



**HAL**  
open science

# La place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité: orientation des femmes enceintes et connaissance du réseau périnatal

Agathe Hervouet

## ► To cite this version:

Agathe Hervouet. La place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité: orientation des femmes enceintes et connaissance du réseau périnatal. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03615531

**HAL Id: dumas-03615531**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03615531v1>

Submitted on 21 Mar 2022

**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.

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

## **Département de maïeutique**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**Agathe HERVOUET**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**La place de la sage-femme dans la prise en charge des  
femmes enceintes en situation de précarité : orientation  
des femmes enceintes et connaissance du réseau  
périnatal.**

Soutenu le : septembre 2021

Directeur de mémoire : Madame Valérie Huck

JURY

Numéro national d'étudiant : 21604333

# Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les sages-femmes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et particulièrement les professionnelles des différentes unités qui m'ont aidée à élaborer les fiches annexes.

Un immense merci à ma directrice de mémoire, Valérie Huck, pour son investissement, sa patience et sa disponibilité à toute épreuve.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique pour son accompagnement pendant mes études et particulièrement Claire Dran, ma référente pédagogique pour son soutien et son aide essentielle durant ces cinq années.

Je remercie particulièrement mes frères, mes parents et mes grands-parents pour leur présence, leur réconfort et leur soutien sans relâche durant toutes ces années. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagnée à réaliser mon projet le plus cher : devenir sage-femme.

Je remercie Émilie pour la pertinence de ses remarques et de ses conseils lors de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie Luc pour son amour, sa confiance et son aide de tout instant. Merci à sa famille pour leur soutien moral et leur grande gentillesse.

Je remercie mes amies de promotion, Adeline, Clara, Joséphine, Marion et Marjolaine pour toutes ces joies et larmes partagées, leur aide précieuse et leur soutien infaillible.

Je remercie mes amis les plus proches, Karen, Manon, Marie, Valentin et Tom pour leur aide à surmonter les épreuves, leur rire communicatif et leur écoute attentive lors de mes nombreux récits.

# Table des matières

AVERTISSEMENT.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES ANNEXES.....	IX
LEXIQUE.....	X
TITRE ET RÉSUMÉ.....	XIII
TITLE AND ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCTION.....	1
1. CONTEXTE.....	3
1.1. Femmes enceintes en situation de précarité.....	3
1.1.1. Les femmes présentant un faible niveau d'étude ou sans d'emploi.....	3
1.1.2. Les femmes présentant des difficultés de logement.....	3
1.1.3. Les femmes présentant des difficultés d'accès au droit.....	4
1.1.4. Les femmes étrangères.....	5
1.1.5. Les femmes isolées et familles monoparentales.....	5
1.1.6. Les femmes présentant des difficultés psychologiques ou motrices.....	6



<b>1.2. Conséquences maternelles et fœtales de la précarité.....</b>	<b>7</b>
1.2.1. La déclaration et le suivi de grossesse.....	7
1.2.2. La grossesse et l'accouchement.....	8
1.2.3. Les suites de couches.....	8
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Objectifs et hypothèses.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Description de l'étude.....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Étude descriptive.....	10
2.2.2. Population étudiée.....	11
2.2.3. Outil méthodologique.....	11
2.2.4. Thématiques étudiées.....	11
2.2.5. Modalités d'analyse.....	12
2.2.6. Obligations éthiques et réglementaires.....	13
<b>3. RÉSULTATS ET DISCUSSION.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1. Description de la population d'étude.....</b>	<b>14</b>
3.1.1. Diagramme de flux.....	14
3.1.2. Caractéristiques générales de la population étudiée.....	15
<b>3.2. Définition de la précarité chez la femme enceinte selon les sages-femmes.....</b>	<b>16</b>
3.2.1. Concernant la précarité chez la femme enceinte.....	16
3.2.2. Concernant les conséquences de la précarité chez la femme enceinte.....	18
<b>3.3. Place et ressenti des sages-femmes à propos de la prise en charge de la précarité.....</b>	<b>21</b>
3.3.1. Place des sages-femmes.....	21
3.3.2. Ressenti des sages-femmes.....	22
3.3.3. Attitude des sages-femmes.....	24
<b>3.4. Prise en charge des femmes enceintes précaires par les sages-femmes.....</b>	<b>26</b>
3.4.1. Orientation des femmes enceintes précaires par les sages-femmes.....	26
3.4.2. État des lieux des connaissances des sages-femmes sur l'ensemble du réseau périnatal.....	31
3.4.3. Moyens de connaissance du réseau périnatal par les sages-femmes et souhait d'une meilleure information.....	36
3.4.4. Difficultés de la prise en charge.....	38



<b>3.5. Forces de l'étude.....</b>	<b>41</b>
<b>3.6. Limites et biais de l'étude.....</b>	<b>42</b>
<b>3.7. Implications et perspectives.....</b>	<b>43</b>
3.7.1. Liées au questionnaire.....	43
3.7.2. Liées à l'augmentation de la précarité.....	44
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>52</b>

# Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques générales de la population étudiée.....15

## Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux.....	14
Figure 2: Termes évoquant la précarité chez une femme enceinte par les sages-femmes.....	16
Figure 3: La place de la sage-femme auprès des femmes enceintes en situation de précarité selon les sages-femmes.....	21
Figure 4: Ressenti des sages-femmes lors de leur prise en charge.....	23
Figure 5: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 2.....	27
Figure 6: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 3.....	30
Figure 7: Moyens de connaissance du réseau par les sages-femmes.....	38
Figure 8: Moyens par lesquels les sages-femmes souhaiteraient être plus informées .....	39
Figure 9: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 1.....	62
Figure 10: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 4.....	64

## Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire.....	53
Annexe II : Vignettes cliniques et orientation proposée par les sages-femmes.....	58
Annexe III : Analyse vignette clinique 1.....	62
Annexe IV: Analyse vignette clinique 4.....	64
Annexe V : Fiche récapitulative de l'unité de parentologie.....	66
Annexe VI : Fiche récapitulative de l'Unité de Psychopathologie Périnatale (UPP)...	67
Annexe VII : Fiche récapitulative de l'Unité Patientes en Errance (UPE).....	68
Annexe VIII : Fiche récapitulative de l'Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP) .....	69

# Lexique

**AME** : Aide médicale d'État.

**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

**AS** : Assistance sociale.

**ASE** : Aide sociale à l'enfance.

**ATCD** : Antécédents.

**BAAM** : Bureau d'accueil et d'accompagnement des migrants.

**La CADA** : Commission d'accès aux documents administratifs.

**Le CADA** : Centre d'accueil de demandeurs d'asile.

**CAF** : Caisse d'allocations familiales.

**CAPSA** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

**CCAS** : Centre communal d'action sociale.

**CCF** : Conseiller conjugal et familial.

**CMP** : Centre médico-psychologique.

**CMU** : Couverture maladie universelle.

**CNNSE** : Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant.

**CRIP** : Cellule de recueil des informations préoccupantes.

**DALO** : Droit au logement opposable.

**DAN** : Diagnostic anténatal.



**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

**ELSA** : Équipe de liaison et de soins en addictologie.

**ENP** : Enquête nationale périnatale.

**ENCMM** : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles.

**ENFAMS** : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France (enquête).

**ESI** : Espace solidarité insertion.

**GAMS** : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants.

**HAD** : Hospitalisation à domicile.

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques.

