# Quel modèle de prise en charge pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale, en milieu urbain ? Méta-synthèse de la littérature

Zaina M'Roivili

▶ **To cite this version:**

Zaina M'Roivili. Quel modèle de prise en charge pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale, en milieu urbain ? Méta-synthèse de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03168962

**HAL Id: dumas-03168962**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03168962**

Submitted on 15 Mar 2021

**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 DE LA REUNION**

**UFR SANTE**

Année : 2021 N° : 2021LARE001M

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT**

**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

# QUEL MODELE DE PRISE EN CHARGE POUR LES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE, EN MILIEU URBAIN ?

## META-SYNTHESE DE LA LITTERATURE.

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 20 janvier 2021 à 18h30

à BORDEAUX.

**Par Zaina M'ROIVILI**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Philippe DESMARCHELIER**

**Monsieur le Professeur François ALLA**

**Madame le Docteure Gilla TAVEAUX-NEMAYECHI**

**Directeurs de thèse :**

**Monsieur le Docteur Christophe ADAM**

**Madame le Docteure Racha ONAISI**

Table des matières

**PREAMBULE : CADRE CONCEPTUEL ..... 8**

**I. Les inégalités sociales de santé ..... 8**

1. Définitions ..... 8

2. Les inégalités sociales de santé en France et dans le monde. ..... 9

**II. Pauvreté, précarité et vulnérabilité ..... 11**

1. La pauvret ..... 11

2. La précarité ..... 13

3. La vulnérabilité sanitaire et sociale et ses relations avec la précarité ..... 14

1. **III. Vulnérabilité sociale, précarité et grossesse ..... 18**

1. Retard de suivi et suivi inadéquat ..... 19

2. Complications maternelles et fœtales ..... 20

3. Les acteurs de la prise en charge en France ..... 21

**NOTRE ETUDE ..... 26**

**I. INTRODUCTION ..... 26**

**II. MATERIEL ET METHODE ..... 29**

**1. Type d'étude ..... 29**

1.1. Bases de données et dates de réalisation ..... 30

1.2. Equations de recherche ..... 30

1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion ..... 32

**2. Traitement des données et validation de la méthode ..... 34**

2.1. Revue systématique de la littérature ..... 34

2.2. Analyse qualitative ..... 35

2.3. Suffisance des données et triangulation des données ..... 37

**III. RESULTATS ..... 37**

**1. Revue systématique de la littérature ..... 37**

1.1. Diagramme de flux ..... 37

**2. Caractéristiques des articles inclus ..... 41**

2.1.Tableau résumant les articles inclus ..... 41

2.2. Comparaison des caractéristiques des articles ..... 49

**3. Synthèse des thèmes contenus dans les articles ..... 50**

3.1. Conduite de l'analyse thématique ..... 50

3.2. Synthèse des thèmes retrouvés dans les articles inclus ..... 51

**4. Mobiliser et développer les capacités ..... 53**
4.1. Développer la confiance en soi ..... 53
4.2. Acquérir ou renforcer des compétences ..... 55
**5. Des dispositifs spécifiques ..... 61**
5.1. Inscris dans un contexte ..... 61
5.2. Organisés autour de quatre axes ..... 65
**IV. DISCUSSION ..... 73**
**1. Limites et forces de l'étude ..... 73**
**2. Principaux résultats et place dans la littérature ..... 74**
**3. Exemples de dispositifs existants à Bordeaux et pistes d'amélioration. 78**
3.1. Le staff de périnatalité ..... 78
3.2. L'équipe de soins primaire SAKHI ..... 81
3.3. Axes de développement supplémentaires ..... 84
**V. CONCLUSION ..... 89**
**BIBLIOGRAPHIE ..... 91**

**ANNEXES**

Annexe 1 Le Score EPICES

Annexe 2 Recommandations pour le suivi de grossesse (HAS 2016)

Annexe 3 Equations de recherche

Annexe 4 Tableau descriptif des articles inclus

Annexe 5 Indicateur d'impact des actions d'« aller-vers »

Annexe 6 Parcours de soins au sein de l'Equipe de Soins Primaire SAKHI

Annexe 7 Extrait Rapport d'activité 2019 de l'Equipe de Soins Primaires

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

**RESUME**

**ABSTRACT**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 La vulnérabilité comme « zone de double fragilisation », telle que représentée chez R CASTEL (31) ..... 16

Figure 2 Diagramme de Flux ..... 38

Figure 3 Provenance des articles ..... 39

Figure 4 Nombre d'articles en fonction de leur année de publication ..... 40

Figure 5 Publications sur le thème de la vulnérabilité pendant la grossesse de 1950 à 2021 (source PUBMED) ..... 40

Figure 6 Arbre thématique "Mobiliser et développer les capacités" ..... 60

Figure 7 Arbre thématique "Dispositifs spécifiques" ..... 71

Figure 8 Modèle de prise en charge des femmes enceintes vulnérables ..... 72

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des structures impliquées dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité ..... 22

Tableau II : Construction des équations de recherche ..... 31

Tableau III : Étapes de la méta-etnographie selon Noblit & Hare ..... 35

Tableau IV : Caractéristiques des articles inclus ..... 48

Tableau V : Synthèse des thèmes retrouvés dans les différents articles ..... 52

LISTE DES ABREVIATIONS ET TERMES SPECIFIQUES

AME : Aide Médicale d'Etat

ANR : Agence Nationale de Recherche

ARS : Agence Régionale de Santé

ATD Quart Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart Monde

CAOA : Centre d'accueil d'Orientation et d'Accompagnement

CASO : Centre d'Accueil de Soin et d'Orientation

CEID : Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ESP : Equipe de Soins Primaires

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MdM : Médecins du Monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

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

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Plan Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RPNA : Réseau de Périnatalité de Nouvelle Aquitaine

UE : Union Européenne

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

Doula : Femme qui fournit un accompagnement non médical et un soutien à une femme enceinte et son entourage avant, pendant et après l'accouchement*. (Définition du Larousse disponible sur le site larousse.fr consulté le 12 novembre 2020).*

## PREAMBULE : CADRE CONCEPTUEL

### I. Les inégalités sociales de santé

#### 1. Définitions

Les inégalités sociales de santé sont définies comme : « *des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde* »(13).

Quels que soient le pays et le revenu national, plus la condition socio-économique est basse et moins la santé est bonne(13).

De nombreuses études ont mis en évidence des facteurs extérieurs à la santé dans l'apparition de ces phénomènes. Ces facteurs appelés « déterminants sociaux de la santé » sont multiples interdépendants et interagissent les uns sur les autres d'une manière qui n'est pas encore entièrement connue (14).

Les déterminants sociaux de la santé peuvent être classés en deux catégories (13,15) :

-les déterminants dits « *structurels* » liés au contexte économique et politique du pays, parmi lesquels peuvent être cités les politiques sociales, les revenus, l'éducation, les valeurs de la société, la culture

-et les déterminants dits « *intermédiaires* » dont l'inégale répartition va découler des déterminants « structurels » : les conditions matérielles (logement, quartier d'habitation, environnement physique du travail, capacité à consommer…), les facteurs psycho-sociaux (stress lié aux conditions de vie ou de travail, relations sociales et soutien sociale), les

facteurs comportementaux (consommation de tabac ou d'alcool, nutrition, activité physique), les facteurs génétiques et les difficultés d'accès au système de santé.

L'intervention aux différents niveaux (éducation, accès aux soins…) doit permettre à terme de réduire les inégalités sociales de santé.

## 2. Les inégalités sociales de santé en France et dans le monde.

Selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) adoptée en 1946, « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

Dans le monde entier, les écarts entre les populations les plus riches et les plus pauvres se sont accentuées au niveau économique et social. L'urbanisation croissante n'a fait qu'accroître ces inégalités en raison de densité de population toujours plus élevées (13).

Cette répartition inégale des richesses a un impact sur la santé des individus, puisqu'en dépit d'une amélioration de l'espérance de vie, les inégalités en matière de santé sont en constante progression (16–18).

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS pointe du doigt dans son rapport de 2008 la répartition inégale et injuste des ressources (pouvoir, revenus, biens et services), qui impacte directement les conditions de vie de certains : difficultés d'accès aux soins, de scolarisation et d'éducation, mauvaises conditions de travail, habitat instable, non-accès aux loisirs, mise à l'écart de la communauté.

On observe un vrai gradient de santé, qui s'applique, non seulement entre les pays les plus développés et les pays les plus pauvres, mais également au sein d'un même pays entre les populations les plus riches et les plus démunies (18).

Face à ce constat, la Commission soulignait en 2008 la nécessité pour tous les pays de prendre les décisions nécessaires afin de rétablir une certaine équité en santé, avec pour objectif un comblement du fossé en une génération.

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale (avec la Finlande) (19).

Entre 2009 et 2013 l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier était de 6 ans inférieure à celle d'un cadre et ce avec une qualité de vie moindre (20). La plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, utilisation du système de santé…), se dégradent progressivement en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées.

L'approche centrée sur l'accès aux soins (couverture maladie) a longtemps dominé et a montré ses limites pour expliquer les inégalités observées. Il est devenu clair que les comportements à risque des individus ne suffisaient pas à expliquer les écarts existants en matière de santé (21).

Les politiques menées ayant échoué jusqu'à présent à combler ces écarts, une nouvelle loi a été voté en 2016. La loi de modernisation du système de santé devait permettre d'« *assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes* » (22).

Dans ce sens, une étude réalisée par une équipe de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (23), a montré que le milieu social d'origine

et l'état de santé des parents (en particulier celui de la mère) influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte, mais que cette situation peut être partiellement compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents (23).

Nous avons donc vu que les personnes souffrant de conditions socio-économiques défavorables sont plus sujettes à avoir un mauvais suivi médical. Les situations de ces personnes sont souvent hétérogènes décrites tantôt comme pauvres, précaires ou vulnérables.

## II. Pauvreté, précarité et vulnérabilité

### 1. La pauvreté

Le concept de pauvreté est spécifique d'un moment et d'une société donnés si bien qu'il est difficile d'en avoir une définition universelle.

Le Conseil Européen a proposé une première définition en 1984. Etaient considérées comme pauvres « *les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans la société* » (24).

Là encore la notion d'acceptabilité reste variable d'une société à une autre. Dans l'union européenne la nécessité de s'appuyer sur des données objectives a donnée naissance au concept de pauvreté monétaire.

Depuis 2001, les états européens se sont accordés sur une méthode de calcul basée sur plusieurs indicateurs. Le seuil de pauvreté est relatif et déterminé par rapport à la distribution

des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Il se situe en-dessous de 60 % du revenu médian.

Au sein de l'Union Européenne (UE), en 2017, la République Tchèque affiche le taux de pauvreté le plus faible (9,6 %). Suivent ensuite la Finlande, le Danemark et la Hongrie avec des taux inférieurs à 13 %. À l'opposé, la Roumanie et la Lettonie ont les taux de pauvreté les plus élevés, d'au moins 23 % (14).

En France, un individu (ou un ménage) est dit pauvre « *lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté* » (24). En 2017, ce seuil était de 1041[1] euros par mois pour un individu seul (seuil à 60% du revenu médian). La même année 14.1% de la population vivait sous ce seuil de pauvreté soit 8.9 millions de personnes (14,25).

La seule approche monétaire ne saurait suffire à définir la pauvreté comme le rappelait l'Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) dans son rapport de 2009 : « *La pauvreté peut se définir autour de deux conceptions : la première conception est statistique et monétaire, et se centre sur la mesure du niveau de revenu. Elle peut paraître objective et, de facto, mesurable. La seconde conception est relative et perceptive et se centre sur le vécu des personnes elles-mêmes au regard de leurs conditions de vie* ». (26)

C'est la position défendue par l'association ATD Quart Monde et son président le Père WRESINSKI dès 1987 (27).

[1] 867 euros pour une personne seule si on tient compte du seuil à 50% du niveau de vie médian

## 2. La précarité

Dans son rapport « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* » le père WRESINSKI a donné en 1987 une définition de la précarité comme étant « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (27).

Au-delà de la dimension purement financière, la précarité traduit donc une insécurité multidimensionnelle. Dès lors cette notion semble la plus apte à rendre compte des conditions de vie et du vécu des individus. Lorsque cette insécurité devient permanente affectant de façon durable les conditions de vie d'un individu, elle conduit alors à la grande pauvreté, toujours selon la définition du Père WRESINSKI.

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

Le score EPICES a été développé par des centres de santé afin de dépister les situations de précarité chez les patients rencontrés. Il a été construit à partir d'un questionnaire de 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité : nationalité, niveau d'études, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçus, revenus, loisirs, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, évènements graves vécus avant 18 ans.

Il permet de prendre en compte le caractère multifactoriel de la précarité et de mieux identifier les populations fragilisées socialement ou médicalement au-delà de la situation administrative ou de la situation par rapport à l'emploi. Le score est calculé à partir des réponses à 11 items et varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale) (28).

Celui-ci n'a pas été validé pour la prise en charge des femmes enceintes, mais permet de rendre compte des déterminants psychosociaux de la précarité.

Depuis quelques années la notion de vulnérabilité sociale tant à se substituer à celle de précarité, s'agissant des situations complexes qui peuvent entourées une grossesse. La définition de la vulnérabilité ne fait cependant pas consensus.

## 3. La vulnérabilité sanitaire et sociale et ses relations avec la précarité

### 3.1 Définition

Vulnérable : du latin *vulnus, vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), D'après la définition du Larousse : qui est exposé à recevoir des blessures, des coups, qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui par ses insuffisances, ses imperfections, peut donner prise à des attaques (29).

En 2008, l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) a lancé le plan « *Vulnérabilité à l'articulation du sanitaire et social* » mettant en avant la dimension intersectorielle de cette notion (30).

En sciences environnementales, être vulnérable c'est « *être exposé à des menaces externes, plus ou moins prévisibles, qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenus par des individus, des groupes et des communautés sur des territoires* » (31).

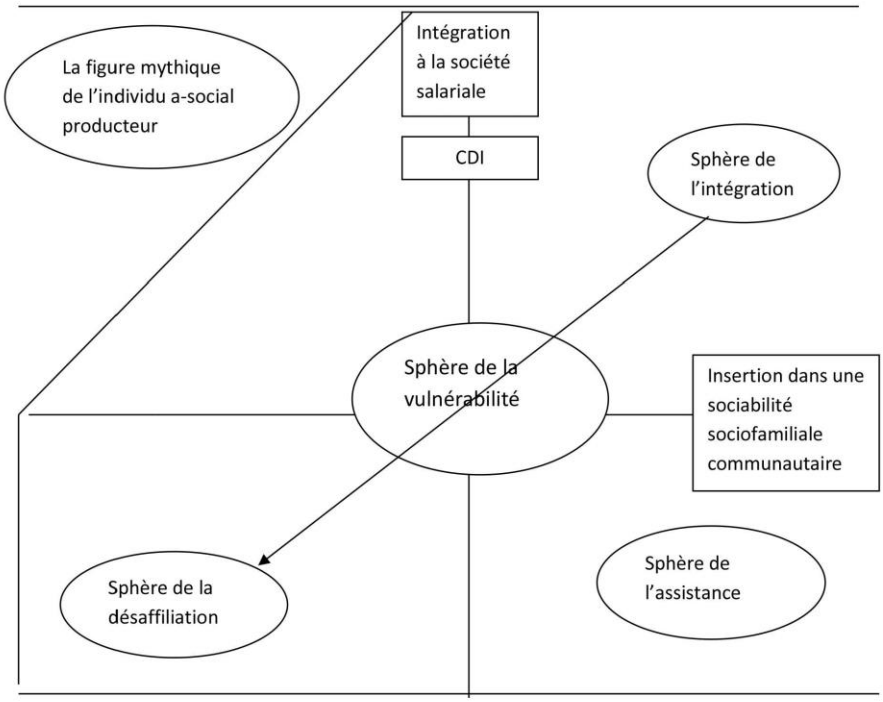
En gérontologie, elle est un complément à la notion de fragilité, qu'on lui préfère car mesurable. En effet la fragilité découle d'un phénotype spécifique définit après consensus entre les cliniciens et permet d'évaluer la probabilité de survenue d'un évènement (la chute). Dans ces deux approches la vulnérabilité constitue la probabilité d'exposition à un risque environnemental (catastrophe naturelle) ou sanitaire.

En sciences sociales la volonté de sortir de cette approche probabiliste de cumul de facteurs de risque a donné naissance à une nouvelle définition.

### 3.2 La vulnérabilité en sciences sociales

En 1991, le sociologue Robert Castel propose une nouvelle définition de la vulnérabilité. Il définit deux axes d'intégration à la société : l'axe d'intégration sur le marché du travail, et l'axe d'insertion dans des relations familiales ou communautaires. Il situe alors la vulnérabilité comme une « *zone de double fragilisation* » entre : la fragilisation dans la sphère de l'emploi (emploi temporaire, chômage de longue durée …) d'une part, et la fragilisation des liens sociaux (divorce, séparation…) d'autre part, l'une des fragilités pouvant engendrer l'autre et réciproquement.

Figure 1 La vulnérabilité comme « zone de double fragilisation », telle que représentée chez R CASTEL (31)




Il définit quatre sphères de l'existence :

- *Sphère de l'intégration* : personne bien intégrée sur le marché du travail et dans un réseau de proches
- *Sphère de l'assistance* : personne éloignée du marché du travail mais intégrée dans un réseau de proche
- *Sphère de la désaffiliation* : personne éloignée du marché du travail et isolée (sans soutien social)
- *Sphère de la vulnérabilité* où se combinent la fragilité des liens sociaux primaires et familiaux et la précarité sur le marché du travail.

Marc Henry Soulet résume les différents aspects concernant la vulnérabilité (32,33), elle est :

-universelle (nous sommes tous vulnérables),

-potentielle, possible, mais non certaine (liée à la concrétisation d'un risque),

-relationnelle et contextuelle (nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné, et en fonction des protections dont nous bénéficions),

-individuelle (elle ne frappe pas tous les individus de la même façon : face à une même exposition, certains seront plus touchés que d'autres), ce qui renvoie aux capacités de *coping*

-et réversible (il est possible d'agir sur les facteurs et le contexte).

Robert Castel avait établi un lien entre la pauvreté et la précarité d'un côté, et la vulnérabilité de l'autre. Selon lui, la vulnérabilité était le résultat de « *l'effet boule de neige* » induit par la pauvreté ou la précarité et donc d'un processus de « *précarisation* » liée à l'insécurité du présent et de l'avenir (« *précariat* »). Ceci se manifestait par un moindre accès à l'instruction, à une malnutrition ou sous-nutrition, à une exiguïté et/ou insalubrité du logement, à des difficultés d'accès aux soins, ou à une surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution…) (31).

La vulnérabilité sociale peut prendre des formes multiples liées à des conditions de vie précaires comme citées ci-dessus, mais également se rapporter à des faits d'isolement social ou de maltraitance. En cela, elle rejoint la définition de la précarité du Père WRESINSKI se rapportant à « *l'absence d'une ou plusieurs sécurité* ». Une personne en situation précaire est donc par conséquent vulnérable car elle se retrouve privée des ressources lui permettant de faire face aux difficultés rencontrées (34).

La notion de vulnérabilité sociale permet de rendre compte de la diversité des situations rencontrées allant des personnes migrantes en situation irrégulière, aux sans-domicile fixe, aux personnes souffrant d'addiction ou encore aux victimes de violence. Elle est liée aux conditions de vie d'un individu ou à la survenue d'un évènement rompant une forme d'équilibre, mais ce dernier peut tout à fait être restauré si l'individu réussi à mobiliser les ressources nécessaires.

Qu'en est-il alors lorsqu'elle est combinée à la grossesse ?

## III. Vulnérabilité sociale, précarité et grossesse

La grossesse est une période de vulnérabilité médicale, sociale et psychologique. De nombreuses études ont depuis longtemps montré l'influence de la précarité ou de la vulnérabilité sociale sur la grossesse (9,35).

## 1. Retard de suivi et suivi inadéquat

En 2017 en France, selon un rapport d'observation de Médecins du Monde, 336 femmes ont été vues en consultation de gynécologie. Parmi les femmes enceintes 45.2% présentaient un retard de suivi de grossesse (36). En 2016, 30% des femmes les plus précaires avaient eu un nombre de consultation inférieure à 8 (recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS) (37).

Dans l'étude réalisée sur la cohorte PreCARE[2], le pourcentage de suivi inadéquat au cours de la grossesse[3] était de 34.7% pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, 29.6% pour les femmes originaires d'Afrique du Nord et 17.3% pour les femmes nées en France (38).

Une étude réalisée à l'hôpital Bichat en 2002 avait mis en évidence déjà un suivi de grossesse adéquat pour seulement 50.5% des femmes en situation irrégulière (FSI) versus 85% chez les femmes en situation régulière et non précaires. Le recours à l'échographie de 12-14SA était de seulement 62.6% chez les FSI contre 90.7% chez les femmes non précaires. Le dépistage sérique de la trisomie 21 était pratiqué chez 61.7% contre 87.6%. Les FSI avaient deux fois plus de jours d'hospitalisation prénatale que les femmes non précaires (6 jours versus 3 jours) (39).

[2] Cohorte multicentrique de femmes enceintes recrutées dans 4 maternités d'Ile de France.
[3] Suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée et/ou comprenant moins de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel et/ou dans lequel une échographie du 1er trimestre et au moins une autre parmi celles des 2e et 3e trimestres n'ont pas été réalisées

## 2. Complications maternelles et fœtales

L'enquête de périnatalité de 2016 réalisée en France retrouvait un taux d'hospitalisation prénatale plus important chez les femmes les plus précaires (23.7% contre 17.4%) ainsi qu'une hypotrophie (poids de naissance <2500g) plus fréquente chez le nouveau-né (9.5 contre 6.7%) (40).

Une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse entre 2001 et 2002, auprès de 988 femmes précaires et 5047 femmes non précaires a mis en évidence un suivi de grossesse tardif ou insuffisant pour 11.6% d'entre elles contre 0.8% chez les non précaires. Les hospitalisations étaient plus fréquentes et l'hospitalisation en suites de couche était plus longue quel que soit le mode d'accouchement. Par ailleurs les complications telles que l'anémie, les menaces d'accouchement prématuré, les infections urinaires et génitales étaient également plus fréquentes dans cette population, de même que le nombre d'hospitalisations au cours de la grossesse. Les nouveau-nés étaient plus souvent prématurés (naissance avant 37SA) à 11.1% versus 8.1% (mais cette différence n'était pas retrouvée pour les naissances avant 32 SA). On note également un taux de transfert néonatal plus important, à 15.0% chez les femmes précaires et 10.3% chez les femmes non précaires, ainsi qu'un score d'APGAR à 5 minutes inférieur à 7 chez 1,8% des femmes précaires contre 0.7% lorsque la mère n'était pas en situation de précarité. En revanche, aucune différence n'avait été retrouvé sur l'hypotrophie à la naissance dans cette étude (41).

