



HAL
open science

Évaluation des stratégies de coping pendant la grossesse des femmes suivies par les PMI du centre et des quartiers nord de Marseille

Fatima Mohamed Issan Hamady

► **To cite this version:**

Fatima Mohamed Issan Hamady. Évaluation des stratégies de coping pendant la grossesse des femmes suivies par les PMI du centre et des quartiers nord de Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03004268

HAL Id: dumas-03004268

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03004268>

Submitted on 13 Nov 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

**EVALUATION DES STRATEGIES DE COPING
PENDANT LA GROSSESSE DES FEMMES SUIVIES
PAR LES PMI DU CENTRE ET DES QUARTIERS
NORD DE MARSEILLE**

Présenté et publiquement soutenu

Le 09 Avril 2020

Par

MOHAMED ISSAN HAMADY Fatima

Née le 17 octobre 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- FREMONDIERE.P, sage-femme enseignant
- MATTEO, Caroline, sage-femme doctorante en soins infirmiers et sciences sociales
- RIQUET.S, sage-femme enseignant (directeur de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

**EVALUATION DES STRATEGIES DE COPING
PENDANT LA GROSSESSE DES FEMMES SUIVIES
PAR LES PMI DU CENTRE ET DES QUARTIERS
NORD DE MARSEILLE**

MOHAMED ISSAN HAMADY Fatima

Née le 17 octobre 1996

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

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
Validation 2^{ème} session 2020 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

**EVALUATION DES STRATEGIES DE
COPING PENDANT LA GROSSESSE DES
FEMMES SUIVIES PAR LES PMI DU
CENTRE ET DES QUARTIERS NORD DE
MARSEILLE**

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, il m'est particulièrement important de remercier les personnes qui ont participé, celles qui m'ont soutenue, guidée et aidée dans la réalisation de ce mémoire de fin d'étude.

D'abord, mon directeur de mémoire monsieur RIQUET Sébastien, sage-femme enseignant. Je le remercie de m'avoir proposé ce sujet, de m'avoir laissé la liberté de le mener comme je l'entendais. Merci pour sa confiance, sa réactivité, sa disponibilité, son écoute, ses conseils et son aide.

Ensuite, j'adresse mes remerciements sincères à madame RAZUREL Chantal pour avoir utilisé l'échelle d'évaluation des stratégies de coping périnatales PCSI, qu'elle a élaborée et faite valider.

Puis, je remercie docteur HAMDAOUI Naima, responsable des PMI pour m'avoir permis de mener cette enquête au sein des PMI ciblées.

Merci encore aux sages-femmes qui m'ont accueillies et aux secrétaires qui ont participé à la distribution des questionnaires pour votre gentillesse et votre collaboration.

Une attention particulière pour les patientes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire, sans qui cette étude n'aurait pas été réalisable.

Sans jamais oublier mes amies et futures collègues DJOUDI Sara, HANNOUF Youssra, HENNI Melissa et pour leur soutien précieux, dans l'élaboration de ce mémoire mais surtout pour leur présence fondamentale dans toutes les étapes, aussi difficiles soient elles, menant vers l'obtention de ce diplôme tant attendu.

Pour finir, une mention spéciale à mon mari qui a été un pilier indispensable pour ce mémoire. Merci pour les traductions en anglais, en arabe et en comorien. Merci pour l'accompagnement dans toutes les démarches du début à la fin. Merci pour les relectures, la patience et la bienveillance.

SOMMAIRE

Introduction	page 1
Matériel et méthode	page 4
Résultats	page 7
Analyse et discussion	page 17
Conclusion.....	page 31
Bibliographie.....	page 33
Annexe	page 36
Lexique.....	page 54
Résumé.....	page 55

INTRODUCTION

La grossesse est reconnue comme une période de vulnérabilité pour la femme enceinte. Elle subit un déplacement identitaire majeur dû au passage de l'état de fille à celui du devenir mère et fait ainsi l'expérience de remaniements psychiques importants. La future mère est également soumise à de nombreuses variations physiques et hormonales. Des états de stress, d'anxiété et d'inquiétude en découlent (1).

Le stress a de nombreuses sources, notamment les risques médicaux et obstétricaux, la santé fœtale, les changements psycho-sociaux liés à la grossesse et la projection de l'accouchement (2). Tout ceci, corrélé aux maux de grossesses tels que les nausées, les vomissements, la prise de poids ainsi que les éventuelles pathologies gestationnelles, font de la grossesse une période difficile (3).

Ces difficultés rencontrées nécessitent un soutien constant. Il peut être apporté par le partenaire, la famille, l'entourage ou encore les professionnels de santé (4). En effet, la grossesse en France est obligatoirement suivie. L'accompagnement de la future mère est d'autant plus nécessaire si cette dernière est en situation de précarité. La précarité peut se définir comme étant l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (alimentation, logement...) (5).

Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont pour objectif, entre autres, de mettre en place des actions de prévention, d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies (6). C'est en PMI que sont suivies les femmes en situation précaire, notamment celles sans domicile fixe, en situation irrégulière, sans couverture sociale... Les difficultés liées à la grossesse sont pour ces femmes associées à d'autres telles que le souci de l'hébergement (hébergement d'urgence, multiples, précaires, errance dans la rue), les soucis d'alimentation (resto du cœur...). Certaines de ces femmes sont exposées à des violences et des abus de toutes sortes. (1)

Ainsi, la PMI leur propose une prise en charge médico-psycho-sociale afin d'accompagner ces femmes dans toutes leurs difficultés, et d'assurer au mieux, le bon déroulement de l'évènement que représente la venue d'un enfant. Néanmoins, la PMI reste un lieu de proximité, ouvert à tous, où peuvent être suivies des femmes en situation socio-économique stable, ne se trouvant pas en grande précarité.

Toutefois, pour l'ensemble de ces femmes, il faut surmonter les désagréments de la grossesse du mieux possible et pour cela elles élaborent des stratégies de coping.

On parle de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

Le coping peut prendre des formes très diverses.

- Il peut s'agir - de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations...),
- d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...) et
 - de comportements (résolution du problème, recherche d'aide...). (7)

Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». On peut considérer trois approches théoriques différentes de ce concept :

- La première envisage le coping comme mécanisme de défense apparenté aux défenses du Moi, qui visent à supprimer ou à diminuer tout ce qui peut susciter de l'anxiété et ainsi réduire la tension psychique.
- La deuxième approche considère le coping comme un processus actif dans lequel l'individu en situation de stress va s'engager.
- La troisième approche, structurale, envisage le coping comme disposition, comme trait de personnalité. (8)

En ce qui concerne les études menées sur les stratégies de coping en périnatalité ; pendant la période du post partum, les stratégies de coping ont été évaluées chez les primipares par Chantal Razurel (9). Au cours de la grossesse, de rares études ont été menées sur les stratégies de coping mais celles-ci n'intéressaient que des situations psychologiques ou

obstétricales particulières telles que la dépression prénatale (10), les fécondations in vitro (11), ou encore les fausses couches (12).

Le thème de cette étude porte sur les stratégies de coping chez les femmes enceintes suivies par quatre PMI de Marseille. En effet ce mémoire s'adresse entre autres aux femmes enceintes vivant dans un contexte socio-économique complexe.

La région PACA est la 3^e région de France métropolitaine la plus touchée par la pauvreté, après les Hauts-de-France et la Corse, où 17,5% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté, soit un habitant sur 6. On y trouve 5 arrondissements municipaux figurant parmi les plus pauvres de France métropolitaine : 1^e, 2^e, 3^e, 14^e, et le 15^e. De plus, le 3^e arrondissement est reconnu comme étant le plus pauvre avec plus d'un habitant sur deux vivant sous le seuil de pauvreté. Ces résultats alarmants ont été la cause de la sélection de deux PMI du centre et deux PMI situées dans les quartiers nord de Marseille dans le but de se situer au plus près de populations précaires (13).

La question de recherche est la suivante : « Quelles sont les stratégies de coping mobilisées par les femmes enceintes suivies par les PMI des quartiers nord et du centre de Marseille au cours de leur grossesse ? »

MATERIEL ET METHODE

Les objectifs de recherche sont d'une part d'identifier les évènements indésirables par les femmes enceintes suivies dans les PMI du centre et des quartiers nord de Marseille et, d'autre part, d'identifier les stratégies de coping qu'elles mobilisent face ces évènements.

La finalité du travail est de proposer des solutions qui pourront améliorer le bien-être de ces femmes.

L'étude menée est de type quantitative, descriptive, multicentrique. Elle s'est déroulée au sein de quatre Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) en PMI. Les CPEF sélectionnés sont situés sur Marseille ; deux dans le centre de la ville (Belle de mai 3^e arrondissement, Joliette 1^e et 2^e arrondissement) et deux dans les quartiers nord (Le Nautile 13^e arrondissement, Les Flamants 14^e arrondissement).

L'outil utilisé est un questionnaire en deux parties. D'une part un questionnaire préambule caractérisant la situation médico-psycho-sociale des participantes et permettant l'identification de l'évènement qu'elles reconnaissent comme étant le plus indésirable de la grossesse. D'autre part, l'échelle d'évaluation des stratégies de coping périnatales (PCSI) de Razurel et al. (2013). (*Annexe 1*)

L'élaboration de l'ensemble des outils du recueil des données s'est faite à partir du mois de janvier 2019. Le questionnaire a été testé sur la PMI Le Nautile au mois de mai 2019 ayant permis sa construction et sa validation.

S'en est suivi la demande de l'accord de distribution auprès de la responsable des services de PMI qui elle, s'est faite en juin 2019.

Au total, l'étude a duré 5 mois. Elle a débuté en juillet 2019 et s'est achevée en novembre 2019.

La population ciblée par cette étude regroupe les femmes enceintes suivies par les PMI concernées. Par conséquent, les patientes qui ne sont pas enceintes ainsi que les patientes suivies ailleurs (cabinet libéral, hôpital, autres PMI) n'ont pas été incluses.

Par ailleurs, les patientes qui ont été exclues de l'étude sont celles qui n'ont pas souhaité participer, celles qui sont analphabètes et celles qui sont mineures.

Les outils ayant servi à l'étude ont été réalisés en français (*Annexe 1*) puis traduits en trois langues : anglais (*Annexe 2*), arabe dialectal (*Annexe 3*) et comorien (*Annexe 4*).

Ceci a permis d'inclure les patientes ne comprenant pas correctement ou pas du tout le français. Ainsi, ces traductions ont permis d'inclure le plus de femmes enceintes possibles.

Le questionnaire préambule à l'échelle regroupe 21 questions. Il a permis le recueil de données sur le profil de la patiente, son pays de naissance, sa situation sociale et familiale, sa situation professionnelle, le contexte obstétrical, médical et psychologique ainsi que l'évènement qu'elle reconnaît comme étant le plus indésirable au cours de cette grossesse. Afin de mesurer au mieux la précarité de la population étudiée, une partie des questions sont inspirées du score d'évaluation de la précarité et des inégalités dans les centres d'exams de santé (EPICES) (*Annexe 5*).

L'ensemble de ces informations ont été traitées comme étant des données qualitatives. En effet, l'âge des patientes a été catégorisé en deux parties : entre 18 et 35 ans et plus de 35 ans. Également, la primiparité s'oppose à la multiparité sans quantifier le nombre d'enfants existants.

La dernière question porte sur l'évènement indésirable. Elle comporte 11 propositions et une case « autre » qui laisse la question semi-ouverte. Les différents évènements ont été sélectionnés grâce à la littérature. (1,2,14–18)

En fonction de l'évènement identifié comme étant le plus indésirable rencontré au cours de la grossesse, la femme enceinte répond ensuite à la seconde partie du questionnaire avec l'échelle d'évaluation des stratégies de coping.

