhaitent y répondre franchement alors la sage-femme peut transmettre l'information à la PMI. Pour les sages-femmes qui vont directement au domicile la question n'a pas lieu d'être car elles sont directement confrontées à la réalité « *Après on le voit en arrivant chez eux l'état du logement, on n'a pas besoin de poser la question, on constate.* », les patientes sont donc moins gênées : « *En plus les gens sont moins aseptisés qu'en maternité car on est chez eux, ils savent qu'on voit dans quelles conditions ils vivent, ils ne cherchent plus à cacher certaines choses.* »

⁴ Cf Annexe II et III

Des moyens financiers insuffisants

Le deuxième point d'appel concerne les ressources financières de la patiente et si elle dispose d'une couverture sociale, d'une mutuelle ou de la CMU. Pour les sages-femmes territoriales qui vont au domicile, poser les questions n'est pas un souci. Par exemple l'une d'elles nous dit que « *bien sûr on leur demande si elles sont bénéficiaires du RSA, si elles touchent des indemnités ou des allocations, on leur demande leurs ressources* ». L'autre sage-femme territoriale émet une nuance et nous indique qu'elle pose les questions mais pas forcément dès la première rencontre notamment si « *ce sont des patientes qui plus jeunes ont été confiées au service de l'ASE* » ou « *des personnes qui se méfient un peu de la PMI, un peu du placement d'enfant, dans ce cas je vais plus étaler sur d'autres rencontres.* ». Les sages-femmes hospitalières ou les gynécologues obstétriciens peuvent aborder la question lors de l'entretien du 4^{ème} mois. Une sage-femme nous explique qu'elle n'a pas de difficulté à poser les questions et que les patientes parlent assez librement. « *C'est aussi des gens qu'on voit en détresse parce que les fins de mois sont difficiles et qu'on ne mange pas à sa faim à la fin du mois.* ». Une sage-femme nous dit que si elle a un doute, lorsqu'elle prescrit des vitamines en consultation par exemple elle demande « *Là si je vous prescris des vitamines, est ce que vous saurez les acheter ?* ». Une autre sage-femme nous explique que le fait que nous soyons dans un territoire défavorisé facilite les questions en lien avec les difficultés financières « *On a un peu plus l'habitude malheureusement et du coup la discussion est plus facile, ce n'est pas un tabou pour nous, ce n'est pas rare, on pose les choses simplement, sans jugement, on ne prend pas de haut, c'est dans la conversation, et comment faites-vous ? Est-ce que vous avez assez à manger ?* ».

La première rencontre : une première impression

Lors des premières rencontres, l'aspect physique de la personne rencontrée et son attitude apportent aux professionnels une première impression et mettent à jour l'existence de certaines difficultés. Pour mieux comprendre cet élément qui repose essentiellement sur le ressenti, rien de tel que de lire leurs paroles : « *C'est l'image de la personne, son attitude corporelle* » (obstétricien hospitalier), « *Au départ c'est l'aspect physique, quand elles arrivent on voit si elles prennent soin d'elles ou pas, au niveau de l'hygiène, beaucoup dentaire* » (sage-femme hospitalière), « *Ce sont des gens qui n'ont pas de vêtements de grossesse car ce n'est pas possible d'en acheter, donc on met un vieux jogging ou n'importe quoi qui va être souple* » (sage-femme hospitalière), « *On voit le visage, le comportement, une personne assez droite qui sourit qui est enjouée, on ne va pas se dire qu'elle est dans la précarité, une personne toute recroquevillée, qui a l'air fatiguée, un peu pâlotte, et quand on demande comment ça va elle ne répond pas trop.* » (sage-femme-libérale). Cet élément qui ne peut figurer dans aucune grille reste néanmoins primordial dans la pratique clinique du professionnel.

Des patientes trop souvent isolées

Pour les professionnels interrogés, les patientes peuvent également être dans une précarité « familiale ». C'est-à-dire qu'elles peuvent être isolées (sans famille, sans conjoint), dans une situation familiale instable (tensions conjugales, relations cycliques avec sa famille, etc.). Nous voyons ici que cela peut également toucher des patientes ayant des moyens financiers corrects, la précarité ne s'arrête pas à la pauvreté. Les personnes interrogées en parlent de la façon suivante : « *On retrouve la patiente précaire sur le plan affectif, qui a eu 3 grossesses de 3 hommes différents...* », « *Par rapport à l'isolement aussi, quand j'ai des jeunes qui ont deux ou trois enfants, elles sont séparées, les filles-mères ou celles qui vivent seules, c'est de la précarité.* », « *Beaucoup de femmes sont seules, soit veuves, soit divorcées [...] des fois on arrive à des situations catastrophiques avec 4 ou 5 enfants de pères différents, voilà pour moi la précarité c'est ça* ». C'est un point qui n'apparaît pas dans la définition générale de la précarité mais qui est récurrent dans le discours des professionnels de notre territoire. Cette précarité est aussi en lien avec les patientes qui ont déjà des enfants placés, les sages-femmes territoriales sont elles déjà au courant de la situation. Pour les gynécologues de l'hôpital la question se pose lors de l'entretien du 4^{ème} mois : « *Je demande si il y a déjà des enfants à la maison autres que les leurs pour voir si il y a déjà des enfants du conjoint, si ils vivent à la maison, car parfois elles ont 5 enfants mais 4 sont placés.* ». Pas observable à première vue, cette précarité fragilise la patiente et le déroulement de sa grossesse.

On retrouve également les antécédents obstétricaux des patientes qui vont être un point d'appel pour les professionnels. Une sage-femme nous explique « *Parfois elles ont 17ans et c'est leur 3^{ème} enfant, voilà forcément...* » Puis elle ajoute « *au niveau des antécédents d'IVG aussi, j'essaie de creuser quand il y en a eu plusieurs, pour savoir comment elles les ont vécues.* ». L'âge des patientes, leur parité sont des éléments qui reviennent souvent chez les professionnels. Un gynécologue nous confirme : « *Il y aussi la multiplication des enfants, parfois elles sont jeunes, elles en ont 3,4...* ».

L'absence d'emploi n'est plus un critère

La question de l'emploi comme signe d'appel ne revient pas forcément à travers les entretiens alors que celle-ci était centrale dans la définition des professionnels. Une sage-femme tend à la mettre en lien avec le territoire : « *Pas d'emploi ici c'est une grande majorité de la population donc l'emploi seul ... si, à la rigueur mais si le conjoint travaille alors pas du tout.* »

C'est ainsi que nous pouvons établir un léger décalage entre la définition de la précarité donnée par les professionnels puis finalement ce qui ressort de leurs paroles lorsqu'ils pensent plus à leur pratique au sein du territoire.

Une grande part de patientes en situation de précarité

Les professionnels ont estimé une fréquence de patientes qui sont en situation de précarité qu'elle soit économique, affective, sociale, culturelle, intellectuelle parmi toutes les patientes qu'elles rencontrent :

- Pour les sages-femmes hospitalières : 52%
- Pour les gynécologues obstétriciens hospitaliers : 45%
- Pour les sages-femmes territoriales : 90%
- Pour les sages-femmes libérales : 37%
- Pour les médecins généralistes libéraux : 32%

Ces chiffres sont des estimations, ils sont uniquement basés sur le vécu et le ressenti du professionnel de santé qui travaille chaque jour dans le territoire. Nous remarquons cependant une certaine adéquation entre les estimations des praticiens hospitaliers (sages-femmes et obstétriciens) et une bonne corrélation également pour les libéraux. Le pourcentage excessivement élevé des sages femmes territoriales paraît logique, car même si quiconque peut contacter la PMI pour un suivi, il est vrai que leur travail est souvent réalisé suite à une déclaration ou car la patiente est déjà connue du service. L'une d'elles nous l'explique : « *C'est quasiment tout le temps des patientes en situation de précarité surtout aujourd'hui, c'est rare qu'elles nous sollicitent, ou alors c'est des dames qu'on a déjà suivies...* ».

Ainsi, les chiffres qui apparaissent élevés montrent qu'au-delà des patientes incluent dans les réseaux de prise en charge (dont nous parlerons par la suite), il y a aussi toute les patientes que l'on trouve en difficulté mais qui n'ont pas forcément les critères de gravité requis intégrer ces réseaux.

Conclusion partielle :

Même si la précarité est d'abord associée au contexte économique, elle est rapidement mise en lien avec plusieurs autres facteurs. Les professionnels mettent en relation la précarité à une vulnérabilité de la patiente et ne la réduisent pas à de simples difficultés financières. En effet, la définition de la précarité est bien différente de celle de la pauvreté ou encore de celle de la vulnérabilité. La pauvreté est plutôt associé à une pauvreté monétaire c'est-à-dire uniquement

financière « Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté » (INSEE, 2016). Cette définition a ses limites car elle ne prend pas en compte l'aspect global de la personne. En outre, la vulnérabilité est plutôt associée à la fragilité comme le précise cette définition « Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. » (Encyclopédie de l'Agora, 2012). Ainsi, la précarité n'est pas uniquement de la pauvreté, ni uniquement de la vulnérabilité mais bien un ensemble de tous ces concepts.

Tout cela permet de porter un regard plus précis sur une partie des patientes accompagnées. En effet, on retrouve une population qui a beaucoup de difficultés financières ce qui entraînent des problèmes pour avoir des logements de bonne qualité. La précarité peut se lire sur le visage des patientes pour celles qui sont le plus démunies vis-à-vis de la grossesse, celles qui sont isolées ou bien encore celles qui sont déjà de grandes multipares à un très jeune âge. Il y a également une part de problèmes sociaux à l'instar des enfants aînés parfois placés depuis plusieurs années.

A noter que même si les professionnels ont intrinsèquement conscience des différentes manières de se retrouver dans une situation précaire aucun d'entre eux n'utilisent le score EPICES⁵ (CETAF, 2005).

2. Prise en charge de la grossesse par les différents professionnels : aspect médical.

2.1 Pratiques professionnelles face aux patientes précaires :

Au vu de la fréquence des patientes en situation de précarité dans le territoire de Maubeuge Val de Sambre il semble logique de s'intéresser à la façon dont les professionnels conduisent leurs consultations.

Un discours et des exigences adaptés

Ce qui revient le plus souvent dans les entretiens, c'est le fait que les explications doivent être adaptées à la personne, notamment comme le dit une des sages-femmes hospitalières si nous sommes dans un contexte de « *précarité intellectuelle où elle ne peut pas comprendre tout ce que l'ont dit* ». Un médecin généraliste nous traduit cette idée par une expression « *la reformulation linguistique* ». Dans les entretiens menées, l'idée de s'adapter à chaque individu selon ses difficultés est récurrente : « *On s'adapte à la personne qu'il y a*

⁵ C'est un indicateur individuel de précarité. Suite à un questionnaire de 11 questions un score entre 0 et 100 est attribué à la patiente. Le seuil de précarité se situe à 30. Le questionnaire est disponible en Annexe 1.

devant nous », une sage-femme territoriale nous dit clairement que « *les pratiques sont toujours modifiées* », sa collègue confirme encore une fois cette tendance « *les explications sont adaptées* ». Cette reformulation du langage médical est une nécessité pour toutes les patientes mais plus encore lorsque ces dernières sont dans des situations de vulnérabilité.