**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

**ITT** : Interruption temporaire de travail.

**MFIU** : Mort fœtale in utero.

**MDF** : Maison des Femmes.

**MPS** : Médico-psycho-social.

**OXFAM** : Oxford Committee for Famine Relief.

**PAG** : Petit poids pour l'âge gestationnel.

**PASS** : Permanence d'accès aux soins de santé.

**PEC** : Prise en charge.

**PMI** : Protection maternelle et infantile.

**PNP** : Préparation à la naissance et à la parentalité.



**PRADO** : Service de retour à domicile après une hospitalisation.

**PROSES** : Prévention des Risques Orientations Sociales Échange de Seringue (association).

**PUMA** : Protection universelle maladie.

**RCIU** : Retard de croissance intra-utérin.

**RPVO** : Réseau périnatal du Val-d'Oise.

**Réseau NEF** : Réseau naître dans l'Est Francilien.

**RSA** : Revenu de solidarité active.

**SA** : Semaine d'aménorrhée.

**SF** : Sage-femme.

**SIAO** : Services intégrés de l'accueil et de l'orientation.

**TISF** : Technicien de l'intervention sociale et familiale.

**UAP** : Unité d'accompagnement personnalisé.

**UMJ** : Unité médico-judiciaire.

**UPE** : Unité patientes en errance.

**UPP** : Unité psychopathologie périnatale.

**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine.

# Titre et résumé

**La place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité : orientation des femmes enceintes et connaissance du réseau périnatal.**

## **Objectifs**

Les objectifs de cette étude étaient de réaliser un état des lieux de la prise en charge des femmes enceintes précaires par les sages-femmes ainsi que de leur connaissance du réseau.

## **Matériel et méthodes**

Nous avons réalisé une étude descriptive via un questionnaire envoyé par mail aux sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales des départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise. Cette étude a été menée de juin à octobre 2020 et a recueilli 176 réponses.

## **Résultats**

Notre étude a démontré que les sages-femmes estiment occuper une place importante auprès de femmes enceintes en situation de précarité, et qu'elles les orientent généralement de façon adaptée vers une prise en charge médico-psycho-sociale correspondante aux problématiques rencontrées.

Elle a également révélé que la majorité des professionnelles souhaiterait être mieux informée sur le réseau, et qu'une fiche ou un site internet interactif régulièrement actualisé permettrait aux intervenants une meilleure accessibilité aux informations.

**Mots-clés** : précarité, sages-femmes, femmes enceintes, orientation, réseau

# Title and Abstract

**The midwife's place in the medical care of pregnant women in precarious situation : orientation of pregnant women and knowledge of the perinatal network.**

## **Objective**

The objectives of this study were to carry out a record of the state of care of precarious pregnant women by the midwives, and their knowledge on the network.

## **Methods**

We made a descriptive study conducted by a survey sent by email to hospitals, liberals and territorials midwives in the departments of Seine Saint-Denis and Val-d'Oise. This review was conducted from June to October 2020 and we received 176 answers.

## **Results and conclusion**

Our study has shown that midwives consider to occupy an important role to play with those pregnant women in precarious situation, and that they generally provide them with appropriate guidance to a medical-psychological and social approach, in regards to the problems encountered.

It also highlights that the majority of professionals wishes to be better informed on the network, and also that a record or a interactif website regularly updated, would allow a better accessibility to information for caregivers.

**Keywords** : precariousness, midwives, pregnant woman, guidance, network

# Introduction

La crise économique de 2008 a accentué considérablement les difficultés financières de la population française entraînant une progression importante de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire<sup>1</sup>. Depuis, ce chiffre ne cesse d'augmenter (1). En effet, selon l'Observatoire des inégalités et les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2017, l'Île-de-France est la région qui comptabilisait le plus de personnes pauvres sur l'ensemble du territoire français (1,1 million) (2). Le taux de pauvreté réparti de façon hétérogène dans cette région a pu atteindre en 2018, 17,2% dans le Val-d'Oise ou encore 28,4% en Seine-Saint-Denis (3, 4).

La précarité est définie en 1987 par Joseph Wresinki, comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » (5)

L'INSEE la caractérise également comme un « état de manque en terme de biens (économiques et de ressources de santé) ou de position sociale, telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société » (6). La pauvreté est donc un concept qui évolue car caractéristique d'une époque et d'une société donnée.

---

<sup>1</sup>Seuil de pauvreté monétaire : une personne est considérée comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. L'Insee, comme Eurostat, privilégie le seuil à 60 % de la médiane.

D'après l'Observatoire des inégalités, les parts de la population pauvre étaient les plus importantes chez les 10 à 19 ans (17,7%) et chez les 20 à 29 ans (16,5%). Les femmes représentaient quant à elles 52,1 % (7). Il existe donc un nombre important de femmes notamment en âge de procréer ou ayant de jeunes enfants dans la population pauvre.

Par ailleurs, en 2020, la Seine-Saint-Denis représentait le troisième département français dont le taux de natalité était le plus élevé (16,6‰). Quant au Val-d'Oise, il se situait à la cinquième position (15,1‰) (8). Ces territoires concentrent à eux seuls une grande majorité des naissances et également des conditions sociales difficiles générant ainsi un nombre toujours plus important de femmes en âge de procréer vivant dans une grande précarité.

Concernant la santé, elle est régie par différents déterminants socio-économiques, tels que le niveau de revenu, le statut social, le réseau de soutien, l'éducation, l'alphabétisme ou encore le sexe. La grande précarité amène ainsi les populations à négliger leur santé en général en la sacrifiant pour des besoins jugés plus prioritaires (se nourrir, se loger, se chauffer) (9, 10). En effet, d'après l'enquête nationale sur les morts maternelles parue en 2017, les femmes en situation de précarité (femmes seules, sans couverture sociale, sans activité salariée) ont un taux de renoncement aux soins plus important que les autres femmes (11). Ces femmes ont donc des difficultés à accéder aux soins médicaux et quand elles y ont recours, c'est « par l'intermédiaire des urgences, et le plus tard possible » (12).

La grossesse devient alors « une période de vulnérabilité accrue » pour ces femmes (13). La précarité doit être prise en considération dans son ensemble comme un réel facteur de risque afin de sauvegarder la santé maternelle et néonatale, devenant ainsi un véritable enjeu de santé publique (14). Face à la hausse de cette dernière, les sages-femmes sont donc de plus en plus confrontées à la prise en charge de ces grossesses dans leur exercice quotidien.

# 1. Contexte

## 1.1. Femmes enceintes en situation de précarité

### 1.1.1. Les femmes présentant un faible niveau d'étude ou sans d'emploi

Dans une étude rétrospective réalisée à Toulouse en 2001, les femmes en situation de précarité présentaient significativement un niveau d'étude plus faible que les autres femmes ainsi qu'un taux d'analphabétisme plus important. Or, avoir un faible niveau d'étude entraîne des difficultés d'insertion sur le marché du travail. Quand ces femmes avaient un emploi, elles travaillaient le plus souvent à temps partiel, occupaient un emploi non qualifié ou étaient travailleurs pauvres (15). Ces emplois sont la plupart du temps accompagnés par des horaires fractionnés et inhabituels, des contraintes de trajets, des conditions de travail pénibles et stressantes (16). D'après l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) parue en 2016, ces femmes étaient 16,9% à être au chômage en fin de grossesse (17).

### 1.1.2. Les femmes présentant des difficultés de logement

Selon l'INSEE en 2012, 81 000 personnes se trouvaient sans domicile fixe, 5 % étaient des femmes et 48 % d'entre-elles avaient entre 18 et 29 ans (18). Ces chiffres ne cessent d'augmenter. Si elles ne vivent pas à la rue, elles sont logées par des amis ou de la famille dans des conditions parfois de surpeuplement ou d'insalubrité (14, 19, 20).