L'échelle PCSI a permis un recueil de données quantitatives sur les différentes stratégies de coping auxquelles les patientes peuvent avoir recours :

- l'évitement (item 1 à 4),
- la mobilisation de ressources internes, (items 5 à 6),
- positiver (items 7 à 9)
- la planification, l'anticipation, la recherche d'information (items 10 à 12),

- la demande d'aide à l'entourage (items 13 et 14),
- l'écoute des professionnels de santé (items 15 à 17).

A chaque item, la patiente avait cinq propositions de réponse : « jamais », « rarement », « parfois », « souvent » et « toujours ».

Pour les PMI des quartiers nord et la PMI de la Joliette, cet outil a été distribué aux patientes par la secrétaire avant leur consultation, qui s'assurait du choix optimal de la langue.

Ainsi, la patiente répondait dans la salle d'attente et remettait à la secrétaire le questionnaire complété, soit avant ou après la consultation avec le médecin ou la sage-femme.

Cependant, concernant la PMI de la Belle de Mai, les questionnaires ont été distribués par l'étudiante sage-femme. Ceci est dû au fait que le système de recueil mis en place dans les autres PMI ne portait pas ses fruits au sein de ce terrain.

Par conséquent le déplacement sur deux demi-journées de consultation a été nécessaire et a permis le recueil de questionnaires. C'est pourquoi, le nombre de questionnaires recueillis sur ce terrain est plus faible que sur les autres terrains.

RESULTATS

1 – Caractéristiques de la population d'étude

L'étude a permis de recueillir 119 questionnaires au total. Cependant, on y compte 16 qui sont incomplets et/ou mal remplis, ce qui les excluent de l'étude. Au final, 103 questionnaires ont servi à l'étude. Ainsi le taux de réponses exploitables s'élève à 86,55%.

Concernant la zone géographique, il y a :

- 62 questionnaires recueillis dans les PMI des quartiers nord de Marseille
- 41 questionnaires recueillis dans les PMI du centre de Marseille.

Quant aux différentes versions linguistiques mises à disposition des patientes, on dénombre :

- 70 questionnaires français remplis
- 16 questionnaires anglais remplis
- 11 questionnaires arabes remplis
- 6 questionnaires comoriens remplis

Ce qui élève le taux de réponse en langue étrangère à 33,04%.

Parmi ces 103 questionnaires, on y trouve :

- 71 multipares
- 32 primipares

La répartition des âges s'est établie de la façon suivante :

- 81 patientes sont âgées de 18 à 35 ans
- 22 patientes ont 36 ans ou plus.

Les âges gestationnels ont été catégorisés en périodes trimestrielles. Ainsi, l'étude compte :

- 36 patientes qui étaient au premier trimestre
- 43 patientes au deuxième trimestre
- 24 patientes au troisième trimestre.

Parmi les patientes interrogées au 3^e trimestre, seulement 16,7% ont eu des cours de préparation à la naissance (PNP).

Par ailleurs, on constate une grande diversité des pays de naissance : pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie), les Comores, le Nigéria, La Turquie, le Sénégal et le Gabon.

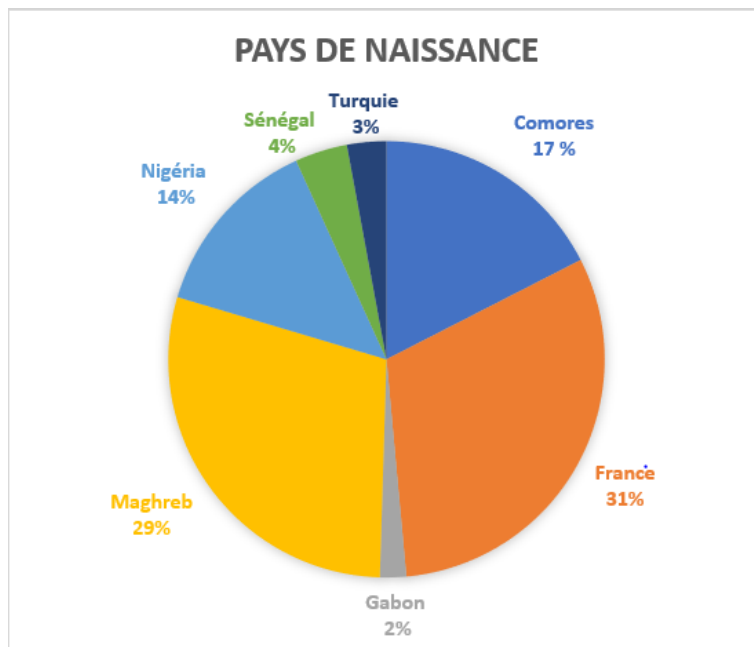


Figure 1 : Répartition des pays de naissance

On note également un taux important d'absence du père au cours des grossesses de ces patientes. En effet, ce taux s'élève à 33% (n=34).

D'autre part, le niveau d'instruction, réparti en 4 catégories (pas d'études, niveau brevet, niveau bac, études supérieures), des femmes enceintes interrogées est varié.

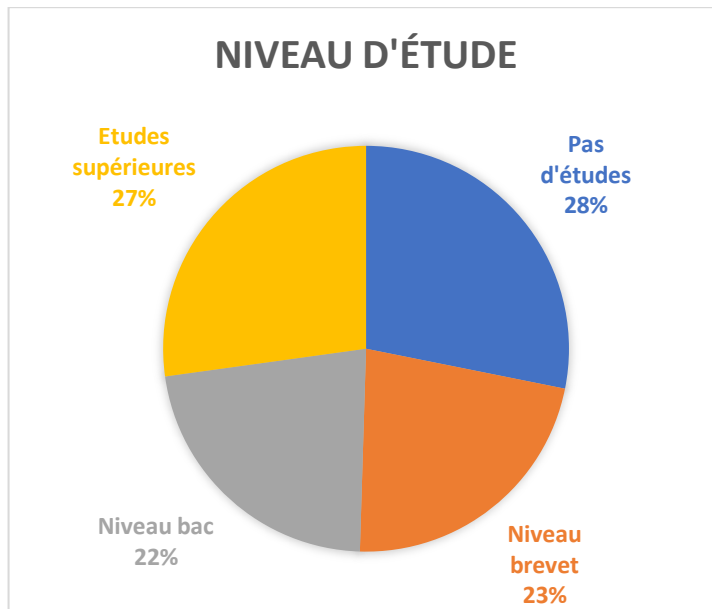


Figure 2 : Répartition du niveau d'étude

2- Description des évènements indésirables relevés

Parmi les 11 évènements indésirables notés dans la dernière question, trois d'entre eux n'ont pas été cités. Il s'agit de « l'attente sans connaître la date d'accouchement », de « l'hospitalisation » et de « la barrière de la langue ».

7 patientes ont répondu à la case « autre ». Les évènements indésirables qu'elles ont relevés, ne figurant pas dans la liste donnée, sont :

- La solitude, citée à deux reprises
- La peur de mourir
- La peur de l'échec de l'allaitement
- La peur de faire une fausse couche
- La difficulté de suivre le diabète gestationnel
- La sciatique

Ces évènements étant ponctuels, ne peuvent pas faire l'objet d'une analyse statistique. On considèrera simplement la catégorie « autre ».

Au total, 9 évènements indésirables dont la catégorie « autre » ont été étudiés.

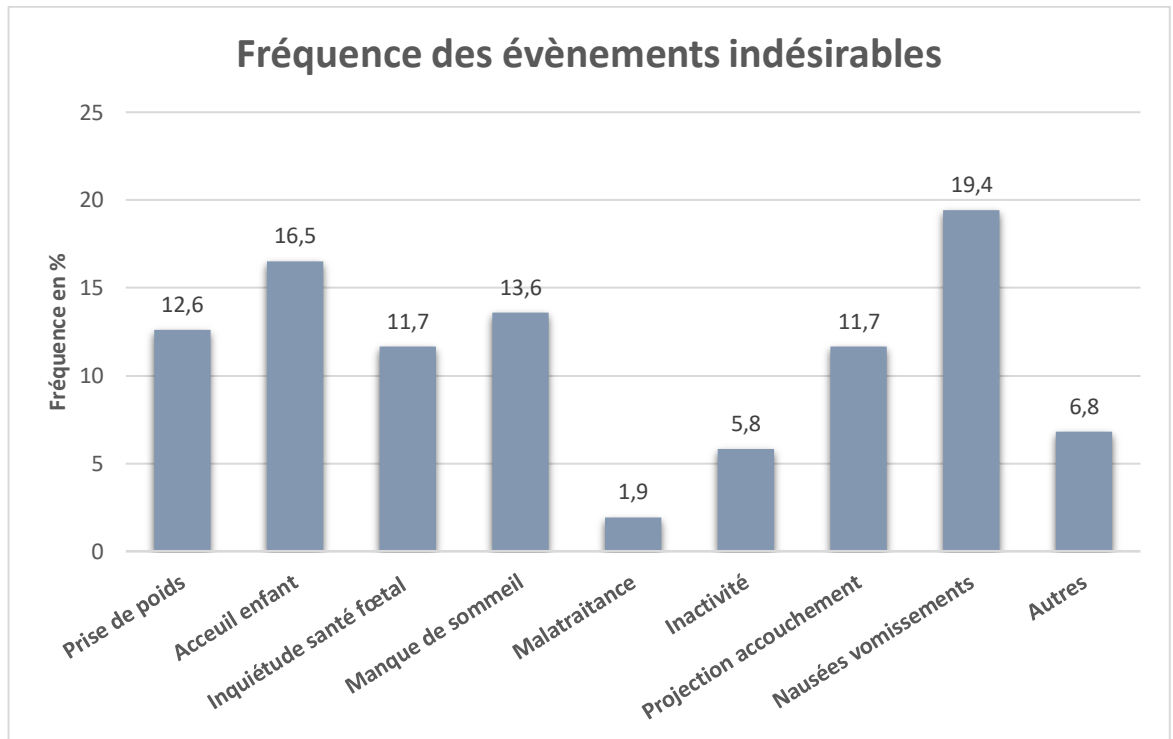


Figure 3 : Fréquence des évènements indésirables

On distingue une évolution des fréquences au cours de la grossesse :