Du côté de la PMI il y a également une adaptation des exigences notamment au domicile « *Pour l'hygiène par exemple, parfois on a envie de pleurer, mais à force on se rend compte qu'on ne peut pas leur demander que ce soit nickel chrome, car pour la maman autrefois c'était comme ça, et les enfants sont habitués comme ça...* »(sage-femme PMI)

Cependant, même si les explications fournies peuvent être adaptées aux difficultés des patientes, les professionnels tiennent à préciser que la prise en charge reste la même pour tout le monde. En effet, un médecin généraliste rappelle « *qu'elles ont les mêmes droits, elles doivent avoir les mêmes soins* ». Cette volonté de la part des professionnels de vouloir à la fois s'adapter aux patientes tout en les prenant en charge de la même manière qu'une patiente n'ayant pas de difficulté est clairement énoncée par une sage femme hospitalière : « *Je ne veux pas les prendre en pitié ce n'est pas parce qu'elles sont pauvres, ont des difficultés professionnelles, un mari qui est au chômage et que du coup il change de boulot tout le temps, que pour autant elles sont stupides et n'ont pas le droit au même respect que les autres donc j'essaie de garder les mêmes pratiques.* »

Bien que devant s'adapter aux difficultés des patientes, les professionnels se doivent d'exercer une forme de contrôle social afin de respecter (et faire respecter) l'exigence du suivi de la grossesse d'où une certaine ambivalence dans leurs discours précédemment cités. En effet, par contrôle social on entend ce qui vise à assurer le respect des règles pour que l'on vive en société sans comportement déviant. Lorsqu'il est informel, il s'exerce au cours des relations sociales et a pour but d'obtenir l'approbation de ses pairs (acquiescements, sourires, etc.) au contraire d'« une sanction » c'est-à-dire une désapprobation au travers de ses interactions sociales qui lui attribue un caractère déviant (Ministère de l'Education Nationale , 2011).

Des conseils alimentaires essentiels

Une sage-femme hospitalière nous indique « *je vais faire attention à ce que je prescris pour que ce soit remboursé, il y a des conseils alimentaires pour lesquels il va falloir tenir compte de leur situation.* ». En effet, l'alimentation reste une priorité pour les soignants face à ces patientes. Que ce soit pour les apports nutritionnels ou pour maîtriser un diabète gestationnel il est nécessaire de faire passer le message d'une alimentation équilibrée.

La précarité et l'alimentation de la femme enceinte ont fait l'objet d'un article qui montre les enjeux pour la mère et l'enfant. Dans cet article nous retrouvons l'importance de

l'alimentation durant une grossesse : « Grâce à ses extraordinaires capacités d'adaptation, l'organisme de la mère parvient, la plupart du temps, à subvenir aux besoins du fœtus, mais souvent à son propre détriment. Et cette capacité a des limites: les répercussions d'une mauvaise alimentation sur le devenir de la grossesse et du futur enfant commencent à être mieux connues. Ainsi, les risques d'accouchement prématuré et de naissance d'enfant de faible poids sont respectivement 2,5 et 3 fois plus élevés chez les femmes ayant une anémie liée à une carence en fer. La carence en folates (vitamines B9) est à l'origine de retards de croissance du fœtus, voire de différentes malformations. Dans ces deux cas, les conseils nutritionnels et la prescription de médicaments sont très importants pour le bon déroulement de la grossesse. » (CERIN, 2006). Ces carences sont dues à une alimentation trop riche en féculents, viandes, charcuterie, graisses, boissons sucrées et trop pauvre en fruits, fibres, légumes ou encore fromage. Les soucis sont aussi liés à une moins bonne hygiène de vie. Nous avons vu précédemment que les professionnels signalaient ce problème dans les points d'appel concernant la précarité sur notre territoire. Les conséquences de cette mauvaise alimentation ont des répercussions sur l'enfant qui sera habitué à une alimentation non équilibrée et pas adaptée à son âge par exemple un passage au lait de vache trop rapide ou l'introduction de produits riches en graisses dès le plus jeune âge (frites etc...). L'éducation durant la grossesse est donc primordiale tant sur le court terme que sur le long terme.⁶

Une prise en charge administrative individualisée

Une autre adaptation concerne la prise des rendez vous. Comme nous l'avons vu ci-dessus, les patientes rencontrent parfois des difficultés pour se déplacer car elles n'ont pas de moyens de transport personnel. Pour éviter ces soucis, la sage-femme coordinatrice du centre hospitalier nous explique « On propose des consultations avancées, on va vers la population plutôt qu'eux viennent vers nous [...] on essaye de mutualiser les consultations avec les échographies, on fait les bilans sur place ». Le centre hospitalier de Maubeuge propose des consultations de sages-femmes à Avesnes sur Helpe deux fois par mois, une fois dans le cadre de consultations gynécologiques et une fois dans le cadre du suivi prénatal. Ces consultations viennent également d'être créées à Aulnoye Aymeries⁷. Une des sages-femmes qui réalise les consultations avancées nous explique qu'en effet elle a tendance à faire plus de choses pour ces patientes : « Je ne prends pas le téléphone pour toutes les patientes, là je vais leur dire « vous voulez que je prenne votre rendez vous d'échographie ? » parce que voilà il faut un peu les cocooner, spontanément elles ne prendraient pas leur rendez-vous, car des fois elles ont peur, elles ne sont pas très à l'aise. Je ne le fais pas pour toutes les dames, mais pour certaines je

⁶ Cf Annexe IV conseils simples et pratiques à donner aux patientes concernant leur alimentation.

⁷ Cf Carte de l'Agglomération.

sens bien que si je ne le fais pas je ne suis pas sûre. » Nous voyons bien qu'il y a une prise de conscience des difficultés qui existent, même d'ordre organisationnel. Cependant, cela n'est pas toujours possible pour les professionnels, faute de temps

Une sage-femme coordinatrice explique à propos de ces patientes que ce qui peut changer également dans la prise en charge en suite de couches est le jour de la sortie. Il se trouve que parfois « *On les fera moins sortir le week end, mais plutôt le lundi pour avoir une sécurité derrière au niveau de la prise en charge* ». Au travers de cette phrase, nous remarquons une vigilance des professionnels pouvant s'inquiéter que la situation précaire du parent puisse entraîner des négligences sur l'enfant ou d'un suivi post-natal irrégulier. Dans un rapport sur la maltraitance, l'HAS précise que les facteurs parentaux qui augmentent le risque de maltraitance sont notamment : le jeune âge de la mère, les carences affectives, la dépression, les antécédents personnels de violence, l'isolement social ou encore le bas niveau socio-économique même si ce dernier point reste discuter dans la littérature (HAS, 2014).

Dans le cadre du PRADO, le service de retour à domicile des patients hospitalisés, initié par l'Assurance Maladie en 2010 a pour but de permettre aux patientes de rentrer plus vite au domicile après l'accouchement, tout en bénéficiant d'un suivi à la sortie de la maternité. Ce service vise à accompagner la baisse des durées d'hospitalisation tout en proposant un suivi personnalisé à domicile (pour bénéficier du service, la femme doit être majeure et avoir accouché d'un enfant unique (par voie basse ou césarienne sans complication) et avoir accouché d'un nouveau-né à terme, avec un poids en rapport avec l'âge gestationnel, sans problème d'alimentation et ne nécessitant pas un maintien en milieu hospitalier). Si la mère l'accepte, le conseiller de l'Assurance Maladie lui propose de choisir la sage-femme qui l'accompagnera (celle qui l'a suivie avant son accouchement ou parmi la liste des sages-femmes proches de son domicile) et organise le premier rendez-vous à son domicile. La première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours) et la deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme (**Assurance Maladie, 2017**).

Ainsi, si la sortie est prévue le week-end end la sage-femme libérale ne passera que le lundi et la sage-femme ou puéricultrice territoriale ne pourra pas passer avant le lundi également. C'est pourquoi la sortie peut être retardée dans les cas où les professionnels pensent que la sortie doit être particulièrement encadrée.

Une sage-femme libérale nous l'explique clairement « *on passe plus souvent, on essaie de s'assurer du relais PMI avant de les lâcher dans la nature* ».

. Les professionnels ont donc conscience que leurs pratiques sont modifiées sur certains points de vigilance, mais ils sont également soucieux d'accompagner avec déontologie ses

patientes. Ils hésitent alors entre un paternalisme bienveillant et un encouragement à l'empowerment.

2.2 Suivi de la grossesse

La précarité, comme nous l'avons vu ci-dessus a des incidences sur l'état de santé de la population. La santé n'est pas une priorité lorsqu'il est d'abord question de savoir se nourrir ou se loger par exemple (FARGE-BANCEL, 2006). Qu'en est-il de la prise en charge de la grossesse dans une telle situation ? Est-ce le moment opportun pour renouer le lien avec le système de soins ? Les études ont montré que les personnes précaires sont plus touchées par le tabagisme, qu'en est-il lors de la grossesse ?

L'importance accordée au suivi de la grossesse :

Très peu de moyens de transport

La première difficulté soulevée par les professionnels de santé concerne les problèmes pour les patientes à se déplacer. Il faut savoir qu'une étude menée par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion a montré que dans presque toutes les configurations familiales, pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, posséder une voiture leur coûte 20% de leur revenu (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2014-2015).

De ce fait, très peu d'entre elles ont un moyen de transport personnel, elles viennent souvent soit à pieds soit en bus, les personnes de l'entourage n'ayant eux aussi pas toujours un véhicule. Celles qui viennent en consultation arrivent souvent à l'avance comme nous l'explique une sage-femme hospitalière « *Quand elles viennent, elles sont souvent à l'avance à cause du bus qui est à telle heure, elles sont tributaires des bus.* ». A l'inverse, un absentéisme en consultation existe aussi et peut s'expliquer. L'une des sages-femmes explique ceci: « *Elles ont peu de moyen de locomotion, le bus c'est compliqué, alors comme nous on vient, elles se disent qu'elles n'ont pas besoin d'y aller, mais nous on ne fait pas les échos ni rien, ce n'est pas possible...* ».

Une irrégularité dans le suivi de la grossesse ...

Nous percevons chez ces patientes, une plus grande facilité à venir consulter dans le cadre des consultations d'urgence (DALMONT, 2012). Ce phénomène est décrit par les professionnels « *Elles viennent aux échos, parce que les échos c'est toujours sympa, sinon elles viennent aux urgences* » (Sage-femme hospitalière) ou encore « *Elles ne viennent pas à toutes*

les consultations, et même des fois pas aux échos mais alors beaucoup en urgence, elles vivent au jour le jour. » (Sage-femme territoriale). Les sages-femmes du territoire expliquent que ce comportement n'est pas forcément présent chez toutes les patientes en situation précaire et que bien souvent ce n'est pas intentionnel mais plutôt que « *c'est de la naïveté* », certaines sont « *dépassées par les événements et n'arrivent pas à faire face...* ». Une autre gynécologue nous explique que « *oui la grossesse peut alors passer au second degré des priorités dans leur vie difficile de tous les jours.* ». En effet certaines patientes ont de nombreuses difficultés à surmonter, une sage-femme hospitalière nous raconte ceci : « *J'ai une patiente pour qui c'est une sixième grossesse, socialement c'est très compliqué, elle ne travaille pas et monsieur gagne le SMIC. Elle se débrouille avec ses cinq enfants, il n'y a pas de vêtements pour tout le monde, on se passe les vêtements de l'un à l'autre. Elle fait un diabète sévère, probablement antérieur à la grossesse, mais elle n'arrive pas à le suivre, elle ne mange pas tous les jours, pas forcément à la même heure, elle vient à ses rendez vous mais on voit bien qu'elle ne peut pas suivre les conseils qu'on lui donne.* Les patientes qui sont dans cette situation font parties de celles où les risques de morbidité néonatale, d'infections urinaires et génitales et d'accoucher prématurément sont les plus importants. De plus, un risque de présenter une prématurité et une hypotrophie, et donc d'être transférés dans un service de néonatalogie est plus présent chez les enfants à naître de ces patientes (AZRIA, 2015).