Dans une étude réalisée à Rotterdam, comparant le déroulement de la grossesse de femmes provenant de quartiers défavorisés (n=2779) et de femmes ayant accouché à la même période et habitant des quartiers non défavorisés (n=4580), il a été mis en évidence un taux significativement plus élevé de retard de croissance intra-utérin (RCIU) (RR= 1.25 [0.88;

1.78]) et de pré éclampsies (RR 1.46 [1.09; 1.95]) dans le groupe des femmes habitant dans les quartiers défavorisés (42). Le taux d'Apgar <7 à 5 minutes de vie était également plus élevé (42).

La prise en charge des femmes enceintes vulnérables socialement au cours de la grossesse est un enjeu de santé publique en raison de la fréquence des hospitalisations et des complications dans cette population. En France, celle-ci fait intervenir plusieurs professionnels médicaux, psychologues et travailleurs sociaux, regroupés au sein de structure ou encore évoluant en ambulatoire.

### 3. Les acteurs de la prise en charge en France

L'un des acteurs principaux reste le milieu hospitalier par l'intermédiaire des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui permettent un accès aux soins pour les populations n'ayant pas de couverture sociale. En ville l'accès aux soins s'organise principalement autour des structures de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les organisations non gouvernementales (ONG) jouent également un rôle clé d'orientation pour ces patientes. Enfin certaines régions ont mis en place des réseaux de périnatalité afin de faciliter la collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge (11).

### 3.1 PASS, PMI et centres maternels (43–45)

| TYPE DE STRUCTURE | PASS<br><br>(Permanence d'Accès aux Soins de Santé) | PMI<br><br>(Protection Maternelle et Infantile) | Centres Maternels |
|---|---|---|---|
| **Gestion** | Public<br><br>Implanté au sein ou en dehors d'un hôpital. | Public<br><br>Géré par le Départements | Privés ou publics<br><br>Financés et gérés par le Département, service de protection à l'enfance +/- des associations |
| **Consultations médicales** | Oui (sur place)<br><br>Dans certaines villes des équipes mobiles ont été mises en place | Oui (sur place ou à domicile) | Non |
| **Accès gratuit/payant** | Gratuit | Gratuit | Participation financière demandée quand cela est possible |
| **Soutien psychosocial** | Oui | Oui | Oui |
| **Missions** | Faciliter l'accès au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'aide sociale aux personnes démunies<br><br>Consultations médicales, sociales, psychologiques, de dépistage ou de prévention,<br><br>Réalisation des examens complémentaires nécessaires au suivi des patients<br><br>Dispense gratuite de médicaments | Consultations pré et postnatales (<6ans)<br><br>Prévention médicosociale envers les femmes enceintes<br><br>Gestion de l'accueil du jeune enfant (agrément assistante maternelle …)<br><br>Prévention et prise en charge des mineurs en danger | Accompagnement, aide matérielle<br><br>Service de crèches permettant la reprise d'une activité professionnelle |
| **Hébergement** | Non | Non | Oui Période de 6 mois renouvelable. |

*Tableau I : Caractéristiques des structures impliquées dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité*

### 3.2 Un exemple d'Organisation Non Gouvernementale (ONG) : Médecins du Monde

Médecins du Monde (MdM) est une association de solidarité internationale créée en 1980. Comme toute ONG, elle est régie par la loi du 1er juillet 1901. Elle soigne les populations défavorisées ou marginalisées.

La mission France de MdM a vu le jour en 1986, lors de la création du premier Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Paris. En 2018, Médecins du Monde comptait quatorze CASO et un Centre d'Accueil d'Orientation et d'Accompagnement (CAOA) en France et conduisait soixante programmes sur tout le territoire. MdM y offre un accueil médico-social inconditionnel, et dispense des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses, ainsi qu'un dépistage spécifique pour certaines pathologies. Une prise en charge psychosociale et de santé mentale se développe progressivement. Les personnes sont accueillies gratuitement avant d'être orientées vers les structures médico-sociales du territoire (PASS, PMI, Centres Médico-Psychologiques, etc.)**,** et peuvent être accompagnées dans leurs démarches administratives afin d'obtenir une couverture maladie.

### 3.3 Un exemple de réseau de coordination en périnatalité en Ile de France : le réseau SOLIPAM

Le réseau a été fondé en 2006 par le Professeur Dominique Mahieu-Caputo, sur la base de l'équation fondatrice : « précarité + grossesse = urgence médicale ». Il regroupe les

professionnels médicaux et sociaux d'Ile de France confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité (danger somatique ou psychique, relation mère- enfant). SOLIPAM a pour objet d'être un réseau organisationnel transversal et pluridisciplinaire d'amélioration de la prise en charge périnatale en permettant la coordination entre les différents acteurs (secteurs hospitaliers publics ou privés, services sociaux, structure de soins…). L'objectif est d'optimiser la prise en charge globale pour les femmes enceintes, jeunes mères et leurs enfants, jusqu'au 3ème mois après la naissance.

Le dispositif a fait la preuve de son efficacité auprès des professionnels et des familles donnant lieu depuis 2011 à un nombre d'inclusions croissantes. Cependant elle fait face depuis l'année 2019 aux limites de ses modalités de fonctionnement, devant des demandes d'inclusions croissantes (46) .

### 3.4 Les médecins et sages-femmes libéraux

L'accès aux consultations notamment les six premiers mois reste limité aux patientes ayant une couverture sociale Couverture Maladie Universelle (CMU) (devenue Complémentaire Santé Solidaire (CSS)) ou Aide Médicale d'Etat (AME). Pour les patientes n'ayant pas de couverture à 100% de leurs frais médicaux l'accès à un suivi par un professionnel sage-femme ou médecin libéral est très difficile en raison des coûts cumulés des consultations mais également des examens complémentaires à réaliser.

Dans l'enquête de périnatalité de 2016, la part des déclarations de grossesse réalisées par un médecin généraliste était de 18.5%, et de 5.8 % pour les sages-femmes libérales. Concernant les femmes les plus précaires, le suivi de grossesse dans les six premiers mois

avait été effectué par le médecin généraliste dans seulement 7.5% des cas contre 21.9% par un gynécologue de la maternité et 24.7% par une sage-femme de la maternité (40).

En ayant en tête les principaux acteurs nationaux existant en France, nous nous sommes demandé quelles étaient les modalités de prise en charge existantes des femmes en situation de vulnérabilité sociale au cours de la grossesse, en milieu urbain.

L'objectif de cette étude était de déterminer les composantes essentielles à intégrer pour un modèle de prise en charge efficace de ces patientes.

## NOTRE ETUDE

## I. INTRODUCTION

« Grossesse + précarité = urgence médicale ». C'est sur la base de cette équation que le Professeur D. Mahieu-Caputo, entre autres, a fondé le réseau SOLIPAM (Solidarité Paris Mamans) en 2006 (1). Déjà à l'époque elle s'interrogeait sur les modalités des soins proposées aux populations les plus précaires au cours de la grossesse et soulignait les limites du système en place concernant leur prise en charge : obstacles financiers en début de grossesse, recours tardif au système de soin, manque de place dans les maternités pour les accueillir entraînant des délais de prise en charge allongés, repérage trop tardif des situations de vulnérabilité et une coordination difficile entre les différents acteurs de la prise en charge.

Quinze ans plus tard les problématiques liées aux soins prénatals chez les femmes vulnérables sont les mêmes. Le système de santé tel qu'il est actuellement n'a pas permis de combler l'écart entre les populations les plus précaires et les non précaires en dépit d'une volonté d'équité de soins.

Le plan périnatalité de 2005-2007 (2) avait pour objectif une prise en charge plus humaine et plus proche des patients. La mise en place de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) devait permettre notamment une détection précoce des situations jugées à risque pour la mère (ou les parents) et l'enfant à naître. La mise en place de réseau de périnatalité devait permettre

une approche globale de la personne. Pourtant l'évaluation du plan mettait en avant dès 2010, les disparités de prise en charge en fonction des territoires (3).

Parmi les obstacles les plus souvent cités par les femmes, la méconnaissance du système de santé et de leurs droits, le statut administratif précaire et l'absence de couverture maladie sont récurrents, ainsi que la barrière de la langue. Dans l'étude réalisée par Walsh et Downe, les résultats mettent également en évidence le manque de confiance envers les soignants et le sentiment d'un manque de respect et de gentillesse (4–6) .

Dans l'enquête de Médecins du Monde réalisée dans 10 pays d'Europe, seule la moitié des femmes interrogées avait accès à des soins prénataux, 90% d'entre elles vivaient sous le seuil de pauvreté, et 4 femmes sur 5 n'avaient pas d'assurance maladie (5). En 2010, 4,4% des femmes enceintes disaient avoir renoncé à des consultations pour des raisons financières (7).

Les prises en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale sont souvent ressenties comme chronophages et frustrantes pour les médecins qui peuvent se sentir isolés et démunis face à ces situations complexes (6,8). C'est pourquoi la littérature souligne l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire, centrée sur la personne, prenant tout autant en compte les facteurs psycho-sociaux que les facteurs médicaux (9–11).

Ces populations isolées, évoluant parfois en marge de notre société, sont souvent hors d'atteinte pour notre système de soins et la grossesse constitue fréquemment le premier contact (12). C'est donc une occasion unique de réintégrer ces femmes et ces familles dans le système de soins et dans le droit commun.

Cela nous a amené à nous interroger sur les modalités de prise en charge existantes de suivi de grossesse des femmes en situation de vulnérabilité sociale, et leurs expériences par

rapport à celles-ci. A notre connaissance aucune synthèse qualitative des modes de prise en charge des femmes enceintes vulnérables n'a été réalisée.

L'objectif de ce travail était d'identifier, à partir de la revue systématique de la littérature et de la synthèse interprétative des résultats, un modèle de prise en charge en milieu urbain des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale.

L'objectif secondaire était de dégager des mesures pratiques et pragmatiques pouvant être mise en place à l'échelle de Bordeaux Métropole.

# II. MATERIEL ET METHODE

## 1. Type d'étude

La méthode choisie pour répondre à la question de recherche a été la méta-synthèse. Il s'agit d'une méthode d'analyse secondaire des études qualitatives permettant d'intégrer des idées et des conclusions d'études précédentes sur un phénomène donné (47,48).

A partir d'une revue systématique de la littérature, une analyse qualitative structurée du contenu des articles est menée afin d'aboutir à une compréhension nouvelle d'un phénomène donné : « *la méta-synthèse, tout en étant une technique d'intégration de résultats qualitatifs, interprète ces résultats pour en arriver à des conclusions nouvelles* »(49).

La revue systématique de la littérature a été menée en se basant sur les critères de qualité de la grille PRISMA (Prefered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (50), à partir de la recension des écrits portant sur la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité sociale au cours de la grossesse.

### 1.1. Bases de données et dates de réalisation

La recherche s'est faite en interrogeant les bases de données MEDLINE (PUBMED), COCHRANE Library, LiSSa, EBSCOhost (PsycInfo, SocIndex, PsycArticles, Psychology and Behavioral Science Collection), SCOPUS, WILEY, Google Scholar et le catalogue SUDOC. Elle portait sur les documents publiés sans restriction jusqu'au 24 juin 2020.

Les bases de données ont été choisies pour couvrir au mieux le champ médico-psychosocial et leur accessibilité à travers le portail électronique de l'Université de La Réunion. La base SCOPUS a été interrogée en passant par le portail de l'Université de Bordeaux. La recherche sur Google Scholar et le catalogue SUDOC a par ailleurs permis de retrouver des sources issues de la littérature grise comme des thèses ou des rapports d'organisations internationales.

Les inclusions ont été menées à partir des résultats de la revue systématique. Quelques revues de la littérature ont été retrouvées parmi les articles obtenus à partir des équations de recherche. L'étude de leur bibliographie n'a pas conduit à de nouvelles inclusions.

### 1.2. Equations de recherche

Les équations de recherche ont été établies à partir des mots clés présentés dans le tableau suivant, validés avec l'aide d'un documentaliste de l'université de La Réunion. Elles ont été rédigées en non-MeSH afin d'obtenir un maximum de résultats.

| | | |
|---|---|---|
| **GROSSESSE** | **Grossesse, femmes enceintes, prénat*, périnat*,** | **Pregnan*, perinat*, prenat*, mother*, expecting wom*, antenat*** |
| **VULNERABILITE** | Vulnérab*, précarité, pauvr*, migrants | Vulnerab*, precarious, precarity, precari*, disadvantaged, poor, poverty, low-income, jobless, insecur*, homeless*, jobless, immigrants, low wage (low-wage), abused women, social isolation |
| **PRISE EN CHARGE** | Aide, soutien social, soins | Primary care, social work*, social support, care, support, assist, program*, help<br><br>Hospital, maternity, midwife, empower, community |
| **METHODE D'ETUDE** | | Qualitative study, mixed-methods study |

*Tableau II : Construction des équations de recherche*

La vulnérabilité sociale a été recherché à travers ses différentes dimensions : financière (low-income low wage, poverty, poor), la précarité (precarity, precarious, disadvantaged), l'absence d'emploi ou de logement (jobless, homeless), l'isolement, les barrières de communication (social isolation, immigrants), les violences (abused women).

De même la « prise en charge » où les solutions ou réponses ont été envisagées sous différentes approches : médicale et psychologique (primary care, hospital, maternity, midwife ou soins) sociale (social work*, program*, assist*), communautaire (social support, community, help, empower*).

Les associations entre les mots clés ont été variables d'une base de données à une autre de même, les mots-clés ont parfois été retranscrits sous une autre forme (poverty au lieu de poor, ou care simplement au lieu de primary care).

Les combinaisons et la longueur des équations sont variables selon les bases de données, ces dernières ne répondant pas toute de la même façon.

L'ensemble du détail des équations de recherche est disponible dans le tableau présenté en annexe (ANNEXE 3).

## 1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

### 1.3.1. Critères d'inclusion

Les documents retenus devaient traiter de la prise en charge des femmes enceintes et en post partum immédiat (sans distinction au niveau du terme et jusqu'à 1 mois après la naissance). Le délai d'un mois a été choisi parce qu'il s'agit de la période suivant immédiatement la grossesse et l'accouchement comprenant les premières semaines de vie du nouveau-né ce qui nous paraissait pertinent pour notre étude.

Les femmes sujets de ces études devaient présenter des facteurs de vulnérabilité antérieures à l'accouchement (apparus pendant la grossesse ou plus anciens) : précarité sociale ou administrative, sans emploi, sans-abris ou sans logement stable, migrantes, ou victimes de violence, d'isolement.

Par ailleurs ces femmes devaient évoluer en milieu urbain avec les enjeux de densité de population et de précarisation qui y sont propres, le but étant de pouvoir transposer les résultats de notre étude à l'agglomération de Bordeaux Métropole (51).

Les documents retenus devaient être des articles originaux : études qualitatives ou études de méthode mixtes.

### 1.3.2. Critères d'exclusions

L'interrogation des bases de données a été mené jusqu'au 24 juin 2020 inclus, (la base de données Cochrane Library a été interrogé le 30 juin 2020 en raison de difficultés d'accès). Les documents publiés postérieurement à cette date n'ont donc pas été inclus dans notre étude.

Les documents se rapportant uniquement à la prise en charge des troubles psychiatriques ou des addictions au cours de la grossesse n'ont pas été inclus. Les addictions et les troubles psychiatriques sont en effet des maladies à part entière contrairement aux autres critères de vulnérabilité que nous avons retenus. Ceux-ci présentent des enjeux de prise en charge spécifiques, de même que les grossesses compliquées (diabète de type 2 ou diabète gestationnelle, hypertension artérielle, patiente infectée par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), pathologies systémiques). Les recherches concernant uniquement des grossesses compliquées ont par conséquent été exclues également.

Les documents se rapportant à une prise en charge en post-partum uniquement n'ont pas été inclus, de même que lorsque cette prise en charge se déroulait en milieu rural ou dans des villes dont la densité de population était inférieure à Bordeaux Métropole.

## 2. Traitement des données et validation de la méthode

### 2.1. Revue systématique de la littérature

Les références obtenues ont d'abord été regroupées dans le logiciel ZOTERO[4] avant d'être importé dans le logiciel COVIDENCE pour procéder à la sélection des articles. COVIDENCE est un logiciel web qui supporte la revue de texte intégral, l'évaluation du risque de biais, l'extraction des caractéristiques et résultats de l'étude et l'exportation des données et des références.

La première phase a consisté à lire les titres et les résumés de chaque document récupéré, ce qui a permis une première sélection. En l'absence de résumé, l'article était proposé en lecture de seconde phase.

La deuxième phase s'est faite après lecture du texte dans son intégralité. Les articles non écartés après les deux phases de sélection ont été inclus.

Lorsqu'il existait un doute sur la pertinence d'un article pour l'étude, un des directeurs de thèse était sollicité afin de décider de l'inclusion ou non.

[4] Logiciel de gestion de références issues de recherche sur le Web

### 2.2. Analyse qualitative

L'objectif de l'analyse était de répondre à notre question de recherche tout en respectant le principe établi par Denis Walsh et Soo Downe (52) à propos de la méta-synthèse selon lequel « *le produit final représente plus que la somme des éléments qui le composent* ».

L'analyse des données a été conduite en s'inspirant des sept étapes de la méta-ethnographie de Noblit & Hare (53) :

| |
|---|
| 1. Décider du phénomène à étudier. |
| 2. Décider quelle étude qualitative inclure. |
| 3. Lire les études qualitatives. |
| 4. Déterminer comment les études sont liées les unes aux autres : identifier les concepts clés dans chaque texte et déterminer les relations entre les différentes études. |
| 5. Traduire les résultats les uns par rapport aux autres : relation de réciprocité, d'opposition ou de complémentarité. |
| 6. Synthèse des études mais aussi du fruit de leur comparaison et de leur mise en relation. |
| 7. Exprimer la synthèse à l'écrit : traduire les résultats de chaque étude en une seule. |

*Tableau III : Étapes de la méta-etnographie selon Noblit & Hare*

Cette méthodologie a été employé à plusieurs reprises dans la littérature pour la réalisation de méta-synthèses (54–56).

Il convient d'abord de se mettre d'accord sur le vocabulaire utilisé.

Nous emploierons ici le mot « *thème* » pour désigner le premier produit de l'analyse, il rend compte du vécu du sujet (« *étiquette* » ou « *propriété* » pour Lejeune (57)). Les catégories sont les concepts dont ces thèmes constituent les composantes ou caractéristiques.

L'analyse thématique aprioriste nous a conduit dans un premier temps à identifier les thèmes et catégories présents dans les textes inclus. Dans un second temps, une approche hypothético-déductive a permis de vérifier leur pertinence et de les préciser à travers l'analyse du reste du corpus. Les catégories retrouvées ont fait l'objet d'ajustements progressifs au cours de l'analyse (reformulation, découpage en sous catégories, regroupement). La suffisance des données a été considéré comme atteinte, lorsque l'analyse ne permettait d'identifier aucune nouvelle catégorie ou thème.

Lors de la phase de synthèse, les catégories ainsi obtenues ont été comparées (repérage des similitudes et des points de discordances entre celles-ci), et les relations qui les sous-tendent analysées (réciprocité, opposition, complémentarité ...), afin d'aboutir à un modèle de prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale.

Durant la phase d'analyse des échanges réguliers ont été effectués avec les deux directeurs de thèses afin de discuter des thèmes et de leur association au sein des catégories.

### 2.3. Suffisance des données et triangulation des données

L'analyse a été menée jusqu'à suffisance des données ou saturation des contenus, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ou nouvelle catégorie ne soit retrouvé à la lecture des articles.

Un deuxième avis a été sollicité au cours de la sélection sur texte intégral en cas de doute sur l'inclusion d'un article, ainsi qu'au moment de l'analyse pour l'identification et le regroupement des thèmes permettant ainsi une triangulation au niveau des chercheurs.

## III. RESULTATS

### 1. Revue systématique de la littérature

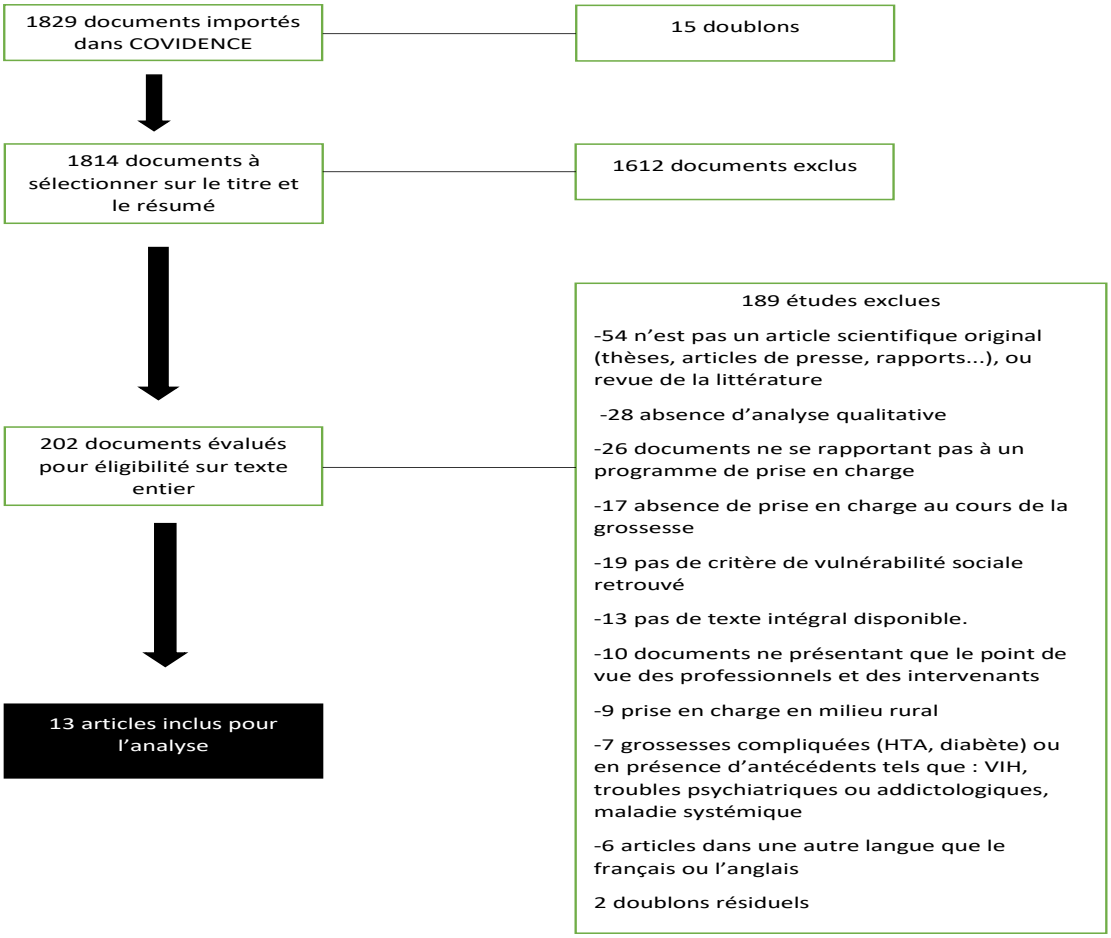
#### 1.1. Diagramme de flux

Au total 2451 documents ont été recensés et importés sur le logiciel ZOTERO.