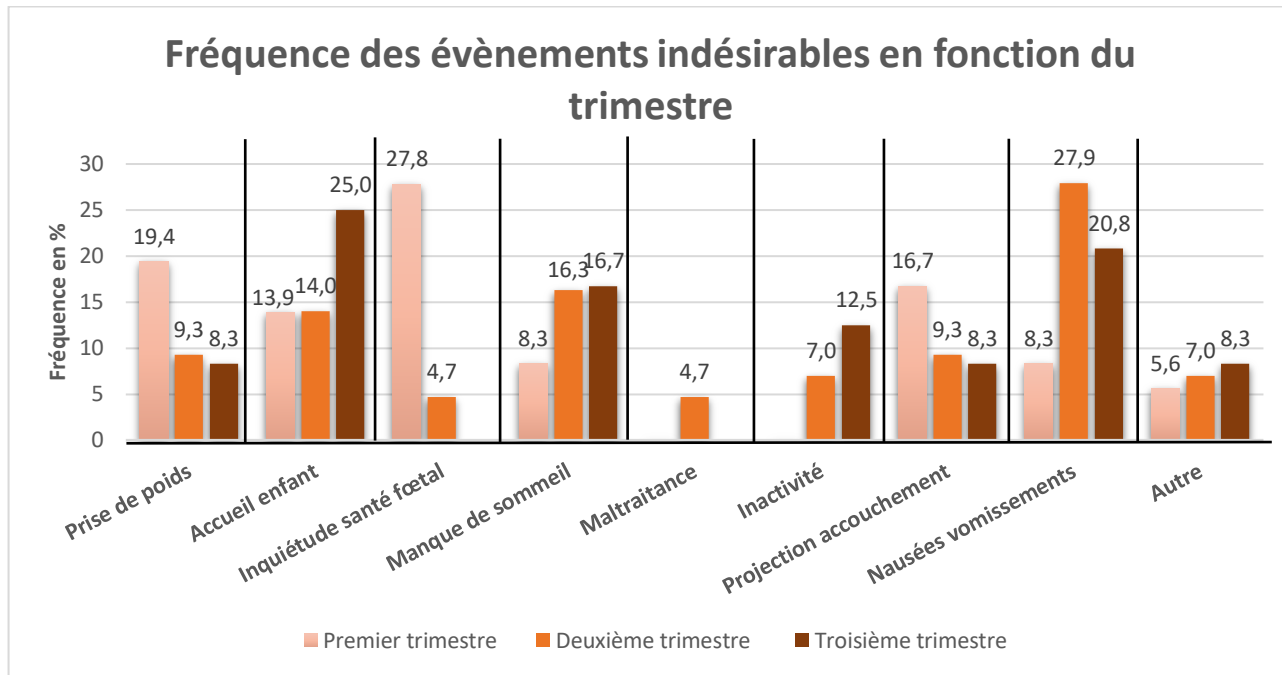


Figure 4 : Fréquence des évènements indésirables en fonction du trimestre

3 - Description des stratégies de coping mobilisées face aux évènements

Les graphiques réalisés ont pour axe des abscisses les six stratégies de coping et pour axe des ordonnées le score allant de 1 à 5 évalué par l'échelle PCSI de C.Razurel. C'est un score graduel :

- la valeur 1 correspondant au « jamais »,
- la valeur 2 au « rarement »,
- la valeur 3 au « parfois »,
- la valeur 4 au « souvent », et
- la valeur 5 au « toujours ».

Les 9 évènements indésirables ont été répartis sur trois graphiques distincts.

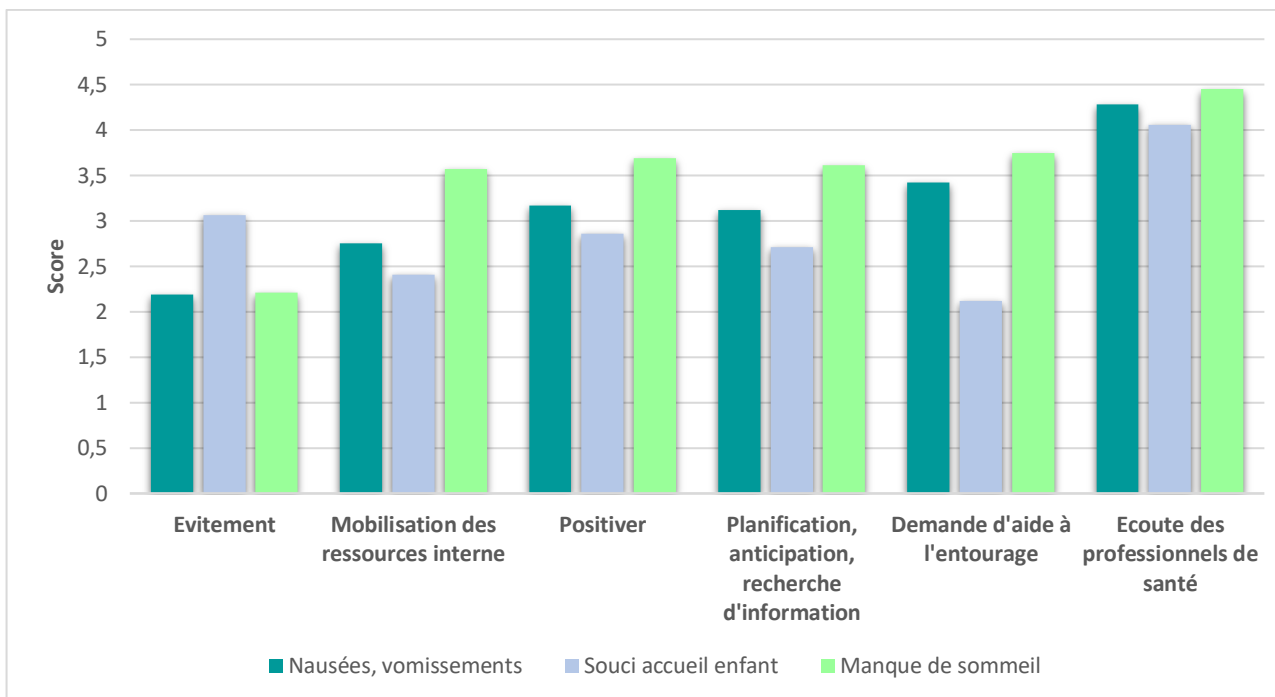


Figure 4 : Stratégies de coping employées pour les trois évènements indésirables les plus fréquents.

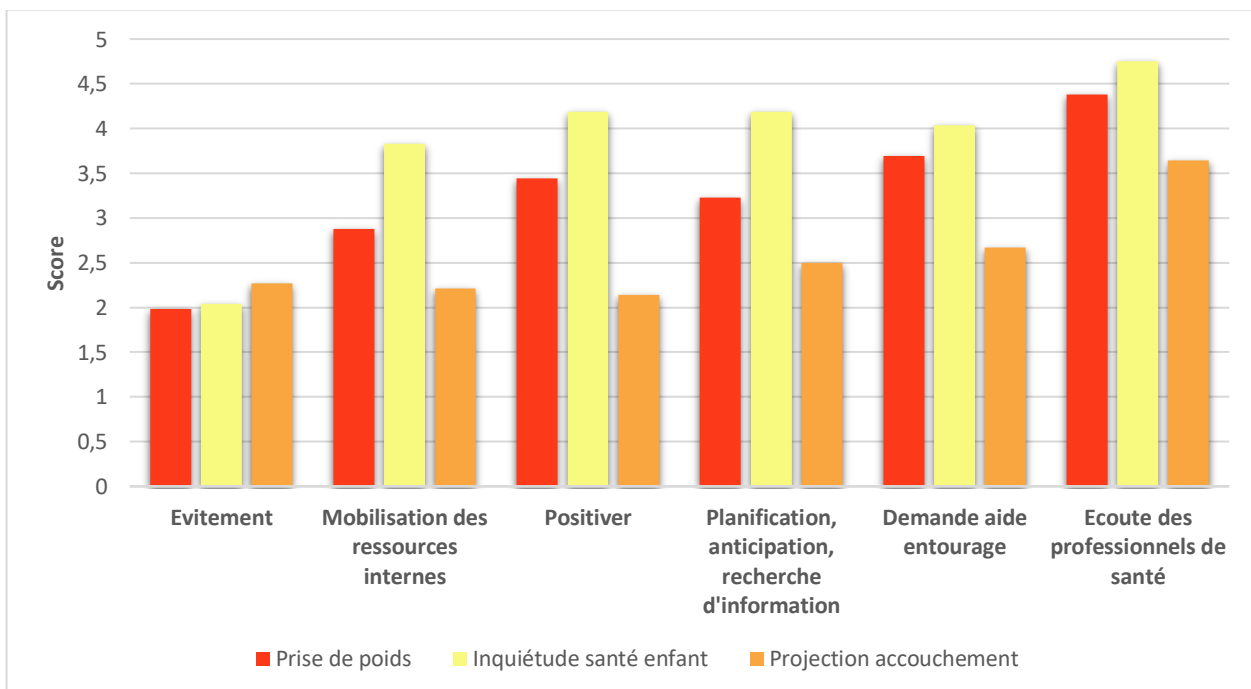


Figure 5 : Stratégies de coping employées pour les trois évènements indésirables de fréquence intermédiaire.

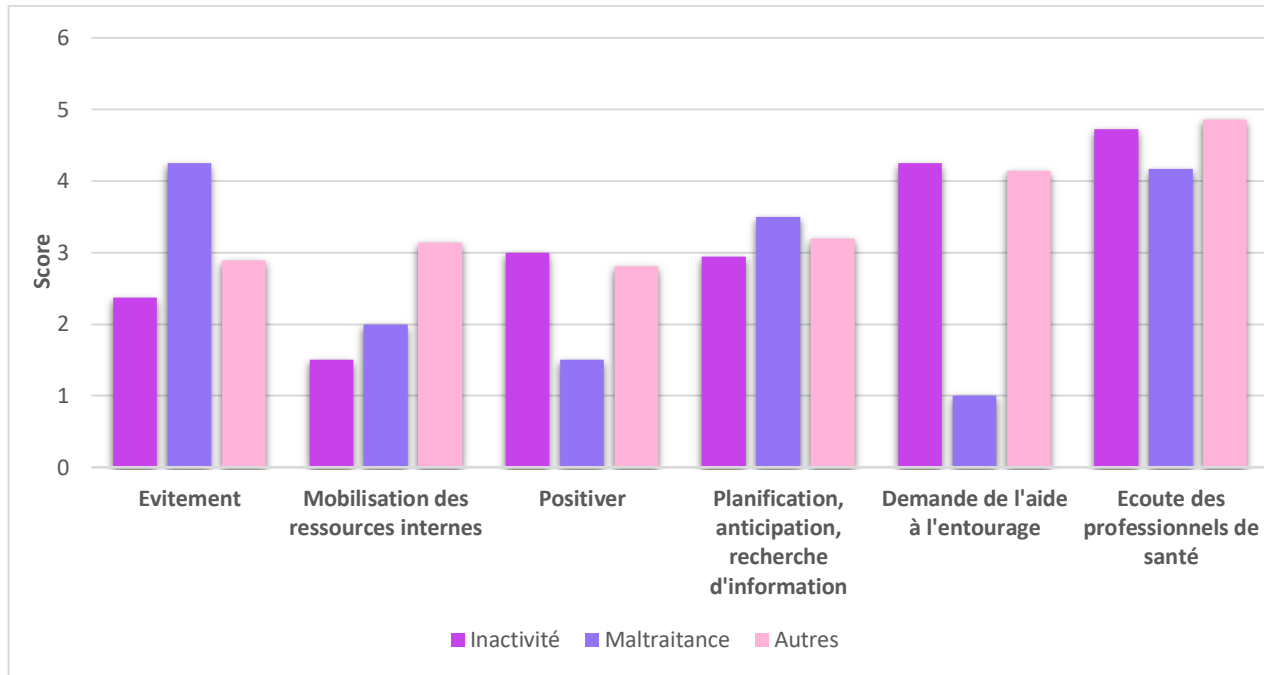


Figure 6 : Stratégies de coping employées pour les trois évènements indésirables les moins fréquents.

4 – Tests de comparaison réalisés sur les données de l'échelle

Les comparaisons effectuées sont les suivantes :

- comparaison des stratégies de coping mobilisées par les primipares avec celles mobilisées par les multipares,
- comparaison des stratégies de coping mobilisées par les patientes nées en France avec celles mobilisées par les patientes nées à l'étranger,
- comparaison des stratégies de coping employées par les patientes vivant à leur propre domicile avec celles employées par les patientes ne résidant pas chez elle.

Les différentes comparaisons des stratégies de coping ne tiennent ici pas compte de l'évènement indésirable mentionné.

Les comparaisons réalisées ont été effectuées grâce au test de Student. L'intervalle de confiance a été fixé à 95% ($\alpha = 0.05$).