A quelques exceptions près

Il ne faut toutefois pas ici généraliser notre propos. Les professionnels nous indiquent que toutes les patientes en difficultés sociales ne présentent pas ce parcours de soins même si nous ne pouvons pas le négliger.

En effet, certains d'entre eux nous expliquent que lorsqu'elles sont présentes les patientes se montrent impliquées surtout lorsqu'on rapporte l'importance du suivi à leur futur enfant « *Quand tu poses les choses pour le bébé à venir souvent elles l'entendent, il faut rapporter au bébé pour les accrocher car si tu dis pour elle...* » (Sage-femme hospitalière), « *Quand tu les suis sur le long terme, elles font les choses et elles sont toujours intéressées par le bébé, écouter les bruits du cœur, elles s'inquiètent toujours pour leur bébé.* » (Sage-femme territoriale). L'une des sages-femmes libérales explique que certaines patientes « *n'ont pas trop de ressources auprès des autres personnes, alors des fois elles sont demandeuses et renvoient des messages.* ».

Même si le suivi semble n'être régulier que pour une partie de la population en situation de précarité du territoire, les professionnels nous expliquent que les causes sont multiples et que le suivi éparse n'est peut être que la conséquence de leurs difficultés quotidiennes.

Un temps pour l'éducation à la santé ?

Ces consultations ne sont-elles pas un moyen de raccrocher les patientes (tant celles qui viennent régulièrement, que celles qui viennent plus irrégulièrement) au système de soins et un moyen de leur proposer une éducation à la santé ? Cette éducation à la santé et notamment à la santé gynécologique des femmes est l'un des enjeux du territoire. L'une des sages-femmes hospitalière nous en parle « *Il y en a beaucoup qui n'ont jamais vu de gynéco et en tout cas celles qui sont en précarité aucune. Ce n'est pas dans l'esprit ici, il y a toute une éducation à faire [...] il faut faire passer des messages sans trop stigmatiser [...] le frottis je leur dis d'en parler autour d'elles, à leur mère, tantes, cousines, copines...* ». La grossesse est donc pour cette sage-femme le moment d'enclencher un cycle dans le suivi gynécologique de la patiente « *Moi je leur dis prenez votre rendez vous gynéco pour l'anniversaire des un an de votre enfant, puis après tous les ans pour son anniversaire je dis allez je vais voir la sage femme.* ».

Concernant l'éducation à la santé, dans son article « *Précarité et santé des femmes en France* » le Professeur Farge-Bancel affirme que c'est un point essentiel « *La première priorité est l'éducation, le rétablissement du lien social et médical, puis de choisir l'objectif adapté avec le patient. Dès que nous tendons la main, les patients adhèrent au projet médical et social.* » (FARGE-BANCEL, 2006). Le temps de la grossesse est donc l'occasion de faire prendre conscience aux patientes de l'importance de leur suivi.

L'éducation à la santé passe également par des messages préventifs et des campagnes menées dès le plus jeune âge. Ceci est déjà réalisé en partie par l'association du Planning Familial du Nord.

La place des cours de préparation à la naissance et à la parentalité dans le suivi de ces patientes :

La peur du regard des autres

Dans la majorité des cas, sur le territoire du Val de Sambre, les patientes en situation de précarité ne participent pas aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Les professionnels l'expliquent de différentes façons.

Tout d'abord, une des principales explications avancées est que les patientes en situation de précarité n'apparaissent pas toujours à l'aise vis-à-vis des autres femmes susceptibles d'être présentes. Une sage-femme hospitalière l'explique : « *Certaines se sentent comme les autres mais ont quand même peur de se retrouver face aux autres. C'est beaucoup les jeunes qui ont peur du regard de l'autre même si on essaye d'adapter les groupes* », évoque

une sage-femme hospitalière. Ce problème lié au regard des autres et à l'âge parfois jeune des patientes revient régulièrement « *la peur du regard des autres surtout* » (Sage-femme hospitalière) ; « *Celles qui sont en difficulté intellectuelle ou très jeunes en âge elles ne sentent pas à l'aise.* » (Sage-femme territoriale) ; « *La peur d'être confrontées au groupe, de l'image qu'elles renvoient devant le groupe, de tomber avec des dames plus âgées.* » (Sage-femme libérale) ; « *Elles n'aiment pas ne pas savoir avec qui elles vont être, si ce sont des jeunes mamans elles vont se dire « je suis la seule où il n'y a plus de papa... »* » (Sage-femme territoriale). Cette crainte des patientes d'être stigmatisée est à prendre en considération. Erving Goffmann définit la stigmatisation comme un processus qui discrédite un individu considéré comme « anormal », « déviant ». Il est alors réduit à cette caractéristique dans le regard des autres et cela justifie une série de discriminations sociales voire d'exclusion (GOFFMAN, 1963). Par le biais de séances individuelles avec des sages-femmes libérales ou avec les sage-femme territoriales, les professionnels prennent en compte les difficultés ressenties par certaines patientes en situation de précarité. Une des sages-femmes hospitalières l'exprime « *Dans ce cas, je les envoie vers les sages femmes libérales, je leur dis que tout sera pris en charge et qu'elles auront des séances plus individuelles. Ou alors maintenant avec la PMI, parce que c'est dommage qu'elles ne fassent pas la prépa alors qu'elles ont encore plus besoin.* ». Ces alternatives ne sont pas toujours acceptées par les patientes mais elles existent et peuvent permettre à certaines d'entre elles de mieux investir leur grossesse.

Grande influence familiale et médiatique

La seconde raison de leur faible participation aux cours de préparation à la naissance est liée au fait qu'elles ont l'impression de n'avoir besoin d'aucun conseil et bien souvent que leur entourage leur a déjà tout expliquée. Cependant, la famille n'informe les patientes qu'avec des idées reçues tirées des croyances populaires ou de leur propre expérience parfois lointaine ou erronée. Les professionnels l'affirment car les patientes se montrent explicites dans leurs propos : « *Certaines vont dire « non mes sœurs, ma mère m'ont déjà parlé de tout ça » ou « pff non pas besoin » », « elles disent qu'elles n'en ressentent pas le besoin, qu'elles ne voient pas trop à quoi ça peut leur servir et que bon de toute façon on verra bien ce jour là... »*. Cette importance de la famille peut être mise en corrélation avec le sentiment d'exclusion sociale. En effet, de part cette discrimination les patientes auront plus tendance à se recentrer sur leur famille, « la famille est à la fois le dernier rempart et une raison de se battre » (FERRAND, 2001). Les croyances populaires qui entourent la grossesse ont fait l'objet d'une étude aux Etats Unis. Il ressort de cette étude que certaines femmes analysaient les « petits maux de la grossesse » en une connexion avec leur fœtus. L'une d'elle raconte par exemple que si elle vomit beaucoup c'est parce que son bébé n'aime pas ce qu'elle mange ou qu'au contraire les envies des femmes sont liées au goût du fœtus (BESSETT, 2013). Même si cela apparaît éloigné du monde

médical, grand nombre de patientes sont concernées par une partie de ces croyances. Pour d'autres c'est également par le biais d'internet et de la télévision qu'elles s'informent, avec de bonnes ou de mauvaises informations mais qui peuvent prendre le pas sur les conseils des professionnels « *Elles disent que non que de toute façon elles ont vu dans Baby Boom et puis qu'il y a tout sur internet...* ». Toujours dans cette étude américaine, Besset explique que les grossesses « fictionnelles » ont un impact sur l'idée que se font les femmes de la grossesse. Les patientes considèrent ces programmes télévisés comme une source d'information et vont les consulter comme une aide afin d'appréhender par exemple le moment de l'accouchement. Il est difficile pour les professionnels de remettre en cause la parole de la famille, des amis dans ces situations pour lesquelles la sphère familiale apparaît comme le modèle unique. Dans leur enquête Sandrine Eme et Alexandre Pages expriment le fait que les conduites des patientes en situation de précarité sont influencées par le pauvre milieu duquel elles proviennent et que cela est ancré « *Leur pauvreté est intériorisée à tel point qu'elles orientent leurs attitudes et leurs comportements.* » (EME & PAGES, 2009).

L'occasion parfois d'accéder à l'inaccessible

Comme vu précédemment, certaines patientes font exception à la règle et les mêmes qui étaient demandeuses en consultation vont être demandeuses de participer aux cours de préparation. Une sage-femme libérale nous relate qu'elle réalise les séances de préparation à la piscine au sein d'un spa avec un tarif préférentiel ; ce qui peut intéresser les patientes pour lesquelles c'est l'une des rares occasions d'aller dans un spa à moindre coût une fois dans leur vie. A l'hôpital la préparation à la piscine peut être également mieux perçue par les femmes en difficultés. De plus, le centre hospitalier propose des séances de préparation diversifiées tels que de la sophrologie, du yoga ou encore de l'hypnose médicale. Tant d'activités auxquelles il est difficile de participer dans la vie de tous les jours pour les patientes en règle générale et d'autant plus pour les patientes en situation de précarité.

Des difficultés de dépistage du côté de la Clinique

Le dernier point relatif à la préparation à la naissance et à la parentalité concerne la Clinique du Val de Sambre. En effet de leur côté comme les consultations sont réalisées en libéral par les gynécologues obstétriciens, la sage-femme coordinatrice nous explique qu'il est difficile pour elles que les patientes en situation de précarité participent aux séances car il faut qu'elles soient orientées par les médecins « *Comme c'est du libéral on ne côtoie pas la patiente avant [...] c'est là-dessus qu'il faut travailler avec les gynécos par rapport à ça pour qu'ils nous en envoient un maximum afin qu'on puisse vraiment déceler ces situations.* ». C'est là la difficulté de la Clinique pour le dépistage des situations difficiles. Seuls les gynécologues

pratiquant en libéral peuvent déceler une situation et faire une déclaration auprès des services départementaux. En effet, ils sont les seuls à voir les patientes en anté natal, les sages-femmes réalisent uniquement l'entretien du quatrième mois. La sage-femme coordinatrice décrit la situation dans les termes suivants « *On va avoir du mal à avoir ces patientes en entretien du quatrième mois, c'est la difficulté elles connaissent leur situation et ne veulent pas trop en dire...* ». C'est là le souci majeur clairement exprimé par la sage-femme « *On n'est pas très bons là-dessus, on veut essayer de connaître la situation avant qu'elle n'accouche surtout que les séjours sont de plus en plus courts en maternité [...] pour nous permettre justement d'anticiper la prise en charge de ces patientes. Si ça n'a pas été vu il nous reste que quatre jours pour mettre des choses en place donc des fois c'est un peu court et précipité.* ». Ce point fera l'objet de d'une de nos propositions dans les axes d'amélioration pour le futur.

Point sur les consommations d'alcool, de drogue et de tabac :

Le tabac et les conduites addictives touchent particulièrement les milieux précaires. Il est donc intéressant de se préoccuper de la consommation des habitants du territoire de Maubeuge Val de Sambre.