Après suppression des doublons, 1829 références ont été conservées et importées dans COVIDENCE. Par la suite 15 doublons supplémentaires ont été identifiés dans COVIDENCE.

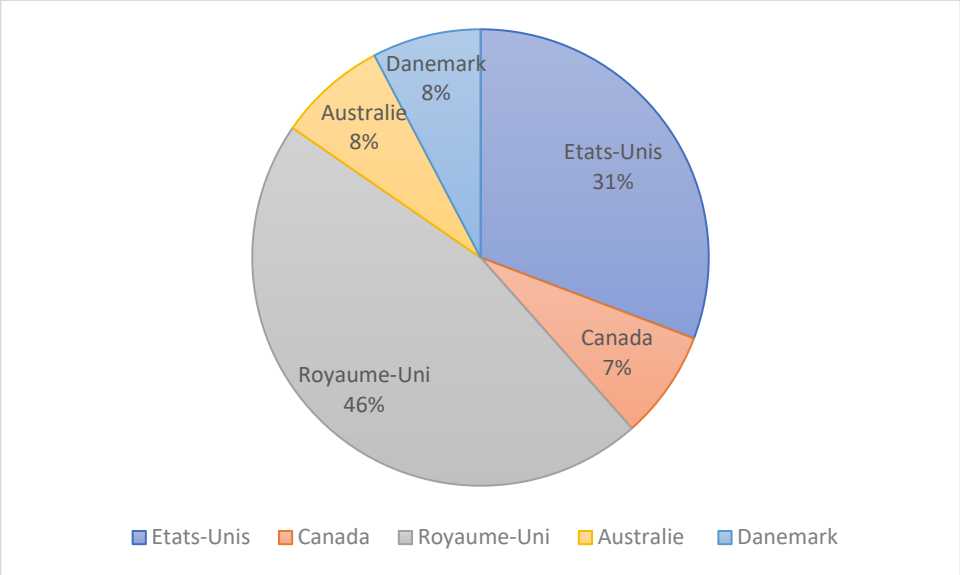
Le processus de sélection est représenté dans le diagramme ci-dessous.

Figure 2 Diagramme de Flux




Finalement 13 études ont été incluses dans la méta-analyse : 4 américaines, 6 britanniques, 1 étude australienne, 1 étude danoise, et 1 étude canadienne.

Figure 3 Provenance des articles




Neuf articles ont été publiés durant les 10 dernières années (dont 7 ces 3 dernières années) et 4 avant, dont seulement 2 avant l'an 2000, ce qui est cohérent avec la production que l'on retrouve dans la littérature sur ce sujet, celui-ci ayant connu un intérêt grandissant ces dernières années.

Figure 4 Nombre d'articles en fonction de leur année de publication

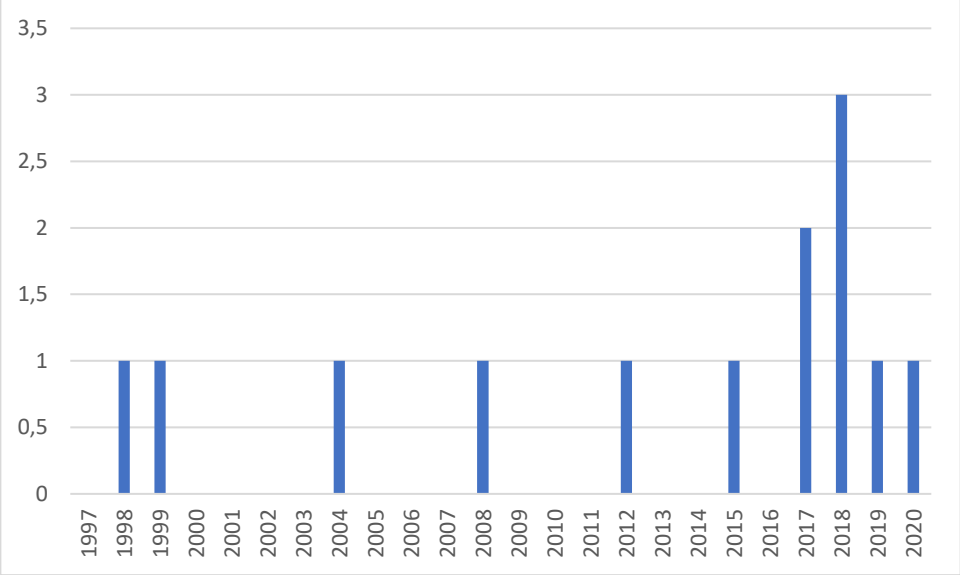
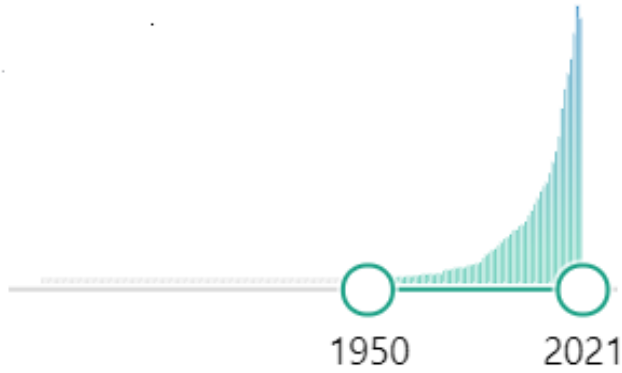



Figure 5 Publications sur le thème de la vulnérabilité pendant la grossesse de 1950 à 2021 (source PUBMED)



## 2. Caractéristiques des articles inclus

### 2.1. Tableau résumant les articles inclus

Les caractéristiques des différents articles ainsi que le déroulement des études sont résumées dans les tableaux ci-dessous. Un tableau plus détaillé est présenté en annexe (ANNEXE 4)

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Christine A Murphy (2008) **N° 1616** | Royaume-Uni, Belfast (Irlande du Nord) | Etude qualitative au sein d'un essai contrôlé randomisé | Mentorat par les pairs par un intervenant non professionnel tous les quinze jours pendant la grossesse et tous les mois l'année suivante, adapté aux souhaits des participants (accueil visites / contacts téléphoniques), en complément des soins habituels | 11 Femmes enceintes, vivant dans des zones défavorisées (identifiée par code postal), primipares et sans antécédents particuliers, ayant bénéficié du programme,<br>Et 11 mentors recrutés spécialement et formés dans le cadre de cette étude<br>Et 2 sages-femmes qui ont supervisé le programme | Entretiens semi-dirigés :<br>1ère vague 9 mois après le début de l'intervention (8 femmes et 6 mentors)<br>2ème vague 1 an plus tard<br>(3 femmes et 5 mentors) | Analyse thématique par deux chercheurs de façon indépendante |
| D. Schild Wilkinson et al. (1999) **N° 275** | Etats-Unis, Californie | Etude qualitative | California's Comprehensive Perinatal Services Program (CPSP) est un programme pluridisciplinaire de soins prénatals pour les femmes éligibles à Medicaid (programme créé aux États-Unis qui a pour but de fournir une assurance maladie aux individus et aux familles à faible revenu). | 15 femmes recrutées dans les centres de soins prénatals (5 femmes d'origine hispanique, 5 afro-américaines et 5 femmes caucasiennes)<br>Bons cadeaux de 20 dollars si participe à l'étude. | Dans une clinique de soins prénatals<br><br>5 Focus Groups de 90 minutes à 2 heures conduits par 2 chercheurs | Codage et analyse concomitante par les 2 chercheurs |

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Elisha Riggs **(**2017) **N° 1708** | Australie,Melbourne | Etude qualitative phénoménologique | “Healthy Happy Beginnings” Un modèle communautaire de soins de grossesse en groupe Equipe pluridisciplinaire : une sage-femme, une infirmière et un travailleur communautaire biculturel. Consultation individuelle avec la sage-femme et séances de groupe bimensuelles avec présence d’un interprète. | 19 mères vulnérables femmes Karen de Birmanie ayant participé à la première année de mise en place du programme et ayant accouché Ont reçu un bon d’achat de 30 dollars australiens | 2 Focus group avec un interprète, d’une durée de 2 heures chacun. | Analyse thématique manuelle conduite par les deux auteurs |
| Gina Novick Lois (2012) **N°666** | Etats-Unis | Etude qualitative menée dans le cadre d'une étude plus large examinant les expériences des femmes recevant des soins prénatals en groupe | Soins prénatals en groupes de 8 à 12 femmes d'âge gestationnel similaire. Première visite prénatale individuelle (anamnèse complète et examen physique), puis les femmes assistent à 8 à 10 séances de groupe de deux heures. | 21 femmes enceintes à faible revenu, ou appartenant à des minorités ethniques participant au GPNC pour les entretiens<br><br>Et 18 personnes qui n’ont pas fait l’objet d’entretien mais ont été observées et interrogées de façon informelle (8 FE, 6 invités, 2 infirmières 2 assistants médicaux | Dans deux centres de soins prénatals au sein de clinique en milieu urbain,<br><br>Entretiens semi-guidés<br><br>Observations et interviews informelles | Logiciel Atlas.i pour aide à l’analyse Analyse thématique puis analyse situationnelle |

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Heather Ohly et al. (2018)<br>**N° 1172** | Royaume-Uni, 2 régions du Nord-Ouest de l'Angleterre | Etude qualitative | Healthy Start : programme gouvernemental qui vise à fournir des bons alimentaires aux familles à faible revenu, afin d'améliorer la nutrition maternelle et infantile, et de promouvoir l'allaitement maternel | 5 Femmes enceintes bénéficiant du programme et 6 ayant été enceinte durant les 6 derniers mois et ayant bénéficié du programme pendant cette grossesse recrutées en partie dans les centres de santé pour enfants *Sure Start*<br>Un bon d'achat de 10 livres était offert aux participantes | Entretiens semi-dirigés puis entretiens réalistes : l'enquêteur explique ce qu'il pense qu'il pourrait se passer au sein du programme et le participant offre son point de vue en retour<br>Certains participants ont été reconvoqué pour une deuxième série d'entretien pour approfondir les thèmes<br>Choix du lieu laissé à la convenance des participantes | Codage et analyse par l'auteur principal cependant les co-auteurs ont pu être consultés<br><br>Analyse réaliste |
| Jenny McLeish and Maggie Redshaw (2015)<br>**N° 1707** | Royaume-Uni, Londres, Nord et Ouest de l'Angleterre | | Neuf projets de soutien par les pairs en Angleterre ciblant les femmes défavorisées pendant la grossesse et la période postnatale. La durée de l'intervention pouvait aller jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Intervention 1 pair ou 1 mère ou parfois plusieurs intervenants pour une mère ou séances de groupe. | 47 bénévoles (toutes des femmes) de différentes origines et de statut socio-économique variés et 42 mères « vulnérables » : isolement, dépression, retard d'apprentissage lié à un handicap, VIH, violence domestique, viol, traite des êtres humains, maternité à un jeune âge, procédure d'asile, détention, immigration, sans-abri, pauvreté, détention ou emprisonnement…) participant ou ayant participé à un programme de soutien par les pairs ont été interrogés | Entretiens semi-dirigés avec les mères (durée de 17 à 90 min) à leur domicile<br>Et les pairs (durée de 20 à 90 min) à leur domicile<br>1 volontaire et une mère ont été interrogé par téléphone. | Analyse Thématique<br>Logiciel NVIVO 10<br>Un des chercheurs a analysé l'intégralité des transcriptions le deuxième chercheur seulement quelques extraits, les thèmes ont ensuite été discuté entre les deux |

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jenny McLeish and Maggie Redshaw (2019) **N° 1802** | Royaume-Uni, Bradford, Hull et Essex. | Etude qualitative, éclairée par la psychologie sociale phénoménologique, | Trois projets de doulas bénévoles opérant le même modèle de soutien. Soutien sous forme de visites à domicile, soutien téléphonique et visites hebdomadaires d'une heure en fonction des besoins de la femme. | 13 mères célibataires, des femmes dont le partenaire ne pouvait pas être présent à la naissance, des femmes vulnérables (isolement social, problème de santé, violence domestique ou migration récente), ou des femmes prises en charge par le service de protection sociale des enfants<br><br>Et 19 doulas expérimentées (entre 4 mois et 6 ans) | Entretiens semi-dirigés, choix du lieu et du moment laissé à la participante<br>13 avec les mères (25-75 min)<br>Dont 1 Interview par téléphone<br>19 avec les doulas (37-99 min) dont 4 interviews par téléphone | Analyse thématique jusqu'à saturation des thèmes<br>Logiciel NVIVO<br>Analyse indépendante par les deux chercheurs puis confrontation des thèmes et discussion |
| Louise J. Hunter (2018) **N° 1187** | Royaume-Uni | Etude qualitative | Pregnancy Circles<br>Groupe de soins prénatals se déroulant au sein de centre de soins communautaires situées dans des zones socio-économiques défavorisées avec des femmes enceintes dont le terme était fixé dans les deux semaines | Femmes enceintes recevant des soins prénatals au sein de 3 centres communautaires locaux dans différents lieux géographiques | Focus Group (d'environ 90 minutes, 26 femmes)<br>Observation pendant les Pregnancy Circles (24 femmes) et entretien semi-dirigé (6 femmes)<br>6 semaines après l'accouchement (durée jusqu'à 60 minutes) choix du lieu laissé à la convenance des participantes | Analyse thématique Braun et Clark<br>Codage par 2 auteurs de manière indépendante (Logiciel NVIVO 11) puis validée par l'ensemble de l'équipe de recherche. |

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Marie-Clare Balaama, Gill Thomsonb (2017)<br>**N° 1103** | Royaume-Uni, service de maternité du nord de Londres | Méthode Mixte | Service de sages-femmes spécialisées l'équipe Vulnerable Adults and Babies Midwives VABM)<br>ET<br>Une association caritative locale - Birth Companions qui fournit des soutiens bénévoles centrés sur la femme aux femmes enceintes/ nouvelles mères | 11 Femmes :<br>11 patientes recrutés au 3ème trimestre de la grossesse ou première semaine en post-partum, ayant des besoins psychosociaux complexes et ayant reçu un soutien par Birth Companion pendant la grossesse (n=5), de Birth Companions et du service VABM (n=4), de l'équipe VABM uniquement (n=2) | Entretien semi-dirigé pendant la première semaine suivant l'accouchement à l'hôpital ou au domicile des patientes.<br><br>Durée entre 20 et 48 minutes | Logiciel MAXQDA, analyse par les 2 auteurs (cadre thématique Braun et Clark) |
| Michel Perreault et al. (1998)<br>**N° 541** | Canada, Québec | Etude qualitative<br><br>Analyse secondaire de contenu déjà récolté | Programme Intégré de Prévention en Périnatalité (PIPP*) Naître égaux et Grandir en santé* :<br>Suppléments alimentaires + suivi toutes les deux semaines par une intervenante (infirmières, travailleuses sociales, nutritionniste, organisatrice communautaire ou médecin) | Recrutement via 4 centres locaux de services communautaires à l'est de Montréal de 34 femmes enceintes nées au Québec (revenu familial sous le seuil de pauvreté, situation familial problématique) | Analyse secondaire du contenu des entretiens :<br>32 entretiens réalisés pendant le 8ème mois de grossesse et 2 entretiens après l'accouchement (naissance prématurée) au domicile des patientes ou aux centres locaux de soins communautaires | Analyse thématique de contenu |

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sara Pihl Jakobsen (2018) **N° 1583** | Danemark, dans une région alternant zone urbaine et zone rurale | Etude qualitative phénoménologique herméneutique | Soutien social et professionnel par une sage-femme dédiée et un visiteur de santé affectés à chaque femme / couple. Quatre séances prénatales et une à deux séances post-partum. | 8 femmes (victimes de violences, addictions anciennes, troubles mentaux, mères isolées) qui avaient bénéficié de l'intervention et avaient accouché depuis moins de 3 mois au moment de l'inclusion | 8 Entretiens semi-dirigés 12 à 18 mois après l'accouchement soit au domicile des femmes soit à la clinique prénatale ou dans la bibliothèque publique locale, où un espace semi-privé était disponible | Etude qualitative phénoménologique herméneutique |
| Tenya M Blackwell et al. (2020) **N° 305** | Etas-Unis, New-York | Etude de méthode mixte | Service de messagerie texte d'information (mHealth ) dirigé par le Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies américain qui envoie des SMS gratuits aux femmes enceintes ou ayant des enfants de moins d'un an, en leur fournissant des informations et des rappels pour améliorer leur santé et la santé de leurs bébés | | Dans un centre de santé de New-York<br><br>2 Focus Group 1 interview, 3 observations<br><br>2 entretiens avec des informateurs clés, | NVivo version 11.0<br><br>Analyse phénoménologique |

| Article (Auteurs) | Cadre | Type d'étude | Intervention | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vanessa B. Sheppard (2004) **N° 1647** | Etats-Unis District de santé en Virginie | Etude qualitative transversale | Programme de visites à domicile HealthyStart Emploie des « mères ressources » avec pour objectif de réduire la mortalité infantile dans certaines communautés. Pas d'information sur le nombre et la fréquence des visites. | Mères à faible revenu et des futures mères qui participaient depuis au moins 3 mois au programme de « home visiting », recrutées dans 6 cliniques publiques de soins prénatals situées dans des zones géographiques avec des taux élevés de mortalité infantile et de faible poids à la naissance<br>Pas d'information sur le nombre de participantes (88 ?)<br>Bons cadeaux de 30 dollars pour la participation | 6 Focus groups d'une durée de 2 heures se déroulant dans les cliniques ? | Analyse par théorisation ancrée Codage indépendant par deux enquêteurs |

*Tableau IV : Caractéristiques des articles inclus*

## 2.2. Comparaison des caractéristiques des articles

### 2.2.1. Recueil de données et méthode d'analyse

Les modes de recueil de données utilisé pour les différentes études étaient variés : focus group, observations, entretiens semi-dirigés.

Les méthodes d'analyse comprenaient : l'analyse phénoménologique, l'analyse réaliste, l'analyse thématique. Dans certains cas un logiciel d'aide au codage était utilisé. La plupart des analyses et des entretiens étaient menés par deux chercheurs.

### 2.2.2. Nombre de participantes et critères de vulnérabilité

Le nombre de participantes variait de 8 à 89. Trois études ont interrogé des pairs ou des mentors ou encore des doulas en plus des femmes enceintes ou des jeunes mères. Dans une étude, des sages-femmes ont également été interrogées et dans une autre des « *informateurs clés* » correspondants à des responsables au sein des centres de santé. Les femmes interrogées avaient dans certains cas déjà accouché mais les sujets abordés lors des focus group ou entretiens se rapportaient au moins en partie à la grossesse. Néanmoins dans certaines études l'expérience des femmes dans le post-partum a pu également être recueillie.

Les participantes avaient des critères de vulnérabilité larges : faible revenu ou vivant sous le seuil de pauvreté, mères isolées, sans abris, victime de violence, migrantes. Dans certaines

études les critères d'inclusion des participantes étaient plus larges que ceux que nous avions définis pour notre étude. Il y a donc dans quelques études des femmes présentant des troubles psychologiques ou des addictions, et dans une étude une femme vivant avec le VIH.

#### 2.2.3. Modèles d'interventions

Les interventions étaient diverses, allant d'une application téléphonique à l'utilisation de bons alimentaires, des groupes de soins prénatals au sein de centre de santé à du soutien à domicile par des sages-femmes ou des pairs. Dans un des articles les femmes étaient prises en charge conjointement par une équipe hospitalière et une organisation caritative les Birth Companions.

## 3. Synthèse des thèmes contenus dans les articles

### 3.1. Conduite de l'analyse thématique

L'analyse a été menée en suivant les 7 étapes de la méta-éthnographie de Noblit & Hare.

L'analyse thématique a été conduite en adoptant une démarche inductive faisant émerger des thèmes qui ont ensuite été vérifiés par une approche déductive lors de l'analyse des articles suivants. Les rapports de réciprocité d'oppositions et de complémentarité entre les différents thèmes ont été analysés faisant émerger les différentes sous-catégories et catégories.

### 3.2.Synthèse des thèmes retrouvés dans les articles inclus

Les catégories suivantes ont été identifiées à partir de l'analyse des résultats des articles inclus, correspondant à un premier niveau de synthèse :

- l'impact du soutien.
- le développement de l'autonomie
- une relation de soin sécurisante et centrée sur les besoins
- une situation complexe facilitante ou au contraire faisant barrage à l'intervention
- l'expérience antérieure des soins prénatals

Les thèmes et catégories sont retranscrits dans le tableau ci-dessous ainsi que les articles dans lesquels ils sont apparus.

| Catégories | Thèmes | Articles concernés |
|---|---|---|
| **Impact du soutien** | Surmonter le stress et l'anxiété | 275,541,1103,1708,1802,1187 |
| | Se sentir valorisée | 541,1616,1707,1802 |
| | Rompre l'isolement, un lieu sûr | 541,666,1103,1708,1802,1187 |
| | Mieux accepter la grossesse | 541,1187 |
| | Soutien matériel | 541,1103,1172 |
| **Développer l'autonomie** | Augmenter ses connaissances et ses capacités | 305,541,1103,1708,1802 |
| | Modifier les habitudes de vie néfastes | 541,1172,1187 |
| | Avoir le contrôle, gestion des ressources | 1103,1172,1187,1616,1707,1708,1802 |
| | Développer son propre réseau, s'intégrer à la communauté | 541,1707,1802 |
| **Une relation de soins sécurisante centrée sur les besoins.** | Confiance et absence de jugement | 541,666,1103,1187,1583,1647,1707,1708 |
| | Disponibilité et Flexibilité | 541,666,1103,1707,1802 |
| | Expériences personnelles et compétences | 275,1647,1707 |
| | Soutien inconditionnel, encouragement | 541,1103,1802 |
| | Intermédiaire avec les différents services | 275,305,1172,1647,1707,1708,1802 |
| | Soins centrés sur leurs besoins | 1103,1187,1707 |
| | Continuité de soins | 541,666,1103,1707,1708 |
| **Eléments conditionnant l'adhésion à l'intervention** | Manque d'information sur le programme | 1583,1707 |
| | Conditions de vie : transport, logement | 666, |
| | Peur d'être stigmatisé | 275,666,1583 |
| | Ambivalence de l'entourage | 275,666,1616,1708 |
| | Ambivalence des différences culturelles | 275,305,1187,1616,1708 |
| **Expériences des soins prénatals en dehors de l'intervention** | Manque de communication | 305,1647,1802 |
| | Problèmes liés au temps : manque de temps, temps d'attente trop long | 1802,1707,1616,1103,666 |

*Tableau V : Synthèse des thèmes retrouvés dans les différents articles*

Après cette étape de synthèse des résultats des articles, une nouvelle étape de synthèse interprétative attendue dans la méta-synthèse a été réalisée.