Légende :

NS = différence non significative

p-value < 0.05 = différence significative

p-value < 0.001 = différence très significative

Tableau 1 : Comparaison entre les primipares et les multipares quel que soit l'évènement indésirable

Stratégie employée	Moyenne primipares (n=32)	Moyenne multipares (n=71)	p-value
Evitement	2.547	2.335	NS
Mobilisation des ressources internes	2.844	2.817	NS
Positiver	3.104	3.188	NS
Planification, anticipation, recherche d'information	3.313	3.131	NS
Demande d'aide à l'entourage	3.500	3.239	NS
Ecoute des professionnels de santé	4.250	4.371	NS

Tableau 2 : Comparaison entre les patientes nées en France et les patientes nées à l'étranger quel que soit l'évènement indésirable.

Stratégie employée	Moyenne nées en France (n=32)	Moyenne nées à l'étranger (n=71)	p-value	
Evitement	2,141	MAGHREB (n=30)	2.292	NS
		COMORES (n=18)	2.361	NS
		NIGERIA (n=14)	3.321	<0.001
		SENEGAL (n=4)	2.500	NS
		TURQUIE (n=3)	1.000	NS
		GABON (n=2)	4.000	<0.05
Mobilisation des ressources internes	2.906	MAGHREB (n=30)	2.800	NS
		COMORES (n=18)	2.972	NS
		NIGERIA (n=14)	2.571	NS
		SENEGAL (n=4)	3.125	NS
		TURQUIE (n=3)	1.000	<0.05
		GABON (n=2)	4.500	NS
Positiver	3.250	MAGHREB (n=30)	3.456	NS
		COMORES (n=18)	3.500	NS
		NIGERIA (n=14)	2.238	<0.001
		SENEGAL (n=4)	2.167	<0.05
		TURQUIE (n=3)	3.000	NS
		GABON (n=2)	3.000	NS
Planification, anticipation, recherche d'information	3.177	MAGHREB (n=30)	3.556	NS
		COMORES (n=18)	3.370	NS
		NIGERIA (n=14)	2.381	<0.05
		SENEGAL (n=4)	2.750	NS
		TURQUIE (n=3)	2.333	NS
		GABON (n=2)	4.000	NS
Demande d'aide à l'entourage	3.219	MAGHREB (n=30)	4.183	<0.05
		COMORES (n=18)	3.417	NS
		NIGERIA (n=14)	1.571	<0.001
		SENEGAL (n=4)	3.250	NS
		TURQUIE (n=3)	3.667	NS
		GABON (n=2)	3.000	NS
Ecoute des professionnels de santé	3.946	MAGHREB (n=30)	4.633	<0.001
		COMORES (n=18)	4.556	<0.05
		NIGERIA (n=14)	4.143	NS
		SENEGAL (n=4)	3.833	NS
		TURQUIE (n=3)	4.889	NS
		GABON (n=2)	5.000	NS

Tableau 3 : Comparaison entre les patientes ayant leur propre domicile et celles qui ne résident pas chez elle

Stratégie employée	Moyenne patientes vivant chez elle (n= 61)	Moyenne patientes ne vivant pas chez elle (n=42)	P-value	
Evitement	2.115	FAMILLE (n=28)	2.563	<0.05
		FOYER (n=8)	3.375	<0.001
		SDF (n=6)	3.250	<0.001
Mobilisation des ressources internes	3.049	FAMILLE (n=28)	2.464	<0.05
		FOYER (n=8)	2.625	NS
		SDF (n=6)	2.500	NS
Positiver	3.328	FAMILLE (n=28)	3.262	NS
		FOYER (n=8)	1.917	<0.001
		SDF (n=6)	2.667	NS
Planification, anticipation, recherche d'information	3.306	FAMILLE (n=28)	3.333	NS
		FOYER (n=8)	2.417	<0.05
		SDF (n=6)	2.333	<0.05
Demande d'aide à l'entourage	3.500	FAMILLE (n=28)	3.804	NS
		FOYER (n=8)	2.000	<0.001
		SDF (n=6)	1.000	<0.001
Ecoute des professionnels de santé	4.240	FAMILLE (n=28)	4.631	<0.05
		FOYER (n=8)	4.250	NS
		SDF (n=6)	4.000	NS

ANALYSE ET DISCUSSION

1- Biais de l'étude

Préalablement à toute analyse, il faut considérer les biais de l'étude.

Tout d'abord, les réponses au questionnaire préambule ont pu être biaisées par différents facteurs.

D'une part, la dernière question du questionnaire préambule, portant sur « l'évènement le plus indésirable », étant semi-ouverte, ne laisse pas de liberté totale de réponse. Ainsi, la réponse donnée a pu être influencée par les propositions apportées. Ces dernières ont pu alors occulter un évènement indésirable rencontré par la femme enceinte mais non cité.

D'autre part, la présence éventuelle du conjoint lors du remplissage a peut-être entraîné une sous-estimation de l'évènement indésirable « maltraitance ». En effet, il est difficile pour une femme victime de maltraitance de dénoncer ceci lors du remplissage du questionnaire, sous les yeux du maltraitant.

De même, les réponses à l'échelle PCSI ont, elles aussi pu comporter un biais.

En effet, le fait que les patientes remplissent leur questionnaire dans une structure médicale, généralement juste avant de rencontrer le praticien, peut surestimer les réponses aux items concernant la stratégie de coping « l'écoute des professionnels de santé ».

Aussi, la présence du partenaire a pu surévaluer la stratégie « demande d'aide à l'entourage », les femmes interrogées étant soucieuses de ne pas contrarier ce dernier.

Enfin, l'échelle PCSI comportant 5 niveaux d'évaluation, peut permettre aux patientes ne faisant pas d'effort de positionnement d'opter pour le niveau neutre correspondant au « parfois ». Ceci a certainement pu biaiser les résultats de l'échelle.

2- Généralisation de l'étude

L'étude menée a ciblé une population en situation de précarité. De ce fait, les résultats tirés de cette étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble des femmes enceintes.

D'une part, d'après l'INSEE, le taux de chômage des femmes s'élevait à 9,1% en 2018. Or, dans la population étudiée, le taux de femmes n'ayant pas d'emploi atteint 68,9%.

On note, par ailleurs, que la population d'étude compte 28,2% de femmes n'ayant pas étudié (ou niveau inférieur au brevet).

D'autre part, 22,3% des femmes enceintes incluses dans l'étude, attestent n'avoir aucune couverture médicale. Pourtant, en France, il existe un système de « protection universelle maladie » qui prévoit que toutes les personnes majeures avec ou sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leur frais de santé, à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière. (19)

S'ajoute à ceci l'aide médicale d'état (AME). Celle-ci est octroyée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière en France, sous condition de résidence stable en France depuis plus de trois mois et les ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond. Elle ouvre droit à la prise en charge des soins à 100%. (20)

Enfin, la prise en charge des soins urgents est destinée aux étrangers en situation irrégulière, n'ayant pas droit à l'AME. Ainsi, elle concerne les étrangers résidants depuis moins de trois mois en France, ceux qui ont dépassé le délai de trois mois mais dont la résidence n'est pas stable, et ceux dont la demande d'AME est en cours d'instruction. Elle assure la prise en charge des soins liés aux pathologies mettant en jeu le pronostic vital de la personne ou de l'enfant à naître ; des soins destinés à éviter la propagation des maladies à l'entourage ou la collectivité ; des soins dispensés aux mineurs et, des soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né. (21)

Par ces différents moyens, la France ne devrait pas compter de personne sans couverture sociale (hormis, ceux qui dépendent de protection sociale étrangère).

Pourtant, dans notre population d'étude le taux de personnes sans couverture sociale n'est pas négligeable.

Un dernier élément s'ajoute à ces indices de précarité : la part de femmes ne vivant pas dans un logement qui leur est propre. En effet, 40,8% des femmes interrogées ne sont pas logées dans leur domicile. Par conséquent, plus du tiers de ces femmes sont domiciliées chez leur famille, hébergées dans des structures d'accueil tels que des foyers ou sans domicile fixe.

Outre la précarité présente au sein de la population étudiée, cette population se différencie de la population générale par la part de femmes ayant migré en France. En effet, on dénombre seulement près de 3 femmes sur 10 nées en France dans la population d'étude.

Pour finir, comme énoncé dans l'introduction, les secteurs étudiés se distinguent du reste de la ville par la pauvreté des populations qui y vivent.

Par l'ensemble de ces éléments, cette étude n'est manifestement pas généralisable à la population générale des femmes enceintes en France.

3- Etude des évènements indésirables

Par ordre décroissant de fréquence, les évènements indésirables rencontrés par les femmes enceintes ayant répondu à l'étude, sont les suivants :

- nausées vomissements (19,4%)
- souci de l'accueil de l'enfant (16,5%)
- manque de sommeil (13,6%)
- prise de poids (12,6%)
- projection de l'accouchement et inquiétude sur la santé fœtale (11,7%)
- autres (6,8%)

- inactivité (5,8%)
- maltraitance (1,9%)

En fonction du trimestre, l'évènement indésirable le plus fréquent n'est pas le même.

En effet, au premier trimestre, il s'agit de « l'inquiétude sur la santé fœtale » (27,8%). Ceci peut être expliqué par le fait qu'au cours de ce trimestre, avant leur première échographie, les femmes sont sans moyen de savoir si l'embryon qu'elles portent se développe correctement. Certaines perdent du poids au cours de cette période, entre autres celles qui souffrent de nausées et/ou de vomissements, ou celles qui ont des pertes d'appétit, ce qui les questionne sur le bon développement de leur futur nourrisson. Ces résultats concordent avec un mémoire portant sur l'«évaluation de la perception des facteurs de stress prénatal chez les femmes enceintes » (2). En effet, dans cette étude, on retrouve que « la santé du fœtus » est un facteur de stress plus important au premier trimestre quel que soit la parité.

Au deuxième trimestre, c'est plutôt les « nausées vomissements » qui ne sont pas supportés par les femmes enceintes (27,9%). Ce résultat est assez étonnant car la plupart du temps, les nausées régressent au cours du deuxième trimestre (18). Pourtant dans la population étudiée, les nausées vomissements sont une préoccupation réelle tout au long de la grossesse, avec un pic au deuxième trimestre. Ce résultat est à prendre en considération. Il faudrait se questionner sur la prise en charge des nausées, vomissements et sur l'efficacité des solutions proposées par les praticiens.

Enfin, au dernier trimestre, c'est le « souci de l'accueil de l'enfant » qui préoccupe les futurs mères (25,0%). Ces dernières approchent de la fin de la grossesse, et se projettent naturellement vers la naissance et s'interrogent donc sur la façon dont elles vont accueillir cet enfant. D'autant plus que les femmes interrogées vivent pour la plupart dans des conditions précaires. Elles peinent à s'en sortir seule, il est tout à fait censé que l'arrivée du nourrisson dans ces conditions suscite chez ces femmes une grande inquiétude.

Par ailleurs plusieurs évènements indésirables ont une fréquence qui évoluent au cours de la grossesse.

Certains connaissent une fréquence décroissante avec l'avancée de la grossesse. C'est le cas pour la prise de poids, l'inquiétude sur la santé fœtale, la projection de l'accouchement. Cette fréquence décroissante peut être le signe d'une bonne prise en charge par les professionnels encadrant la grossesse, apportant une réponse appropriée à ces évènements. En effet, la projection de l'accouchement qui inquiète moins les mères en fin de grossesse, est certainement le signe d'une PNP bien menée. La PNP apporte des informations essentielles autour de l'accouchement, ce qui rassure souvent les mamans qui se sentent plus en confiance. (22)

Parallèlement, d'autres évènements indésirables évoluent de façon croissante au cours de la grossesse, comme le souci de l'accueil de l'enfant, le manque de sommeil et l'inactivité.