Une sage-femme de l'hôpital de Maubeuge le dit clairement « *C'est peut être un peu cliché mais précarité rime souvent avec addiction au tabac, à l'alcool et à la drogue... Malheureusement et malgré toutes les campagnes préventives autour de la grossesse.* ».

Des patientes tabagiques en surnombre

A propos du tabac, l'ensemble des personnes interrogées s'accorde à dire qu'il est fréquent chez les personnes en situation de précarité (MOLIMARD, 2011). Cela peut être étonnant au vu du prix comme nous le fait remarquer une sage-femme « *C'est difficile de faire arrêter voir diminuer alors qu'elles dépensent beaucoup d'argent pour ça, ça leur coûte très cher...* » mais une autre sage-femme précise : « *Ca coute cher oui [...] mais c'est une drogue, elles n'ont pas le choix, elles ne peuvent pas faire autrement, pour beaucoup la cigarette c'est une béquille, c'est un moyen d'échapper à leur vie triste, elles se disent « au moins j'ai ma clope », c'est un moyen de s'évader, quand elles fument elles sont bien et des fois elles n'ont que ça...* ». Ce témoignage interroge sur le sens que prend une cigarette pour certaines patientes.

En plus de cette explication, certaines sages-femmes nous renvoient que les patientes ont conscience des méfaits du tabac pour leur enfant mais tentent de se rassurer et vont dire « *j'ai diminué ça va comme ça c'est pas beaucoup* » (Sage-femme territoriale) ou encore « *les autres enfants n'étaient pas si petits que ça hein* » (Obstétricien).

Contre cette addiction les sages-femmes peuvent proposer la substitution nicotinique mais comme nous le dit une sage-femme « *Je propose toujours après est ce que c'est suivi ...* ». Cette notion de non observance thérapeutique est définie dans un article du Dr Reach comme l'absence de concordance entre le comportement des patients et les recommandations médicales. Il explique qu'elle concerne surtout les pathologies asymptomatiques dont le but est essentiellement préventif (REACH, 2006). Le sevrage tabagique est un bon exemple. L'OMS⁸ prend ce problème au sérieux et va jusqu'à affirmer que « *Il se pourrait que l'amélioration de l'observance donne de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies.* » (OMS, 2003). Cependant, les substituts nicotiniques sont pris en charge par la sécurité sociale durant la grossesse mais à postériori. Les patientes doivent donc avancer les frais qui s'élèvent à environ 50 ou 60 euros ce qui peut être un frein à accéder à cette aide.

A l'hôpital, deux sages-femmes sont formées en tabacologie mais ne disposent pas du matériel nécessaire pour effectuer des consultations spécialisées. Du côté de la clinique, des sages-femmes poursuivent cette formation. D'autres actions sont mises en place comme le mois sans tabac, les journées de prévention ou encore l'hypnose médicale. Toutefois, le tabac reste une constante au sein du territoire.

L'alcool et les drogues : deux sujets encore tabous

Au niveau de l'alcool, le sujet reste tabou « *Le tabac elles disent quarante cigarettes ça ne les gêne pas, par contre l'alcool elles disent « avant » ou « peut être au début... »* » (Sage-femme hospitalière). Là encore, une certaine banalisation du phénomène existe « *avant on n'en parlait pas tant que ça hein...* » (Propos d'une patiente rapportée). Une sage-femme renvoie que la consommation d'alcool touche certaines patientes qui présentent une fragilité psychologique. La précarité ne se réduit alors plus au seul aspect financier « *Pour moi une patiente qui gagne 3000€ par mois mais qui boit elle est en situation de précarité.* ».

D'après les sages-femmes, les consommations de drogue ne sont pas fréquentes mais peuvent être présentes dans l'entourage proche de la patiente.

Conclusion partielle

L'ensemble des éléments que nous venons d'aborder montre l'influence de la précarité sur le suivi de la grossesse. Les pratiques adaptées des professionnels, les tentatives d'aider les patientes, de les réintégrer au système de soins, de les inviter à participer aux cours de

⁸ Organisation Mondiale de la Santé

préparation ou de les éloigner de leur conduites addictives ont, de manière générale, des impacts limités sur la prise en charge des patientes en situation de précarité.

3. Prise en charge de la grossesse par les différents professionnels : aspect social.

Au-delà de l'aspect médical, les professionnels du territoire ont aussi la possibilité de rediriger les patientes vers des structures qui peuvent les aider sur la partie sociale de la prise en charge.

3.1 Prise en charge sociale des professionnels libéraux et hospitaliers

Réseau Proximité Naissance

Le Réseau Proximité Naissance (RPN) était à l'origine un programme de dépistage des difficultés que pouvaient rencontrer les patientes mais uniquement en post natal. Ces difficultés concernaient différents aspects : addiction, difficultés sociales, difficultés dans la relation mère-enfant, grossesses précoces.

A la suite du plan de Périnatalité 2005-2007 qui a créé les réseaux de périnatalité, le Réseau de Périnatalité du Hainaut (RPH)⁹ apparaît. Etant donné qu'il ne peut y avoir deux réseaux de périnatalité dans la même zone, notre réseau prend officiellement le nom de Réseau Proximité Naissance. A cette période, le réseau est financé par l'ARS.

Ce réseau comprend : le CHSA, la Clinique du Val de Sambre, les PMI des UTPAS de Maubeuge/Hautmont, Maubeuge/Jeumont, Aulnoye/Le Quesnoy et Avesnes/Fourmies, les médecins et sages femmes libéraux du secteur, le département d'alcoologie et de conduites addictives du CH pays d'Avesnes.

Depuis, le réseau fonctionne dès la prise en charge anténatale. En effet, chaque professionnel du territoire peut remplir la fiche de repérage anténatal¹⁰, Cette fiche est transmise à la coordinatrice du réseau qui la transmet à la PMI et/ou au médecin traitant. Ces derniers peuvent également remplir une fiche informative¹¹ concernant les conditions de vie de la patiente, la situation familiale et sociale. Cette fiche vient enrichir le dossier qui sera ensuite

⁹ Le RPH comprend : le CH Fourmies, CH Sambre Avesnois, CH Denain, CH Valenciennes, CH Cambrai, CH Le Cateau Cambrésis, la Clinique Sainte Marie, La Polyclinique du Val de Sambre et la Polyclinique du Parc de St Saulve

¹⁰ Cf Annexe V

¹¹ Cf Annexe VI, VII, VIII

complété en maternité ou en néonatalogie durant le post partum¹². C'est finalement une fiche concernant les conditions de retour à domicile qui clôture le dossier (PINCHOU, 2016).

La fiche de repérage anténatal peut être complétée par les professionnels lors des consultations prénatales ou des consultations d'urgence. Tous les mois, une réunion a lieu au CHSA avec la présence des sages-femmes territoriales, des sages-femmes hospitalières, de psychologues, d'assistantes sociales etc... Ces réunions permettent de discuter des situations « préoccupantes » de certaines patientes et d'amener des propositions de solutions. Enfin, toutes les six semaines une réunion d'intervision a lieu avec le VdS également, les équipes de pédiatrie, les équipes du CHSA et les équipes de PMI. Lors de ces réunions, le point sur les nouvelles situations est fait. Il s'agit aussi « *de savoir comment les patientes du réseau ont été suivies, est ce qu'elles ont accepté le suivi et savoir si tout se passe bien.* ». Soit le dossier est clôturé, soit la patiente continue d'être suivie au sein du réseau.

Dans le cas où les patientes n'ont pas été repérées en anté natal, il reste la possibilité de la prise en charge en post partum. Cependant, en quelques jours, il est plus difficile de coordonner le suivi.

Le dépistage dans la période pré natal est donc indispensable à la bonne prise en charge des patientes.

Or, dans une thèse menée sur le Réseau Proximité Naissance en 2014, nous voyons qu'entre 2010 et 2014, seul 28% des situations incluses l'avaient été en anténatal (PINCHOU, 2016). C'est sur ce point que travaillent les maternités. Ceci est également lié comme nous l'avons vu ci-dessus à un suivi parfois irrégulier voire inexistant des patientes lors de la grossesse et qui ne peuvent donc pas avoir été repérées.

Auparavant, le réseau avait une coordinatrice qui ne travaillait que pour lui, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. En effet, comme nous l'indique une sage-femme l'ARS (Agence Régionale de Santé) a arrêté son financement « *On a voulu continuer car il y a vraiment de gros besoins dans le secteur, mais ça fait beaucoup de travail pour toutes les équipes.* », elle ajoute « *On a même fait une lettre au préfet, au député, l'ARS est au courant du dossier [...] on n'arrive pas à avoir d'aides.* ».

A l'heure actuelle, le CHSA et son personnel s'occupent du réseau dans une forme de bénévolat. Il n'existe plus aucun financement, ni de la part de l'ARS ni de la part du RPH. L'ensemble des frais est à la charge du CHSA et l'organisation des réunions est prise sur du temps de travail.

¹² Cf Annexe IX, X

Malgré le contexte économique actuel difficile, le travail d'équipe et le travail en partenariat permet d'offrir un accompagnement complet et diversifié aux patientes « *On est très proche de la PMI ici, c'est notre force, que ce soit en amont ou en aval on s'entend très bien et c'est aussi une force pour les patientes* » (*Sage-femme coordinatrice*).

Autres relais

Au-delà de la prise en charge par le Réseau, les professionnels connaissent quelques structures vers qui orienter les patientes directement lors des consultations.

Par exemple une sage-femme nous parle du Centre Médico Psychologique vers qui elle a adressé une patiente « *Elle a perdu son petit il y a un an et elle est enceinte du 2ème et elle n'a pas encore fait le deuil du premier donc là j'oriente aussi vers le CMP* ». Le CMP est composé de médecins psychiatres, de psychologues, d'infirmières, d'assistantes sociales... Le territoire en compte plusieurs à Maubeuge, à Aulnoye Aymeries, à Hautmont, à Jeumont, à Ferrière la Grande. L'équipe est présente pour accueillir les personnes en souffrance psychique et pour décider de la prise en charge (Centre Hospitalier du Sambre Avesnois (CHSA)). Il peut être utile pour toutes les patientes nécessitant une prise en charge psychologique et notamment pour les patientes en situation de précarité psychologique.

Deuxièmement, un médecin nous parle de la Ligne Urgence Précarité « *Elle permet de faire ouvrir des droits en urgence, elle permet de rattacher des personnes à un assuré dans sa famille.* » (*Médecin généraliste*). Cette ligne ouverte par l'assurance maladie permet de prendre en charge en vingt quatre heures maximum les soucis administratifs de patients qui nécessitent d'avoir des soins ou des médicaments en urgence, des patientes dont la grossesse non suivie est avancée... Ce numéro est surtout utile pour les professionnels libéraux (Assurance Maladie).

Il existe également au sein de l'hôpital la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S), elle permet aux personnes ne possédant pas de couverture sociale et/ou de protection partielle d'avoir un accès aux soins, de rencontrer un travailleur social et d'être orienté.

3.2 Cas particuliers des sages-femmes territoriales :

Les sages-femmes territoriales travaillent au sein d'une UTPAS, celui-ci est composé du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), du Service Social Départemental (SSD), et du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Comme nous l'explique l'une d'elles, les sages-femmes territoriales travaillent en collaboration avec tout le monde « *On travaille avec le SSD donc les assistantes sociales, on travaille avec les éducateurs de l'ASE ou qui ont une mesure d'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert)* ».