D'après une enquête auprès du public accueilli à l'Espace Solidarité Insertion (ESI) « Halte Femmes » du Samu Social de Paris, entre 2006 et 2016, le nombre de femmes isolées ayant fait au moins une demande au 115 ou au Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) Urgence de Paris a augmenté de 66%. Le 115 est le numéro gratuit du Samu Social, dédié aux personnes sans abri, en demande



d'hébergement ou d'orientation pour la vie quotidienne. Le SIAO Urgence est « un service dédié aux travailleurs sociaux qui y formulent des demandes d'hébergement au bénéfice des personnes sans domicile qu'ils suivent » (21). Cependant, ces organismes d'accueil proposent des solutions d'urgence ou de courte durée. Ces femmes confrontées à une réelle instabilité de logement sont donc amenées à réitérer leur demande sans cesse en se demandant où elles dormiront la nuit suivante. Si les structures ne peuvent pas répondre favorablement à leur demande, certaines femmes se retrouvent sans logement fixe, en situation d'errance dans l'attente d'un logement ou sont amenées à déménager d'hôtel en hôtel social (13). Cette mobilité résidentielle peut expliquer la difficulté d'avoir un parcours de soins stable.

### **1.1.3. Les femmes présentant des difficultés d'accès au droit**

Selon l'enquête du Samu Social, en 2016, 16 % des femmes précaires étaient en demande d'asile et 34 % sans droits de séjour (21). La question des droits et de la couverture sociale est essentielle pour ces femmes en situation irrégulière ou en cours de régularisation.

D'après l'ENP, elles étaient plus nombreuses à avoir la couverture maladie universelle (CMU) (56,2% versus 5,9%) ou l'aide médicale d'État (AME) (4,9% versus 0,6%). La CMU remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) en 2016, « assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » (22). L'AME « est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources (résider plus de trois mois en France et percevoir des ressources ne dépassant pas un certain montant) » (23). De plus, elles étaient près de 6% à ne pas bénéficier de couverture sociale en début de grossesse pour la prise en charge des soins médicaux (17).

Une part importante de la population pauvre est donc constituée de femmes en situation irrégulière ou en cours de régularisation n'ayant pas de droit ouvert expliquant ainsi la difficulté d'accès à un suivi obstétrical régulier. Ces femmes dont

l'urgence quotidienne est la question du logement ne savent pas toujours vers qui se tourner pour ouvrir leurs droits. La grossesse peut alors être un moment opportun.

#### **1.1.4. Les femmes étrangères**

Un quart de la population pauvre est constitué de personnes vivant dans un ménage immigré (adultes et enfants) (7). D'après le rapport de 2016 de l'ENP, parmi les femmes précaires (ménages où ni la femme ni son partenaire n'ont d'emplois), 30,4% étaient d'origine étrangère (17). Selon l'enquête du Samu Social, la proportion, en 2016, de femmes d'origine d'Afrique du Nord et d'Afrique faisant une demande au 115 ou au SIAO d'urgence ne cesse d'augmenter depuis 2012 (21). En effet, d'après l'INSEE, depuis 2000, le taux d'immigration en France est en constante augmentation et en 2013, près de quatre immigrés sur dix vivaient en Île-de-France (24). Beaucoup de femmes précaires sont donc migrantes et d'origine africaine (15, 19).

Arriver dans un nouveau pays engendre de nombreuses difficultés comme l'accès aux droits. La barrière de la langue peut entraîner une réelle rupture sociale, un frein à l'intégration au système de santé et une prise en charge tardive du suivi de grossesse. De plus, le manque d'informations sur les grossesses antérieures et les antécédents ainsi que l'incompréhension entre la femme et le soignant peuvent amener à occulter les risques que la patiente encourt lors de la grossesse et s'avérer cruciales dans certaines pathologies (11, 14).

#### **1.1.5. Les femmes isolées et familles monoparentales**

Selon l'ENP, le taux des femmes vivant seules est beaucoup plus important que celui des femmes non précaires (31,8% contre 1,8%) (17). En effet, elles sont plus de huit fois sur dix cheffes de famille monoparentale, dont un tiers vivent sous le seuil de pauvreté (20). De plus, ces femmes sont plus nombreuses à accoucher pour la troisième fois ou plus (33,4% contre 20,0%) (17). Ces femmes isolées sont alors seules à devoir subvenir aux besoins de leurs familles. Elles sont plus actives que les mères en couple et cumulent parfois plusieurs emplois (20). Or, elles ont plus souvent, en corrélation avec leur faible niveau d'étude, un emploi avec des



pénibilités horaires et de trajet très importantes. Elles doivent également s'occuper des tâches familiales et domestiques pendant leur peu de temps libre. Il paraît alors évident que la question de la santé passe au second plan pour ces femmes (16).

### **1.1.6. Les femmes présentant des difficultés psychologiques ou motrices**

Beaucoup de femmes en situation de précarité arrivent en France après un trajet migratoire. Les raisons évoquées sont principalement d'échapper à l'insécurité, sauver sa vie, fuir un mariage forcé ou un conflit intrafamilial, accompagner ou rejoindre un membre de sa famille. Certaines femmes ont traversé plusieurs pays avant d'arriver en France, dans des conditions traumatiques : violence, viol, séquestration, travaux forcés... (14, 21).

Par ailleurs, les femmes vivant dans une instabilité de logement connaissent toutes sortes de violences. Tout d'abord, d'après le Samu Social de Paris, la stigmatisation et le regard social des personnes insérées dans le système peuvent être difficiles à supporter. Ensuite, ces femmes vulnérables peuvent subir des contraintes exercées par des hommes (« sans domicile ou insérés ») pouvant aller jusqu'à obtenir « de la sexualité contre un hébergement. » Les violences conjugales, les risques d'agression dans la rue, les violences institutionnelles, l'agressivité des personnes rencontrées dans les centres font également partie du quotidien de ces femmes (12, 14).

Les femmes pauvres sont plus dépressives et plus anxieuses que la population générale (14, 25). Elles souffrent également de psychoses, de troubles du sommeil et d'états d'angoisse. La précarité et ses nombreux facteurs de risques (pauvreté, isolement...) constituent « un facteur potentiel de dégradation de l'état de santé mentale. » En plus de générer un important sentiment d'insécurité, la précarité, et notamment chez les mères isolées, entraîne un effet « d'exacerbation des problèmes » du quotidien. Le sentiment d'insécurité peut être tellement fort qu'il peut pousser ces femmes à avoir des comportements morbides ou des tendances suicidaires (26).



Il ne faut pas négliger également, d'une part, les conduites addictives chez les femmes les plus précaires notamment pour celles sans logement fixe (14). Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), elles sont plus dépendantes à l'alcool (9,3%), consomment plus régulièrement du cannabis (6,1%), du tabac (25,4%) et parfois d'autres drogues illicites (27). Pour ces femmes en dehors du système de santé se pose alors la question de la dépendance et de ses conséquences fœtales. D'autre part, les femmes handicapées et en situation de précarité subissent « une double discrimination dans les domaines de l'accès aux droits et à l'emploi [...], ce qui provoque des difficultés aggravées pour ces personnes » (28).

Toutes ces femmes sont dans des situations de plus ou moins grande instabilité (21, 29). Il est facilement compréhensible que la question du suivi obstétrical soit mise en arrière-plan (14). Cependant, si le « recours au système de santé est plus rare et plus tardif, il ne résulte pas du choix des femmes mais bien de leurs difficultés » (30). En effet, nombreuses d'entre-elles évoquent une volonté de bien faire et une « quête de stabilité dans l'intérêt de l'enfant qu'elles portent » (31).