La fréquence croissante du « souci de l'accueil de l'enfant » est certainement due au fait que ce souci est lié à la naissance. Par conséquent, plus on approche de la fin de la grossesse, plus ce souci s'impose à la conscience de la future mère.

Le manque de sommeil connaît également une croissance au cours de la grossesse. Ce résultat concorde avec la littérature, dans laquelle on retrouve une étude longitudinale du sommeil de femmes au cours de la grossesse basée sur de la polysomnographie. Ceci a permis de prouver que la femme enceinte perd, au fil de la grossesse le sommeil profond réparateur au profit du sommeil léger, peu réparateur. Puis, avec les modifications physiques notamment l'augmentation du volume et du poids de l'utérus, les positions de sommeil sont plus restreintes, la respiration est souvent gênée, par conséquent, le sommeil est moins confortable. De même, la perception des mouvements actifs du fœtus ainsi que la pollakiurie, l'asthénie, le manque d'activité, gênent au sommeil de ces femmes en fin de grossesse. De plus, des facteurs psychiques interviennent également dans la perturbation du sommeil, tels que l'anxiété et la présence de cauchemars (14). Tout ceci explique que cet évènement soit de fréquence croissante au cours de la grossesse.

Quant à l'inactivité, le congé maternité survient au cours du troisième trimestre pour les grossesses simples et gémellaires. Pour les grossesses triples, il commence au cours du deuxième trimestre (23). Il est donc évident que l'inactivité augmente au cours de la grossesse, d'où l'évolution croissante de cet évènement indésirable.

4- Stratégies de coping mises en place

Dans un premier temps, pour chaque évènement indésirable, nous allons évoquer les trois principales stratégies de coping par ordre d'importance :

- Concernant, les nausées vomissements, le manque de sommeil, la prise de poids et l'inactivité les mêmes stratégies sont retrouvées : l'écoute des professionnels de santé, la demande d'aide à l'entourage et positiver
- En ce qui concerne le souci de l'accueil de l'enfant, les stratégies mises en places sont : l'écoute des professionnels de santé, l'évitement et positiver
- Pour l'inquiétude sur la santé fœtale, les femmes se tournent principalement vers : l'écoute des professionnels de santé, positiver et la planification, l'anticipation, la recherche d'information
- Pour la projection de l'accouchement, les femmes ont recours à l'écoute des professionnels de santé, la demande d'aide à l'entourage et la planification, l'anticipation, la recherche d'information
- Quant à la maltraitance, c'est plutôt l'écoute des professionnels de santé, l'évitement et la planification, l'anticipation, la recherche d'information qui sont mobilisés.

En première position, quel que soit l'évènement indésirable, on retrouve l'écoute des professionnels de santé. Les patientes se reposent beaucoup sur les professionnels dans l'espoir de trouver solution aux problèmes rencontrés au cours de leur grossesse. Il est donc important de rester attentif aux différents évènements que peuvent traverser ces femmes, de proposer des solutions dans la mesure du possible, et de s'assurer du bon fonctionnement ou pas de la solution proposée.

D'autant plus que pour une partie de ces femmes, la grossesse est le seul moment de leur vie où elles vont être amenées à côtoyer des professionnels de santé. C'est le moment opportun pour leur démontrer l'utilité et l'importance du suivi médical. Si les professionnels de santé ne tentent pas d'apporter de réponse aux différentes difficultés rencontrées par ces femmes, si elles ne se sentent pas écoutées, il sera certainement difficile pour elles d'entreprendre un suivi régulier avec d'autres professionnels médicaux après la grossesse.

Ensuite, positiver revient sur tous les évènements indésirables étudiés sauf pour la maltraitance. Ceci démontre une attitude globalement optimiste face aux évènements rencontrés. Par opposition, les femmes maltraitées, n'ont pas recours à cette stratégie. Le score obtenu pour la maltraitance est situé entre 1 et 2, soit entre « jamais » et « rarement ». Ce résultat illustre l'impact néfaste de la maltraitance sur ces femmes. Ces dernières développent des troubles psychiques tels que de l'anxiété intense, dévalorisation personnelle, sentiment d'humiliation et de culpabilité. Cette souffrance entraîne parfois des troubles du sommeil, de l'appétit, de cognition pouvant amener à de sévères dépressions conduisant à des tentatives de suicide ou directement au suicide (24). Cet état psychique complexe justifie le score peu élevé à cette stratégie positive.

Puis, vient la demande d'aide à l'entourage qui revient principalement sur quatre évènements indésirables : nausées vomissements, manque de sommeil, prise de poids, l'inactivité et la projection de l'accouchement. L'entourage, en effet, a un rôle de soutien au cours de la grossesse notamment, le conjoint, la mère et les amis (4). Souvent présent dans le quotidien de ces femmes, elles le sollicitent afin de trouver des solutions aux problèmes rencontrés.

En quatrième position, il y a la planification, l'anticipation et la recherche d'information qui intervient principalement dans la projection de l'accouchement, l'inquiétude sur la santé fœtale et la maltraitance. Dans tous ces cas de figure, ces femmes sont actives dans la résolution de leur problème car elles en ont conscience. On peut supposer qu'elles sont dans la recherche d'informations complémentaires pour mieux appréhender le problème auquel elles doivent faire face.

Enfin, l'évitement n'est retrouvé que dans deux évènements indésirables qui sont le souci de l'accueil de l'enfant et la maltraitance. C'est une stratégie de coping qui est plutôt pessimiste. En effet, l'évitement intervient quand les solutions au problème rencontré sont moindres, par conséquent, ces femmes qui ne supportent plus d'être confrontées aux situations qui leur pose souci, n'ont d'autre alternative que d'avoir recours à l'évitement.

Dans un second temps, nous avons étudié les stratégies de coping indépendamment de leur évènement indésirable afin de savoir si la parité, le pays de naissance ou le lieu d'hébergement influencent les stratégies mises en place.

Un test de Student a été réalisé pour comparer les différentes populations.

Tout d'abord, le tableau 1 a présenté la comparaison des 6 stratégies de coping de l'échelle entre les primipares et les multipares.

Toutes les « p-value » ont une valeur supérieure à 0,05. En d'autres termes, cela signifie qu'aucune différence retrouvée n'est significative. Au vu de ces résultats, la parité n'est donc pas un facteur qui influence les stratégies de coping.

Ensuite, le tableau 2 a présenté la comparaison des stratégies employées entre les patientes nées France et celles qui sont nées à l'étranger. Les pays étrangers étudiés sont ceux qui ont été présents dans l'étude, soit les pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie), les Comores, le Nigéria, La Turquie, le Sénégal et le Gabon. Ainsi, quand on cite les pays étrangers, cela concerne seulement ceux cités dans l'étude.

Pour l'évitement, d'après les tests de Student effectués, nous pouvons dire que les patientes nées au Gabon évitent plus que les patientes nées en France ($p < 0,05$). Quant à celles qui sont nées au Nigéria, elles évitent encore plus ($p < 0,001$).

Ensuite, la mobilisation des ressources internes est une stratégie que l'on retrouve plus chez les françaises de naissance que chez les turques ($p < 0,05$).

Concernant positiver, d'après les résultats retrouvés, on peut affirmer que les patientes nées en France, au cours de leur grossesse, positivent plus que celles qui sont nées au Sénégal ($p < 0,05$), et nettement plus que les patientes nées au Niger ($p < 0,001$).

Toujours d'après les résultats obtenus, la planification, l'anticipation, la recherche d'information est une stratégie à laquelle les patientes nées en France ont davantage recours que les patientes nigérianes ($p < 0,05$).

Puis, on note que la demande d'aide à l'entourage est beaucoup moins importante chez les patientes nées au Nigéria que chez celles qui sont nées en France ($p < 0,001$). Et, ces dernières emploient moins cette stratégie que les patientes qui sont nées dans les pays du Maghreb ($p < 0,05$).

Quant à l'écoute des professionnels de santé est plus importante chez les patientes nées aux Comores ($p < 0.05$) et encore plus chez celles qui sont nées au Maghreb ($p < 0.001$) par rapport à celles qui sont nées en France.

En somme, les résultats signifient que lorsqu'une différence existe entre les femmes enceintes nées en France et celles nées à l'étranger, cette différence est en défaveur du bien-être des nées à l'étranger et donc immigrées. Toutefois, la population d'immigrées étudiée est très variée. Certaines sont arrivées en France depuis quelques années voire dizaines d'années et sont en situation régulière sur le territoire (une partie des maghrébines, des comoriennes), tandis que d'autres sont d'arrivée récente sur le territoire et sont encore en phase d'intégration (principalement les nigérianes). Les ressources auxquelles elles ont accès sont différentes. C'est d'ailleurs certainement la raison pour laquelle nous avons constaté que les nigérianes sollicitent moins leur entourage que les française mais, que les maghrébines le sollicite plus que les françaises. La population maghrébine ayant migré vers la France plus anciennement, l'entourage est plus important, par opposition aux nigérianes. C'est pourquoi l'attention des professionnels de santé est davantage sollicitée dans les situations où les femmes immigrées sont fragilisées par les conditions de vie auxquelles elles sont confrontées. Lorsqu'elles sont logées dans des habitations précaires, qu'elles sont socialement isolées, qu'elles n'ont aucun moyen de ressources car contraintes à une « non-existence » légale, elles sont plus à risques de complications médicales et psychologiques. (1)

C'est pourquoi, une prise en charge globale est primordiale, d'autant plus qu'elles se reposent beaucoup sur l'avis des professionnels.

Le dernier tableau, le tableau 3, a comparé les stratégies de coping chez les patientes domiciliées dans un domicile qui leur est propre avec celles qui sont hébergées ou sans domicile fixe (SDF).

A propos de l'évitement, les résultats nous permettent de dire que par rapport aux femmes ayant leur propre logement, les femmes vivant chez leur famille ($p < 0,05$), les femmes hébergées en foyer et celles SDF ont beaucoup plus recours ($p < 0,001$).

Également, la planification, l'anticipation, la recherche d'information est une stratégie plus mobilisée par les femmes vivant chez elle par comparaison avec celles qui vivent dans un foyer et celles qui sont SDF ($p < 0,05$).

Parallèlement, la mobilisation des ressources internes est moins importante chez les patientes vivant chez leur famille que chez les patientes vivant dans leur domicile ($p < 0,05$).

Puis, concernant la stratégie écoute des professionnels de santé, une différence significative a été relevée. En effet, les résultats ainsi obtenus nous permettent d'affirmer que les patientes hébergées chez de la famille reposent plus sur l'écoute des professionnels que celles qui sont domiciliées chez elle ($p < 0,05$).

De plus, positiver est une stratégie davantage retrouvée chez les patientes ayant leur domicile par comparaison avec celles qui vivent en foyer ($p < 0,001$).

Aussi, la demande d'aide à l'entourage est une stratégie que les femmes qui résident chez elles, emploient beaucoup plus par rapport à celles qui vivent en foyer et celles qui sont SDF ($p < 0,001$). Cela peut s'expliquer par l'isolement social auquel elles sont souvent confrontées.