Les sages-femmes territoriales sont présentes pour assurer la prise en charge des patientes d'un point de vue médical mais aussi social notamment grâce aux relais qu'elles ont avec leurs collègues.

Nous allons ici réaliser en premier lieu une liste non exhaustive des aides dont peuvent bénéficier les patientes notamment par l'intermédiaire du SSD.

Dans un second temps nous verrons avec quelles structures puis avec quelles associations travaillent les sages-femmes territoriales.

Les aides financières, sociales ou humaines du territoire

Aides	Type d'aide, montant et fréquence	Conditions d'accès
Revenu de Solidarité Active (RSA)	Assurer aux personnes n'ayant pas de ressources un niveau minimum de revenu mensuel variable selon la composition du foyer.	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir 25 ans. - Entre 18 et 24 ans pour les jeunes actifs parents isolés.
Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)	<ul style="list-style-type: none"> - Prime de 923,08€ après la naissance de chaque enfant. - Allocation mensuelle de 184,62€ jusqu'au 3ans de l'enfant. 	
Allocations familiales	Allocations mensuelles selon revenus.	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir au moins 2 enfants de moins de 20ans à charge - Selon ressources, âge des enfants et nombre d'enfants.
Allocations de soutien familial (ASF)	Allocations mensuelles pour élever un enfant.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant privé de l'aide d'un ou de ses deux parents pour compléter une pension alimentaire faible. - Pension alimentaire impayée
Allocations aux Adultes Handicapés (AAH)	Aide financière mensuelle qui permet d'assurer un minimum de ressources.	<ul style="list-style-type: none"> - Sous conditions de ressources - Selon le taux d'incapacité
Protection Universelle Maladie (PUMA)	Bénéficiaire de l'accès à l'assurance maladie de manière gratuite pour ceux n'ayant pas de couverture sociale par le biais d'une activité professionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> - Etre de nationalité française - Vivre en France depuis au moins 3 mois.
Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C)	Bénéficiaire d'une complémentaire santé gratuite	<ul style="list-style-type: none"> - Etre de nationalité française - Résider en France depuis au moins 3 mois en situation régulière - Avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant
Aide à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - TISF : gestion des responsabilités quotidiennes, des enfants et de l'administratif. - AESF : gestion du budget - Recours financiers exceptionnels 	Sur demande ou avec accord de la patiente

Les structures

Les sages-femmes territoriales rencontrées, nous ont expliqué qu'elles travaillent également avec des centres maternels qui accueillent des patientes seules ou avec leur(s) enfant(s).

Il existe un seul lieu d'hébergement mères/enfants qui se situe à Avesnes sur Helpe, hors donc de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre mais à l'intérieur de l'Avesnois.

Ces structures subviennent matériellement mais aussi psychologiquement aux besoins des patientes en situation de précarité. « *Notre mission première consiste à les mettre à l'abri, en sécurité, pour que les enfants nés ou à naître le soient matériellement. Vient un deuxième temps, plus long, où l'observation et l'attention quotidiennes d'une équipe multidisciplinaire vont tenter de donner une forme et un sens au séjour.* » explique dans son livre Violaine Sabary une puéricultrice en centre maternel (SABARY-DESCARGUES, 2003).

Une sage-femme nous explique « *aujourd'hui trouver un logement jeune, seul, autonome c'est compliqué, alors il y a les centres maternels* ». Elle ajoute qu'ensuite « *il y a des appartements qui sont des relais de centre maternel, les mamans ou les couples peuvent y vivre mais il y a différents professionnels qui viennent s'assurer que ça se passe bien mais on n'est pas dans un contexte de 24h/24, c'est plus autonome et ça il y en a plusieurs à Maubeuge ou Boussois.* ».

Il y a aussi d'autres foyers comme « Accueil et Promotion » à Maubeuge, le foyer d'urgence, à Ferrière la Grande, le foyer Saint Vincent de Paul, le foyer des nations d'Hautmont...

Les associations

Les sages-femmes territoriales orientent également les patientes précaires vers le réseau associatif.

Cependant, là encore les patientes doivent entrer dans les critères qui sont de plus en plus restrictifs « *Il y a les colis alimentaires d'urgence mais il faut entrer dans les critères et parfois on a des patientes qui ont du mal à finir les fins de mois mais qui n'entrent pas dans les critères pour en bénéficier.* »

Il y a aussi d'autres associations qui sont citées comme les Restos du Cœur, la Croix Rouge, Saint Vincent de Paul. Toutes ces associations apportent un soutien alimentaire ou matériel. Il y a aussi une épicerie solidaire à Feignies.

Conclusion partielle

Ainsi, nous avons vu qu'il existe sur le territoire un réseau de repérage anténatal pour les patientes précaires avec un soutien psychologique pour les cas les plus difficiles et les patientes le nécessitant. Une prise en charge par les services sociaux départementaux et les centres communaux d'action sociale afin de réaliser les démarches administratives, de connaître et recevoir les aides possibles ou encore un monde associatif pour les plus démunis.

Cependant, toute la population précaire ne peut pas être prise en charge notamment par manque de financement et par réduction des aides pour les personnes en situation « intermédiaire ». C'est-à-dire pour ceux qui nécessitent un soutien mais qui ne sont pas assez en difficulté pour être dépisté ou financièrement, qui ne sont ni trop pauvres ni trop riches comme l'a dit l'un des médecins généralistes interviewés.

Certaines patientes en difficultés ne sollicitent pas l'aide dont elles pourraient avoir besoin tandis que pour d'autres patientes, les fragilités ne sont pas toujours visibles (ou alors, elles n'en parlent pas) et ne sont pas nécessairement dépistées par les professionnels.

Aussi, la problématique de chacun est différente. Les patientes peuvent d'elles mêmes faire la demande auprès des services sociaux pour obtenir les aides mais comme le dit une sage femme territoriale « Il y a toujours cette image de la PMI = placement »...

4. Besoins et difficultés des professionnels face à la précarité du territoire :

4.1 Du suivi aux besoins quotidiens : les difficultés sont nombreuses

Des difficultés de dépistage

L'intuition : une question éthique

Pour certaines patientes, le professionnel a « l'intuition » de quelque chose mais n'en a possède pas la preuve formelle. Par exemple une sage-femme raconte « *Par exemple une dame sent la bière, à partir du moment où elle sent juste la bière on ne peut rien dire, on peut juste dire « je pense que ». J'ai quand même signalé mais on m'a dit que ce n'était pas suffisant pour qu'il y ait un relai PMI. En plus elle avait des bleus, elle m'a dit à l'entretien du 4^{ème} mois qu'elle se faisait violenter puis après elle ne l'a plus jamais dit ! Donc elle est sortie sans suivi*

et son bébé est décédé à 2 mois par violences. On est désarmé car j'avais dit je le sens pas mais voilà ce sont des choses qu'on n'a pas le droit de dire... ». Cette remarque pose la question de la notion d'éthique en santé, que pouvons-nous dire, à quelle titre et sur quels critères ? Céline Lefevé définit ainsi l'éthique médicale « *Identifier et analyser les principes, les valeurs et les conflits de valeurs qui sont en jeu dans les situations de soin.* » (LEFEVE). La gravité de la situation décrite soulève cette question d'éthique, de valeur et la prise en charge peut s'avérer délicate.

Des difficultés parfois masquées

Lors des consultations prénatales, les professionnels de santé interrogent les patientes sur leurs éventuelles difficultés, ils ont comme nous l'avons vu certains signaux d'alerte. Cependant, il arrive que les patientes ne montrent pas ses difficultés, volontairement ou involontairement. Elles ne reçoivent donc pas de visites des services de PMI, n'ont pas de suivi social particulier. Une sage-femme libérale et un médecin qui réalisent des visites au domicile nous confirment cette idée « *il y en a encore beaucoup qui passent entre les mailles du filet. Lorsqu'elles sont hors de leur domicile, à la maternité, on ne peut pas toujours se rendre compte du milieu dans lequel elles vivent.* ». Il semble compliquer d'imposer une visite au domicile de chaque femme enceinte. Il s'agit donc de trouver les solutions pour dépister toutes les patientes. Cette même sage-femme ajoute que « *finalement, on en arrive à signaler les cas les plus dramatiques... ».* Ce fatalisme nous amène à penser à une prise en charge à deux vitesses. Le signalement et le repérage des patientes les plus préoccupantes puis finalement par manque de temps, de moyens ou encore par « *habitude* » on se résout à ne pas signaler les patientes les moins inquiétantes. Une autre sage-femme nous dit « *ici la précarité c'est un mode de vie... »* ou encore « *Les services de PMI sont trop débordés, elles ne peuvent pas aller voir les situations qui ne sont pas assez grave comme une femme pour qui c'est la 3^{ème} grossesse avec un 3^{ème} père différent, une jeune de 15ans, ici c'est devenu normal... ».*

La précarité économique installée de longue date n'est pas étrangère à ce phénomène de banalisation de la précarité. Dans son livre sur l'effet de la précarité sur la santé mentale le Dr Jean Furtos argumente cette théorie. Selon lui, une des souffrances que subissent les personnes précaires c'est de s'empêcher de vivre une fois qu'ils ont compris l'exclusion sociale dont ils sont victimes. Un mécanisme de défense se met alors en place par la personne touchée « *L'un des mécanismes de défense les plus précoces est celui de l'hédonisme réactif : devant une souffrance d'exclusion, le sujet décide de ne plus se battre sur ce plan mais de prendre « son plaisir », seul ou avec ses proches, dans une sorte de rupture sociale implicite.* » (FURTOS, 2011) Une sage-femme territoriale illustre cette notion « *Ici ce n'est même pas une fatalité mais c'est comme ça. De toute façon ils vont dire on n'a pas de travail, pour partir il faut une voiture et on n'a pas le permis, donc on reste dans notre situation et on ne cherche pas à changer.*

Changer c'est se remettre en question et ce n'est pas toujours simple, et on n'en a pas toujours l'énergie. Certains ont su partir mais reviennent, souvent pour un choix familial, ils préfèrent des conditions défavorables mais être en famille». Ces paroles d'une professionnelle expérimentée dans le territoire montrent à quel point la précarité s'est installée et semble devenir héréditaire.

Maintenir le lien et la confiance avec les patientes : une tâche délicate

Lorsqu'une patiente en difficulté est suivie par un professionnel de santé qu'il soit hospitalier, libéral ou territorial, l'enjeu est d'établir un lien de confiance et de le maintenir.

Cette relation de confiance est primordiale. Dans un article sur les compétences en santé dans le domaine de la précarité, on retrouve cette notion d'importance du travail d'adaptation avec la patiente, de négociations pour créer un lien de confiance par les soignants qui permet d'entrer en relation avec ces patientes.

Ce lien de confiance permet ensuite à la patiente réfractaire à la prise en charge initialement de l'accepter au fil du temps voir de considérer sa santé et dans notre cas sa grossesse comme une priorité (SOAES, BURTON-JEANGROS, MARTINS-DOMINATI, & JACKSON, 2017).