Les thèmes identifiés ont pu être regroupé au sein de deux grandes catégories :

- la mise en avant des capacités d'une part
- et la mise en place de dispositifs spécifiques d'autre part.

## 4. Mobiliser et développer les capacités

La mobilisation des capacités des patientes passait par le développement de la confiance en soi et l'acquisition (et ou le renforcement) de nouvelles compétences.

### 4.1. Développer la confiance en soi

Premier ingrédient indispensable, le développement de l'estime de soi a été souvent souligné par les bénéficiaires et les intervenants. Les mécanismes pour y arriver comprenaient l'absence de jugement, le soutien inconditionnel, la socialisation et l'assurance d'une certaine confidentialité.

Les patientes se sentaient valorisées et sécurisées notamment parce qu'elles bénéficiaient d'une écoute dépourvue de jugement de la part de l'intervenant.

> *« We thought that we'd be judged and …kind of be treated like we were nasty people and things like that. Whereas in … we were never judged on our cirumstances not once. »*
> Participante Art N°1103.

Une participante a notamment souligné l'absence de jugement de la part de la *doula*, s'agissant de certains sujets, contrairement aux discussions avec ses proches :

> *« I could say what I wanted and not have [the doula] come back with anything…I quite often said, 'I don't want to be pregnant anymore, I've had enough now.' And my mum'd be like… 'Don't say things like that, it's horrible things to say.' … Whereas when I said that to [the doula], she was like, 'Yeah, I understand ».* Participante Art N°1802

L'assurance de la confidentialité des informations qu'elles partageaient les amenaient à aborder la plupart des sujets et ceux bien que cela se fasse en présence d'autres femmes comme lors des groupes de soins prénatals :

> *« In the group, we don't hide anything really . . . because from the beginning,the midwives showed us that it's very, very confidential, so that puts all of us at ease to discuss about any matter, any, really. But if it's one to one, you don't know them . . . even though you have some concern, you don't talk about it »* Participante Art N°1187

Par ailleurs, le soutien inconditionnel de la part de l'intervenante était l'une des causes les plus souvent citées par les participantes et les intervenantes, les rassurant sur le bienfondé de leur décision ou sur leur façon de s'occuper de leur bébé ou encore les encourageant dans leurs efforts :

> *« It's made me so, so confident to do what I'm doing. X [VABM midwife] said, yes, I'm going to help you, you're doing a good job, everything going to be OK. And I'm so proud for that woman, she make me so nice, she make me so, so confident. »* Participante Art N°1103.

> *« It gaved her a lot of confidence, because I was like, « You are doing really brilliant…look how far you've come » »* Doula Art N° 1802

Dans le cas d'une patiente ayant eu un passé d'addictions , le soutien des pairs était particulièrement valorisé :

> *« I'm now a previous drug user and they [Birth Companions] are supporting me around staying off of it, and just being there for me emotionally . . . And they've constantly just gave me compliments and how well I'm doing. »* Participante Art N°1103

La socialisation permettait la sortie de l'isolement dans lequel évoluaient souvent ces femmes leur permettant de développer des amitiés mais aussi de s'intégrer dans leur communauté, source de soutien :

> *« I'm in the house a lot of the time, by myself, just with my kids. That was one of the ways out for me to talk with others and not just be, you know, having to deal with everything on my own and not have anybody to talk to. It's just good to get to talk and laugh with other people, because, my partner, he kept most control of me getting out and being around my friends and family. »* Participant Art N°666

> *« Everyone is really supportive of each other and there is a lot of advice going around between us Mums, what is really great . . . you know being there at 4 o'clock or 5 o'clock the morning and feeling that you are not there by yourself »* Participante Art N° 1187.

### 4.2. Acquérir ou renforcer des compétences

Les programmes étaient l'occasion pour les femmes d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences leur permettant d'être mieux préparée à l'accouchement et à la parentalité, une meilleure utilisation des services à leur disposition et la modification des habitudes de vie néfastes.

Les interventions mises en place était l'occasion pour ces femmes d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences leur permettant d'être plus sûres d'elles et plus confiantes . En trouvant des réponses à leurs interrogations cela leur permettait d'être mieux informées sur l'accouchement, leur fournissait un sentiment de sérénité pour prendre les décisions les concernant :

> *« I felt prepared … Because you know what to do, and you know that there's someone there for you. Like the midwife, she's there for you, so you don't feel nervous »* Participante Art N°1708

> *« I could ask a lot of questions, especially with end of pregnancy . . . and so they were really clear about explaining to me . . . so yes, I was really well informed before the birth how everything was going to be going, when the time had come. »* Participante Art N°1103

La prise de contact avec des membres de la communauté en participant à d'autres programme ou en se familiarisant avec des lieux qui favorisent les rencontres avec d'autres mères ont également été cité:

> *« She encourages me to go to other classes that help you take care of babies, parenting, how to budget my money. She encourages me to go to classes to prepare me to be a good parent. ›* Participante Art N°1647

> *« Before [the doula] left we'd gone out and seen what playgroups there was, or baby massage and stuff, so when she'd left I had all this to do »* Participante Art N°1802.

Dans le cas de femmes réfugiées vivant leur première grossesse dans le pays d'accueil, l'apprentissage d'un certain vocabulaire, leur a permis de mieux comprendre les professionnels de santé:

> *« I learnt the terminologies and, when the doctors are speaking to me, I learnt how to respond to that. Like the word « push. » »* Participante Art N°1708.

L'intervention leur permettait souvent une meilleure utilisation des services qui leur étaient proposés : en fournissant une aide pour la traduction lorsque leur maîtrise de la langue n'était pas suffisante :

> *« I can't explain myself 'cause my English is not good, so you always need someone who can explain for you. And who knows the law. I think it helped me, 'cause [the volunteer] went with me, even to the GP, 'cause they don't give you a letter if you ask them sometimes. But she explained everything to them properly and yeah, they give it. »* Participante Art N°1707.

En aidant à surmonter la réserve lors des rendez-vous médicaux lorsque tout n'a pas été compris, la *doula* se faisant alors le « porte-parole » de la femme enceinte :

> *« If the doctor or the midwife's not explained something enough…I'll ask mum, »Do you want any more information ? » And if she feels she wants to, then we probe that with the midwife »* Doula Art 1802.

Ou en les encourrageant à choisir les thèmes à aborder lors des séances de soins prénatals afin de répondre au mieux à leur besoins :

> *« At the beginning of every session we have like this little whiteboard where we can write anything that . . . we wanted to discuss . . . so it was great because it was not only led by the midwives, it was kind of led by you »* Participante Art N°1187

Les femmes se sentaient alors plus écoutées en ayant l'opportunité de poser leurs questions et en obtenant des réponses.

Le soutien pouvait être instrumental. Il passait par le transport aux rendez-vous comme dans le cas de cette femme que la volontaire a accompagné à son rendez-vous chez le travailleur social :

> *« One time I had to go to the social workers, I didn't know, where was the place ? And one from the Birth Companions she said, don't worry, I will take you to this place. She helped me with the pushchair, you know, she was holding the baby, we was going on the bus, you know. »* Participante Art N°1103

Il prenait également la forme de fourniture de vêtements ou d'équipements pour elles ou pour le bébé :

> *« And they're going to look into supplying a breast pump for when I leave hospital and some like storing bottle things, some milk bags. »* Participante Art N°1103

Pour certaines d'entre elles, le bénéfice du programme était partagé avec d'autres membres de la famille et pas pour leur propre santé, comme dans le cas des bons alimentaires fournis pendant la grossesse que les femmes utilisaient pour une meilleure alimentation de leurs autres enfants et pas nécessairement pour elles-mêmes :

> *« Yes, when I was pregnant it went more towards … my older two boys. I would eat the fruit and veg and the milk as well but I put it more towards them with them » being children. I thought they enjoy it more »* Participant Art N°1172

Les bons alimentaires leurs permettaient par ailleurs de mettre de l'argent de côté, qu'elles pouvaient ensuite consacrer à d'autres dépenses essentielles comme l'habillement des autres enfants.

> *« It saves you that money because if you think about it, that a month is £20-£30 a month being saved that can go towards kid's clothes, days out, just stuff like that, essential other stuff that you need as well. »* Participante Art N°1172.

L'une des manifestations des connaissances et compétences nouvellement acquises était la modification des habitudes de vie jugées néfastes au premier rang desquels les habitudes alimentaires souvent évoqués par les participantes, mais aussi la consommation de tabac :

> *« Au début 'a voyait que j'buvais pas beaucoup de lait. Pis là,a'm'disait ben faudrait que t'en boives un p'tit peu plus, t'sais, pis là 'am'pesait pis a m'disait : ben là c'est pas pire…là 'a'l sait que j'en bois du lait, 'a trouvat que y faisais ben des efforts pis en plus que jfume moins,t'sais , la m'encourage,a'm dit : ben au moins t'as engraissé… »* Participante Art N°541

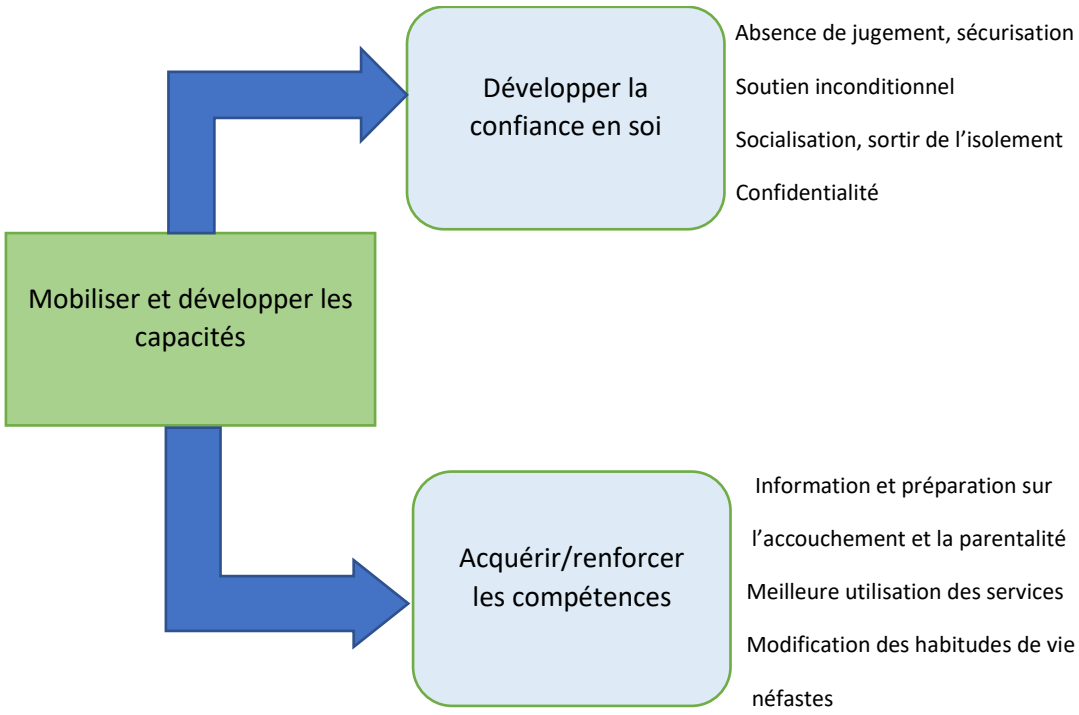
> *« …the vouchers that actually pushed me forward to start eating healthy and buy more stuff ⋯ I think that is what it was because I was pregnant as well and obviously I wanted to have the benefits, my daughter to have a good start instead of eating rubbish. »* Participante Art N° 1172

Cela leur a par ailleurs permis de s'affirmer au sein de leur foyer en priorisant leurs rendez-vous médicaux par exemple :

> *« My husband is supposed to work every Saturday . . . so I told him, « Tell your chef, tell your manager that today you must take off "til two o"clock, I must attend to my meeting »»* Participante Art N° 1187.

Les thèmes développés dans cette première partie sont représentés dans la figure ci-après.

Figure 6 Arbre thématique "Mobiliser et développer les capacités"



## 5. Des dispositifs spécifiques

Cette mobilisation des capacités est permise par la mise en place de dispositifs spécifiques. « Spécifiques » car ceux-ci s'inscrivent dans le contexte de vie des patientes tenant compte de leurs conditions de vie (logement, composition du foyer), de l'implication du partenaire (celle-ci pouvant être jugée souhaitable ou non par la patiente et/ou par les intervenants), et dans certains cas des différences culturelles qu'il peut exister entre l'intervenant et la culture d'origine de la patiente.

### 5.1. Inscris dans un contexte

La connaissance du contexte dans lequel se déroule la grossesse constitue un préalable indispensable à toutes intervention afin de proposer aux patientes des solutions correspondant au mieux à leurs besoins.

Au premier rang desquelles des conditions de vie précaires logement instable, ou difficulté d'accès au lieu de soins qui se révèlent être des sources d'inquiétude.

Dans le cas de cette participante que la grand-mère refuse d'héberger après son accouchement, et qui est sans emploi les préoccupations sont multiples la grossesse n'étant plus à ce moment « la priorité » :

> *« My grandmother made me feel real bad, because she told me, "When you have the baby, you and the baby can't stay here." It made me feel like, alright, she don't care.But when you don't have a job and you have the baby and you don't have nowhere to go, that is constantly on your mind. »* Participante Article N°666

Pour cette autre femme c'est son conjoint qui refuse de la conduire à ses consultations ou de garder les enfants. Elle doit non seulement se débrouiller pour s'y rendre mais également y amener ses autres enfants :

> *« He figured it wasn't really necessary for me to go, so he just stopped bringing me and stopped watching the kids, so I had to keep bringing them with me. But I felt that it was important that I still did go. Now I have to try and get rides from my parents or from my friends, or whoever I could get a ride with. »* Participante Article N°666

Ces contextes de vie pas toujours simples amenaient parfois les patientes à penser que l'aide qu'on leur proposait revenait à remettre en question leur capacité à être une bonne mère. Plusieurs ont rapporté le sentiment d'être stigmatisées :

> *« I thought that this [intervention] was offered to someone who is not in control of anything that they are trying to help those who are not suitable for parenthood. »* Participante Art N°1583.

> *« They might have formulated it in another way when they suggested I join […] they kind of made me feel that I would be insufficient as a mother. »* Participante Art N°1583

A celui-ci s'ajoutait la peur du regard des autres, notamment dans les centres de santé communautaires. Une des sages-femmes a rapporté, par exemple, que plusieurs personnes refusaient de se rendre au centre de santé en raison des commérages car tout le monde s'y connaissait.

> *« I've had people say, « I don't go to [facility name] because I know everybody and they talk about each other. » »* Sage-Femme Art N°666

L'entourage des patientes jouait un rôle majeur dans la prise en charge, celui-ci pouvant se révéler aidant ou opposant. Parmi les membres du foyer l'implication du partenaire dans l'intervention a souvent été mentionné.

Dans plusieurs cas, elle a été évoquée de façon positive par les patientes et les intervenants. Elle permettait à celui-ci de mieux appréhender les sentiments et les sensations par lesquels pouvait passer sa compagne et de s'informer sur la manière d'y faire face et de la soutenir :

> *« He can understand how to cope with me, how to take the stress and the discomfort away. Now he feels being in the group meeting is a big part of supporting the expectant mom. »* Participant ArtN°666

Dans d'autres cas, l'implication du partenaire se révélait problématique et constituait même une barrière à la participation au programme, comme pour cette femme victime de violence au sein de son couple :

> *« I was in an abusive relationship and I was scared that if the resource mother found out about it they was going to try to take my baby away. It took like 2 or 3 tries for her to actually get me to come into the program »* Participante Art N°1647.

La présence de celui-ci était souvent un obstacle à la communication lors des visites par les pairs notamment :

> *« He always sat and watched the TV and I always felt rushed when he was there, whereas if she was on her own she could talk more... »* Mentor Art N°1616

La position sur l'implication du partenaire n'est donc pas clairement définie, certaines femmes ayant même refusé l'intervention car la présence de leur partenaire n'était pas autorisée lors de certains groupes de soins prénatals par exemple. Elles y voyaient un obstacle pour partager l'expérience de la grossesse à deux.

Autre composant majeur des conditions de vie des femmes enceintes, la culture d'origine dans le cas des femmes migrantes, et les différences culturelles pouvaient être ressenties de différentes façons.

Dans certaines situations il s'agissait d'un frein à la communication :

> *« You . . . might have a group that have got mixed races from mixed backgrounds which might not want to discuss things in front of other people »* Participante Art N°1187

> *« I would have made a joke out of it. But you can't do that with the culture difference »* Mentor Art N°1616

Néanmoins les différences culturelles ont le plus souvent été citées par les participantes dans les différents articles, comme une source d'enrichissement, mettant en avant leurs ressemblances plutôt que leurs différences :

> *« We've got a much older Hispanic woman. And she may not have a real connection with the young, black primipara. But, there they are, in the same room, hanging out. So even if they may not look at each other and go, "Yeah, I totally understand what you're saying," they're still communicating by way of participating together. »* Sage-femme Art N°666

> *« I think at the end of the day we were all Mums or Mums-to-be like, everything else kind of stays away . . . in a way it was more enriched, there was a lot of enrichment in the group that we were all so different, from different places you know* » Participante Art N° 1187

### 5.2. Organisés autour de quatre axes

Les dispositifs d'intervention prennent des formes multiples mais nous avons cependant pu identifier 4 axes centraux autour desquels s'organisent ces interventions :

-une approche pluridisciplinaire : travailleurs sociaux, membres de la communauté, professionnels de santé

-la sécurisation qui peut se manifester sous forme d'un espace d'échange perçu comme « sûr » ou de la relation de confiance établie avec l'intervenant ce qui permet une continuité de soins

-un objectif commun de gain d'autonomie pour les patientes

- et la disponibilité et la flexibilité des échanges avec une capacité à s'adapter dans une certaine mesure aux situations de chacune.

Premièrement, l'établissement d'une relation de confiance entre les femmes enceintes et les intervenants est le préalable indispensable à la mise en place des dispositifs. Elle a été soulignée et mise en avant dans tous les articles de notre étude.

La confiance se manifestait par une liberté de parole ressentie par les participantes :

> *« We could talk about everything. Absolutely everything. My feeling was that they saw us as who we were […]. It was so liberating to be able to sit with two strangers, yet they were just so professional and so humane – it was really nice. »* Participante Art N°1583

Dans certains cas la relation établie est si importante qu'un certain degré d'intimité était ressenti par les participantes :

> *« [The volunteer] is like my mum. Seriously, she [has] been like a mum to me. She is my friend, I can talk to her [about] whatever I want, I can meet her whenever want… She is really friendly, she is patient, she will listen to you and I like everything about her. »* Participante Art N°1707

L'existence de cette relation permettait ensuite à l'intervenante d'aborder des sujets plus délicats avec les principales concernées et d'apporter une réponse la plus proche des besoins de la patiente ce qui a été valorisée par plusieurs d'entre-elles :

> *« The first few visits are about…building up that relationship and then once you've got that trust and that bond, it's easier then to talk about the things that they maybe don't want you to talk to them about, like stopping smoking. »* Art N° 1802 Doula

Deuxièmement, la disponibilité des intervenantes a été souligné par plusieurs participantes : elles n'étaient souvent qu'à un coup de téléphone de leurs patientes :

> *« [The Midwife] knew us so well . . . and because we built that relationship with her, it was much easier to ask her a question and her to be able to answer, really knowing the answer . . . not guessing, because she's got to know us »* Participante Art N°1187

> *« She [VABM midwife] gave me her phone number, and said if you have an emergency, call, you've got my number. And if my phone is off, just leave a message and someone will phone. »* Participante Art N°1103

Le temps passé auprès des femmes enceintes était également valorisé ainsi que les contacts réguliers (visite à domicile) :

> *« She ....actually spent time. There were times she was maybe here for an hour to 1 1/2 hours and she wasn't in a rush or anything, she was good »* Participante Art N°1616

> *« I was expecting her to call and check on us but she came by every week to see what you need. Everything we needed we got it. To see if we needed transportation anywhere. »* Participante Art N°1647

La flexibilité a également été mise en avant par plusieurs participantes, comme dans le cas de cette patiente qui a pu bénéficier de la visite des membres de l'organisation caritative qui la soutenait au sein du service où elle était hospitalisée :

> *« They stayed with me, the Birth Companions, and I stayed in hospital. Then one left and another one came, so I always had someone with me throughout the whole day and everything. »* Participante Art N°1103

Troisième axe identifié, l'objectif à terme d'*empowerment* (autonomisation) des patientes était commun à tous les dispositifs. Celui-ci était mis en avant par les intervenants professionnels ou non :

> *« The whole purpose is to empower people to be independent… you're not a friend, you're kind of an interim, you're someone they're not frightened of, and you're signposting…. You establish what they might need… you find out the information and then leave them to try and do it. »* Volontaire Art N°1707

Les patientes étaient accompagnées et soutenues dans leurs démarches en leur fixant par exemple des tâches à accomplir et en vérifiant régulièrement avec elles où elles en étaient

> *« We help (women) to understand how you can get tothe goal that you want by taking smaller steps and listen to the things that they've got going on in their lives or challenges they've had, and how to help them overcome those challenges and…we're setting goals with her and timeframes, "You need to do X, Y and Z in this period of time," and then "How's it going?… Have you managed to get X, Y and Z done? »* Volontaire soutien par mentor Art 1707

Une fois muni des informations fournis par les intervenants, les patientes étaient en mesure de faire les choix les concernant en connaissance de cause :

> *« They can feel knowledgeable about what's going to happen, and they've got the power to make choices …a lot of the women I've supported haven't been in control of their life whatsoever »* Doula Art N°1802.