## **1.2. Conséquences maternelles et fœtales de la précarité**

### **1.2.1. La déclaration et le suivi de grossesse**

Il est important de ne pas négliger l'impact de la précarité sur les pathologies maternelles et néonatales. Les femmes en situation de précarité ou d'exclusion ne déclarent pas leur grossesse ou le font de façon trop tardive (14). Elles ont moins recours au diagnostic anténatal, ne bénéficient pas pour la plupart d'entretien prénatal précoce ni de préparation à la naissance et ont moins de consultations prénatales que les autres femmes (10, 13, 14, 17, 31). En effet, selon le rapport de 2016 de l'ENP, elles sont seulement 12% à avoir consulté avant la fin du premier trimestre et 20% ont eu trois consultations au cours de leur grossesse (11, 13, 17, 32, 33). De plus, toujours selon l'enquête de l'ENP, ces femmes rencontrent un contexte psychologique plus néfaste que les autres femmes. Elles se sentent plus souvent « assez mal » ou « mal » durant leur grossesse (17). La majorité d'entre-



elles déclare n'avoir reçu aucun soutien de la part de leur famille (13). Enfin, l'insécurité alimentaire entraîne plus facilement un surpoids ou une obésité (13, 32, 33).

Plus les femmes sont en situation de précarité et plus il leur est difficile de faire suivre au mieux leur grossesse, ce qui les amène à avoir un suivi tardif ou insuffisant et entraîne des prises en charge retardées (14, 15).

### **1.2.2. La grossesse et l'accouchement**

Les femmes en situation de précarité ont plus fréquemment des complications lors de la grossesse (11, 14, 15). En effet, ces femmes ont significativement plus d'anémie, d'infections urinaires et génitales, de diabète gestationnel, d'hypertension gravidique et d'hospitalisations en cours de grossesse (11, 14, 15, 33, 34). De plus, d'après la dernière enquête sur les morts maternelles parue en 2017, « au moins un décès maternel sur 4 ou 5 survient dans un contexte de vulnérabilité sociale. » Il est important de noter que la précarité est désormais un nouvel indicateur (35). Certes plus difficile à prendre en compte que certaines pathologies, il n'est cependant pas à négliger face à l'augmentation importante de celle-ci.

Les femmes vulnérables ont également un risque plus élevé d'accoucher de manière prématurée (avant 37 SA) (10, 14, 15, 33, 34). Par ailleurs, elles consomment plus de tabac engendrant ainsi plus de complications maternelles et fœtales, notamment des retards de croissance intra-utérins (RCIU) (10, 11, 17, 33). Ainsi, ces enfants prématurés et de petits poids de naissance sont plus souvent transférés en réanimation (33, 34, 36).

### **1.2.3. Les suites de couches**

Les femmes vulnérables allaitent moins de manière exclusive que les autres femmes (10, 17). De plus, lorsqu'elles n'ont pas de logement, l'attente plus ou moins longue en centre d'hébergement d'urgence allonge leur séjour en maternité. Certaines d'entre-elles ne trouveront pas de place les obligeant ainsi à retourner vivre à la rue avec leur nourrisson et ne bénéficieront pour la plupart d'aucun suivi en



sortant de la maternité (13, 14, 19, 37). Par ailleurs, ces femmes ont un terrain psychologique beaucoup plus à risque que les autres, notamment lorsqu'elles sont hébergées via le 115. En effet, elles sont quatre fois plus en dépression que le reste de la population donc plus à risque de dépression du post-partum (14). Se pose alors la question du lien mère-enfant, particulièrement lors d'un déni de grossesse ou lorsque que la grossesse est non désirée (13).

La situation précaire des femmes, notamment l'insécurité alimentaire, peut entraîner des conséquences néonatales à long terme notamment avec un tiers d'enfant anémié et deux tiers souffrant de la faim (13, 30). Près d'un enfant sur quatre grandira dans une famille en grande précarité et n'aura pas recours aux soins d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre. Ce manque d'accès aux soins peut entraîner des problèmes de santé mais également de développement cognitif notamment avec des troubles relationnels, émotionnels et des comportements d'inattention et d'hyperactivité (13).

Un suivi irrégulier entraîne donc une prise en charge tardive de certaines pathologies augmentant le risque de morbi-mortalité pour ces couples mères-enfants. Or, au vu de leur situation de vulnérabilité, il est difficile pour ces femmes de faire suivre leur grossesse de manière optimale. En effet, leur accompagnement requiert, d'une part, un suivi obstétrical approprié et d'autre part, une orientation sociale et psychologique adaptée. La hausse de la précarité amène donc les professionnels de santé, notamment les sages-femmes, à davantage prendre en charge ces grossesses spécifiques.

Ainsi, ces réflexions nous ont amené à formuler la question de recherche suivante : Quelles sont les pratiques d'orientation des sages-femmes lors de la prise en charge du suivi de grossesse des femmes enceintes en situation de précarité ?

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1. Objectifs et hypothèses

Les objectifs de cette étude ont été de réaliser un état des lieux de la prise en charge des femmes en situation de précarité par les sages-femmes exerçant en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise ainsi que de leur connaissance sur le réseau disponible dans ces deux départements.

Les hypothèses retenues pour répondre à la question de recherche ont été :

- Hypothèse 1 : Les sages-femmes identifient la précarité et connaissent ses conséquences sur la santé des femmes enceintes.
- Hypothèse 2 : Les sages-femmes estiment occuper une place importante auprès des femmes enceintes précaires lors de leur prise en charge.
- Hypothèses 3 : Les sages-femmes orientent de façon adaptée les femmes enceintes précaires grâce à leur connaissance de l'ensemble du réseau périnatal.

### 2.2. Description de l'étude

#### 2.2.1. Étude descriptive

L'étude était descriptive. En effet, un questionnaire en ligne a été envoyé par mail entre le 06 juin 2020 et le 21 octobre 2020 aux sages-femmes exerçant dans le département de la Seine-Saint-Denis et/ou du Val-d'Oise. Il a été transmis aux professionnelles hospitalières par le biais des cadres des maternités de Pontoise, Eaubonne, Ermont, Argenteuil, Gonesse, Beaumont-sur-Oise, Aulnay-sous-bois, Bondy, Les Lilas, Montfermeil, Montreuil, Saint-Denis et du Blanc-Mesnil. Il a été envoyé aux sages-femmes territoriales par le réseau périnatal du Val-d'Oise (RPVO) et le réseau naître dans l'Est Francilien (Réseau Nef) et aux professionnelles



libérales grâce à l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Deux relances ont été effectuées le 13 juillet et le 7 septembre 2020. Le questionnaire a été clôturé le 21 octobre 2020.

### **2.2.2. Population étudiée**

Afin de répondre de façon pertinente à la problématique, le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des sages-femmes hospitalières, territoriales et libérales exerçant en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise puisque ces deux départements ont le taux de précarité le plus élevé d'Île-de-France.

Ont été exclues de l'étude, les sages-femmes de ces deux départements ne prenant pas en charge les femmes enceintes en situation de précarité dans leur exercice quotidien.

### **2.2.3. Outil méthodologique**

Le questionnaire (Annexe I) a été validé par l'équipe pédagogique puis a été retranscrit sur la plateforme Google Form. Il a été testé au préalable par 4 sages-femmes de protection maternelle et infantile (PMI). Il était composé de 19 questions et le temps de remplissage était estimé à une dizaine de minutes. Il s'agissait de questions à choix multiples en majorité, de questions ouvertes ainsi que de quatre vignettes cliniques. Il était constitué de trois parties distinctes.

### **2.2.4. Thématiques étudiées**

Les thématiques analysées pour nos résultats étaient :

- **Pour la première partie :**

Définition de la population : le sexe, l'âge, la durée d'exercice de la profession de sage-femme, le secteur d'exercice, le principal poste occupé, le département d'exercice et le temps d'ancienneté d'exercice dans la zone géographique actuelle ont été demandés afin d'obtenir les caractéristiques de la population étudiée.

Définition de la précarité : trois mots-clés évoquant la précarité chez une femme enceinte ainsi que les conséquences de celle-ci ont été recueillis afin de connaître la définition de la précarité par les sages-femmes.