Globalement, le bien être des femmes ayant leur propre domicile est bien plus élevé que celui des femmes qui n'ont pas de domicile personnel. En effet, l'absence de domicile constitue non seulement une perte de repère, de cadre protecteur mais également une perte d'intimité. Se retrouver dans de telles situations, favorise les ruptures à la fois relationnelles (moins de sollicitation de l'entourage) mais aussi sociales. Les démarches administratives sont beaucoup plus complexe lorsqu'une adresse fixe n'est pas connue (25). Les femmes portant leur futur enfant, sont ainsi dépourvues d'un droit fondamental qui est le droit au logement, comme cité dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. (26)

Tout ceci témoigne d'une certaine précarité présente en PMI fragilisant le bien-être des patientes. Cette précarité ne cesse d'augmenter ces dernières années et, paradoxalement, l'offre de soins reste la même. On constate alors, une diminution de la qualité des services proposés à cause de l'adaptation des équipes face à cette demande croissante. Entre autres

les délais de rendez-vous s'allongent, les visites à domiciles se raréfient, la sollicitation des PMI par l'aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre des informations préoccupantes augmente au dépourvu des missions de prévention, le personnel soignant se fait rare et une majorité d'entre eux (65% des médecins, 68% des sages-femmes) atteindront l'âge de la retraite en 2020. De plus, le financement des PMI se fait de plus en plus difficile, car l'Etat et l'Assurance Maladie n'apporte pas de contribution suffisante. En réaction, le gouvernement a mis en place le « plan national PMI 2019-2022 » ayant parmi ses objectifs de solutionner les problématiques précédemment citées avec, une co-gouvernance des PMI par le département et l'Etat (Assurance Maladie, ARS), une promotion de l'exercice en PMI dans la formation initiale mais aussi par des offres d'emploi attrayantes... dans le but de pérenniser la PMI, qui de nos jours, se veut indispensable. (27,35)

5- Solutions proposées

Après s'être intéressé aux différents événements indésirables rencontrés par les femmes, aux stratégies qu'elles mettent en place pour tolérer ces situations, ainsi qu'aux facteurs influençant ces stratégies, il est primordial de se questionner sur les solutions que l'on peut proposer afin d'améliorer le bien-être de ces femmes.

Pour pallier aux événements indésirables rencontrés, il faut d'abord y être attentif au cours des consultations de suivi de grossesse.

L'entretien prénatal précoce (EPP) est un entretien individuel avec les femmes enceintes, de préférence au premier trimestre de la grossesse, dans lequel la personne qui suit la grossesse de cette femme peut l'interroger notamment sur les difficultés et besoin rencontrés. (28)

Il est donc important de proposer cet entretien à toutes les patientes. Ce moment permet d'ouvrir la parole, de discuter sur les divers problèmes autour de la grossesse, au cours d'une consultation spécifique. Ainsi l'identification des désagréments permet d'axer le suivi de la grossesse et de le personnaliser sans toutefois négliger le fait que d'autres

problèmes peuvent survenir en cours de grossesse et qu'il va devoir aussi les traiter dans l'intérêt de la patiente.

Parfois, les conseils hygiéno-diététiques et les prises en charge thérapeutiques ne suffisent pas à remédier aux problèmes tels que le manque de sommeil et les nausées vomissements. Dans ce cas, il est convenable d'orienter vers d'autres types de prises en charge selon les préférences de la patiente telles que la phytothérapie, le yoga, l'hypnose, la sophrologie, l'acupuncture...

Ensuite, concernant le souci de l'accueil de l'enfant, ne pas hésiter à informer les patientes pouvant prétendre aux aides proposées par la caisse d'allocations familiales (CAF) des réunions d'information qui sont organisées par la CPAM, la CAF et la PMI. Au cours de ces réunions, interviennent sages-femmes, puéricultrices, assistants sociale et conseillers assurance maladie. Ils informent les patientes sur le suivi de grossesse, les démarches administratives (différentes allocations, prestations auxquelles elles peuvent prétendre) et donnent des conseils de prévention dans l'intérêt de la santé de la mère et de l'enfant (29). De plus, on peut proposer aux femmes qui en éprouvent le besoin une TISF, qui pourrait les soutenir, les accompagner dans l'accueil de leur enfant. (30)

Par rapport à la prise de poids, qui est plutôt un souci pour les patientes en début de grossesse, bien les informer sur les types de repas qu'elles doivent prendre. Eventuellement, leur fournir une fiche explicative avec les aliments qu'elles peuvent manger sans modération, et ceux qui doivent être plutôt occasionnels et ceux qui sont à éviter, en prenant en compte leurs ressources et leurs habitudes culturelles. Essayer, tant que possible de faire cette fiche en différentes langues ou bien avec des images afin qu'elle soit correctement comprise par toutes. Puis en fonction de la prise de poids, en rediscuter avec elle. Si le souci persiste, ne pas hésiter à proposer une consultation avec une diététicienne, et la sensibiliser sur le risque que comporte une prise de poids excessive.

Vis-à-vis de la projection de l'accouchement, il faut continuer à bien mettre en place les cours de PNP mais une amélioration demeure possible. En effet, rappelons que seulement 16,7%, soit une femme sur 6 en a reçu au troisième trimestre. Ces chiffres confirment ce que P.Sauvegrain a démontré dans son étude : la PNP est moins accessible pour les femmes migrantes. Les praticiens se dispensent parfois de leur proposer, pensant que cela

ne les intéressera pas. De même, la barrière de la langue constitue un frein à la présentation de la PNP mais aussi à l'acceptation par les patientes lorsqu'elle est proposée (31). Pour celles qui ont des soucis de compréhension et/ou d'expression en langue française, plusieurs solutions sont possibles. Premièrement, on peut créer des vidéos traduites en plusieurs langues par des traducteurs-interprètes et, les partager entre tous les professionnels de santé à l'échelle nationale. Ainsi, elles seraient une base de communication pour que cette précieuse information ne soit pas source de discrimination. Deuxièmement, on peut recourir aux services des associations d'interprètes. A Marseille, il existe une association ISMM qui met à disposition des interprètes pour venir en aide aux populations migrantes lors de consultations médicales entre autres (32). Troisièmement, la création de groupes de PNP avec des femmes ayant le même pays de naissance, ou se trouvant dans une situation d'hébergement similaire, participe à une cohésion du groupe. Cela peut ouvrir la discussion, leur permettre de créer du lien avec des femmes dont elles se sentent plus proches, d'échanger sur des problématiques communes et ainsi leur permettre de relativiser certaines situations afin d'améliorer leur bien-être.

Quant à l'inquiétude sur la santé fœtale, les mamans sont rassurées en cours de grossesse, il faut donc continuer à les informer, les rassurer, les écouter et répondre à leur interrogations, sans pour autant minimiser une situation à risque.

Puis, concernant l'inactivité qui pose problèmes aux femmes initialement actives, le regroupement de ces femmes, présentant ce problème, dans des groupes de PNP communs, peut favoriser la création de liens entre elles. Ainsi, on pourrait proposer aux volontaires de s'échanger leurs contacts afin qu'elles puissent se rejoindre à l'extérieur et peut-être s'organiser des sorties ou des activités ensemble.

Enfin, pour la maltraitance, continuer d'accompagner ces femmes, de les informer des possibilités, de laisser la parole ouverte et de leur rappeler qu'elles ne sont pas seules, et qu'elles peuvent compter sur le soutien des professionnels qu'elles rencontrent. Ces femmes ont besoin de soutien, quels que soit leurs choix.

Les solutions proposées peuvent être mises en place en PMI. Cependant il demeure important, pour les professionnels en charge du suivi de grossesse (sages-

femmes, gynécologues, médecins généralistes) d'être informés des différents aspects de la prise en charge de patiente en situation précaire. Même si l'étude menée n'est pas généralisable à l'ensemble de la population, certaines problématiques peuvent être rencontrées en dehors des PMI, et, en tant que professionnel de santé de première ligne, les réponses apportées doivent être complètes et unanimes. Le manque d'information ne devrait pas nuire à la prise en charge des patientes.

CONCLUSION

L'étude menée sur les PMI du centre et des quartiers nord de Marseille a ciblé une population de femmes se trouvant majoritairement en situation précaire. Ses résultats ont permis d'en apprendre davantage sur les événements indésirables rencontrés par cette population. Certains sont plus fréquents que d'autres, il y en a qui s'atténuent au cours de la grossesse, tandis que d'autres sont de plus en plus courant avec l'avancée de la grossesse.

En réaction à ces événements indésirables, les futures mères mobilisent des stratégies de coping leur permettant de maîtriser, réduire ou tolérer les différentes situations.

L'évitement, la mobilisation des ressources internes, positiver, la planification l'anticipation la recherche d'information, l'aide de l'entourage et enfin l'écoute des professionnels de santé constituent les 6 stratégies de coping évaluées grâce à l'échelle PCSI. Parmi elles, la stratégie la plus employée est l'écoute des professionnels de santé.

Ceci met en évidence l'importance de la place des professionnels de santé au cours de la grossesse. Le suivi mené doit être adapté aux spécificités que chacune d'entre elles rencontrent. En effet, en fonction de leur lieu d'habitation et de leur pays de naissance, les stratégies de coping employées vont varier, en défaveur du bien-être de celles qui sont dites précaires. Ces dernières comptent énormément sur le médecin ou la sage-femme, sur leur écoute, leur attention et leur soutien afin de faire face aux multiples difficultés.

La PMI est un lieu où l'accompagnement de ces femmes s'inscrit dans la durée. En effet, le suivi peut commencer par la grossesse puis continuer après l'accouchement par les consultations post-natales et le suivi gynécologique. En parallèle, l'enfant peut y être pris en charge par l'équipe pédiatrique jusqu'à ses 6 ans, avec entre autres, les consultations pédiatriques, les pesées mensuelles et les différentes vaccinations. C'est donc une opportunité pour créer un lien durable, être un soutien notamment pour les mamans dont les préoccupations sont multiples et complexes. Par ailleurs, la relation privilégiée de la PMI avec les travailleurs sociaux, améliore le suivi de ces femmes. C'est

toute la richesse de ce lieu que de proposer aux femmes un suivi médico-psycho-social sur un seul et même endroit. Les équipes communiquent entre elles dans l'intérêt des patientes et leur accompagnement est encore plus spécifique.

La pauvreté et donc la précarité ne cesse d'augmenter, la demande en PMI explose pour autant, les moyens financiers et humains ne se sont pas adaptés. La PMI est aujourd'hui menacée. Les solutions qui sont actuellement mises en place devraient améliorer la situation sur les prochaines années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Davoudian C. « Accoucher en terre étrangère ». À propos d'un groupe de parole en pmi de femmes migrantes en grande précarité [Internet]. ERES; 2007. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-ecueils-de-la-relation-precoce-mere-bebe--9782749207919-page-153.htm>
2. Coste C. Évaluation de la perception des facteurs de stress prénatal chez les femmes enceintes consultant au Gynépôle de Marseille Comparaison entre primipares et multipares. :67.
3. Lorenzino L, Mikolajczak M. Chapitre 2. Maman stressée, grossesse perturbée ? Influences du stress prénatal sur la grossesse et l'enfant [Internet]. De Boeck Supérieur; 2015. Disponible sur: <https://www.cairn.info/stress-et-defis-de-la-parentalite--9782807300149-page-41.htm>
4. Brochier P. Le soutien social ressenti par les femmes durant la grossesse. :48.
5. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. 2000;30.
6. Code de la santé publique - Article L2111-1. Code de la santé publique.
7. Bruchon-Schweitzer M. LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS. 2001;16.
8. Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2006-1-page-1.htm>
9. Razurel C, Desmet H, Sellenet C. Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? Rech Soins Infirm. 2011;N° 106(3):47-58.
10. Noose L de. Dépression prénatale et stratégies de « coping ». Devenir. 10 oct 2012;Vol. 24(3):231-44.
11. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez 12 femmes ayant bénéficié d'une FIV. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juill 2006;34(7):625-31.
12. De Ville E, O'Reilly A, Callahan S. Le rôle du conjoint dans les stratégies de coping mises en place chez les femmes lors d'une fausse couche. Psychol Fr. 1 mars 2013;58(1):41-51.
13. PRAPS VF_pour consultation_13.03.2018.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-03/PRAPS%20VF_pour%20consultation_13.03.2018.pdf