Les bons alimentaires leurs offraient l'opportunité d'avoir le choix de leur alimentation :

> *« Yes, it makes us be able to choose more because if I didn't have the vouchers I would probably only pick one or two [fruit and vegetables] apart from the actual weekly shopping. I would probably only choose one or two as an extra but with the vouchers we can get more of a variety »*. Participante Art N°1172

Leur prise de décision se manifestait avant tout dans le choix de leur suivi médical, comme pour cette femme qui a fait le choix de poursuivre son suivi au sein des groupes de soin prénatals bien que la sage-femme lui ait suggéré un suivi à l'hôpital après la découverte d'un diabète gestationnel :

> « *[Doctor] said we have to go to the hospital. I said, 'Hospital? For me it's my decision, it's going to be for a scan and consultation appointment. Midwife, I am staying* » Participante N° Art 1187

Les patientes appréciaient également d'être actrices de leurs prises en charge :

> « *I think it was quite nice to be so independent . . . so it's not only them telling you, 'Oh, the urine test is okay,' no, you are doing it and you see that it is fine and I think that also makes you feel . . . um, I don't know, made me feel good about it* » Participante Art N°1187

Enfin, la participation au programme seule, sans leur partenaire, conférait aux patientes un sentiment d'auto-suffisance :

> « *Another lady said it empowered her to think that actually, 'Yeah, I don't actually need him to be here, I can do this »* Sage-femme Art N°1187

L'approche pluridisciplinaire n'est pas évoquée explicitement par les patientes mais reste apparente dans les modèles d'intervention. Dans les groupes de soins prénatals (Pregnancy Circles) les sages-femmes ainsi que les travailleurs sociaux se situaient dans les mêmes locaux ce qui permettaient d'avoir un repère unique pour les femmes.

Dans l'article N°1103, la collaboration entre un service hospitalier (sage-femme spécialisée dans la prise en charge des femmes vulnérables) et une organisation caritative (Birth Companions) a permis aux femmes d'avoir un accompagnement pluridisciplinaire : médical, et psycho-social.

De même le soutien par les pairs, soutien psycho-social, permettait notamment une meilleure utilisation des services médicaux et des services psycho-sociaux. L'accompagnement était non seulement médical mais également psychologique sous forme de soutien émotionnel et social avec un soutien instrumental : vêtements (équipements, transport aux rendez-vous, soutien financier).

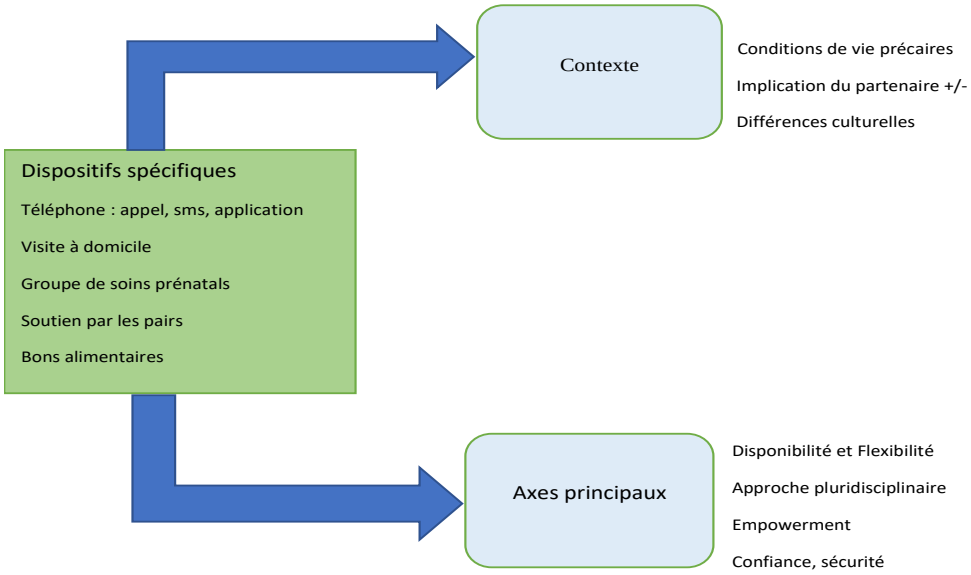
Les patientes faisaient clairement la différence entre les différents intervenants (professionnel de santé, travailleurs sociaux, psychologues, ou mentor) et savait à qui s'adresser en fonction de leur demande comme le décrivent ces participantes :

> *« If I want to get some professional suggestions I should contact GP or midwife, but they don't have enough time to understand… your situation personally. If I want to get emotional support from friends, friends can give me suggestion but their suggestion may not fit for you. I think the volunteer provides a package of solutions, choice, and they told you what's pros and cons, and you make decision which is right for you. There is no push, no demand… It's kind of between the NHS and a friend. »* Participante Art N°1707

> *« Well I feel I am closer to my resource mother. I mean my doctor he will tell me what is going on with me and everything or whatever but I can't talk to him like I can talk to her. I can tell her what I'm feeling and then she'll help me whatever. . . . There is no comparison. »* Participante Art N°1647

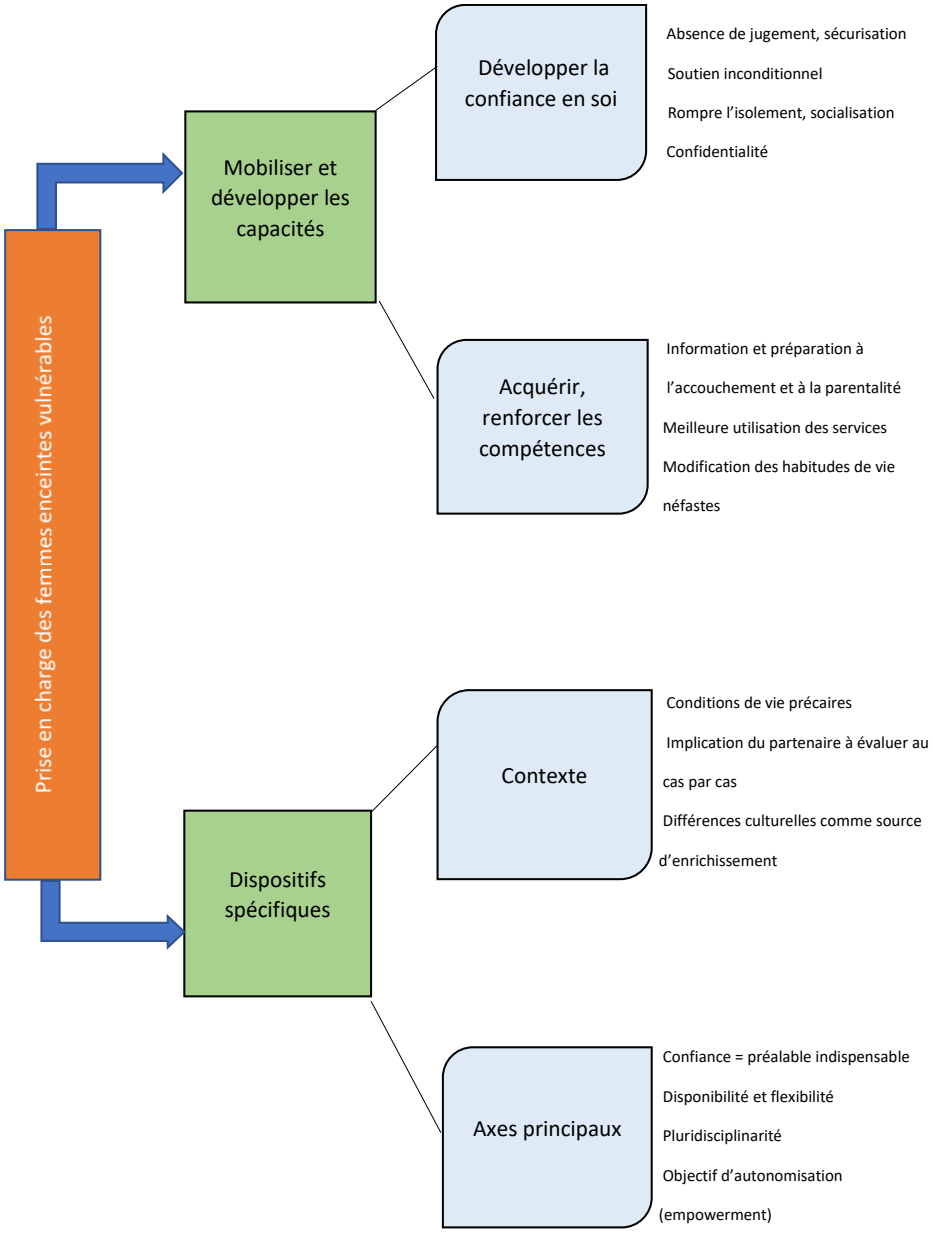
Les thèmes développés dans cette partie sont représentés dans la figure ci-après.

Figure 7 Arbre thématique "Dispositifs spécifiques"



L’ensemble des thèmes et catégories sont représentées dans la figure ci-dessous.

Figure 8 Modèle de prise en charge des femmes enceintes vulnérables



# IV. DISCUSSION

## 1. Limites et forces de l'étude

Tout d'abord, le choix de la méthodologie peut être sujet à discussion. S'agissant de rendre compte de l'expérience et du vécu des femmes enceintes vulnérables la méta-synthèse semble être la méthodologie la mieux adaptée. Elle permet en effet, en même temps qu'une approche qualitative (rendant compte au plus près des expériences des individus ), une revue et une synthèse de la littérature internationale permettant de répondre au mieux à notre question de recherche. Cependant, la métasynthèse reste une méthode en cours d'élaboration dont les principes et caractéristiques ne font pas encore consensus.

Ensuite, le recueil de données se veut exhaustif sur les différentes bases de données permettant une triangulation des données, les domaines de compétences des bases de données allant du médical au psycho-social voir sociétal. La recherche peut être reproduite en soumettant les différentes équations de recherches aux différentes bases. La méthode de sélection et d'analyse peut également être reproduite en suivant pas à pas les 7 étapes de Noblit & Hare(53), cette méthodologie ayant été utilisée à plusieurs reprises dans la littérature pour conduire des métasynthèses. Le travail peut donc être reproduit en suivant les différentes étapes de l'analyse conférant ainsi une certaine transférabilité.

La limite principale de l'étude est que la revue systématique de la littérature n'a été réalisé que par un seul chercheur. Par la suite l'on a tenté de diminuer l'impact du biais de sélection

par une concertation avec des les autres chercheurs lors de la sélection sur textes entiers afin de nous assurer de la pertinence des articles inclus.

Une autre limite de l'étude est le fait que l'analyse thématique n'ai été conduite que par un seul chercheur. Bien que l'analyse ait été menée en essayant au maximum de mettre de côté les préjugés du chercheur on ne peut pas exclure totalement qu'une analyse menée par un autre chercheur n'aurait pas fait emerger des thèmes différents. D'autre part l'analyse a été effectuée par un chercheur inexpérimenté. Là encore des discussions ont été menées en cours d'analyse avec les directeurs de thèses afin de préciser les thèmes et les catégories ainsi que les relations existantes entre celles-ci.

L'analyse a été conduite jusqu'à suffisance des données ou saturation des contenus (71), la poursuite de l'analyse ne faisant pas apparaître de nouveaux thèmes.

## 2. Principaux résultats et place dans la littérature

Les études retrouvées proviennent majoritairement du Royaume-Uni et d'Amérique du Nord. Elles ont toutes été réalisées dans un pays occidental ce qui n'était pas un critère de sélection retenu initialement. L'absence de publications venant de pays du Sud peut être liée à une production moindre sur le sujet ou à l'absence de modèles de prises en charge à destination des femmes enceintes vulnérables. Dans une moindre mesure, on peut citer nos critères d'inclusion qui impliquaient des interventions se déroulant dans des Métropoles urbaines avec des densités comparables à Bordeaux Métropole. Lors de notre revue de la littérature, des interventions à destination de public évoluant en milieu rural ou semi-urbain ont cependant pu être retrouvé.

Notre étude a fait émerger un modèle plaçant au premier plan le développement de la confiance en soi des patientes et l'acquisition de connaissances et de nouvelles compétences qui leur permettent de mobiliser et de développer au mieux leurs capacités.

D'autre part, il s'appuyait sur des dispositifs spécifiques qui prenaient en compte le contexte de vie des patientes s'agissant de l'implication du partenaire ou de la dimension culturelle, et s'organisent autour de quatre axes principaux, qui sont l'établissement d'une relation de confiance, la disponibilité et la flexibilité du programme ou des intervenants afin de s'adapter au mieux aux besoins des patientes, un objectif d'*empowerment* des participantes (autonomisation) et l'appui sur une approche pluridisciplinaire (médecins, psychologues , travailleurs sociaux ou acteurs associatifs).

Une revue de la littérature commandée par les *Birth Companions*, une organisation caritative basée à Londres et s'occupant d'accompagner et de soutenir les femmes enceintes depuis 1996, retrouve des résultats concordants. Dans cette revue de la littérature, les dispositifs d'aide existant sont nombreux. Ils en déduisent les principes devant guider la mise en place des actions de soutien : une approche centrée sur les besoins des femmes, la collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge, la continuité du soutien, l'accès à un soutien psychologique (valorisation entre autres de la rencontre avec leurs paires), la prise en compte des contextes de vie des femmes notamment de leurs cultures et de leurs peurs (72).

Des résultats similaires sont également retrouvés dans une étude réalisée dans la région Ile de France et commandée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARS) en 2018 autour des actions d'« *aller-vers* » à destination des populations les plus précaires. Les différentes actions regroupaient des Maraudes, des Equipes Mobiles, des permanences délocalisées. A partir d'entretiens et d'observations avec les acteurs de terrains, le rapport réalisé met en avant les objectifs généraux des interventions qui sont : de créer le lien avec les personnes, d'accompagner les personnes vers le système de droit commun et vice versa,

de travailler en équipe avec des partenaires en faisant circuler les informations, de veiller et d'alerter (développement d'indicateurs d'impact liés aux actions « d'aller-vers »).

Dans ces études la relation de confiance est également identifiée comme un élément clé de la prise en charge de même que l'écoute dépourvue de jugement, comme c'est le cas dans notre étude. L'approche pluridisciplinaire était également un élément indispensable de l'intervention. Nos résultats sont donc cohérents avec ce que l'on retrouve dans la littérature sur le sujet, bien que les études visant à explorer qualitativement les interventions à destination des femmes enceintes vulnérables en s'appuyant sur leurs points de vu soient limitées.

L'étude commandée par l'ARS d'Ile de France a relevé une fonction d'alerte qui n'a pas été soulevée explicitement dans notre étude ni par les femmes ni par les intervenants. Néanmoins dans notre étude les intervenants mentors, pairs ou *doulas* impliqués avaient toujours possibilité de se référer au personnel médical en cas de doute sur une situation. Par ailleurs, l'établissement d'une relation de confiance étant à la base du modèle que nous avons identifié, la dimension d'alerte aurait pu entraîner chez ces femmes une certaine méfiance ce qui est souligné par ailleurs par le besoin de confidentialité qui était exprimé. Le devoir d'alerter en cas de mise en danger de l'enfant ou de détection d'une situation dangereuse pour la mère est cependant une obligation tant déontologique que légale qui mériterait d'être évoquée ouvertement avec les intervenants et dans une certaine mesure aux patientes afin d'éviter de rompre la confiance établie.

La prise en compte du contexte de vie et de la culture d'origine des patientes faisaient également partie intégrante de l'approche mise en œuvre. L'importance de l'apport culturel

et des coutumes au cours de la grossesse est un élément que l'on retrouve régulièrement dans la littérature.

Une étude américaine s'est intéressée aux bons résultats à la naissance chez les parturientes d'origine mexicaine vivant à Chicago notamment en matière de poids à la naissance et de qualité du suivi de grossesse. En effet les femmes d'origine mexicaines avaient des bébés moins hypotrophes et un meilleur suivi de grossesse que des femmes afro-américaines ayant des conditions de vie similaires concernant les revenus et le lieu de vie (quartiers défavorisés). Il est apparu que pour les femmes mexicaines, la principale source de conseils et d'informations autour de la grossesse (alimentation, activité physique…) et de l'accouchement provenait de l'entourage, familles ou amies. C'était le cas également concernant l'accompagnement avec le nouveau-né (soins du nouveau-né, conseils sur l'allaitement). Leurs proches les encourageaient également à consulter les professionnels de santé médecin ou sage-femme pour s'assurer que tout allait bien. L'entraide entre les femmes déjà mères et les futures mères constituaient une ressource très importante qui fait partie des coutumes mexicaines. Cette entraide entre femmes était facilitée par la proximité géographique puisqu'elles vivaient souvent dans les mêmes quartiers constituant ainsi un rempart contre l'isolement (73). Une étude réalisée à New-York auprès de femmes Bengali avaient mis en évidence des résultats similaires concernant les sources d'informations et de conseils au cours de la grossesse (74).

## 3. Exemples de dispositifs existants à Bordeaux et pistes d'amélioration

Nous avons choisi de nous intéresser à deux dispositifs existants à Bordeaux pour la prise en charge des femmes enceintes vulnérables.

### 3.1. Le staff de périnatalité

Le Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine (RPNA) est un réseau régional de maternités et de professionnels au service des futures mères et de leur enfant. Il rassemble des maternités de Nouvelle Aquitaine (publiques et privées) et a pour but d'organiser la coordination, la concertation et la communication nécessaires entre les professionnels en périnatalité des différents champs médicaux, sociaux, médico-sociaux et psychologiques (75).

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires «Périnatalité-Grande Vulnérabilité» ont débuté en novembre 2014. Elles regroupent tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des patientes et souhaitant y participer. La RCP se déroule une fois par mois. La demande de présentation d'un dossier en RCP est effectuée auprès de la sage-femme de coordination de territoire du RPNA en remplissant la fiche de demande de passage en RCP. Elle peut être faite par tout professionnel lors du suivi de grossesse d'une femme, après le recueil préalable du consentement éclairé de celle-ci. Une évaluation annuelle des femmes enceintes est ensuite effectuée par la sage-femme coordinatrice du réseau périnatalité (76).

Des RCP périnatalités ont également été mis en place dans d'autres villes comme Nantes (77).

La thèse de M DUPRE soutenue en 2018 avait pour objectif d'informer sur le devenir des femmes en situation de précarité après étude de leur situation en RCP. L'évaluation avait

lieu 1 à 3 ans après la RCP par le biais d'un questionnaire. Les résultats ont montré des résultats positifs concernant l'obtention d'un titre de séjour valide, l'existence d'une couverture maladie, la déclaration d'un médecin traitant, ou la capacité à s'exprimer en français. L'étude avait été limitée par le nombre de femmes incluses. En effet seules 16 femmes avaient pu être recontactées alors que 52 femmes étaient ciblées initialement (76).

Le nombre important de perdues de vue peut s'expliquer par des déménagements, dans le cas de population migrante celle-ci étant souvent amenée à changer de ville. Cependant on peut imaginer qu'une partie de ces femmes a simplement rompu le contact avec le réseau. Si l'on se base sur notre modèle, l'on peut imaginer que dans ce cas, la relation de confiance établie initialement n'était pas suffisamment forte et n'a pas permis à ses femmes de se sentir suffisamment impliquées dans leurs prises en charges ou d'être suffisamment motivées à poursuivre le suivi auprès des acteurs du réseau. Certaines femmes ont pu également ne plus ressentir le besoin de poursuivre le suivi annuel.

On pourrait inclure à ses réunions des médiateurs sanitaires qui deviendraient alors les référents de ces patientes et constitueraient un intermédiaire entre les patientes et les professionnels de santé. Ils pourraient, par exemple, par le biais d'appel téléphonique ou d'échanges de sms, garder un contact permanent avec la patiente. Celui-ci peut être hebdomadaire, ou plus espacé en fonction des besoins de la patiente.

La loi de modernisation de notre système de santé a introduit en 2016 dans le Code de Santé Publique un nouvel article qui aborde le sujet de la médiation sanitaire. Les volets précarité de chaque Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) incluent des objectifs de réduction des inégalités de santé pouvant impliquer le recours à des médiateurs de santé. La médiation en santé est un processus de l'aller-vers avec pour objectif de renforcer :

- l’équité en santé
- le recours à la prévention et aux soins
- l’autonomie et la capacité d’agir des personnes dans la prise en charge de leur santé
- la prise en compte par les acteurs de la santé des spécificités potentialités et facteurs de vulnérabilités du public.

Les applications téléphoniques ou l’envoi de message de prévention sous forme de SMS sont d’une manière générale bien accepté par les participantes à de tels programmes (78,79). Des exemples de soutien téléphonique comme le programme Baby-Beep aux Etats -Unis ont démontré un bénéfice sur l’état de santé mental des femmes enceintes qui participaient au programme (80).

S’agissant d’une stratégie de l’aller-vers, l’utilisation du téléphone comme moyen de communication privilégié a toute sa place non seulement pour les appels et l’échange de messages écrits mais également par le biais d’applications ou d’internet.

Dans notre étude la possibilité de joindre en un appel ou un sms l’intervenant procurait aux femmes une certaine sérénité et conférait une certaine proximité. Ils permettent non seulement de rompre l’isolement dans une certaine mesure, mais constitue également une source d’information pour les patientes qui trouvent alors rapidement des réponses à leurs interrogations.

Par ailleurs, la communication entre les différents intervenants de la RCP sous forme d’un dossier commun numérique à travers l’emploi d’une plateforme sécurisée (comme PAACO) permettrait de se tenir au courant en permanence de l’évolution des situations des patientes et en cas de décrochage de les ramener dans le processus de prise en charge et d’en identifier les raisons afin de réagir plus rapidement. Cette « alerte » pourrait également être

donnée par le référent désigné en cas d'impossibilité de joindre la patiente plusieurs fois de suite.

### 3.2.L'équipe de soins primaire SAKHI

Au centre de Bordeaux dans le quartier Sainte-Croix, une Equipe de Soins Primaires (ESP) financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine a été crée en juillet 2018 afin d'assurer un suivi coordonné des femmes enceintes et parmi elles, les situations dites complexes impliquants des femmes aux multiples facteurs de vulnérabilité sociale : addictions, migrantes en situation irrégulière, isolement social, sans-domicile fixe, précarité financière… .

L'équipe est composée de 2 médecins généralistes, d'une sage-femme du CHU , d'une sage-femme de PMI dédiée à la précarité et de deux sages femmes libérales, ainsi que d'une psychologue et d'un coordinateur. Elle est également en lien avec le Comité Etude et Information sur les Drogues (CEID ) spécialisé dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addictions et des associations accompagant les personnes se prostituant.

Le suivi s'organise sous forme de consultation mensuel auprès du médecin généraliste ou de la sage-femme libérale qui suivera la patiente jusqu'à son accouchement et après la naissance. Toutes les patientes bénéficient également d'un EPP réalisé par une sage-femme, en général au 4ème mois de grossesse, afin de cerner au mieux les problématiques. Depuis un an, ont également été mises en place des scéances de groupe afin d'aborder divers thèmes liés à la grossesse. Les groupes sont en général animés par deux professionnels (sage-femmes, psychologue ou médecin) et peuvent porter sur des thèmes allant de l'alimentation pendant la grossesse à l'allaitament.