Place de la sage-femme auprès des femmes : le nombre de patientes précaires prises en charge en moyenne par an, trois mots-clés illustrant la place de la sage-femme auprès des femmes en situation de précarité et le ressenti des professionnelles lors de cette prise en charge ont été recensés. Ces données ont été collectées afin de connaître la place que les sages-femmes estiment occuper auprès de ces femmes, ainsi que leur ressenti lors de leur prise en charge.

- **Pour la deuxième partie :**

Quatre vignettes cliniques (Annexe II) ont été élaborées afin d'aborder plusieurs aspects de la précarité. Les thématiques analysées étaient alors l'orientation proposée par les sages-femmes en fonction du cas fictif, ainsi que les partenaires ou structures cités lors de leur prise en charge. De plus, nous avons pu obtenir un état des lieux de leur connaissance sur les différentes structures existantes. Ces vignettes cliniques avaient pour but de permettre aux professionnelles de se projeter dans des situations qu'elles peuvent rencontrer dans leur exercice quotidien, nous permettant ainsi de nous rapprocher au mieux de leur pratique.

- **Pour la troisième partie :**

Les deux dernières questions nous ont permis de connaître la manière dont les sages-femmes ont eu connaissance des différentes structures et si elles souhaiteraient être informées davantage sur le réseau existant. Ces thématiques nous ont permis de déterminer si les sages-femmes étaient demandeuses de plus d'informations sur la prise en charge des femmes en situation de précarité et selon quelles modalités.

### **2.2.5. Modalités d'analyse**

Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne « Google Form » et analysées par la suite avec le logiciel « Microsoft Excel ». Les thématiques



quantitatives ont été décrites par des moyennes, des écarts-types et médianes ainsi que des valeurs minimales et maximales tandis que les thématiques qualitatives l'ont été par des effectifs et des pourcentages. Les questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Elles ont été regroupées en champs lexicaux correspondant aux mots-clés cités selon leur fréquence d'apparition.

### **2.2.6. Obligations éthiques et réglementaires**

Pour la réalisation de cette étude, l'accord des cadres de services et des sages-femmes coordinatrices a été recueilli au préalable.

Les obligations d'anonymat, de confidentialité et de respect du secret médical ont été respectées. Les sages-femmes étaient libres de répondre ou non au questionnaire. Les données recueillies à partir des réponses ont été sécurisées et seront transmises à notre directeur de mémoire après la soutenance de ce dernier.

## 3. Résultats et discussion

### 3.1. Description de la population d'étude

#### 3.1.1. Diagramme de flux

Parmi l'ensemble des sages-femmes travaillant en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise, 191 ont répondu au questionnaire. Nous avons enlevé 7 doublons, ce qui correspond à un taux de réponse de 20,6 %. Nous avons exclu 8 questionnaires car les sages-femmes ne prenaient pas en charge de patientes précaires. Notre étude a donc été réalisée au total sur 176 réponses comme démontré dans la figure 1 ci-dessous.

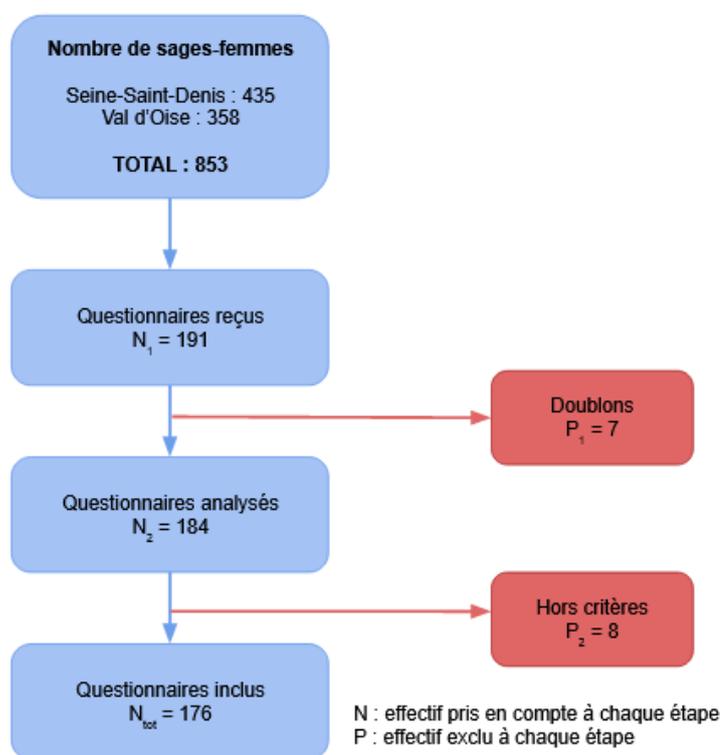


Figure 1: Diagramme de flux



### 3.1.2. Caractéristiques générales de la population étudiée

Le tableau 1 présente les caractéristiques des 176 sages-femmes ayant répondu au questionnaire. Notre population était composée de 166 (94,3%) femmes et de 10 (5,7%) hommes. L'âge moyen était de 36,4 ans avec un minimum de 22 ans et un maximum de 64 ans. La moyenne d'années d'exercice de la profession de sage-femme était de 12,5 ans avec des extrêmes allant de 0 à 42 ans. Les sages-femmes exerçaient pour 124 (70,5%) d'entre-elles une activité hospitalière, pour 27 (15,3%) une activité libérale, pour 16 (9,1%) une activité en PMI et 9 (5,1%) sages-femmes exerçaient à l'hôpital et en libéral. Elles travaillaient pour 100 (56,8%) d'entre-elles en Seine-Saint-Denis, pour 73 (41,5%) dans le Val-d'Oise et pour 3 (1,7%) dans les deux départements. La moyenne d'années d'exercice dans la zone géographique actuelle était de 9,6 ans avec des extrêmes allant de 0 à 35 ans.

	<b>Total</b> n (%) m ± sd [min, max]
<b>Effectif</b>	<b>176 (100,0)</b>
Femmes	166 (94,3)
Hommes	10 (5,7)
<b>Age (en années)</b>	36,4 ± 9,9 Me = 34 [22, 64]
<b>Habitudes d'exercice</b>	
Nombre d'années d'exercice	12,5 ± 9,9 Me = 10 [0, 42]
Type d'activité	
Hospitalière	124 (70,5)
Libérale	27 (15,3)
PMI	16 (9,1)
Hospitalière et libérale	9 (5,1)
Lieux d'exercice	
Seine-Saint-Denis	100 (56,8)
Val d'Oise	73 (41,5)
Les deux départements	3 (1,7)
Nombre d'années d'exercice dans la zone géographique actuelle	9,6 ± 7,8 Me = 7 [0, 35]

Tableau 1: Caractéristiques générales de la population étudiée

## 3.2. Définition de la précarité chez la femme enceinte selon les sages-femmes

### 3.2.1. Concernant la précarité chez la femme enceinte

Nous avons demandé aux sages-femmes trois mots-clés évoquant la précarité chez une femme enceinte. La figure 2 présente ces derniers synthétisés sous la forme d'un nuage de mots selon leur fréquence d'apparition.



Figure 2: Termes évoquant la précarité chez une femme enceinte par les sages-femmes

Lors de l'analyse, trois grands thèmes sont apparus : le manque, les différents aspects de la précarité et les conséquences médicales et obstétricales.