14. Dubosc M, Guyard-Boileau B, Emmery B. Le sommeil dans le dernier trimestre de la grossesse. *Rev Sage-Femme*. 1 juin 2007;6(2):62-9.
15. Préoccupations des femmes enceintes à l'égard de l'alimentation, du poids et de la silhouette et conduites alimentaires inadéquates : une étude exploratoire | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-devenir-2017-3-page-199.htm>
16. Saurel-Cubizolles M-J, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 févr 2005;34(1, Supplement 1):47-53.
17. Bayle B. 2. Les remaniements psychologiques de la grossesse [Internet]. Dunod; 2017. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-13.htm>
18. Ducarme G, Dochez V. Vomissements incoercibles de la grossesse : mise au point. *Presse Médicale*. 1 déc 2015;44(12, Part 1):1226-34.
19. Protection universelle maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
20. En situation irrégulière - AME [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
21. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>
22. Darnay M. Préparations : pour qui ? Pourquoi ? *Spirale*. 2008;n° 47(3):53-62.
23. Durée du congé maternité [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-maternite>
24. Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 févr 2005;34(1, Supplement 1):62-7.
25. Davoudian C. Plaidoyer pour une pmi maison. *1001 Bebes*. 2012;151-6.
26. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [Internet]. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
27. contribution_plateforme_assureravenirPMI_missionPeyron_nov2018.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.assureravenirpmi.org/Doc/contribution_plateforme_assureravenirPMI_missionPeyron_nov2018.pdf

28. Se préparer à l'arrivée de bébé tout au long de la grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
29. invitation_ateliers_internet_2018_1.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/invitation_ateliers_internet_2018_1.pdf
30. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: <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>
31. Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-167.htm>
32. Qui sommes nous ? - ISM MED [Internet]. Disponible sur: <https://www.ismmtraduction.fr/fr/qui-sommes-nous>
33. Brochier P. Le soutien social ressenti par les femmes durant la grossesse. :48.
34. Préoccupations des femmes enceintes à l'égard de l'alimentation, du poids et de la silhouette et conduites alimentaires inadéquates : une étude exploratoire | Cairn.info [Internet]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-devenir-2017-3-page-199.htm>
35. 2018-102r-pmi.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire en Français



QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES ENCEINTES

Je suis étudiante sage-femme en 4^e année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, portant sur les femmes enceintes suivies par les PMI, je me permets de solliciter quelques minutes de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Toutes les informations données sont anonymes. Je vous remercie par avance pour l'attention accordée.

Quelques informations vous concernant,

- 1- Votre âge :
- 2- Votre pays de naissance :
- 3- Votre pays d'origine :
- 4- Où vivez-vous :
 - Chez moi
 - Dans un foyer
 - Autre :
 - Chez ma famille
 - Sans domicile fixe
- 5- Le père de l'enfant vit-il avec vous ?
 - Oui
 - Non
- 6- Quel est votre niveau d'études ?
 - Je n'ai pas fait d'études
 - J'ai un niveau inférieur au bac
 - J'ai un niveau bac
 - J'ai fait des études supérieures
- 7- Exercez-vous une activité professionnelle ?
 - Oui, je suis toujours en activité
 - Oui mais je suis arrêtée pour la grossesse depuis le __ mois
 - Oui mais je suis en congé maternité
 - Non, je ne travaillais pas avant la grossesse
- 8- Avez-vous une :
 - Aide Médicale (AME/AMU)
 - CMU-c
 - Autre :
 - Mutuelle
 - Rien

Concernant votre grossesse actuelle,

9- Est-ce une grossesse attendue ?

Oui

Non

10- Vous êtes suivie par :

Un médecin

Une sage-femme

11- Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?

Oui

Pas encore mais c'est prévu

Non

12- Vous êtes au :

1^{er} trimestre

2^e trimestre

3^e trimestre

13- Vous attendez :

Votre premier enfant

Votre deuxième enfant

Votre troisième enfant ou +

14- Avez-vous déjà eu une fausse couche ?

Oui

Non

15- Si ce n'est pas votre premier enfant, avez-vous eu des complications pour les grossesses précédentes ?

Oui : _____

Non, tout s'est bien passé

16- Pour cette grossesse, avez-vous été hospitalisée ?

Oui

Non

17- Etes-vous atteinte d'une maladie chronique en dehors de la grossesse ?

Asthme

Hypertension artérielle

Diabète de type 1 ou 2

Autre :

Non

18- Avez-vous contracté une maladie spécifiquement liée à la grossesse ?

- Diabète gestationnel
- Pré-éclampsie
- Pertes de sang (métrorragies)

19- Consommez-vous des drogues ?

- Alcool
- Cannabis
- Non
- Tabac
- Autre :

20- Avez-vous consulté un psychologue ou un psychiatre il y a moins d'un an ?

- Oui
- Non

21- Pour vous quel est l'évènement le plus indésirable ou le plus stressant que vous avez connu au cours de votre grossesse (**Une seule réponse possible**) ?

- La prise de poids
- Le souci de l'accueil de votre enfant
- L'inquiétude sur la santé de votre enfant
- Le manque de sommeil
- L'attente, sans connaître la date de l'accouchement
- La barrière de la langue
- La maltraitance verbale ou physique subie
- Autre : _____
- Le fait de ne plus travailler
- L'hospitalisation
- La projection de l'accouchement
- Les vomissements, nausées

Echelle des stratégies de coping

Lorsque je suis face l'évènement évoqué à la question 21), je réagis de la façon suivante :	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. Je préfère ne pas y penser					
2. Je craque, je pleure					
3. Je regrette et souhaite que ça se passe autrement					
4. Je me dis que je ne vais jamais y arriver					
5. Je me fais mon idée et je suis mes intuitions					
6. Je prends des décisions, des initiatives					
7. Je positive et trouve que finalement, ça se passe bien					
8. Je relativise en pensant aux autres personnes dans mon cas					
9. Je me dis que dans l'ensemble, j'ai bien fait face					
10. J'anticipe les évènements					
11. Je planifie, je m'organise					
12. Je lis, je me documente, je recherche des informations					
13. Je sollicite ma famille					
14. Je demande de l'aide à mon partenaire					
15. Je suis les conseils des professionnels de santé					
16. Je fais ce que le médecin ou d'autres professionnels de santé me disent de faire					
17. Je me dis que les professionnels de santé prennent les bonnes décisions					

Annexe 2 : Questionnaire en anglais



QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES ENCEINTES - *version anglaise*

I am a fourth-year midwifery student. I am working on my research project that is about the pregnant woman followed by the PMI. I would like to take some of your time to answer those questions please. All information given are anonymous. Thank you in advance for your attention.

Some information about you,

1 – Your age:

2- Your country of birth:

3- Your origin:

4- Where are you living:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> In my home | <input type="checkbox"/> In my family home |
| <input type="checkbox"/> In a shelter | <input type="checkbox"/> I am homeless |
| <input type="checkbox"/> Other : | |

5- Is the baby's father living with you?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------|-----------------------------|

6- What is your education level?

- I did not study
- I have an under baccalaurean level
- I have the baccalaureat
- I did high studies

7- Do you work?

- Yes, I am always working
- Yes, but I stopped because of my pregnancy until the __ month
- Yes, but I am in maternity leave
- No, I did not work before my pregnancy

8- Your state medical help:

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide Médicale (AME/AMU) | <input type="checkbox"/> Mutual |
| <input type="checkbox"/> CMU-c | <input type="checkbox"/> Nothing |
| <input type="checkbox"/> Other : | |

About your current pregnancy,

9- Is it an expected pregnancy?

- Yes No

10- You are followed by :

- A doctor A midwife

11- Have you followed birth preparation course?

- Yes No
 Not yet but I prevented it

12- You are in :

- The 1st trimester The 2nd trimester
 The third trimester

13- You are waiting for:

- Your first baby Your second baby
 Your third baby or more

14 – Have you ever had a miscarriage?

- Yes No

15- If it is not your first baby, have you gotten complications on your previous pregnancy?

- Yes : _____
 No, everything was fine

16 – For this pregnancy have you ever been hospitalized?

- Yes No

17- Are you suffering from a chronic disease outside the pregnancy?

- Asthma Arterial hypertension
 Diabetes type 1 type 2 Other :
 No

18- Are you suffering from a specific disease linked with the pregnancy?

- Gestational diabetes Preeclampsia
 Breakthrough bleeding

19- Do you use drugs?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Tobacco |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Other : |
| <input type="checkbox"/> No | |

20- Have you ever consult a psychologist or a psychiatrist?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------|-----------------------------|

21- For you, what is the undesirable or the most stressing event that you have confronted with during your pregnancy (**only one answer possible**)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> The weight gains | <input type="checkbox"/> The jobless |
| <input type="checkbox"/> The worry of the new baby's reception | <input type="checkbox"/> The hospitalization |
| <input type="checkbox"/> The worry of the baby's health | <input type="checkbox"/> The delivery projection |
| <input type="checkbox"/> The lack of sleep | <input type="checkbox"/> The vomiting, nausea |
| <input type="checkbox"/> The waiting without knowing the date of birth | |
| <input type="checkbox"/> Language barrier | |
| <input type="checkbox"/> The physical or verbal abuse | |
| <input type="checkbox"/> Other : _____ | |

Echelle des stratégies de coping – version anglaise

When I am in front of the event mentioned in the question 21) I react as :	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. I prefer not thinking					
2. I cry					
3. I regret and wish that is going differently					
4. I tell myself that I will never be able to do it					
5. I make my ideas and follow my intuitions					
6. I make decisions and have initiatives					
7. I positive and find that finally it is going well					
8. I put things into perspective by thinking of the other people in my case					
9. I tell myself that in the whole I coped well					
10. I anticipate the events					
11. I plan and organize myself					
12. I read, gather and search information					
13. I do request my family					
14. I ask my partner for help					
15. I follow the health professionals' advise					
16. I do what the doctor or health professional tell me to do					
17. I tell myself that health professionals make good decisions					

Annexe 3 : Questionnaire en Arabe



QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES ENCEINTES - *version arabe*

Ana talaba dial muwallidat assana arabi3a. Wabi munassabati lba7thi dial nihayati duruss, 7awl lfatayaat l7amilaat allatiy taba3uhunna fil PMI, a7tadju ilaykum bid3u daqaiq min wakatiki likay tudjibu assual al aatiyati. Jami3 l'i3lanaat yabquna sirran. Achkurukum bi7usni tafahumikum.

Suaalat yata3allaqu biki,

- 1- Sanatu 3umruki :
- 2- Balad l'izdiad :
- 3- Baladuki l'asli :
- 4- Fin 3ichti :
 - Fi dariy
 - Fi markaz l'istidafa
 - Aydwa :
 - 3ind ahliy
 - Ma 3indich maskan
- 5- Abu lwalad ya3ichu ma3aki ?
 - Na3m
 - Laa
- 6- Daradjatuki l3ilmiyat
 - Ma quarituch
 - 3indi darajat adna mina lbac
 - 3indi darajat lbac
 - Dirti dirassat l3ulya
- 7- Anti ta3mal ?
 - Na3m, dima ani3mal
 - Na3m bal ana fi ijaza mariduiya bihassbi l7imla mundh chahr ___ .
 - Na3m bal ana fi ijaza umumat
 - La, man 3maluch qbal l7iml
- 8- 3indaki :
 - Aide Médicale (AME/AMU)
 - CMU-c
 - Ukhra :
 - Mutuelle
 - Ma3indich

Suaalaat hasbi l7iml,

9- Ahadi 7iml mu7taja

Na3m

Laa

10- A anti mutabi3antun bi :

Tabib

Muwallidat

11- Darasti 7awla l'isti3dad li lwilada?