Les situations les plus complexes sont parfois amenées à être discutées en RCP de périnatalité une fois par mois afin de faire intervenir les partenaires nécessaires (solution de logement, aide sociale ou administrative).

A partir du 7ème mois, le suivi se poursuit à l'hôpital, mais un contact jusqu'à l'accouchement est assuré par les sages-femmes et les médecins. La sage-femme libérale ayant suivi la grossesse prend en charge également le suivi à domicile en sortie de maternité.

La relation de confiance entre les femmes et l'équipe médecins-sage-femmes est bien établie, en témoigne l'évaluation faite de l'activité de l'ESP au bout d'un an avec très peu de perdues de vue (6 sur un total de 58 grossesses suivies en 2019, dont 3 pour cause de déménagement. Source : Extrait du rapport d'activité 2019 de l'ESP disponible en annexe). L'équipe se rend également disponible pour les patientes par un contact téléphonique ou en les voyant en consultation quand elles en expriment le besoin. L'approche combinée des sages-femmes et des médecins permet d'avoir une vision plus globale de la patiente et de comparer leurs points de vue.

En effet, l'un des obstacles identifié par les professionnels lorsqu'ils sont confrontés à la prise en charge de femmes enceintes vulnérables est le manque de commiunication avec leurs collègues (en particulier le secteur hospitalier) et la méconnaissance des réseaux à qui adresser les patientes (81–83). Les professionnels peuvent se sentir démunis et isolés face à des situations souvent complexes (81).

Ainsi la mise en commun de leurs ressources et de leurs expériences professionnelles au sein de l'ESP leurs permet de mieux appréhender la complexité de ses prise en charge et de mieux les encadrer. L'équipe travaille également avec une psychologue qui peut intervenir si besoin et est également en contact avec des équipes du CHU comme le pôle mère-enfant,

l’équipe de psychiatre, pour les patientes présentant des pathologies psychiatriques. Cependant la coordination entre l’hôpital et les soins primaires reste encore compliquée du fait de difficultés de communication.

Au Pays-Bas une étude qualitative réalisée auprès de six sages-femmes communautaires, six assistantes de maternité et six infirmières montre que la passation des soins et de l'information entre les professionnels des domaines de la santé prénatale, postnatale et infantile et leur coordination est encore difficile. L’une des pistes proposée pour améliorer les échanges était la numérisation afin de faciliter les échanges d’informations (84). Au sein de l’ESP, la transmission de l’information se fait par l’intermédiaire d’un carnet de maternité. Celui-ci est remis à chaque femme enceinte après la confirmation de la grossesse et laissé à la responsabilité de celle-ci. Les femmes doivent l’appporter à chaque consultation. Les professionnels y notent toutes les informations médicales relatives à la grossesse. L’objectif est que les femmes se rendent à la maternité muni d’un dossier complet.

L’ESP a mis en palce également des groupes de parole qui permettent de favoriser la création d’un lien entre les participantes à travers le partage d’histoires personnelles.

Les soins prénatals de groupe (où la consultation se fait également avec le groupe ou à proximité derrière un paravent comme lors des *Pregnancy Circles*) sont des environnements ressentis comme sûrs par les patientes, où les bénéfices sont multiples : se sentir moins seule en partageant des histoires et des expériences communes avec les autres femmes enceintes, apprendre au contact de la sage-femme animant le groupe mais également auprès des autres femmes. Une revue de la littérature menée par la Cochrane a comparé les effets des soins prénatals de groupe aux soins conventionnels sur les critères de jugement psychosociaux, physiologiques, l'accouchement et la naissance pour les femmes

et leurs bébés. Les soins prénatals de groupe sont acceptables pour les femmes et ne sont pas associés à des résultats indésirables pour elles ou pour leurs bébés. Cependant aucune différence dans le taux de naissances prématurées n'a été rapportée lorsque les femmes ont reçu des soins prénatals de groupe. Les résultats sont difficiles à généraliser en raison du petit nombre d'études et de femmes (85).

D'autres études ont essayé d'évaluer quantitativement les effets des soins en groupe et des soins individuels. Les résultats retrouvent une diminution des naissances prématurées chez les femmes ayant reçu des soins prénatals de groupe. Là encore les résultats sont difficilement généralisables en raison du peu d'études de haut niveau de preuve (86).

### 3.3. Axes de développement supplémentaires

L'un des axes qu'il pourrait être intéressant de développer concerne la notion d'autonomisation des patientes et d'intégration dans la communauté.

Le concept d'*empowerment* né pour la première fois aux Etats-Unis dans les années 70 puis en France dans les années 90. Il signifie littéralement : « *renforcer ou acquérir du pouvoir* » (87,88). La notion d'*empowerment* vient remettre en question le fait de réfléchir et d'agir à la place des populations concernées (89). En santé, il désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade en termes de participation aux décisions qui la concernent, de plus grande maîtrise de son avenir et d'affirmation d'un nouveau rapport à la société. Il est souvent traduit par les termes d'« *encapacitation* » ou d' « *autonomisation* » (90).

De cette approche est née le concept de patient expert déjà bien développé dans des pathologies comme le diabète.

Dans le domaine de la périnatalité, la HAS a émis des recommandations visant à augmenter l'autonomie des femmes au cours de la grossesse et à faciliter l'acquisition ou le maintien des compétences dont elles ont besoin pour « *gérer et s'adapter aux changements inhérents à la maternité* » (91,92) . La prise en compte des conditions socio-économiques des patientes et de leur culture sont des éléments nécessaires au développement d'intervention visant à favoriser l'*empowerment* des femmes enceintes (93).

Pour les patientes isolées, un accompagnement par un pair aidant serait un bon moyen de s'autonomiser petit à petit et de créer des liens avec la communauté. Le soutien par les pairs a été la forme de soutien la plus mentionnée dans les articles de notre étude que ce soit sous la forme d'un mentorat, de « *ressources mothers* » par le biais des *Birth Companions* ou de *doulas*. Au cœur de cette intervention on retrouve la relation privilégiée entre l'intervenant (qui est le plus souvent une femme) et la femme enceinte, certaines femmes enceintes l'assimilant même à un membre de leurs familles.

En plus de l'accompagnement psychosocial par des visites ou des appels téléphoniques, on retrouve un soutien qui peut prendre plusieurs formes : transport aux rendez-vous et accompagnement aux consultations (aide à la traduction), accompagnement dans les différentes structures ou associations où elles peuvent trouver des vêtements ainsi que des équipements pour elles et leurs bébés. Le soutien par les pairs semble compléter l'accompagnement et l'optimiser et toutes les patientes en ayant bénéficié en ont retiré une expérience positive. Les études visant à évaluer l'efficacité de telles interventions, en terme de poids à la naissance notamment, ont cependant du mal à en montrer l'efficacité (94).

Les pairs aidants sont déjà impliqués dans les prises en charge dans les addictions ou la santé mentale et sont amenés à se répandre de plus en plus. L'approche unique basée sur l'accompagnement par une personne ayant les mêmes expériences et le même vécu confère

au pair aidant une approche dépourvue de jugement et un lien privilégié avec la personne aidée.

En matière de grossesse le partage d'expériences a souvent été souligné par les patientes de notre étude et notamment le partage de conseils de mère à mère ou de mère à future - mère en fait une expérience unique. Cette relation basée sur une expérience commune est valorisée également par les professionnels mais pose la question du statut de ces intervenants et également de la formation (95). Dans notre étude tous les pairs intervenants avaient reçu une formation, une partie était salarié tandis que l'autre intervenait de façon bénévole. La relation de pair s'inscrit comme un acteur important dans une approche intersectorielle médico-psycho-sociale indispensable à la prise en charge des femmes enceintes vulnérables. Le pair pourrait être une femme déjà mère ayant été suivi par l'ESP ou le réseau périnatalité et dont la situation administrative, sociale et personnelle est stabilisée. Les femmes volontaires pourraient se former en tant que médiateurs en santé pour pouvoir accompagner d'autres femmes.

Le rôle facilitateur des médiateurs en santé a déjà été démontré dans un programme expérimental mené par le réseau Romeurope dans 4 régions de France. Cette intervention était destiné aux femmes enceintes et aux jeunes enfants roms. L'évaluation du progamme avait montré une augmentation des consultations chez un médecin libéral (39% contre 13% précédemment) mais également un suivi débuté pour toutes les femmes participant au programme au cours du 2ème ou 3ème mois de grossesse (contre le 6ème mois avant l'intervention). Par ailleurs, les professionnels de santé soulignait le rôle facilitateur des médiatrices concernant les échanges avec les femmes roms sur les thèmes de la sexualité et de la contraception, leur permettant de mieux comprendre les représentations des femmes dans ce domaine et d'adapter ainsi leur approche et leur discours (96).

En plus d'un regard différent du professionnel de santé sur les situations des femmes, le médiateur en santé peut constituer une aide pour les formalités administratives (meilleure maîtrise du français) mais également orienter  et soutenir les femmes en se basant sur son expérience personnelle. Le pair-aidant serait toujours en contact avec les professionnels en cas de questionnement ou d'identification d'une situation dangereuse.

Autre axe de prévention à développer pendant la grossesse, la mise en place d'une aide alimentaire sous forme de bon d'achat pourrait constituer une ressource importante pour les familles les plus démunies. Cela permettrait à ses femmes d'avoir une alimentation la plus équilibrée possible lors de leurs grossesses ce qui aura un bénéfice sur leur santé et celle de leur enfant. En effet l'on ne peut pas écarter la possibilité que les petits poids observés à la naissance chez les femmes les plus précaires puissent être le résultats d'un manque de ressources. Par ailleurs cette aide financière pourrait également être un plus pour aider ces femmes à affronter le quotidien.

Une étude américaine à Cuyahoga dans l'Ohio a testé la faisabilité d'une prescription de fruits et légumes sous forme de bons d'achats à faire valoir dans les marchés fermiers environnants (à travers un partenariat). L'intervention comprend des conseils nutritionnels et 40 $ de bons lors des visites prénatales mensuelles. Sur les 75 participants au programme, 56% ont utilisé au moins un bon et 95% ont indiqué que le matériel du programme était pertinent et utile (97).

Enfin au Canada, une structure comme *La Maison Bleue* permet de réunir tous les professionnels : services médicaux, éducatifs et sociaux dans la même structure, mais également de proposer à la communauté un lieu de vie et d'échange valorisé par les patientes et leurs familles (98,99). En France la colocation solidaire *La Maison de Marthe et*

*Marie* permet aux femmes enceintes vulnérables en situation régulière sur le territoire de cohabiter avec des jeunes femmes de 25-35 ans avec qui elles vivent le temps de leurs grossesses et dans les premiers mois de vie de l'enfant . Elles bénéficient également d'un suivi par la PMI et une assistante sociale ainsi que d'un réseau de sage-femmes et puéricultrices bénévoles (100).

## V. CONCLUSION

La prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale est une urgence médicale et psychosociale. Les situations de ces femmes sont souvent complexes et impliquent plusieurs facteurs : précarité administrative, absence de logement, précarité financière, auxquels peuvent s'ajouter l'isolement et un environnement maltraitant. L'approche pluridisciplinaire est au cœur de ses prises en charge et l'amélioration de la communication et de la coordination entre les différents intervenants reste le préalable indispensable à une action efficace. Comme nous l'avons vu dans notre étude, l'expérience positive de la grossesse et la qualité du suivi sont associés par ces femmes à une relation de confiance et un sentiment de sécurité qui contribuent au développement de leur estime de soi et l'acquisition de nouvelles compétences leur permettant de mobiliser les ressources internes et externes dont elles disposent. La disponibilité et la flexibilité de l'action centrée sur les besoins de la patiente et la proximité des échanges entre les acteurs impliqués et les patientes facilitent l'établissement de la confiance et le maintien de celle-ci. L'objectif final de ses interventions reste l'*empowerment* (l'autonomisation) des patientes.

Une relation de soutien par des pairs comme cela existe déjà dans la prise en charge en addictologie ou en matière de handicap, permet un accompagnement privilégié et un soutien émotionnel. Les patientes qui en ont bénéficié ont toutes mis en avant ces dispositifs soulignant même la présence d'une certaine intimité avec l'intervenant qui devient un membre à part entière de leur existence le temps de la prise en charge. Bien que celui-ci offre une approche unique, le soutien par les pairs doit s'inscrire dans une approche plus globale de soins, englobant des médecins, des sages-femmes, des psychologues ou psychiatres ainsi que des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs.

En ce sens le développement d'ESP comme l'équipe SAKHI permettrait une uniformisation du suivi de grossesse des femmes vulnérables et d'assurer une continuité et une qualité de soins tant médicaux que psycho-sociaux. Le travail en équipe permet à travers des discussions de diminuer le sentiment d'isolement et d'impuissance souvent ressenti par les professionnels et de renforcer l'implication indispensable des acteurs de soins primaires dans ces prises en charge.

Notre modèle a été établi à partir d'études anglosaxonnes (n'ayant pas retrouvé d'étude répondant à nos critères d'inclusions faite en France) mais semble transposable au système de soins français. Il nécessiterait d'être évalué sur le terrain en tant que grille de lecture des actions d'aller-vers ou en tant que support au développement d'actions à destination des femmes enceintes vulnérables.

Notre étude s'appuie sur des résultats qualitatifs et se base sur l'expérience ressentie par les femmes, des études quantitatives évaluant des paramètres objectifs comme le poids à la naissance ou la fréquence des complications pourraient être une piste à explorer afin d'évaluer lequel de ces dispositifs est le plus efficace. Le manque d'études quantitatives de qualité suffisante sur le sujet est souvent décrié.

La grossesse est une expérience unique dont le vécu positif a été mis en avant par l'OMS comme un enjeu majeur. L'évolution et l'innovation de nos modes de prise en charge est nécessaire afin de tenir en compte au mieux des circonstances de vie des patientes et de leur donner les moyens de vivre leurs grossesses dans les meilleures conditions dans l'objectif de donner les meilleures chances à l'enfant à venir et à toute la famille. A nous de nous donner les moyens de permettre à ces femmes d'être les *« meilleures personnes possibles et les meilleures mamans possibles »* (70).

**BIBLIOGRAPHIE**


1. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 2010;38(2):83-91.

2. PLAN PERINATALITE. :44.

3. Ministère des Solidarités et de la Santé - [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/

4. Walsh D, Downe S. Meta-Synthesis Method for Qualitative Research: A Literature Review. J Adv Nurs. 1 mai 2005;50:204-11.

5. Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Macherey A-L, et al. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316094

6. Etude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise. 2019;42.

7. La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2020 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-situation-perinatale-en-france-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete

8. de Groot N, Venekamp AA, Torij HW, Lambregtse-Van den Berg MP, Bonsel GJ. Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management. Midwifery. sept 2016;40:153-61.

9. Lejeune C. Précarité et prématurité. J Pédiatrie Puériculture. 2008;21(8):344-8.

10. Azria É. Précarité sociale et risque périnatal. Enfances Psy. 2015;67(3):13-31.

11. Scoazec C. Grossesse et précarité: étude descriptive du réseau Solipam. :85.

12. Yelland J, Riggs E, Wahidi S, Fouladi F, Casey S, Szwarc J, et al. How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families? BMC Pregnancy Childbirth. 6 oct 2014;14:348.

13. OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

14. Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653

15. SPF. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. [Internet]. 2020 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: /notices/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants-multiples

16. Etat de santé de la population en France : rapport 2017 [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: /liste-des-actualites/etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

17. OMS | Principaux concepts [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

18. OMS | 10 faits sur les inégalités en matière de santé [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr/

19. European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, University College London Consulting (UCLC), EuroHealthNet, Health Action Partnership International (HAPI), North East Public Health Observatory (NEPHO), et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium - Consortium lead: Sir Michael Marmot. [Internet]. Brussels: European Commission; 2013 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: http://dx.publications.europa.eu/10.2772/34426

20. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110

21. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113

22. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

23. Devaux M. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. 2007;6.

24. Définitions de la pauvreté - Le site du CNLE [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/definitions-de-la-pauvrete.html

25. Une pauvreté toujours aussi intense [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: http://www.observationsociete.fr/revenus/intensitepauvrete.html

26. Vandoolaeghe B. Courriel : cyril.kretzschmar@oxalis-scop.org avec. 2009;96.

27. Grande pauvreté et précarité. [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2007 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/

28. SPF. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes [Internet]. 2020 [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: /notices/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite.-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de

29. Larousse É. Définitions : vulnérable - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657

30. Consulter [Internet]. Agence nationale de la recherche. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: https://anr.fr/fr/detail/call/vulnerabilites-a-larticulation-du-sanitaire-et-du-social/

31. Martin C. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. Alter. oct 2013;7(4):293-8.

32. Soulet M-H. La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. Pensee Plurielle. 2005;no 10(2):49-59.

33. Brodiez-Dolino A. Le concept de vulnérabilité. Vie Idées [Internet]. 11 févr 2016 [cité 19 juin 2020]; Disponible sur: https://laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html

34. Précarité. Analyse d'un concept | Ethique et Santé - Réseau Rodin [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: http://ccsd11.in2p3.fr/?q=node/270

35. Azria É. Précarité sociale et risque périnatal. Enfances Psy. 2015;67(3):13.

36. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2017 [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017

37. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

38. Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Blondel B, Alfaiate T, Schmitz T, et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 16 mai 2017 [cité 10 juin 2020];17. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5433136/

39. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? Gynécologie Obstétrique Fertil. févr 2010;38(2):83-91.

40. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2020 [cité 20

mai 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements

41. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2005;34(1):23-32.

42. Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RPM, Mackenbach JP, Steyerberg EW, Raat H, et al. Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. Eur J Epidemiol. févr 2011;26(2):165-80.

43. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass

44. La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi

45. centre maternel | Fil santé jeunes [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.filsantejeunes.com/les-centres-maternels-18299

46. Rapport d'activité Solipam 2019 [Internet]. Solipam. [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: https://solipam.fr/Rapport-d-activite-Solipam-2019,427

47. McCormick J, Rodney P, Varcoe C. Reinterpretations across studies: an approach to meta-analysis. Qual Health Res. sept 2003;13(7):933-44.

48. Beaucher V. Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. :20.

49. Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. Qual Health Res. déc 2004;14(10):1342-65.

50. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLOS Med. 21 juill 2009;6(7):e1000097.

51. La rénovation urbaine, trop timide pour enrayer la paupérisation des quartiers sensibles [Internet]. Le Monde.fr. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/logement/article/2017/04/25/la-renovation-urbaine-trop-timide-pour-enrayer-la-pauperisation-des-quartiers-sensibles_5117453_1653445.html

52. Walsh D, Downe S. Meta-Synthesis Method for Qualitative Research: A Literature Review. J Adv Nurs. 1 mai 2005;50:204-11.

53. Figure 1: Les sept étapes de la méta-ethnographie de Noblit et Hare [Internet]. ResearchGate. [cité 9 juill 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Les-sept-etapes-de-la-meta-ethnographie-de-Noblit-et-Hare_fig1_326476522

54. Coffey J. Parenting a child with chronic illness: A metasynthesis. Pediatr Nurs. 1 janv 2006;32:51-9.

55. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, et al. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. Health Technol Assess Winch Engl. déc 2011;15(43):1-164.

56. Jovanovski N, Cook K. The vulnerable-empowered mother of academic food discourses: a qualitative meta-synthesis of studies of low-income mothers and food provisioning. Health Sociol Rev. juill 2019;28(2):107-25.

57. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 9 juill 2020]; Disponible sur: http://journals.openedition.org/lectures/17952

58. Wilkinson DS, González-Calvo J. Clients' perceptions of the value of prenatal psychosocial services. Soc Work Health Care. 1999;29(4):1-12.

59. Blackwell TM, Dill LJ, Hoepner LA, Geer LA. Using text messaging to improve access to prenatal health information in urban african American and afro-caribbean immigrant pregnant women: Mixed methods analysis of text4baby usage. JMIR MHealth UHealth. 2020;8(2).

60. Perreault M, Trempe-Masson C, Gastaldo D, Boyer G, Colin C. Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté. Santé Ment Au Qué. 1998;23(1):163-86.

61. Novick G, Sadler LS, Knafl KA, Groce NE, Kennedy HP. The intersection of everyday life and group prenatal care for women in two urban clinics. J Health Care Poor Underserved. mai 2012;23(2):589-603.

62. Ohly H, Crossland N, Dykes F, Lowe N, Moran VH. A realist qualitative study to explore how low-income pregnant women use Healthy Start food vouchers. Matern Child Nutr. 2019;15(1):e12632.

63. Balaam M-C, Thomson G. Building capacity and wellbeing in vulnerable/marginalised mothers: A qualitative study. Women Birth J Aust Coll Midwives. oct 2018;31(5):e341-7.

64. Hunter LJ, Da Motta G, McCourt C, Wiseman O, Rayment JL, Haora P, et al. Better together: A qualitative exploration of women's perceptions and experiences of group antenatal care. Women Birth J Aust Coll Midwives. août 2019;32(4):336-45.

65. Murphy CA, Cupples ME, Percy A, Halliday HL, Stewart MC. Peer-mentoring for first-time mothers from areas of socio-economic disadvantage: a qualitative study within a randomised controlled trial. BMC Health Serv Res. 27 févr 2008;8:46.

66. Jakobsen SP, Charlotte Overgaard null. « They'll be judging us » a qualitative study of pregnant women's experience of being offered participation in a supportive intervention. Midwifery. juin 2018;61:81-7.

67. Sheppard VB, Williams KP, Richardson JT. Women's priorities for lay health home visitors: implications for eliminating health disparities among underserved women. J Health Soc Policy. 2004;18(3):19-35.

68. McLeish J, Redshaw M. Peer support during pregnancy and early parenthood: a qualitative study of models and perceptions. BMC Pregnancy Childbirth. 12 oct 2015;15:257.

69. Riggs E, Muyeen S, Brown S, Dawson W, Petschel P, Tardiff W, et al. Cultural safety and belonging for refugee background women attending group pregnancy care: An Australian qualitative study. Birth Berkeley Calif. 2017;44(2):145-52.

70. McLeish J, Redshaw M. « Being the best person that they can be and the best mum »: a qualitative study of community volunteer doula support for disadvantaged mothers before and after birth in England. BMC Pregnancy Childbirth. 10 janv 2019;19(1):21.

71. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1. Choisir une approche d'analyse qualitative. U. 2016;4e éd.:13-33.

72. Samele C, Clewett N, Pinfold V. Birth Companions commissioned literature review; supporting vulnerable pregnant women and new mothers in the community. McPin Found. 2015;1–59.

73. Sherraden MS, Barrera RE. Culturally-Protective Health Practices: Everyday Pregnancy Care Among Mexican Immigrants. J Multicult Soc Work. 1997;6(1-2):93-115.