Au sein du territoire les professionnels montrent que bien souvent ils parviennent à créer une relation de confiance avec la patiente. Ils ont alors la sensation qu'elle adhère au suivi. Or, il arrive que la patiente lâche ensuite prise sans raison apparente. Voici l'exemple d'une sage-femme hospitalière *« J'ai vu une jeune de 19ans avec son conjoint de 43ans, elle avait déjà fait 5 fausses couches et était avec lui depuis qu'elle avait 14ans donc déjà il y a un souci... Elle est venue à ses deux premiers rendez-vous, on a bien accroché, puis d'un coup elle n'est plus venue. Je l'ai signalé à la PMI, ils n'ont jamais su la voir. Donc là tu te sens impuissante car tu essayes mais si elles refusent c'est compliqué... Aux dernières nouvelles l'enfant a été placé... S'il elle s'était faite suivre, qu'on avait instauré le lien de confiance, lui expliquer les choses, comme ça a été fait au départ on aurait pu éviter ça mais elle a cassé ça et je ne sais pas pourquoi... »*. Plusieurs professionnels ont décrits des situations similaires. Le professionnel concerné a conscience des enjeux et met tout en œuvre pour que la situation évolue favorablement. Il est probable que nous ne maîtrisons pas tous les éléments de la situation familiale ni tous les enjeux autour de la grossesse.

Des difficultés pour les professionnels à ne pas trop investir certaines situations

Au-delà des difficultés relationnelles, les professionnels ont également des difficultés à faire face aux besoins matériels des patientes. Parfois, l'aspect émotionnel prend le dessus et il est difficile pour eux de ne pas investir la situation.

Sans citer le nom de professionnels voici plusieurs exemples qui illustrent la difficulté à prendre de la distance avec ses émotions : « *Des fois, la dame nous dit qu'elle ne sait même pas quoi manger le soir ... J'ai déjà donné de la soupe...* » ; « *On a des contacts avec des associations, ils font des packs d'accueil bébé avec une couverture en laine, pyjamas, bodys, doudous, tout ça pour les mamans qui n'ont pas les moyens et ça on en donne très régulièrement.* » ; « *C'est déjà arrivé qu'on ait des placements d'enfants dans le cadre de mesure d'OPP¹³, là ce n'est pas évident, ce n'est pas courant on appréhende, il y a des tensions, parfois de l'agressivité, il faut espérer que ça ne déborde pas trop quand l'enfant est amené en pouponnière.* » ; « *Parfois on va au domicile, ils ne savent pas quoi manger et on en voit les autres enfants derrière, on se dit wah...* ».

Au-delà du soutien apporté aux patients, la précarité à laquelle le professionnel est confronté chaque jour peut aussi l'affecter et le toucher.

Un psychiatre confirme dans un article que les métiers d'accompagnement à la personne favorisent les risques psychosociaux . Il s'agit de métiers où l'investissement émotionnel est très fort. Ce sont des métiers choisis par les professionnels qui portent de l'intérêt à l'aspect social et solidaire de leur travail. De plus, leur métier en lui-même les confronte souvent à des situations éprouvante psychiquement (PARADIS, 2014).

4.2 Les professionnels sur la même longueur d'ondes en terme de besoins

Demandes de formations et d'apports théoriques

L'ensemble des professionnels est d'accord pour dire qu'ils souhaitent plus de formations car ils pensent que ça pourrait les aider.

Certains imaginent ces formations sous forme « *d'interventions des partenaires, la PMI, les assistantes sociales, les associations contre les violences etc.* ». D'autres pensent plus à des formations spécifiques « *les formations surtout, sur la précarité par exemple je n'en ai jamais*

¹³ Ordonnance de Placement Provisoire : Après signalement auprès du Procureur de la République par le service hospitalier ou par le juge des enfants si la situation était connue avant le séjour en maternité.

fait, il n'y a pas forcément beaucoup de places quand elles se font à l'hôpital et qu'elles concernent la précarité. ».

Une sage-femme plus expérimentée qui elle a fait des formations assurent que celles-ci lui ont été bénéfiques *« J'ai fait une formation sur l'entretien du 4^{ème} mois avec les psychologues qui m'a beaucoup apporté. J'ai également fait une formation sur l'alimentation notamment pour apporter des conseils aux femmes qui ont des difficultés à remplir leur frigo. ».*

Le financement : une problématique actuelle

L'une des sages-femmes territoriales nous a, à plusieurs reprises, parlé des difficultés liées à la baisse des aides sociales et aux conditions de plus en plus strictes d'accès à celles-ci.

Elle indique *« Aujourd'hui c'est financier, il y a moins d'aides [...] Parfois les gens ont du mal à finir le mois mais ils ne peuvent pas accéder aux colis alimentaires car les critères ont changé [...] Parfois on a un problème actuel, on peut le résoudre pour l'instant, mais le jour où les critères changent, comment fait-on ? »*

En effet, les aides sociales baissent par exemple depuis 2018 suite à plusieurs réformes *« 4 % des bénéficiaires potentiels de l'allocation de base et 6 % des bénéficiaires potentiels de la prime à la naissance n'en bénéficieraient pas et 6 % en bénéficieraient à taux partiel au lieu du taux plein. Par ailleurs, 6 % des bénéficiaires de l'allocation de base en bénéficieraient à taux partiel au lieu du taux plein »* (SENAT, 2017)

Les subventions attribuées aux associations ont baissé de 17% en six ans selon une étude réalisées par le cabinet KPMG (Cabinet comptable) en 2017 (KPMG, 2017)

De la même façon, le CHSA aurait besoin de financement pour le Réseau Proximité Naissance. L'ARS ne semble pas réattribuer la subvention qu'elle avait préalablement retirée. Les hôpitaux étant également en difficulté budgétaire à l'heure actuelle, le CHSA ne peut pas injecter de l'argent pour le réseau. La question est donc aujourd'hui de trouver un financement pour le RPN.

5. Pistes pour l'avenir ...

5.1 SOLIPAM

Nous avons présenté le réseau SOLIPAM dans l'introduction. Le Réseau Proximité Naissance de par son absence de coordinateur spécifique, son manque de financement ne peut pas encore remplir le même rôle.

Même si la présence d'un réseau tel que celui d'Ile de France semble utopique dans notre territoire, son éventuelle utilité n'est pas remise en cause par les professionnels mais pour eux les femmes précaires de la CAMVS ne se rendraient pas forcément auprès du coordinateur médical ou social du réseau.

En effet, plusieurs professionnels nous le confirment « *Il y aurait du boulot, mais je ne sais pas si les patientes feraient la démarche [...] si elles estiment sur ça ne sert à rien d'y aller, elles iront aux urgences, ce n'est pas dans la mentalité de se faire suivre, elles se n'estiment pas forcément dans la difficulté.* » (Sage-femme hospitalière) ; « *Je ne sais pas si ça marcherait ici, c'est transgénérationnel, familial, elles ont connu leurs parents comme ça, ça a toujours été comme ça, elles ne sont même pas choquées...* » (Sage-femme libérale).

C'est pourquoi, l'exemple de SOLIPAM est très intéressant et c'est un modèle de prise en charge mais dans notre cas il faudrait idéalement pouvoir adapter son fonctionnement à notre population.

5.2 Etude Naître

L'étude Naître a été mise au point par le Pr Bardou, chercheur à l'Université de Bourgogne.

L'objectif de l'étude est de répondre à cette problématique : Une compensation économique conditionnée au suivi de grossesse peut-elle réduire les complications maternelles¹⁴ et périnatales¹⁵ chez les femmes aux ressources précaires ?

Pour ce faire, l'étude a débuté dans 10 CHU puis l'étude a été étendue à 40 maternités. Le CHSA participe à cette étude. Elle sera prolongée jusqu'en 2019 afin d'inclure 4000 patientes nécessaires à obtenir une significativité statistique de l'étude (BREY-XAMBEU, 2016).

Pour être incluse dans l'étude, les patientes doivent être enceintes de moins de 25 semaines d'aménorrhées, être majeure et bénéficiaire de la CMU ou de l'AME. Cette inclusion se fait lors de la première consultation. Elles sont alors placées dans le groupe intervention ou dans le groupe contrôle et savent dans quelle groupe elles se trouvent.

Dans le groupe intervention, les patientes reçoivent après chaque consultation 30€ sur une carte de crédit qu'on leur fournit. Cette carte leur permet des achats dans les commerces

¹⁴ Les complications maternelles (décès, phlébite, embolie pulmonaire, hémorragie de la délivrance, lésion périnéale (>3^{ème} degrés), pré éclampsie ou éclampsie)

¹⁵ Les complications périnatales (Mort périnatale, prématurité, RCIU, petit poids de naissance, encéphalopathie, lésion du plexus brachial, infection materno-fœtale).

mais elles ne peuvent pas faire de retraits au distributeur. Au contraire dans le groupe contrôle elles n'ont pas de compensation économique.

Pour le Professeur Bardou, si l'incitation économique montre qu'il y a une diminution des complications materno-fœtales alors il pourrait orienter les politiques publiques de santé.

Cependant, cette étude a également de nombreux détracteurs et a fait l'objet d'une réflexion médicale, économique et éthique.

5.3 Etude PANJO

Une étude est en cours dans 11 départements. Celle-ci à pour but de renforcer les dispositions de prévention précoces en s'appuyant sur les visites à domicile des PMI pour les mères plus vulnérables (Santé Publique France, 2017).

Il consiste à réaliser 6 visites au domicile de la patiente enceinte de son premier enfant qui se déclare en situation d'isolement social. Les visites ont lieu du 7^{ème} mois de grossesse jusqu'au 6 mois de l'enfant.

L'étude est encore en cours à l'heure actuelle, 500 patientes vont participer à cette étude elles seront réparties en 2 groupes exposées (recrutées par les équipes de PMI) et non exposées (recrutées en maternité).

Le chercheur qui a mis en place cette étude veut montrer que les visites au domicile peuvent être un outil majeur de prévention et que l'investissement réalisé dans les visites au domicile peut apporter des économies (diminution des consultations d'urgence etc.).

CONCLUSION

Sur le territoire du Val de Sambre, la précarité représente un enjeu majeur dont les professionnels de santé ont conscience. Tout au long de ce mémoire, nous avons démontré que la précarité est un concept multi-factoriel, qu'il ne faut pas réduire à la seule dimension socio économique.

La prise en charge médicale des professionnels s'adapte aux besoins spécifiques des patientes. Pour autant, elle ne permet pas encore d'impliquer et de mobiliser toutes les patientes en situation de précarité dans le suivi de leur grossesse. Si une partie de ces patientes adhèrent au système de prise en charge, l'observance thérapeutique reste difficile à obtenir et les difficultés quotidiennes ne favorisent pas une continuité dans le suivi.

Les professionnels se montrent aujourd'hui en demande d'apports théoriques par le biais de formations afin d'amener les réponses les plus adaptées possibles pour éviter que certaines patientes désinvestissent le suivi au milieu de leur grossesse. Le travail en partenariat entre le milieu social et celui médical apparaît important.

Du point de vue social, le territoire est surtout marqué par la présence du Réseau Proximité Naissance. S'il se montre efficace pour une partie de la population, il possède également ses limites. Le dépistage anténatal est un facteur clé de la prise en charge et certaines patientes qui présentent des difficultés d'une gravité moindre ne sont pas toujours incluses dans le réseau. Ces difficultés sont alors souvent dépistées au retour au domicile, de manière parfois tardive.

Par ailleurs la question du financement reste un enjeu majeur pour pouvoir améliorer la prise en charge de la population du territoire confrontée à la précarité. Que ce soit dans le cadre du Réseau ou des services sociaux, les baisses de subventions affectent les patientes se trouvant proche du plafond d'accès à certaines aides.