Na3m

Mazal wla kin 3ind lfikra

Laa

12- Anti fi

Tlata achhur l'awal

Tlata achhur tani

Tlata achhur l'akhiir

13- Hadi :

Wildaki l'awal

Wildaki tani

Wildaki tleta aw za'id

14- Daya3ti bébé men qbal ?

Na3m

Laa

15- Idha lam yakun hadi wildaki l'awal, aladayki muchkilaat fi l7imlaat assabiqaat ?

Na3m : _____

Laa, kulchi mziyaan

16- Bi nissba hadi l7iml, kunti adkhal lmustachfa ?

Na3m

Laa

17- A 3indaki mard muzmin qabla l7iml ?

Rabwa

Daght murtafi3

Sukari

Ukhra :

Laa

18- A 3indaki mard marbuta khassa li l7iml ?

- Sukar l7iml
- Tusammim l7iml
- Fiqdan ddam (nazif)

19- A tastahlik lmoukhadirat ?

- Ka7ul
- Hachich
- Laa
- Tadkhin
- Ukhra :

20- Zarti wa7da 3aalim nafsiy wla tabiyb nafsiy min aqal min sana ?

- Na3m
- Laa

21- Bnisba liiki chno hiya l7adath gher marghub aw marhaqa lijitik fi l7iml ? (**jawab wa7da mu7taj**) ?

- Ziyaadat lwazn
- Ihtimaam bi l'istiqlal wildak
- Al makhawif assui7iyat li wildak
- Naqs nawm
- Al intidhar blach ta3rif tarikh lwilada
- Muchkilaat lughawiyat
- Al issaa'at lafdhiyat aw djassadiyat
- Ukhra : _____
- Al iqaaf l3amal
- Adkhal lmustajfa
- Tafkir lwilada
- Qay'u wa lghuthyaan

Echelle des stratégies de coping – version arabe

Lamma konti fi l7ala lmudakira fi su'al 21), astajii3 bi lmawadi3 l'atiya :	Abadan	Nadiran	A7yanan	Tikraran	Dima
1. Ma bghitich tafkirha					
2. Abki					
3. Ata'assaf wa arju an ya3uda bi 7alatin ukhra					
4. Ufakkiru an la astatu3 abadan					
5. A7sul 3ala fikrati wa atbi3ha					
6. Takhadhti lqararaat, lmubadiraat					
7. Ani duzuha mziyaan wa fil akhir kulchi mziyaan					
8. Unassib wa ufakkir 3ala l'akharin li 3indhuma nafs l7al minni					
9. Ani guliya fil jamii3 duwuzti mziyaan					
10. Abtadir l7alaat					
11. Ukhattuitu wa asta3iddu					
12. Aqra'u, ab7athu, 3an i3lanaat					
13. Ad3u 3aa'ilati					
14. As'alu lmussa3ada min zawji					
15. Tabi3ti nassu7a diyal tabib					
16. Ani duzu lima galtliya l'atuibbae					
17. Ani gouliya l'atuibbae dima kayin jibu bil qararaat lmizayanaat					

Annexe 4 : Questionnaire en comorien



QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES ENCEINTES – *version comorienne*

Mi mna chioni ni liyo harimoi missomo zaou zalissadji 4e année. Ho mounassaba wahé chio cha mouisso wamsommo cha houssou o wanaché walo hamili wa toundwao harimoi ze PMI, tsi djo handza wounike wana dakika haroumoi o wakati wahaho ili ou djibou e massouala yanou. Ema djawabou oudjo rinika djouwa oukana cheyssidimou chahaho kachinaw djoulihaniha. Marhaba ho mwelewa wa hagnou.

Massouala ya ou houssou,

- 1- Nde maha yahaho :
- 2- Nde ntsi wa zaliwa :
- 3- Nde tsi ya haho ya assuili :
- 4- Ngo yENCHI ndahou :
 - Ndo dahoni hangou
 - Harimoi foyer
 - Mahala houndroidji :
 - Ndo haho wa ndouzangou
 - Tsina mahala ho yENCHI
- 5- Ye mbaba he moina gam ENCHIYO pvoidzima ?
 - Oui
 - Non
- 6- Ye missomo ya haho yi roudiya ndahou ?
 - Ndja soma, hawou ndja houndra yé bac
 - Tsi houdrou ye bac
 - Tsi fagna missomo ya djouwou
- 7- E we oufagna hazi ?
 - Oui, gami hazini hata napvassa
 - Oui cha tsi zilya randzi ndo mwezi wa ____ wahé hamili
 - Oui cha tsi rengue voumzi hata ni zayé
 - Non, djako fagna hazi kabla ne djaka hamili
- 8- Ye ngawena ...
 - Aide Médicale (AME/AMU)
 - CMU-c
 - Mutuelle
 - Ntsina hata

Massouala yahoussou ye hamili,

9- Hou ko linda ouké hamili ?

Oui

Non

10- Ye mdrou yahou toundawo heni mwezi ouwo

Toibibou

Mzalissadji (sage-femme)

11- Ye hou paro somessiwa eheli yowoudjipanga no zaya

Oui

Raha cha tsi rengué randévou

Non

12- Ye ngawé harimoi

Ye mezi mirarou ya mwando

Ye mezi mirou ya hari

Ye mezi mirarou ya mwisso

13- E mwana yadjoko zaloi :

Ndé wa mwando

Ndé wa pvili

Ndé wararou naya

14- Houparo kana mwana yadjipouwa ?

Oui

Non

15- Yeka ouwo tsidé mwana wa mwando, harimoi ze hamili za pvira houkana mouchkila ?

Oui : _____

Non, zi pviri ndro

16- Harimoi owou hamili ounou, houparo ehentsiwa lapitali ?

Oui

Non

17- Kabla raha wedjaka hamili, houkana ouwadé oudziro ?

Pefou, chihaya

Ouwa wa tansion

Ouwadé wassoukari

Ouwadé mdroidji :

Non, ntsi mwadé

18- Randzi ouliyo hamili hou rengué ouwadé ?

- Ouwadé wassoukari
- Ouwadé wa tanssion
- Damou yissihawo hama regles

19- Ngo roumiyo

- Mvigno (alcool) Mssi
- Bangué Zindrou zassaya
- Non, mikaroumiya hata

20- Houparo enda wa woné toibibou psychologue hawou psychiatre haroumoi o mwaha wa pvira ?

- Oui Non

21- Harimoi owou hamili ounou, yezi hou tabichawo hakouwou ndazi ? **(Djawabou dzima bahi)**

- Ndo mwendjezo wahé ze kilo Ndapvo ni tso woufagna hazi
- Ndé hamou yahomdjo wahé moïna Ndapvo nehentsiwa olopitali
- Ndé hamou yaho wounono wahé moïna Ndé ze fikira za houssou omzayo
- Ndwou tabifou wa roukou Ndé marapviha
- Ndo milndo pvatsina oudjouwa owoussiko ndjoko zaya
- Ndo mouchkila wawou elewa no rongowa ye chizoungou
- Ndo wakati ni rongoziwawo nayi hawou ndo wakati ni remwawo
- Zassaya : _____

Echelle des stratégies de coping - Version comorienne

Yeka tsi dji houndrou harimoi ze rongowo za voumbouloi harimoi ye souala 21) miou fagna ze rongowo he namna yinou :	Ndja paro	Rarement	Makati ha makati	Nadi	Dayima
1. Miou tamani ni tsido zi fikiri					
2. Miou lila					
3. Miou djitsa, tsi djo handza zi tsi pviré eheliyo					
4. Miou fikiri oukaya tsinaou paro zichinda					
5. Miou dji panga, miou dounga ze fikira za hangou					
6. Miou anzimia					
7. Miou fikiri oukaya zila rongowo zilo ndjema no fikiri oukaya ngazi pvirawo ndro					
8. Miou dji makinicha no fikiri owassaya waliyo djami					
9. Miou fikiri oukaya haroumoi owou djimlifou tsi fagna ndro					
10. Miou zifikiri nowou djipanga raha zedjadja					
11. Miou djorganizé no dji pangiya					
12. Mioufagna tabouhithi , nowoufagna djoundouwo					
13. Miou para owandouzangou					
14. Miou tsaha msaanda osounimoi ye mdroumma hangou					
15. Miou dounga ze ngassuya zahe ma toibibou					
16. Mioufagna izo ye ma toibibou wanambiya ni fagné					
17. Miou fikiri oukaya ye ma toibibou worenga anzma ndjema					

Annexe 5 : Score d' Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES)

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

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

LEXIQUE

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

EPP : Entretien Périnatal Précoce

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISMM : Inter Service Migrants Méditerranée

NS : Non Significatif

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PCSI : Perinatal Coping Strategy Inventory

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SDF : Sans Domicile Fixe

TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

RESUME

Introduction : La grossesse est reconnue comme une période où la femme est confrontée à de multiples difficultés d'ordre physique et psychologique. Les PMI sont des lieux qui accompagnent particulièrement les plus démunis. Pour les femmes qui y sont suivies, les soucis liés à la précarité (financier, logement, alimentation...) s'ajoutent aux désagréments de la grossesse. Elles élaborent alors des stratégies de coping pour y faire face.

Objectif : Cette étude va permettre d'identifier les événements indésirables et les stratégies de coping qu'elles mobilisent face à ces événements. La finalité du travail est de proposer des solutions pour améliorer le bien-être de ces femmes.

Matériel et méthode : Etude quantitative, descriptive et multicentrique. Elle est menée sur quatre PMI, deux sur le centre de Marseille et deux autres dans les quartiers nord. Le questionnaire se compose de deux parties : questionnaire préambule et échelle de PCSI de C. Razurel.

Résultats : L'étude a montré que les événements indésirables varient en fonction de la période de la grossesse. Au 1^{er} trimestre, c'est l'inquiétude sur la santé fœtale qui prime ; au 2^e ce sont les nausées vomissements ; au 3^e c'est le souci de l'accueil de l'enfant. Parmi les stratégies de coping élaborées, la principale est l'écoute des professionnels de santé. Certaines de ces stratégies varient en fonction du lieu d'hébergement et du pays de naissance (France ou étranger).

Conclusion : Les événements indésirables et les stratégies de coping employées pour les tolérer dépendent du contexte. L'écoute des professionnels de santé est mobilisée par toutes, ce qui rappelle l'importance de la qualité du suivi par les professionnels. La précarité fragilise, d'où l'intérêt du soutien médico-psycho-social en PMI. La pauvreté étant croissante, les PMI manquent de moyens et sont aujourd'hui menacées.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is recognized as a period when women face multiple physical and psychological difficulties. PMIs are places where particularly take care of the less fortunate. About the women who are monitored in, precariousness worries (financial, housing, food ...) are added to pregnancy troubles. Then, they develop coping strategies to cope with it.

Objective: This study will allow to identify undesirable events and the coping strategies that they mobilize against these events. The purpose of the work is to propose solutions to improve the well-being of these women.

Material and method: Quantitative, descriptive and multicentric study. It is carried out on four PMIs, two in the center of Marseille and two others in the northern districts. The questionnaire consists of two parts: preamble questionnaire and PCSI scale of C. Rasurel.

Results: The study showed that undesirable events depends on the pregnancy period. In the 1st trimester, the foetal health prevails; 2nd is nausea vomiting; in the third is the child reception worry. Among the coping strategies developed, the main one is listening to healthcare professionals. Some of this strategies depends on the place of accommodation and the country of birth (France or abroad).

Conclusion: Undesirable events and the coping strategies used to tolerate them depend on the context. Listening to healthcare professionals is mobilized by all, which points to the importance of the monitoring quality by professionals. Precariousness weakens, hence the interest of medico-psycho-social support in PMI. Poverty is increasing, PMIs lack means and are today threatened.