#### **Le thème du manque regroupe notamment :**

- le manque de logement (n=119, 68,0%) : « *logée au 115, sans domicile fixe...* »
- le manque de ressources (n=42, 24,0%) : « *pauvreté, sans argent...* »
- le manque de couverture sociale (n=33, 18,9%) : « *absence d'assurance maladie...* »
- le manque de travail (n=26, 14,9%) : « *chômage, travailleurs pauvres...* »



**Les différents aspects de la précarité ont été définis notamment par :**

- l'isolement (n=91, 52,0%) : « *isolement familial et affectif, isolée, solitude...* »
- le parcours migratoire (n=58, 33,1%) : « *immigration, situation irrégulière...* »
- la violence (n=47, 26,9%) : « *violences conjugales, maltraitance, prostitution...* »
- la malnutrition (n=17, 9,7%) : « *malnutrition, carences, dénutrition, faim...* »
- les difficultés (n=15, 8,6%) : « *difficultés financières, difficultés sociales...* »
- la détresse psychologique (n=15, 8,6%) : « *dépression, traumatisme, tristesse, souffrance, épuisement...* »
- la vulnérabilité (n=13, 7,4%) : « *vulnérabilité, fragilisée, instabilité, incertitude...* »

**Les conséquences médicales et obstétricales ont été caractérisées par :**

- une grossesse à risque (n=39, 22,3%) : « *plus de pathologies, pathologies prises en charge tardivement, accouchements compliqués, grossesses inopinées...* »
- un mauvais suivi (n=18, 10,3%) : « *suivi chaotique, irrégulier, mauvais, grossesse mal suivie, errance médicale, problème d'accès aux soins, manque de soins...* »

La précarité a également été définie par des mots comme « *désarroi, peur, abandon, besoin d'aide...* » mais aussi par le mot « *courage* ». Les sages-femmes ont décrit les patientes comme « *démunie, défavorisée, fragile, perdue, mineure, jeune, mère célibataire* ».

La précarité a donc été identifiée par les sages-femmes dans son ensemble. En effet, de nombreux aspects ont été évoqués en tenant compte du côté médical, social ou psychologique mais également des conséquences multiples qu'elle peut engendrer.

### 3.2.2. Concernant les conséquences de la précarité chez la femme enceinte

Pour la très grande majorité des sages-femmes (n=174, 98,9%), la précarité induit des conséquences maternelles et fœtales. Il peut être observé que pour une des professionnelles (n=1, 0,6%) interrogées les conséquences de la précarité sont uniquement maternelles alors que pour une autre d'entre-elles (n=1, 0,6%), les conséquences sont uniquement fœtales. Aucune sage-femme n'a considéré que la précarité n'induirait aucune conséquence.

Les sages-femmes conscientes des conséquences de la précarité ont eu la possibilité de développer leurs réponses lors d'une question ouverte.

- Aspect indissociable des pathologies maternelles et fœtales

Selon les professionnelles, la situation sociale, médicale ou psychologique de la patiente impacte directement le fœtus.

*« Incidence sur les deux cela va de soi, qui dit précarité dit mauvaise hygiène de vie physique et psychologique chez la maman (fatigue, stress, mauvaise alimentation, insécurité...) ce qui se répercute forcément sur le fœtus et l'enfant à venir. »*

- Suivi irrégulier

Elles décrivent que les patientes sans logement, sans ressource, sans accès à la nourriture ne sont pas en capacité de réaliser un suivi optimal car leur sécurité et leurs propres besoins les accaparent avant tout.

*« Une femme en situation de précarité ne va pas prioriser le suivi de sa grossesse, elle vit au jour le jour, il y a forcément des conséquences sur le fœtus (diabète gestationnel non dépisté). »*

Ce suivi chaotique a été justifié par de nombreuses raisons par les sages-femmes. Les examens complémentaires, les échographies ou la surveillance biologique non réalisés ont été expliqués par « l'absence de sécurité sociale », « le manque de moyens financiers » et « l'incapacité d'avancer les frais ». De plus, la



barrière de la langue peut entraver la compréhension des patientes sur le suivi et aboutir à « *des rendez-vous manqués* », « *des dossiers obstétricaux mal remplis* » ou « *des antécédents non connus* ». Les « *difficultés à se déplacer* », les « *temps de trajet très longs [...]* », l'isolement « *familial et social compliquant la garde des autres enfants* » expliqueraient également le retard aux rendez-vous, l'arrivée tardive aux urgences, ou encore « *les refus d'hospitalisation* ». Enfin, l'instabilité du logement avec des changements de lieux réguliers compliquerait également le suivi.

*« Mise en place des relais en ville (PRADO et HAD) plus compliquée voire infaisable en cas de logement très précaire. »*

- Pathologies induites

D'après les sages-femmes, l'ensemble de ces facteurs engendrerait donc des retards de suivi, des pathologies non dépistées ou trop tardivement. Les pathologies les plus énoncées par les professionnelles sont la pré-éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, la mort fœtale in utero (MFIU), la menace d'accouchement prématuré et la prématurité induite, le RCIU, le petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) ou la macrosomie fœtale. Elles citent particulièrement les pathologies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension, le VIH du fait de la nécessité d'une régularité dans le suivi.

*« Concernant l'enfant, on sait qu'un fort taux de cortisol amène à des dérèglements hormonaux pouvant amener à PAG et des naissances prématurées. »*

- Difficultés à s'alimenter

Les sages-femmes ont énoncé explicitement qu'une mauvaise alimentation pourrait aggraver certaines pathologies. Les mots « *malnutrition* », « *carences* », « *alimentation déséquilibrée* » apparaissent fréquemment. De plus, le lien avec le diabète gestationnel a été retrouvé de nombreuses fois.

*« La femme enceinte qui n'a pas de ressources peut avoir des difficultés à se nourrir, dans le cadre d'un diabète gestationnel par exemple, il lui sera difficile de respecter le régime et cela aura des conséquences sur l'équilibre du diabète. Un diabète déséquilibré présente des risques pour la mère (hypoglycémies, acidocétose) et l'enfant (macrosomie, MFIU). »*



- Conséquences psychologiques

Les professionnelles ont cité de nombreuses fois les mots « stress constant », « angoisse », « dépression ». En effet, selon elles, cet état de fragilité psychologique a un retentissement direct sur le lien mère-enfant. L'impact de l'état de stress post-traumatique a également été mentionné.

*« La situation de précarité entraîne une situation de survie avec très peu de capacités d'introspection de la patiente entraînant des risques élevés de dépression du post-partum (le suicide est la première cause maternelle dans notre pays !) ou de baby-blues entraînant pour le bébé des troubles de l'attachement et du développement psychomoteur... »*

- La violence

Les sages-femmes ont souligné l'impact de la violence vécue par certaines patientes et la vulnérabilité de ces femmes face à celle-ci. Elles l'ont expliqué par « l'instabilité du logement », « la soumission » envers leurs "cousines" qui les accueillent » et par le fait de vivre « dans la rue ou dans les foyers ». Elles ont également cité les dangers des conduites à risques et des addictions. Les sages-femmes ont expliqué que les violences induiraient des conséquences maternelles mais aussi fœtales.

*« Risques de violence urbaine, prostitution, drogue, ayant des conséquences pour les deux, RCIU pour le bébé... »*

Les sages-femmes ont ainsi expliqué que la précarité pourrait entraîner de nombreuses conséquences (psychologiques, médicales, relationnelles) impactant directement la santé maternelle et fœtale. Chaque situation de précarité engendrerait ainsi des facteurs de risques, notamment sur le plan obstétrical. La précarité a donc été définie par les sages-femmes comme un cumul de facteurs de risques rendant les patientes vulnérables sur de nombreux aspects. Les professionnelles ont donc identifié d'une part la précarité et d'autre part les nombreuses conséquences qu'elle peut engendrer sur la santé des femmes enceintes, validant ainsi notre première hypothèse.

### 3.3. Place et ressenti des sages-femmes à propos de la prise en charge de la précarité

#### 3.3.1. Place des sages-femmes

Nous avons demandé aux sages-femmes trois mots-clés évoquant la place de la sage-femme auprès des femmes enceintes précaires. La figure 3 présente ces derniers synthétisés sous la forme d'un nuage de mots selon leur fréquence d'apparition.