La spécificité de la population concernée fait que les aides que pourraient apporter un réseau tel que celui de SOLIPAM ne conviendrait pas pleinement au territoire.

Le repérage anténatal est le facteur clé de l'amélioration de la prise en charge. La présence d'un questionnaire à l'image de celui du score EPICES dans le dossier obstétrical pourrait aider au dépistage. Il faudrait qu'il soit rempli à chaque consultation d'orientation en début de grossesse.

L'autre besoin serait d'obtenir un financement stable et suffisant pour le Réseau Proximité Naissance afin notamment de replacer au centre du dispositif un coordinateur qui pourrait améliorer le lien de confiance parfois instable avec les patientes.

A l'image de l'étude PANJO, les visites au domicile en anté natal sont une solution à envisager, ce qui dans la réalité de terrain reste difficile par manque de moyens humains et financiers.

Ce mémoire a permis d'apporter un regard sur la prise en charge médicale et sociale actuelle des patientes en situation de précarité au sein de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre. Nous avons également pris le temps d'exposer les difficultés rencontrées et de réfléchir à certaines solutions pouvant être adoptées dans le futur.

Néanmoins, pour aborder les perspectives, recueillir le point de vue des patientes apparaît primordial afin d'échanger sur leurs vécus, sur leurs ressentis mais aussi sur leurs attentes. Cette étude pourrait être un travail ultérieur à mener en complément de ce mémoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agglomération Maubeuge Val de Sambre. (2015). *Contrat local de santé de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre*. Jeumont.

Agence de développement et d'urbanisme de la Sambre. (2015). *Territoires de la CAMVS éligibles à la politique de la ville, position par rapport aux autres territoires français retenus par le Ministère de la Ville*. Maubeuge.

ARS. (2010). *Niveau de dotation des zones d'emploi en sages femmes libérales en 2010*. Consulté le Avril 22, 2017, sur hauts-de-france.paps.sante.fr: http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PAPS_V2_NPDCP/Je_m_installe/ou_m_installer/Nivdot_SF2010_NPDC_C2.png

ARS. (2012). SEMINAIRE SANTE ET SANTE PUBLIQUE Apport des méthodologies en sciences humaines et sociales.

Assurance Maladie. (2018, Mars 15). *CMU complémentaire : conditions et démarches*. Consulté le Mars 23, 2018, sur ameli.fr: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/cmu-complementaire>

Assurance Maladie. (2017, Mai 16). *Prado, le service de retour à domicile*. Consulté le Novembre 20, 2017, sur Ameli: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

Assurance Maladie. (s.d.). *Professionnels de santé : Ligne Urgence Précarité*. Consulté le Juillet 2, 2017, sur Ameli: https://www.ameli.fr/sites/default/files/fiche-explicative-lup_cpam-vienne.pdf

AZRIA.E (2015). Précarité Sociale et Risque Périnatal. *Enfance et Psy Volumen n°67* , pp. 13-31.

BESSETT.D (2013). *Expecting Embodiment : Pregnancy Symptoms and the Cultural Mythologies of Pregnancy*. University of Cincinnati.

BLANCHARD.M, BRIEND, HERSCHKORN-BARNU, RENAERD, & ROCHEFORT. (2016). *Mémento Solipam*. Paris: SOLIPAM.

BREY-XAMBEU.J (2016, Novembre 7). *Etude "Naître" : mieux venir au monde lorsqu'on est en situation de précarité*. Consulté le Septembre 2, 2017, sur recherche.u-bourgogne.fr: <http://recherche.u-bourgogne.fr/actualites/etude-naitre-mieux-venir-au-monde-lorsqu-on-est-en-situation-de-precarite.html>

Caisse d'Allocations Familiales . (s.d.). *La prestation d'accueil du jeune enfant*. Consulté le Décembre 15, 2017, sur CAF: <http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/la-prestation-d-accueil-du-jeune-enfant-paje>

Caisse d'Allocations Familiales. (s.d.). *L'allocation de Soutien Familial (ASF)*. Consulté le Octobre 23, 2017, sur CAF: <http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/solidarite-et-insertion/l-allocation-de-soutien-familial-asf>

- Centre Hospitalier du Sambre Avesnois (CHSA). (s.d.). *Souffrance psychique : où consulter ?* Consulté le Mars 14, 2018, sur CH Sambre Avesnois: <https://www.ch-sambre-avesnois.fr/fichs/11802.pdf>
- CERIN. (2006, Juillet). Alimentation de la femme enceinte défavorisée : des enjeux importants pour la mère et l'enfant. *Alimentation et Précarité n°34* , pp. 2-5.
- CETAF. (2005). *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie*. Saint Etienne.
- CMU.fr. (2017, Décembre 4). *La protection universelle maladie (PUMA)*. Consulté le Mars 18, 2018, sur cmu.fr: https://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php
- DALMONT.C (2012). Maternité chez les femmes en situation de Précarité. *Mémoire* . Caen: Ecole de Sages Femmes de Caen.
- Défenseurs des Droits. (2017). *Enquête sur l'accès aux droits Relations des usagères et usagers avec les services publics : le risque du non recours*. Paris.
- Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi. (2014). Trajectoire socio économique de la zone d'emploi de Maubeuge. *Les synthèses de la Direccte* , 1-20.
- Données de cadrage. (2009). Les personnes souffrant d'un handicap psychique : Allocation aux adultes handicapés et emploi. *Revue française des affaires sociales* , pp. 95-98.
- EME, & PAGES. (2009). Pauvreté, précarité économique et vie familiale. quelques éléments de réflexion issus des résultats d'une enquête locale. *Recherches familiales* , pp. 131-142.
- Encyclopédie de l'Agora. (2012, Avril 1). *Vulnérabilité*. Consulté le Novembre 20, 2017, sur [agora.qc.ca: http://agora.qc.ca/dossiers/Vulnerabilite](http://agora.qc.ca/dossiers/Vulnerabilite)
- FARGE-BANCEL.D (2006). Précarité et Santé des femmes en France. *Les formations du soignants* , 4-7.
- FERRAND.C (2001). De l'exclusion sociale et culturelle à la pédagogie du croisement des savoirs. *Pensée plurielle* , pp. 35-52.
- FURTOS, D. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le carnet psy* , pp. 29-34.
- GOFFMAN.E (1963). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Editions de Minuit.
- HAS. (2014). *Maltraitance chez l'enfant : repérage*.
- INSEE. (2016, Octobre 13). *Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté*. Consulté le Mars 18, 2018, sur [insee.fr: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653](https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653)
- KPMG. (2017). *Rapport sur les stratégies des acteurs associatifs et proposition pour faire évoluer les modèles socio-économiques des associations*.
- LEFEVE.C Introduction à l'éthique médicale et à la bioéthique. (p. 69). Paris: Université Paris Diderot.
- LEJEUNE.C (2008). Précarité et Prématurité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* , 344-348.

MASLOW.A (1943). *A Theory of Human Motivation*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

Ministère de l'Education Nationale . (2011, Juin). *Sociologie générale et sociologie politique : contrôle social et déviance*. Consulté le Aout 2017, 24, sur eduscol.education.fr: http://media.eduscol.education.fr/file/SES/00/6/LyceesGT_Ressources_SES_1_Socio3-1_controle_social_183006.pdf

Ministères des solidarités et de la santé . (2014, Février 27). *Technicien de l'Intervention Social et Familial (TISF)*. Consulté le Aout 2017, 27, sur solidarites-santé.gouv.fr: <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-tisf>

MOLIMARD.C (2011, Décembre 21). *Le tabac fait partie de la panoplie de l'exclu*. Consulté le Janvier 20, 2018, sur Libération: http://www.liberation.fr/societe/2009/01/06/le-tabac-fait-partie-de-la-panoplie-de-l-exclu_300404

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (2014-2015). *Les budgets de référence : une méthode d'évaluation des besoins pour une participation effective à la vie sociale*. Paris.

OMS. (2003). L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. *Communiqué de Presse* .

PARADIS.E (2014, Mars 24). Un investissement émotionnel à risques. *L'Humanité* .

PINCHOU.M (2016). *Le Réseau Proximité Naissance : étude épidémiologique du réseau périnatal de Sambre Avesnois*. Thèse . Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg Lille II.

PORA.P (2017). Le revenu salarial s'établit à 20 670 euros en moyenne en 2014. *Insee Focus n°75* .

REACH.G (2006). La non-observance thérapeutique, révélatrice d'un conflit entre des principes éthiques. *Sang Thrombose Vaisseaux* , pp. 461-464.

SABARY-DESCARGUES.V (2003). Un centre maternel rêvé ou un non-lieu ? *Urgences d'enfance : accueillir, observer, orienter* , pp. 108-113.

Santé Publique France. (2017, Mai 5). *L'étude Panjo*. Consulté le Aout 13, 2017, sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr>: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/grossesse-et-petite-enfance/panjo.asp>

SENAT. (2017). *Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'assemblée nationale, pour 2018*. Paris.

Service Public. (2018, Janvier 1). *Allocation aux adultes handicapés (AAH)*. Consulté le Janvier 20, 2018, sur Service Public: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

Service Public. (s.d.). *Allocations familiales (famille de 2 enfants ou plus)*. Consulté le Mars 14, 2018, sur services-public.fr: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13213>

Service Public. (2017, Septembre 25). *Qu'est-ce que l'accompagnement en économie sociale et familiale (AESF) ?* Consulté le Novembre 20, 2017, sur Service Public: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F18358>

Service Public. (s.d.). *Revenu de Solidarité Active (RSA)*. Consulté le Novembre 16, 2017, sur Service Public: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19775>

SOAES, L., BURTON-JEANGROS, MARTINS-DOMINATI, & JACKSON. (2017, Mai 1). *Précarité et compétences en santé*. Consulté le Aout 2017, 13, sur reiso.org: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/1702-precarite-et-competences-en-sante>

societe.fr. (2018, Janvier 1). *MAUBEUGE CONSTRUCTION AUTOMOBILE* . Consulté le Juillet 2, 2017, sur societe.fr: <https://www.societe.com/societe/maubeuge-construction-automobile-702023433.html>

UTPAS Maubeuge Hautmont. (2015-2020). *Projet de Service*. Maubeuge.

WRESINSKI.J (1987). *Grande Pauvreté et précarité économique et sociale, Conseil économique et social*. Journal Officiel n°6.

ANNEXE I

SCORE EPICES

➤ Présentation du questionnaire

	Questions	Oui	Non
Q ₁	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
Q ₂	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (Mutuelle ou CMUC) ?	0	11,83
Q ₃	Vivez-vous en couple ?	0	8,28
Q ₄	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	0	8,28
Q ₅	Y a-t-il des moments dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
Q ₆	Vous est-il arrivé à faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	0	6,51
Q ₇	Êtes-vous allé au spectacle, au cinéma au cours des 12 derniers mois ?	0	7,10
Q ₈	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	0	7,10
Q ₉	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ?	0	9,47
Q 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 ?	0	9,47
Q 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 ?	0	7,10

Une personne répondant "Oui" aux questions Q1 et Q5 et "Non" à toutes les autres est scorée à 100

Une personne répondant "Oui" à Q1 et "Non" à toutes les autres est scorée à 89,94

Source : ARS. (2012). SEMINAIRE SANTE ET SANTE PUBLIQUE Apport des méthodologies en sciences humaines et sociales.