74. Chakrabarti R. Therapeutic networks of pregnancy care: Bengali immigrant women in New York City. Soc Sci Med. 2010;71(2):362-9.

75. Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine - Professionnels spécialisés périnatalité [Internet]. RPNA - Reseau Perinat Nouvelle-Aquitaine. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://rpna.fr/

76. Dupré T. Quel est le devenir des femmes enceintes en situation de précarité après étude de leur situation en réunion pluridisciplinaire ? :100.

77. Guilloton F, Kerforn C, Université de Nantes (1962-....). Le suivi des femmes en situation de vulnérabilité à la maternité du CHU de Nantes étude qualitative concernant la

communication inter-professionnelle à travers la fiche de transmissions UGOMPS [Internet]. Nantes: #2, Université de Nantes; 2018. Disponible sur: http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c4221d40-d772-4932-8bff-18303718a26a

78. Sajjad UU, Shahid S. Baby+: a mobile application to support pregnant women in Pakistan. In: Proceedings of the 18th International Conference on Human-Computer Interaction with Mobile Devices and Services Adjunct [Internet]. Florence, Italy: Association for Computing Machinery; 2016 [cité 6 juill 2020]. p. 667–674. (MobileHCI '16). Disponible sur: https://doi.org/10.1145/2957265.2961856

79. Evans EC, Bullock LFC. Supporting Rural Women During Pregnancy: Baby BEEP Nurses. MCN Am J Matern Child Nurs. févr 2017;42(1):50-5.

80. Bullock LFC, Browning C, Geden E. Telephone Social Support for Low-Income Pregnant Women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(6):658-64.

81. Munro K, Jarvis C, Kong LY, D'Souza V, Graves L. Perspectives of family physicians on the care of uninsured pregnant women. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. juill 2013;35(7):599-605.

82. Cassegrain E. Comment les médecins généralistes de la Communauté Urbaine du Mans suivent-ils les grossesses des patientes qu'ils définissent à risque par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques? Céline Baron, éditeur. 2013; Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20086468/2013MCEM534/fichier/534F.pdf

83. Visage L; P Maud. Exploration des besoins des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité étude qualitative auprès de onze médecins généralistes de Loire-Atlantique. 2017.

84. van Minde MRC, van Veen-Belle DW, Ernst-Smelt HE, Rosman AN, Raat H, Steegers EAP, et al. Handover of care and of information by community midwives, maternity care assistants and Preventive Child Healthcare professionals, a qualitative study. Midwifery. nov 2019;78:25-31.

85. Group versus conventional antenatal care for pregnant women [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: /CD007622/PREG_group-versus-conventional-antenatal-care-pregnant-women

86. Ruiz-Mirazo E, Lopez-Yarto M, McDonald SD. Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analyses. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. mars 2012;34(3):223-9.

87. Lee JAB. The Empowerment Tradition in American Social Work: A History Barbara Levy Simon. New York: Columbia University Press, 1994. 227 pp. $22.50 paperback, ISBN 0-231-07444-1. Soc Work. 1 mai 1996;41(3):328-9.

88. Calvès A-E. « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. Rev Tiers Monde. 2009;n° 200(4):735-49.

89. Action sociale et Empowerment - - Bernard VALLERIE (EAN13 : 9782706142697) | PUG : livres papiers et numériques en ligne [Internet]. PUG. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.pug.fr/produit/1635/9782706142697/action-sociale-et-empowerment

90. Empowerment et santé mentale - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale

91. L’éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises | Cairn.info [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-591.htm

92. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

93. Nieuwenhuijze M, Leahy-Warren P. Women’s empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. Midwifery. 1 nov 2019;78:1-7.

94. Cupples ME, Stewart MC, Percy A, Hepper P, Murphy C, Halliday HL. A RCT of peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the MOMENTS Study). Arch Dis Child. mars 2011;96(3):252-8.

95. 2ème réunion du groupe de travail sur la pair-aidance [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/2eme-reunion-du-groupe-de-travail-sur-la-pair-aidance

96. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. Etudes Tsiganes. 2014;n° 52-53(4):181-9.

97. Trapl ES, Joshi K, Taggart M, Patrick A, Meschkat E, Freedman DA. Mixed Methods Evaluation of a Produce Prescription Program for Pregnant Women. J Hunger Environ Nutr. 2017;12(4):529-43.

98. Notre histoire [Internet]. La Maison Bleue. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: https://maisonbleue.info/notre-histoire/

99. Aubé T, Pisanu S, Merry L. La Maison Bleue: Strengthening resilience among migrant mothers living in Montreal, Canada. PloS One. 2019;14(7):e0220107.

100. Présentation [Internet]. La Maison de Marthe et Marie. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: https://www.martheetmarie.fr/presentation/

# ANNEXES

# ANNEXE 1 : Le score EPICES

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

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

# ANNEXE 2 : Suivi de grossesse (recommandations de l'HAS 2016)

| CONTENU DU SUIVI | Consultation préconceptionnelle | 1re consultation avant 10 SA | 2e consultation avant 15 SA |
|---|---|---|---|
| | - | **Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse** | **Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement** |
| **Examens cliniques et biologiques** | **Examen gynécologique**<br>frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans) | **Réaliser un examen clinique général et gynécologique**<br>PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans) | **Réaliser un examen clinique**<br>PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4e mois ; si possible bruits du cœur fœtal |
| | **Sérologies prescrites**<br>• groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)<br>• toxoplasmose et rubéole<br>• recherche d'agglutinines irrégulières | **Sérologies prescrites obligatoirement (1)**<br>• groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)<br>• toxoplasmose et rubéole<br>• syphilis<br>• glycosurie et protéinurie<br>• recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B<br>• recherche de l'antigène HBs | **Sérologies prescrites**<br>• toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent<br>• rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)<br>• glycosurie et protéinurie |
| | **Sérologie proposée**<br>VIH (population à risque) | **Examens proposés systématiquement (2)**<br>• sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH<br>• dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1re échographie réalisée entre 11 et 13 SA et *6 jours*) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) | **Examens proposés systématiquement**<br>dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1er trimestre |
| | | **Examens proposés éventuellement**<br>• examen cytobactériologique des urines (ECBU)<br>• dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque | |
| **Information et prévention** | Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) | | Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) |
| | Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes | | |
| | Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour | | |
| | Informer sur le suivi de la grossesse | | |
| | - | Débuter l'élaboration d'un projet de naissance | Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité |

| Consultation (Cs) | 3° Cs | 4° Cs | 5° Cs | 6° Cs | 7° Cs |
|---|---|---|---|---|---|
| **Mois de gestation** | **4° mois** | **5° mois** | **6° mois** | **7° mois** | **8° mois** |
| **Examen clinique**<br>Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines | x | x | x | x | x |
| **Évaluation de la présentation fœtale** | - | - | - | - | x |
| **Consultation de pré-anesthésie** | - | - | - | - | x |
| **Sérologies à prescrire obligatoirement (1)** | | | | | |
| • Glycosurie et protéinurie | x | x | x | x | x |
| • 2e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin | - | - | - | - | x |
| • RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel | - | - | x | - | x |
| • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent | x | x | x | x | x |
| • Hémogramme | - | - | x | - | - |
| **Examens à proposer systématiquement** | | | | | |
| • 2e échographie (entre 20 et 25 SA) | x | - | - | - | - |
| • 3e échographie (entre 30 et 35 SA) | - | - | - | x | - |
| • Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) | - | - | - | - | x |
| • Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire | x | x | x | x | x |
| **Examens à proposer éventuellement**<br>ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive | x | x | x | x | x |

# ANNEXE 3 : Détails des équations de recherches

| BASE DE DONNEES | EQUATIONS DE RECHERCHE |
|---|---|
| **PUBMED (MEDLINE)** | **((pregnan*[Title/abstract] OR perinat*[Title/Abstract] OR prenat*[Title/Abstract] OR mother*[Title/Abstract] OR antenatal[Title/Abstract] OR "expecting wom*"[Title/Abstract]) AND (vulnerab*[Title/Abstract] OR poverty[Title/Abstract] OR "low income"[Title/Abstract] OR "social isolation"[Title/Abstract] OR precari*[Title/Abstract] OR insecur*[Title/Abstract] OR disadvantaged[Title/Abstract] OR homeless*[Title/Abstract] OR immigrants[Title/Abstract] OR poor[Title/Abstract] OR underserved[Title/Abstract]OR jobless[Title/Abstract] OR "low wage"[Title/Abstract] OR low-wage[Title/Abstract] OR "abused women") AND ("primary care"[Title/Abstract] OR "social work*"[Title/Abstract] OR community[Title/Abstract] OR "social support"[Title/Abstract] OR help[Title/Abstract] OR support[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR empower*[Title/Abstract] OR hospital[Title/Abstract] OR maternity[Title/Abstract] OR midwife[Title/Abstract] OR assist*[Title/Abstract]) AND ("qualitative study" OR "mixed-methods study"))** |
| **COCHRANE Library** | (pregnan*:ti,ab,kw OR perinat*:ti,ab,kw OR prenat*:ti,ab,kw OR mother*:ti,ab,kw OR "expecting wom*":ti,ab,kw) AND (vulnerab*:ti,ab,kw OR poverty:ti,ab,kw OR "low income":ti,ab,kw OR "social isolation":ti,ab,kw OR precari*:ti,ab,kw OR insecur*:ti,ab,kw OR disadvantaged:ti,ab,kw OR homeless*:ti,ab,kw OR immigrants:ti,ab,kw OR poor:ti,ab,kw OR underserved:ti,ab,kw OR jobless:ti,ab,kw OR "low wage":ti,ab,kw OR low-wage:ti,ab,kw OR "abused women":ti,ab,kw) AND ("primary care":ti,ab,kw OR "social worker":ti,ab,kw OR hospital:ti,ab,kw OR midwife:ti,ab,kw OR maternity:ti,ab,kw OR help:ti,ab,kw OR assist*:ti,ab,kw OR program*:ti,ab,kw OR empower*:ti,ab,kw OR support:ti,ab,kw OR community:ti,ab,kw OR "social support":ti,ab,kw OR care:ti,ab,kw) AND ("qualitative study" OR "mixed methods study") |
| **LISSA** | ((grossesse.tl) OU (grossesse.mc) OU (femmes enceintes.tl) OU (femmes enceintes.mc) OU (perinat*.tl) OU (perinat*.mc) OU (prenat*.tl) OU (prenat*.mc)) ET ((précarité.tl) OU (précarité.mc) OU (vulnérab*.tl) OU (vulnérab*.mc) OU (migrants.tl) OU (migrants.mc) OU (pauvr*.tl) OU (pauvr*.mc)) ET ((soutien social.tl) OU (soutien social.mc) OU (soins.tl) OU (soins.mc) OU (aide.tl) OU (aide.mc)) |
| **EBSCOhost** | ( pregnan* or prenat* or perinat* or mother* ) AND AB ( vulnerab* or precari* or poor or disadvantaged or immigrants ) AND AB ( care or "social work*" or support or assist* ) AND AB ( qualitative study or qualitative research ) |
| **SCOPUS** | TITLE ( pregnan* OR prenat* OR perinat OR mother* ) AND TITLE-ABS-KEY ( vulnerab* OR precarious OR poverty OR immigrants OR low-income ) AND TITLE-ABS-KEY ( care OR "social work*" OR "social support" OR assist* ) AND TITLE-ABS-KEY ( "qualitative study" OR "mixed-methods study" ) |
| **WILEY** | "precari* OR vulnerab* OR poor OR immigrants" in Abstract and "care OR "social work*" OR support" in Abstract and ""qualitative study" OR "mixed-methods study"" in Abstract and "pregnan* OR perinat* OR Prenat* OR mother*" in Title |
| **SUDOC** | (grossesse ou<br>femmes enceintes) ET<br>(précarité ou<br>vulnérabilité) ET prise en charge<br><br><br><br>grossesse ou<br>femmes enceintes) ET<br>(précarité ou<br>vulnérabilité) ET étude qualitative<br>8 résultats |
| **GOOGLE SCHOLAR** | allintitle: pregnant women precarity OR precarious OR poor OR vulnerable OR disadvantaged OR immigrants OR "social work" OR empower OR support |

# ANNEXE 4 : Tableau descriptif des articles inclus

| Article N°275 | Pays,région | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif de l'étude | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Deborah Schild Wilkinson et al.1999** | Etats-Unis, Californie | Etude qualitative | California's Comprehensive Perinatal Services Program (CPSP) est un programme pluridisciplinaire de soins prénatals pour les femmes éligibles à Medicaid (programme créé aux États-Unis qui a pour but de fournir une assurance maladie aux individus et aux familles à faible revenu et ressource.) | Mieux comprendre comment les femmes qui reçoivent un soutien psycho-social pendant la grossesse, perçoivent celui-ci. | 15 femmes recrutées dans les centres de soins prénatals (5 femmes d'origine hispanique, 5 afro-américaines et 5 femmes caucasiennes) Bons cadeaux de 20 dollars si participe à l'étude. | Dans une clinique de soins prénatals 5 Focus Groups de 90 minutes à 2 heures | Codage et analyse concomitante par les 2 chercheurs | Des difficultés à établir le contact, à développer des relations entre pairs et mentors et à respecter les délais posent des défis pour offrir un soutien par les pairs par des travailleurs non professionnels . |

| Article N°305 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tenya M Blackwell et al. 2020** | Etats-Unis, New-York | Méthode Mixte | Service de messagerie texte d'information mHealth américain dirigé par le Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies lancé en 2012 qui envoie des SMS gratuits aux femmes enceinte ou ayant des enfants de moins d'un an, en leur fournissant des informations et des rappels pour améliorer leur santé et la santé de leurs bébés | Comprendre les expériences vécues par les femmes enceintes afro-américaines et migrantes afro-caribéennes concernant l'accès aux soins prénatals et à des informations sanitaires de qualité | 7 femmes enceintes 6 afro-américaines et 1 d'origine hispanique possédant un téléphone portable envoyant des SMS et parlant couramment l'anglais et recevant des soins prénatals -2 membres du personnel de la clinique | Dans un centre de santé de New-York 2 Focus Group 1 interview, 3 observations 2 entretiens avec des informateurs clés, | NVivo version 11.0 Analyse phénoménologique | Les femmes enceintes afro-américaines et afro-caribéennes évoluant en milieu urbain à Brooklyn font face à un nombre de déterminants sociaux et environnementaux comme les faibles connaissances en santé, le faible revenu et la langue qui constituent une barrière à l'accès de soins prénatals et à une information de qualité. |

| Article N°541 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Michel Perreault et al.1998** | Canada, Québec | Etude qualitative<br>Analyse secondaire de contenu déjà récolté | Programme Intégré de Prévention en Périnatalité (PIPP) *Naître et Grandir égaux en santé* :<br>Suppléments alimentaires + suivi toutes les deux semaines par une intervenante (infirmières, travailleurs sociaux, nutritionniste, organisatrice communautaire ou médecin)<br>L'intervenante identifiait et analysait avec la femme enceinte ses besoins<br>et les évaluait en équipe multidisciplinaire.<br>Un plan d'aide et de suivi était ensuite proposé à la femme<br>enceinte | Savoir si les femmes ayant participé au PIPP ont perçu du soutien social de la part de leur intervenante et, si oui, quels types de soutien elles ont perçu et quels impacts, selon elles, cela a eu sur leur vécu de grossesse. | Recrutement via 4 centres locaux de services communautaires à l'est de Montréal de 34 femmes enceintes nées au Québec (revenu familial sous le seuil de pauvreté, situation familial problématique) | Analyse secondaire du contenu des entretiens : 32 entretiens réalisés pendant le 8ème mois de grossesse et 2 entretiens après l'accouchement (naissance prématurée) au domicile des patientes ou aux centres locaux de soins communautaires | Analyse thématique de contenu | -Soutien et respect perçus par les femmes<br>-Relation de confiance<br>-Importance de l'engagement réciproque entre la femme et l'intervenante<br>-Relations de partenaire, autonomie de chacun |

| Article N°1103 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Marie-Clare Balaama, Gill Thomsonb.2017** | Royaume-Uni, service de maternité du nord de Londres | Méthode Mixte | Service de sages-femmes spécialisé - l'équipe Vulnerable Adults and Babies Midwives (VABM) :<br>oriente les femmes vers des sources de soutien appropriées et<br>fournit informations et conseils aux collègues de maternité ;<br>Prend en charge les femmes jugées les plus vulnérables et ne pouvant s'intégrer dans un circuit de soin traditionnel ET<br>Une association caritative locale - Birth Companions.<br>Birth Companions fournit des<br>soutien bénévole centré sur la femme aux femmes enceintes<br>/ nouvelles mères qui sont gravement désavantagées et qui<br>ont des besoins psychosociaux complexes | Explorer les points de vue et les expériences des femmes vulnérables / marginalisées en matière de soutien ciblé d'un service de sage-femme spécialisé et / ou d'une association caritative | 11 patientes recrutés au 3ème trimestre de la grossesse ou première semaine en post-partum, ayant des besoins psychosociaux complexes et ayant reçu un soutien par Birth Companions pendant la grossesse (n=5), de Birth Companions et du service VABM (n=4), de l'équipe VABM uniquement (n=2) | Entretiens semi-dirigés pendant la première semaine suivant l'accouchement à l'hôpital ou au domicile des patientes.<br>Durée entre 20 et 48 minutes | Logiciel MAXQDA, analyse thématique par les 2 auteurs | L'intervention ciblée collaborative, multi-agences fournit un modèle utile et une approche créative, salutogène et favorable à la santé pour fournir un soutien aux femmes les plus vulnérables / marginalisées dans leur cheminement vers la parentalité. |

| Article N°1187 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Louise J. Huntera (2018)** | Royaume-Uni, 3 centres communautaires locaux dans différents lieux géographiques desservis par le Trust hôte | Etude qualitative | Pregnancy Circles Groupe de soins prénatals se déroulant au sein de centre de soins communautaires situées dans des zones socio-économiques défavorisées avec des femmes enceintes dont le terme était fixé dans les deux semai | Évaluer l'acceptabilité d'un modèle sur mesure de soins prénatals de groupe (cercles de grossesse), comprendre comment le modèle affecte les expériences de grossesse des femmes et les soins prénatals | Femmes enceintes recevant des soins prénatals au sein des centres communautaires | Focus Group (d'environ 90 minutes, 26 femmes) Observation pendant les Pregnancy Circles (24 femmes) et entretien semi-dirigé (6 femmes) 6 semaines après l'accouchement (durée jusqu'à 60 minutes) choix du lieu laissé à la convenance des participantes | Analyse thématique Braun et Clark Codage par 2 auteurs de manière indépendante (Logiciel NVIVO 11) puis validée par l'ensemble de l'équipe de recherche. | Les soins prénatals de groupe, sous forme de Pregnancy Circles, sont acceptables pour les femmes et semble améliorer leurs expériences de grossesse. Des travaux supplémentaires doivent être effectués pour tester le résultats dans des études quantitatives plus vastes et trouver un modèle de soins acceptable pour les femmes et leurs les partenaires. |

| Article N°666 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gina Novick Lois et al. 2012** | Etats-Unis | Etude qualitative | Soins prénatals en groupes de 8 à 12 femmes d'âge gestationnel similaire. première visite prénatale individuelle (anamnèse complète et examen physique), puis les femmes assistent à 8 à 10 séances de groupe de deux heures. Dans l'espace de consultation Prise de contantes (PA) par les femmes elles-mêmes puis patientent sur des chaises disposées en cercle en attendant leur examen prénatal individuel qui se fait généralement dans un coin de la pièce. Une fois les examens terminés, les membres du groupe participent à des discussions animées par une intervenante. | Décrire les circonstances de vie complexes des femmes recevant des soins prénatals en groupe -Déterminer comment les soins prénatals en groupe ont contribué à atténuer certaines de ses difficultés | 21 femmes enceintes à faible revenu, ou appartenant à des minorités ethniques participant au GPNC pour les entretiens Et 18 personnes qui n'ont pas fait l'objet d'entretien mais ont été observées et interrogées de façon informelle (8 FE, 6 invités, 2 infirmières 2 assistants médicaux | Dans deux centres de soins prénatals au sein de clinique en milieu urbain, Entretiens semi-guidés Observations et interviews informelles | Logiciel Atlas.i pour aide à l'analyse Analyse thématique puis analyse situationnelle | Le GPNC semble s'attaquer à plusieurs facteurs de stress dans la vie personnelle des femmes. Réduire ces facteurs de stress peut entraîner une amélioration des résultats de la grossesse et des expériences de soins prénatals pour les femmes à faible revenu et issues de minorités. Cependant, plus de preuves sont nécessaires. |

| Article N°1172 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Heather Ohly Nicola et al. 2018** | Royaume-Uni, 2 régions du Nord-Ouest de l'Angleterre | Etude qualitative | Healthy Start : programme gouvernemental qui vise à fournir des bons alimentaires aux familles à faible revenu, afin d'améliorer la nutrition maternelle et infantile, et de promouvoir l'allaitement maternel et de réduire les inégalités en matière de santé | Expliquer comment les femmes enceintes à faible revenu utilise les bons alimentaire Healthy Start | 5 Femmes enceintes bénéficiant du programme et 6 ayant été enceinte durant les 6 derniers mois et ayant bénéficié du programme pendant cette grossesse recrutées en partie dans les centres de santé pour enfants *Sure Start*<br>Un bon d'achat de 10 livres était offert aux participantes | Entretiens semi-dirigés puis entretiens réalistes : l'enquêteur explique ce qu'il pense qu'il pourrait se passerau sein du programme et le participant offre son point de vue en retour<br>Certains participants ont été reconvoqué pour une deuxième série d'entretien pour approfondir les thèmes<br>Choix du lieu laissé à la convenance des participantes | Codage et analyse par l'auteur principal cependant les co-auteurs ont pu être consultés<br>Analyse réaliste | La participation au programme Healthy Start peut conduire à des améliorations alimentaires pour les femmes enceintes à faible revenu<br>à conditions que :<br>Les femmes apprécient une alimentation saine et aspirent à bien manger pendant grossesse.<br>• Les femmes soient motivées |