Figure 3: La place de la sage-femme auprès des femmes enceintes en situation de précarité selon les sages-femmes

Lors de l'analyse des mots clés, trois mots sont principalement apparus « **soutien** » (n= 103, 58,9%), « **orientation** » (n= 72, 41,1%) et « **écoute** » (n= 71, 40,6%). En effet, les sages-femmes ont cité principalement les termes suivants « *soutien à la parentalité, soutien moral, soutien psychologique, soutien dans les démarches* » ou encore « *aide sociale, aide psychologique, aide à la mise à l'abri...* ».

De plus, elles ont nommé des termes définissant leur place d'un point de vue médical. Elles ont évoqué, pour la plupart, leur rôle dans le « **réseau** » (n=63, 36,0%)



permettant ainsi une prise en charge « *globale* », « *multi-professionnelle* » et « *médico-psycho-sociale* ». Elles se sont définies également comme « *relais* » créant ainsi le lien avec les « *PMI, partenaires, services sociaux, ville/hôpital, associations...* ». Elles ont caractérisé leur rôle auprès de femmes précaires également dans le « *suivi* » (n=34, 19,4%), le « *dépistage* » (n=31, 17,7%) et la « *prévention* » (n=30, 17,1%).

Outre leur posture de « *professionnelle* » de santé (n=19, 10,9%), elles ont indiqué que leur rôle était tout autant dans « *l'accompagnement* » (n=60, 34,3%). Les termes « *bienveillance, réassurance, compréhensive, patience* » ont été cités de nombreuses fois. Les sages-femmes se sont définies comme « *pilier central* » (n= 19, 10,9%), « *repère, importante, essentielle* » où l'« *empathie* » (n=50, 28,6%) devient primordiale afin de créer un « *lien de confiance* » (n= 10, 5,7%).

Certaines d'entre-elles ont employé les mots « *sauvetage* » et « *première étape dans le secours* ». Ces professionnelles notent également que la prise en charge de ces patientes est « *énergivore* » et qu'elles se sentent parfois « *impuissantes* ». A l'inverse, certaines professionnelles ont nommé « *moments heureux* » et « *satisfaction d'avoir aidé ces femmes* ». Les termes « *humanité, solidarité, respect* » sont apparus démontrant bien qu'en plus de leur importance dans le soin, les sages-femmes doivent faire preuve d'empathie et de bienveillance pour prendre en charge ces femmes.

En somme, l'aspect relationnel est indissociable de la prise en charge médicale lors du suivi des femmes enceintes et particulièrement pour les patientes précaires. Les sages-femmes se sont donc qualifiées comme essentielles par leur soutien, leur écoute et leur accompagnement validant ainsi notre deuxième hypothèse.

### 3.3.2. Ressenti des sages-femmes

La figure 4 correspond à une question fermée et présente le ressenti des sages-femmes lorsqu'elles prennent en charge des femmes enceintes en situation de précarité. La moitié des professionnelles (n=90, 51,1%) a répondu « plutôt à



l'aise », 41 (23,3%) ont répondu « à l'aise », 46 (25,6%) ont répondu « pas très à l'aise » et aucune des sages-femmes n'a répondu « pas à l'aise du tout ».

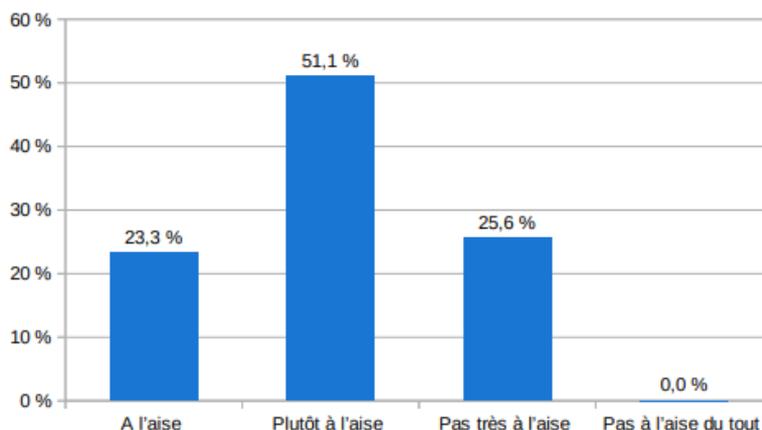


Figure 4: Ressenti des sages-femmes lors de leur prise en charge

Nous avons ensuite essayé de comprendre ce ressenti.

Lorsque les professionnelles ont coché la case « à l'aise » ou « plutôt à l'aise », elles avaient la possibilité d'expliquer leur réponse dans un commentaire libre. Elles sont 131 à avoir choisi un de ces deux items, ce qui nous a permis de faire ressortir 4 grands thèmes :

- L'expérience professionnelle (n=70, 53,4%) : « *Cela fait plusieurs années que je m'occupe du staff médico-psycho-social (MPS) en réseau avec les sages-femmes, les assistantes sociales (AS), les psychologues et les associations du secteur.* »
- La connaissance du réseau (n=60, 45,8%) : « *La connaissance du réseau de proximité, du partenariat avec les autres professionnels pour une orientation adaptée.* »
- Les formations (n=14, 10,7%) : « *Formations intra-hospitalières sur la prise en charge de patientes victimes de violences / en situation de précarité.* »



- Les structures adaptées dans le lieu d'exercice (n=14, 10,7%) : « *A Gonesse, il y a la sage-femme Precapp qui s'occupe de la prise en charge des femmes précaires.* »

Lorsqu'elles ont répondu « pas très à l'aise », elles avaient la possibilité de choisir entre différents items ainsi que de s'exprimer librement lorsqu'elles avaient coché la case « Autre ». Les 45 professionnelles qui ont répondu ne se sentir « pas très à l'aise », l'ont expliqué par :

- le manque d'informations sur les différentes structures existantes (n=29, 64,4%)
- le manque de temps (n=26, 57,8%)
- le manque de formations (n=24, 53,3%)
- la priorisation du versant médical lors de la consultation (n=16, 35,6%)
- une situation peu fréquente dont elles n'ont pas l'habitude (n=1, 2,2%)
- autre (n=7, 15,6%)

Les autres raisons évoquées étaient notamment le manque de solutions et de places dans les centres d'accueil, la difficulté à joindre les structures existantes ou la complexité de la prise en charge de ces patientes.

*« Patientes généralement peu suivies, pathologies pré-existantes, contexte familial difficile, beaucoup de données qui rendent les prises en charge complexes. »*

### **3.3.3. Attitude des sages-femmes**

En analysant l'ensemble des commentaires du questionnaire, nous avons pu constater que les sages-femmes ont reconnu avoir un certain « savoir-faire » et « savoir-être » qui permettraient aux patientes d'être en confiance et de parler sans gêne de leur situation. Le fait de savoir quelles questions poser et de ne pas craindre d'interroger les patientes sous-entendrait que les sages-femmes ne redoutent pas d'être démunies face aux réponses de celles-ci.

Les sages-femmes se sont définies comme à l'écoute, empathiques et ont insisté sur leur capacité de tout entendre. Elles misent alors sur la relation de confiance établie avec la patiente pour recueillir la parole de ces femmes dans un échange bienveillant. Elles ont souligné que quelle que soit la situation de ces femmes, cela ne changeait pas leur prise en charge obstétricale. Aborder de façon claire et directe la situation permet aux sages-femmes de connaître les problématiques précises de la patiente et donc de la prendre en charge au mieux.

*« Pas de tabou, je peux tout entendre, et déjà, être pour ces femmes un lieu et un moment d'écoute est très important. »*

Il en est également ressorti que la prise en charge fréquente des patientes précaires ne laissait pas indifférentes les sages-femmes. En effet, elles avaient pour certaines le sentiment d'être seules, impuissantes, démunies face à la complexité des situations et à la détresse de ces patientes engendrant parfois une réelle souffrance pour ces professionnelles. Certaines se sentaient également découragées, frustrées et culpabilisaient de ne pas avoir pu aider davantage ces patientes tant leur suivi est chronophage et énergivore. Ce sentiment est d'autant plus marqué par l'impression que l'expertise nécessaire à la prise en charge de ces femmes est encore trop peu reconnue par le système de santé actuel.