ANNEXE II : Fiche de renseignements informatique CHSA 1/2

Renseignements généraux du couple

Concernant la mère

Renseignements socio-démographiques

Lieu naissance Ville MAUBEUGE Pays FRANCE

Nationalité

Origine ethnique

Niveau d'études

Profession (code INSEE)

Activité professionnelle actuelle

Tabac, alcool et produits toxiques

Consommation de tabac, d'alcool, de produits toxiques

Oui Non

Particularités

Particularités

Contexte psycho-social

Couverture sociale

Oui Non En cours AMO AME CMU AMC

Condition d'hébergement précaire

Oui Non

Nombre d'enfants vivants au foyer

y compris enfants du conjoint ou en garde

Facteurs de stress ou de vulnérabilité

Oui Non

Conclusion

Commentaires

Situation nécessitant un accompagnement

Oui Non

ANNEXE III : Fiche de renseignements informatique CHSA 2/2

Renseignements généraux du couple

Concernant le père

Renseignements socio-démographiques

Identité Nom [redacted]
Prénom [redacted]
Date de naissance [redacted] ou âge [] ans
Lieu naissance []
Si étranger []
Procréateur []
Nationalité []
Origine ethnique []
Adresse différente de celle de la mère
Téléphones Portable [redacted] Domicile [] Bureau []
Niveau d'études []
Profession [redacted] (code INSEE) []
Activité professionnelle actuelle []

Antécédents

Poids habituel [] kg Taille [] cm
Groupe sanguin [] Rhésus [] Sérologie VIH []
Tabac Oui Non
Alcool Oui Non
Toxicomanie Oui Non
PATHOLOGIES pouvant impacter la grossesse
 Oui Non

ANNEXE IV

Les conseils pratiques pouvant être données aux patientes :

- Manger de la viande ou du poisson et des œufs une fois par jour au minimum.
- Si ce n'est pas possible de consommer des légumes frais privilégier des conserves ou des surgelés nature.
- Utiliser les produits laitiers qui ont un très fort intérêt nutritionnel et sont peu coûteux : dans les soupes au lieu de l'eau, dans le thé au lieu du citron, en gâteau yaourt, du fromage râpé sur les pommes de terre, les pâtes et les purées.
- Boire plus d'eau, limiter la consommation de sodas et sirops et interdire l'alcool.
- Réduire les fast food à une fois par semaine.
- Limiter les produits souvent plus chers.
- Faire de l'exercice régulièrement : marche etc.

Source : CERIN. (2006, Juillet). Alimentation de la femme enceinte défavorisée : des enjeux importants pour la mère et l'enfant. *Alimentation et Précarité n°34*, pp. 2-5.

ANNEXE V : Fiche de Repérage RPN



FICHE DE REPERAGE MATERNITE ET DE LIAISON PMI

INCLUSION AU RESEAU PROXIMITE NAISSANCE DE L'AVESNOIS

OUI
 NON

Souhait d'une synthèse en ante natal OUI NON
en post natal OUI NON
Besoin relai PMI à la naissance OUI NON

NOM de la patiente _____

Prénom _____

Date de naissance ___/___/___

Adresse _____

Date de début de grossesse ___/___/___

Terme prévu pour l'accouchement ___/___/___

Parité _____

Suivi grossesse assuré par _____

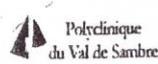
Date de la présente fiche ___/___/___

Auteur des renseignements _____

Observations _____

Attentes exprimées par la maternité _____

ANNEXE VI : Fiche d'inclusion 1/3



! informations confidentielles

Fiche d'inclusion « RESEAU PROXIMITE NAISSANCE »

ANTE NATAL / date prévue accouchement :

POST PART

Nom prénom enfant :

Né le :

Nom Prénom de la mère :

Nom Prénom du père :

Adresse :

Origine information

- CHSA ✓ maternité ✓ néonate ✓ pédiatrie ✓ service soci
- Val de Sambre :
- CH Fourmies :
- Conseil Général :
- Partenaire social :
- Médecin traitant :

Motif inclusion RPN :

Problème d'ordre psychologique	Problème d'ordre social	CCAR	Age de la mère	Antécédents	Relation M/E	autres

Complément information

INTERVENANTS CONNUS

Référent/ structure	coordonnées	Conduite à tenir :

Evolution de la situation point de vue RPN

ANNEXE VIII : Fiche d'inclusion 3/3



Réseau Proximité Naissance : 1^{ère} RCP le2010
Coordinatrice : Sylvie Dhoudain poste 4773

Les intervenants : fonction et coordonnées	Positionnement

Décision / situation : A classer A revoir (préciser si après contact médecin, visite PMI etc...)

R C P

ANNEXE IX : Fiche de repérage des difficultés maternelles en maternité 1/2



REPERAGE DES DIFFICULTES MATERNELLES
ET IDENTIFICATION DES COMPETENCES ET ETAYAGE FAMILIAL.



Nom et prénom du BB :	Né(e) le :	Poids de naissance et terme	AA ou AM
-----------------------------	------------------	-----------------------------	----------

Nom et prénom de la maman : DDN : Chambre n°

Adresse : Tél :

Médecin traitant : Ville.....

DIFFICULTES REPEREES	QUELQUES EXPLICATIONS
MERE MINEURE et âge du papa si connu	
<u>VOLET OBSTETRICAL :</u> -Gestes/parité -IVG, MFIU, IMG -Déclaration tardive de grossesse, grossesse mal suivie -Déni de grossesse -Projet d'abandon -Grossesse non désirée, projet d'abandon -Echec de contraception -Diagnostic ante natal avec malformation -Décès dans la fratrie -Pathologie durant la grossesse	
<u>ADDICTIONS :</u> Alcoolisme - Tabac - Toxicomanie - Substitution	
<u>VOLET SOCIAL</u> <ul style="list-style-type: none"> • Précarité financière • Problème d'hygiène • Problème de couverture social • Problème de logement, pas de domicile fixe, foyer • Barrière de la langue • Déficience, tutelle • Violence conjugale • Mesure éducative, mesure de placement 	
<u>VOLET PSYCHOLOGIQUE</u> <ul style="list-style-type: none"> • ATCD de dépression • Dépression du post partum • Psychose puerpérale • Anorexie • ATCD psychiatrique • Tentative d'autolyse • Maman déprimée pendant le séjour en maternité 	
<u>FONCTION PATERNELLE</u> <ul style="list-style-type: none"> • Désintérêt pendant la grossesse • Instance de divorce, séparation pd la grossesse • Enfant non reconnu • Non-participation aux soins • Père incarcéré 	

EN NEON DPA 004-juin 2017

EN NEON DPA 004 - version 3 du 06/07/2017 / (12/10/2017)

Annexe X : Fiche de repérage des difficultés maternelles en maternité

2/2

<p><u>FRATRIE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nbre d'enfant présent au domicile • Enfant à la garde du père (motif) • Pathologie dans la fratrie 	
<p><u>PENDANT LE SEJOUR EN MATERNITE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Séparation mère /enfant • Sortie prématurée contre avis médical • Accouchement difficile, mal vécu • Découverte et/ou PEC d'un handicap ou d'une pathologie périnatale. • Difficulté de la relation mère/enfant <ul style="list-style-type: none"> ○ Evitement du regard ○ Difficulté de nourrir le bébé ○ Comportement inadapté / aux besoins de l'enfant ○ Portage peu contenant ○ Pas d'échange avec le bébé ○ Observation du bébé • Négligence dans les soins • Non préparation à la venue de l'enfant • Relation avec l'équipe soignante difficile 	
<p><u>ENTOURAGE FAMILIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolement, en rupture avec sa famille • Pas de personne ressource • Dévaluation de la mère par l'entourage 	

INTERVENANTS RENCONTRES :

SUIVI SF A LA SORTIE :

Nom de la SF :

CONTACT PMI AVANT LA SORTIE : OUI

Mme

ELEMENTS IMPORTANTS (dates RDV) :

RESSENTI GENERAL :

INCLUSION AU RESEAU RPN OUI NON

MAMAN PREVENUE DE L'INCLUSION AU RESEAU OUI NON PAR :

Exemplaire envoyé à la PMI Le

EN NEON DPA 004-juin 2017

EN NEON DPA 004 - version 3 du 06/07/2017 / (12/10/2017)

ANNEXE XI

Grille d'entretien pour les professionnels de santé et/ou social travaillant auprès des femmes enceintes en situation de précarité au sein du territoire de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre :

Caractéristiques de la population :

Age /genre :

Profession :

Lieu d'exercice actuel :

Parcours professionnel, ancienneté :

Expérience au sein de l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre :

Connaissances sur la précarité :

- Qu'est-ce que la précarité selon vous (définition simple, critères...)?
- Quels sont les signes d'appels qui vous évoquent une possible précarité chez les patientes ? Si c'est le cas, est ce que vous posez des questions pour approfondir ?

Précarité et grossesse :

- A quelle fréquence rencontrez-vous des femmes enceintes et en situation de précarité ?
- Quelles sont vos pratiques avec ces femmes ? Cela modifie t'il vos pratiques (explications, déroulé de la consultation, association avec d'autres professionnels)?
- Quelles sont les structures que vous connaissez afin d'accompagner les patientes ? Avez-vous des contacts privilégiés avec des professionnels qui n'appartiennent pas à votre profession pour coordonner le suivi médical et social de ces patientes ?

Difficultés et besoins :

- Quelles sont les situations qui vous ont mis en difficulté ? Quelles étaient ces difficultés ?
- Quels sont vos besoins (si nécessaire pour vous) en termes de formation ou de ressources ?
- Seriez-vous intéressés par un réseau à l'image de Solipam (après explications) ?

Suivi de la grossesse :

- Les patientes en situation de précarité se montrent elles attentives, impliquées ou le suivi régulier ne semble pas être une priorité pour elles ?
- Participent d'elles aux cours de préparation à la naissance ? Si non, pourquoi ?
- Trouvez vous que l'on retrouve une plus grande consommation de tabac, d'alcool et/ou de drogues ?

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

ANNEE 2017-2018

TITRE :

PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE DES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE DANS L'AGGLOMERATION MAUBEUGE VAL DE SAMBRE.

Etude sociologie auprès des professionnels de santé du territoire.

AUTEUR :

Justine MERCIER

Sous la direction de Madame Elodie HUBERT.

MOTS-CLES :

Précarité, Maubeuge Val de Sambre, suivi de grossesse, social, repérage anténatal

RESUME :

Le territoire Maubeuge Val de Sambre est touché par une situation socio-économique et sanitaire difficile. Nous nous sommes donc demandé quelle est la prise en charge des patientes en situation de précarité du point de vue social et médical.

Nous avons mené une étude qualitative par le biais d'entretiens semi directifs auprès des professionnels de santé du territoire.

Notre étude a montré que la prise en charge médicale des professionnels s'adapte aux difficultés des patientes. Cependant, les difficultés auxquelles font face certaines patientes restent un frein pour assurer la continuité de la prise en charge. D'un point de vue social, le territoire est surtout marqué par la présence du Réseau Proximité Naissance qui se montre efficace dans la prise en charge d'une partie de la population en situation de précarité. Il présente cependant certaines limites notamment dans le dépistage prénatal de toutes les patientes.

Notre étude a également permis de mettre en évidence les besoins spécifiques des professionnels (apports théoriques, moyens financiers...) ainsi que les solutions qui peuvent être envisagées.