| Article N°1616 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Christine A Murphy1, Margaret E Cupples** | Royaume-Uni/ 2008 | Methode Mixte : étude qualitative au sein d'un essai contrôlé randomisé | Mentorat par les pairs par un intervenant non professionnel<br>tous les quinze jours pendant la grossesse et tous les mois l'année suivante, adapté aux souhaits des participants (accueil<br>visites / contacts téléphoniques), en complément des soins habituels.<br>Mentors, âgés de moins de 40 ans, avec au moins un enfant de moins âgés de plus de 10 ans, ont été<br>trois ateliers de formation de 2 h et des sessions de formation supplémentaires, six à huit par semaine, tout au long de l'étude.<br>Ils étaient payés 6 livres/heure | Explorer l'expérience des femmes enceintes de se voir offrir la participation à une intervention de soutien et comment leur expérience a influencé le résultat de l'intervention. | 11 Femmes enceintes, vivant dans des zones défavorisées (identifiée par code postal), primipares et sans antécédents particuliers, ayant bénéficié du programme,<br>Et 11 mentors recrutés spécialement et formés dans le cadre de cette étude<br>Et 2 sages-femmes qui ont supervisé le programme | 8 Entretiens semi-dirigés 12 à 18 mois après l'accouchement soit au domicile des femmes soit à la clinique prénatale ou dans la bibliothèque publique locale, où un espace semi-privé était disponible | Analyse thématique par 2 chercheurs de façon indépendante | Des difficultés à établir le contact, à développer des relations entre pairs et mentors et à respecter les délais<br>posent des défis pour offrir un soutien par les pairs par des travailleurs non professionnels Lors de l'élaboration de tels programmes, la sensibilisation sur<br>les difficultés potentielles et la manière dont le soutien professionnel peut aider à les résoudre devraient optimiser l'évaluation de leur efficacité. |

| Article N°1583 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sara Pihl Jakobsen Charlotte Overgaard** | Danemark/ 2018 | Etude qualitative phénoménologique herméneutique | Soutien social et professionnel par une sage-femme dédiée et un visiteur de santé affecté à chaque femme / couple. Quatre séances prénatales et une à deux séances post-partumde 90 minutes étaient généralement proposées, au cours desquelles des thèmes individuels relatifs aux facteurs de vulnérabilité identifiés ont été discutés. d'autres initiatives de soutien pouvaient être proposées, et les services sociaux pouvaient être impliqués si cela était jugé pertinent. | Explorer les facteurs influençant l'engagement des femmes à faible revenu dans les programmes de Home Visiting (Visite à Domicile) -Définir les stratégiees visant à améliorer l'adoption et l'engagement dans le programme. | 8 femmes (victimes de violences, addictions anciennes, troubles mentaux, mères isolées) qui avaient bénéficié de l'intervention et avaient accouché depuis moins de 3 mois au moment de l'inclusion | Entretiens semi-dirigés : 1ère vague 9 mois après le début de l'intervention (8 femmes et 6 mentors) 2ème vague 1 an plus tard (3 femmes et 5 mentors) | Etude qualitative phénoménologique herméneutique | Etre invité à participer à une intervention ciblant les femmes vulnérables peut provoquer des sentiments involontaires liés à la stigmatisation et au jugement, conduisant à douter de sa propre capacité à faire face à la maternité. Des informations et des explications inadéquates sur les objectifs et le contenu de l'intervention sont susceptibles de causer de la confusion et de l'anxiété et un sentiment d'être jugé entant que parents. L'information combinée à l'établissement d'un une relation de confiance et sans jugement entre les femmes et les professionnels semble avoir un impact significatif sur les résultats. |

| Article N°1647 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vanessa B. Sheppard, Karen P. Williams** | Etats-Unis/ 2004 | Etude transversale qualitative | Une intervention de soutien social opérée par des districts de santé en Virginie : les programmes de visites à domicile Healthy Start financés par la Virginia Healthy Start Initiative et le Administration des services de ressources sanitaires. Emploie des « mères ressources » avec pour objectif de réduire la mortalité infantile dans certaines communautés. Pas d'information sur le nombre et la fréquence des visites. | Explorer les expériences des femmes qui ont participé à un programme de visites à domicile par des non professionnels. Décrire les facteurs liés à l'inscription initiale au programme et identifier les facteurs qui influencent la participation continue. | Mères à faible revenu et des futures mères qui participaient depuis au moins 3 mois au programme de « home visiting », recrutées dans 6 cliniques publiques de soins prénatals situées, dans des zones géographiques avec des taux élevés de mortalité infantile et de faible poids à la naissance Pas d'information sur le nombre de participantes (88 ?) Bons cadeaux de 30 dollars pour la participation | 6 Focus groups d'une durée de 2 heures se déroulant dans les cliniques ? | Analyse par théorisation ancrée Codage indépendant par deux enquêteurs | Préoccupations concernant la confidentialité et la possibilité d'intrusion du visiteur de santé, Facteurs incitant à l'inscription au programme : meilleur accès aux services médicaux, le besoin de soutien émotionnel, et recevoir des documents d'information et des fournitures mère / enfant. Les facteurs clés qui ont influencé la participation continue étaient: la relation mère-mère, réception d'un soutien émotionnel, compétence perçue du visiteur non professionnel de santé, et sa disponibilité / accessibilité. |

| Article N°1707 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jenny McLeish and Maggie Redshaw** | Royaume-Uni/ 2015 | Etude qualitative phénoménologique | Neuf projets de soutien par les pairs en Angleterre ciblant les femmes défavorisées pendant la grossesse et la période postnatale. Certains offrent un soutien aux femmes enceintes vulnérables et aux femmes ayant récemment accouché dans une zone géographique définie ou sous la garde d'un hôpital spécifique; certains ont travaillé avec des groupes cibles définis par leur situation comme les jeunes mères, les mères de communautés ethniques noires, asiatiques et minoritaires, les mères demandeurs d'asile et réfugiées, ou avec des problèmes de santé. La durée de l'intervention pouvait aller jusqu'au 2èmeanniversaire de 'enfant. La plupart se déroulait en milieu urbain. Intervention 1 pair ou 1 mère ou parfois plusieurs intervenants pour une mère ou séances de groupe.Dans 8 programmes les intervenants avait été formés (entre 8 et 75h) | Explorer les expériences et les perceptions s'agissant de donner et de recevoir un soutien volontaire par les pairs pendant la grossesse et au début de la parentalité. | Quarante-sept bénévoles (toutes des femmes) de différentes origines et de statut socio-économique variés et 42 mères « vulnérables » : (isolement, dépression, anxiété, mauvaise santé physique, retard d'apprentissage lié à un handicap, VIH, violence domestique, sexualité infantile abus , viol, traite des êtres humains, maternité à un jeune âge, procédure d'asile, détention, immigration statut précaire, sans-abri, pauvreté, détention ou emprisonnement d'un partenaire, la prise en charge d'enfants et le décès d'un enfant) participant ou ayant participé à un programme de soutien par les pairs ont été interrogés, à leur domicile | Entretiens semi-dirigés avec les mères (durée de 17 à 90 min) à leur domicile Et les pairs (durée de 20 à 90 min) à leur domicile 1 volontaire et une mère ont été interrogé par téléphone. | Analyse Thématique Logiciel NVIVO 10 Un des chercheurs a analysé l'intégralité des transcriptions le deuxième chercheur seulement quelques extraits, les thèmes ont ensuite été discuté entre les deux | Divers modèles de soutien bénévole par les pairs ont été offerts aux femmes enceintes et aux mères en Angleterre. Tous créent une structure pour des relations de confiance significatives entre les bénévoles et femmes vulnérables. En l'absence de définitions convenues de la nature et des limites du soutien par les pairs grossesse et parentalité précoce, il est important que les projets fournissent des informations claires aux référents et aux services utilisateurs sur ce qu'ils proposent, sans perdre la précieuse flexibilité et l'individualité de leur service. |

| Article N°1708 | Cadre | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elisha Riggs \| Sumaiya Muyeen** | Australie/ 2017 | Etude qualitative | "Healthy Happy Beginnings"<br>Un modèle communautaire de soins de grossesse en groupe pour les femmes Karen de Birmanie à Melbourne.<br>Equipe pluridisciplinaire : une sage-femme, une infirmière et un travailleur communautaire biculturel.<br>Consultation individuelle avec la sage-femme et séances de groupe bimensuelles avec présence d'un interprète.<br>Les rdv médicaux avaient lieu dans le même bâtiment que le programme d'intervention. | Explorer les expériences d'utilisation du programme par les femmes défavorisées, et si celui-ci a contribué à les aider. | 19 mères vulnérables femmes Karen de Birmanie ayant participé à la première année de mise en place du programme et ayant accouché<br>Ont reçu un bon d'achat de 30 dollars australiens | 2 Focus group avec un interprète, d'une durée de 2 heures chacun. | Analyse thématique manuelle conduite par les deux auteurs | Les soins de grossesse en groupe ont le potentiel d'augmenter l' accès aux soins et à l'information sur la grossesse des femmes réfugiées. Ils apportent un sentiment d'appartenance,<br>et de sécurité grâce aux services de préparation au travail et à l'accouchement, et de soins du nouveau-né |

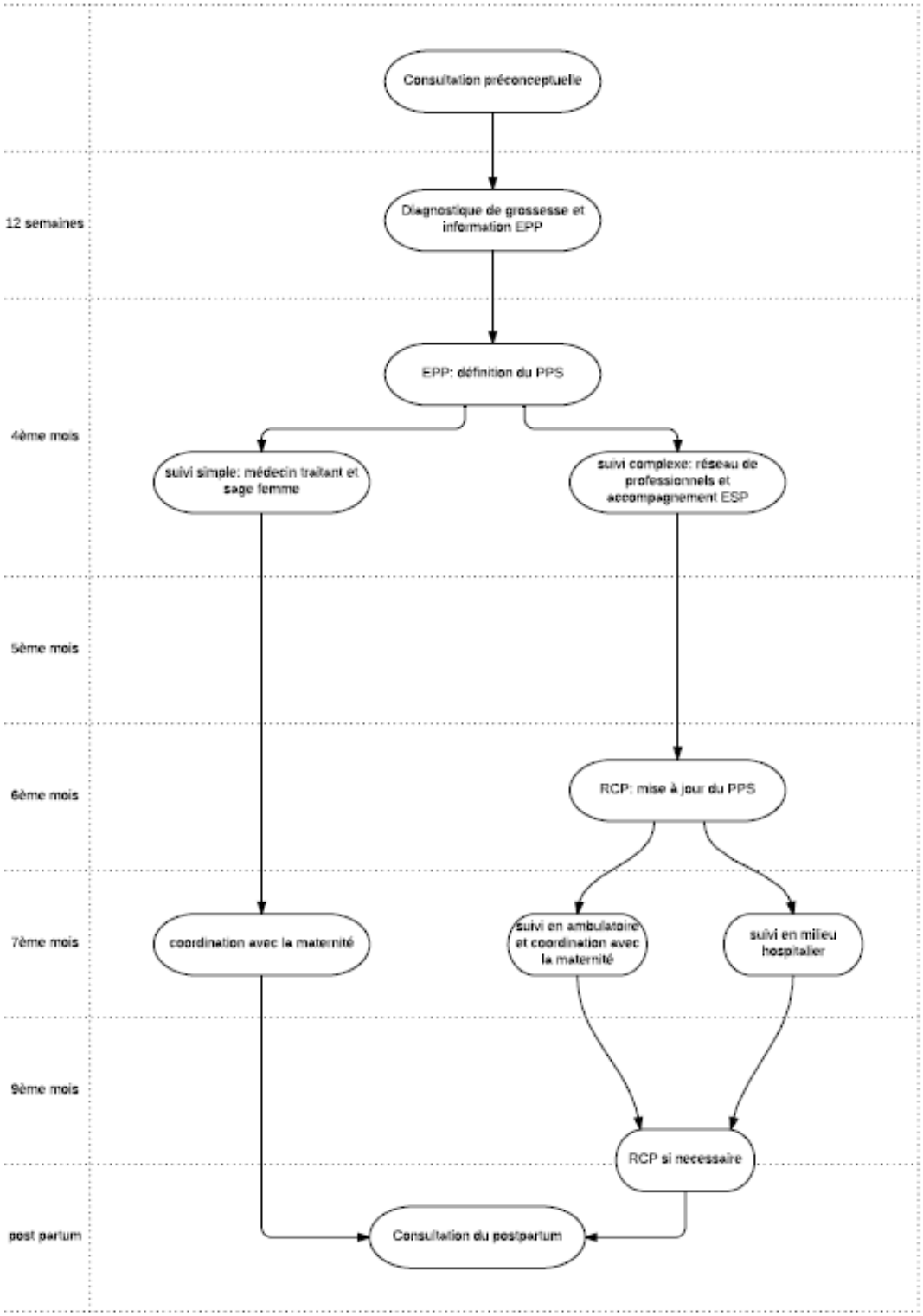
| Article N°1802 | Pays,région | Type d'étude | Type d'intervention | Objectif de l'étude | Participants | Recueil de données | Méthode d'analyse | Conclusions |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jenny McLeish and Maggie Redshaw** | Royaume-Uni/ 2019 | Etude qualitative, éclairée par la psychologie sociale phénoménologique, | Trois projets de doula bénévoles opérant le même modèle de soutien.<br>Tous trois étaient basés en Angleterre, à Bradford, Hull et Essex,<br>(diversité ethnique et géographique).<br><br>Les doulas bénévoles étaient des femmes de la communauté ayant reçu au moins 75 h de formation initiale,<br>menant à une qualification accréditée. Régulier en cours<br>le soutien et la supervision ont été fournis par le coordinateur de projet.<br>Soutien sous forme de vites à domicile , soutien téléphonique et et visites hebdomadaires d'une heure en fonction des besoins de la femme. | Explorer l'expérience des doulas communautaires et des femmes défavorisées qu'elles soutiennent par rapport au soutien prénatal et post natal de la doula | 13 mères célibataires, des femmes dont le partenaire ne pouvait pas être présent à la naissance, des femmes vulnérables (isolement social, problème de santé, violence domestique ou migration récente), ou des femmes prises en charge par le service de protection sociale des enfants<br><br>Et 19 doulas expérimentées (entre 4 mois et 6 ans) | Entretiens semi-dirigés, choix du lieu et du moment laissé à la participante<br>13 avec les mères (25-75 min)<br>Dont 1 Interview par téléphone<br>19 avec les doulas (37-99 min)<br>dont 4 interviews par téléphone | Analyse thématique jusqu'à saturation des thèmes<br>Logiciel NVIVO<br>Analyse indépendante par les deux chercheurs puis confrontation des thèmes et discussion | Le soutien d'une doula bénévole avant et après la naissance peut avoir un impact positif sur les émotions de la mère le bien-être, en réduisant l'anxiété, le malheur et le stress, et en augmentant l'estime de soi et l'efficacité personnelle. Aide Doulas<br>les mères se sentent plus informées et plus habiles, les aident à utiliser efficacement les services de maternité, et<br>leur permettre de tisser des liens sociaux dans leur communauté.<br>Faciliter le meilleur service pour les mères vulnérables au<br>À la fin du soutien de la doula, les projets de doula devraient envisager d'officialiser leur relation avec d'autres organisations communautaires<br>qui peuvent offrir un soutien continu individuel ou en groupe. Ils pourraient également atténuer une partie de la détresse potentielle causée par<br>la fin de la relation doula en augmentant la flexibilité de la fin, ou en organisant ou en permettant<br>contact de bas niveau. |

# ANNEXE 5 : Indicateurs d'impact des actions d'allers vers (source ARS Ile de France 2018)

*Tableau 9 : Indicateurs d'impact des actions d' « aller-vers » recueillis lors de la mission*

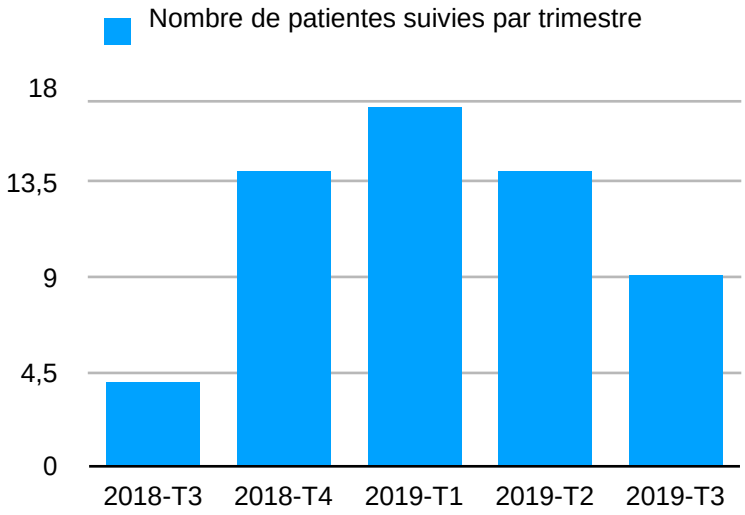
| Indicateurs positifs[12] | Indicateurs négatifs[13] |
|---|---|
| **Indicateur d'une bonne relation de confiance, ou d'une avancée dans la confiance** | **Indicateur de la dégradation de la relation de confiance** |
| Voir au moins une personne et avoir une bonne discussion avec elle (partage d'informations sur sa situation, formulation d'une demande) | Quand le lien est rompu |
| Quand on passe d'une discussion anodine à quelque chose de plus personnel | **Indicateur d'une évolution du terrain** |
| Quand la personne donne son prénom ou son pseudonyme | Ne voir personne lors d'une sortie |
| Quand une personne qui n'est plus suivie rappelle lorsqu'elle a un souci | **Indicateurs des difficultés à accompagner une personne** |
| Quand une personne nous emmène une autre personne | Quand l'état de santé d'une personne se dégrade et on n'a rien pu faire |
| **Indicateur d'une autonomisation de la personne suivie** | **Autre** |
| Quand une personne se rend de façon autonome à un de ses rendez-vous médicaux. | Quand une personne décède |
| **Indicateur du succès d'un accompagnement** | |
| Quand un accompagnement a réussi, (qu'on ne voit plus la personne) | |
| Quand un patient guéri | |
| Quand une personne réussi à évoquer un sujet tabou ou difficile avec un professionnel | |
| Quand une personne accepte un acte médical ou de prévention alors qu'elle refusait jusqu'alors | |
| **Autre** | |
| Quand une personne non connue vient nous voir spontanément | |

# ANNEXE 6 : Parcours de soin au sein de l'ESP SAKHI



# ANNEXE 7 : Extrait du rapport d'activité de l'ESP pour l'année 2019 rédigé par M TAVEAUX T (coordonnateur de l'ESP)

« …intervenants autour de la personne. En pratique nous pouvons conduire cette réunion avec comme intervenant principal une sage- femme et un médecin, la présence de la PMI permettant le relai avec les services sociaux, le médecin liant avec les services hospitaliers. Une Synthèse systématique est faite à chaque réunion pour




toutes les femmes en suivi ESP complexe afin de mettre à jour leur situation et leur PPS. Il est à noter que les pathologies lourdes se voient proposer après orientation un suivi intégral en milieu hospitalier et sortent de notre dispositif.

**Mettre en place les accompagnements**

La prise de rendez-vous avec la sage- femme, la maternité ou l'échographe, l'accompagnement vers les services sociaux, et l'aide au remplissage des documents administratif est réalisé par la secrétaire du cabinet.

## L'activité de l'ESP

Nous avons eu entre avril et décembre un total de 58 suivis de grossesse. Fin 2019 nous recensons 34 suivis de grossesse en cours. Au cours de l'année 9 personnes ont eu un suivi complexe de l'ESP. Toutes ont bénéficies de l'accompagnement d'une sage- femme. 14 autres ont eu un suivi médical complexe en milieu hospitalier (hors ESP). 8 grossesses pathologiques ont été suivies en coordination médecin sage femme. 6 patientes ont été perdues de vue dont 3 pour cause de déménagement.

En un an nous avons enregistré 21 accouchements dont un seul présentait une situation pathologique. Un avortement thérapeutique a également été enregistré. Le décalage entre le nombre d'accouchements et de personne suivies est en partie lié au fait que nous sommes dans notre première année d'exercice ce qui amène un décalage au niveau statistique.

72% des patientes sont originaires de Bordeaux, les autres se répartissant sur les communes mitoyennes »

**Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# QUEL MODELE DE PRISE EN CHARGE POUR LES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE VULNERABILITE SOCIALE, EN MILIEU URBAIN ? META-SYNTHESE DE LA LITTERATURE


## Résumé

Introduction : Le suivi de grossesse des femmes en situation de vulnérabilité sociale est souvent chaotique. Les complications materno-fœtales sont plus fréquentes dans cette population et les obstacles à l'accès aux soins multiples. L'objectif de notre étude était d'identifier les éléments nécessaires à une prise en charge efficace des femmes enceintes vulnérables en milieu urbain.
Méthode : Nous avons réalisé une méta-synthèse en suivant les 7 étapes de la méta-ethnographie telles que décrites par Noblit & Hare. Une revue systématique de la littérature a été réalisé en interrogeant 6 bases de données et des moteurs de recherche. Une analyse thématique inductive a ensuite été menée.
Résultats : Au total 1829 références ont été récupérées après élimination des doublons et importées dans le logiciel COVIDENCE. Après sélection, 13 articles ont finalement été inclus pour analyse. L'analyse thématique a mis en évidence la nécessité de mobiliser les capacités des patientes en favorisant le développement de leur estime de soi et l'acquisition et le renforcement de compétences. Ceci était permis par la mise en place de dispositifs spécifiques tenant compte du contexte de vie des patientes et organisés autour de quatre axes principaux qui sont : l'établissement d'une relation de confiance, la disponibilité, une approche pluridisciplinaire, ainsi qu'un objectif d'autonomisation des patientes.
Conclusion : Une prise en charge pluridisciplinaire basée sur une relation de confiance avec pour objectif l'empowerment des patientes, à travers du soutien par les pairs ou des groupes de soins prénatals par exemple, semble être un modèle efficace de suivi des femmes enceintes vulnérables.



**Discipline : Médecine, Spécialité**

## Mots-clés

Grossesse, précarité, vulnérabilité sociale, soins prénatals, milieu urbain


# WICH CARE MODEL FOR VULNERABLE PREGNANT WOMEN IN URBAN AREAS? META-SYNTHESIS OF THE LITERATURE


## Abstract

Background: Pregnancy monitoring for women in situations of social vulnerability is often chaotic. Maternal-fetal complications are more frequent in this population and obstacles to access to multiple care. The objective of our study was to identify the elements necessary for effective care of vulnerable pregnant women in urban areas.
Method: We performed a meta-synthesis by following the 7 steps of meta-ethnography as described by Noblit & Hare. A systematic review of the literature was carried out by querying 6 databases. An inductive thematic analysis was then carried out.
Results: A total of 1,829 references were retrieved after elimination of duplicates and imported into the COVIDENCE software. After selection, 13 articles were finally included for analysis. The thematic analysis highlighted the need to mobilize the capacities of patients by promoting the development of their self-confidence and the acquisition and reinforcement of skills. This was made possible by the establishment of a specific system considering the patient's life context and organized around four main axes which are: the establishment of a relationship of trust, availability, a multidisciplinary approach, as well as a patient empowerment goal.
Conclusion: Multidisciplinary care based on a relationship of trust with the aim of empowering patients, through peer support or antenatal care groups, for example, seems to be an effective model for monitoring vulnerable pregnant women.



**Discipline Medecine**

## Keywords

Pregnancy, prenatal care, precarity, vulnerability