Elles ont évoqué pour beaucoup que l'habitude d'être confrontées à ce type de situations les avaient endurcies et amenées à se protéger en se sentant moins investie par la mission de sauver toutes ces femmes, mais plutôt par l'envie de leur être utile et de leur apporter une réelle aide. C'est pourquoi, les sages-femmes ressentent une véritable satisfaction quand elles ont pu agir rapidement et être le précurseur de la prise en charge en leur offrant notamment un moment d'écoute et de présence. Elles ont également souligné que l'existence du réseau et des aides disponibles leur permettaient de se sentir moins seules et moins démunies face au désarroi de ces femmes. Ces témoignages démontrent l'ambivalence rencontrée lors de leur prise en charge. En effet, les sages-femmes ressentent, d'une part, une forte envie d'aider ces femmes générant une réelle empathie et, d'autre part, un besoin de se protéger personnellement pour ne pas se laisser envahir à la fois par le désespoir



de ces patientes mais également par l'investissement considérable en temps et en énergie que requiert la prise en charge de la précarité.

*« Souffrance profonde devant ce type de situation, j'ai déjà accueilli une patiente à mon domicile [...]. »*

*« Être à l'écoute, ne plus avoir forcément l'envie de les "sauver" mais de se dire que l'on a un rôle important pour débiter quelque chose, ce sera mieux que rien. »*

*« L'expérience de cette prise en charge, qui est quotidienne au sein de l'hôpital. Et surtout les outils / conseils que l'on peut essayer d'apporter. Se sentir un peu « utile » pour ces dames. »*

### **3.4. Prise en charge des femmes enceintes précaires par les sages-femmes**

#### **3.4.1. Orientation des femmes enceintes précaires par les sages-femmes**

Pour les vignettes cliniques suivantes, les sages-femmes ont eu la possibilité de citer librement les partenaires ou structures vers lesquels elles orienteraient les patientes selon les problématiques rencontrées. Certaines prises en charge pouvaient se retrouver à la fois dans une prise en charge médicale, psychologique ou sociale puisqu'il s'agit souvent de prise en charge pluridisciplinaire. Tout d'abord, pour chaque vignette, il a été choisi de regrouper l'ensemble des réponses en quatre catégories : médicale, sociale, psychologique et associative afin de comptabiliser les différentes prises en charge choisies par les sages-femmes. Puis, selon la fréquence d'apparition des solutions proposées, nous en avons déduit des sous-catégories. Ainsi, nous avons pu constater la pluralité des orientations proposées par les professionnelles. La totalité des sages-femmes ont répondu aux quatre vignettes. Les partenaires ou structures seront détaillés dans la partie suivante. Les vignettes cliniques 1 et 4 apparaissent en annexe (Annexe III, IV).

### 3.4.1.1. Vignette clinique 2

**Vignette clinique 2 :** Vous suivez en consultation une IV pare, d'origine algérienne, profession de niveau universitaire dans son pays d'origine, arrivée en France en 2015 suite à son mariage, ne travaille plus pour élever ses 3 enfants en bas âge. Pas de famille ni d'amis en France. Son mari exerce sur elle de multiples violences. Elle souhaiterait le quitter mais éprouve de la honte et dépend intégralement de lui. Grossesse inopinée mais bien acceptée, peu suivie à l'hôpital car elle a des difficultés pour se déplacer avec ses enfants quand son mari travaille.

*Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?*

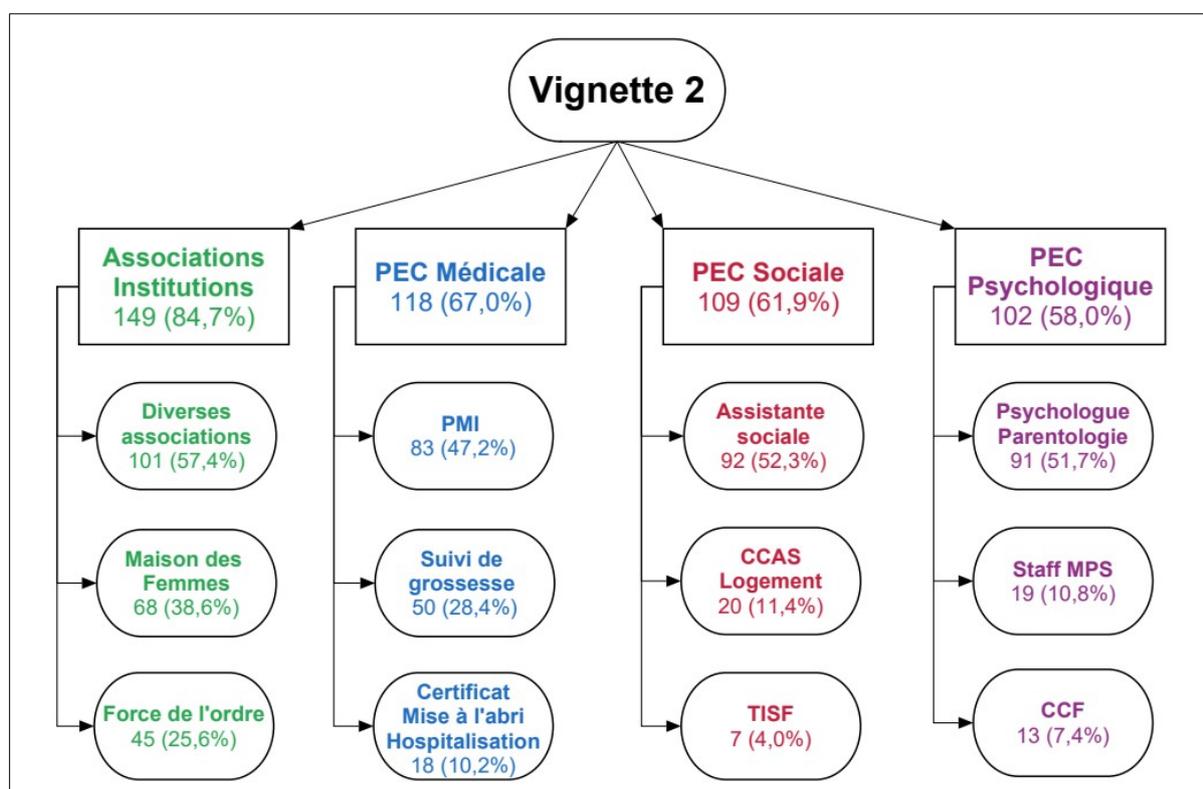


Figure 5: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 2

La figure 5 présente les différentes orientations énoncées par les professionnelles. Pour la vignette 2, la prise en charge associative et institutionnelle a été citée majoritairement (n=149, 87,4%), comprenant des associations (n=101, 57,4%) venant en aide aux femmes victimes de violences (SOS Femmes, Du côté des Femmes, le 3919...), la Maison des Femmes (n=68, 38,6%) ou les forces de l'ordre (n=45, 25,6%) afin de pouvoir porter plainte.

La prise en charge médicale a été suggérée par 118 (67,0%) sages-femmes évoquant la PMI (n=83, 47,2%), le suivi de grossesse (n=50, 28,4%) avec notamment des consultations spécifiques pour les femmes précaires présentes dans certains établissements (Annexe VII, VIII) mais également pour les femmes victimes de violences (« *consultation sage-femme spécialiste grossesse et violences conjugales dans notre service* »). Quelques professionnelles (n=18, 10,2%) ont également évoqué la réalisation de certificats médicaux attestant des coups et blessures, une mise à l'abri pour la patiente et ses enfants ou encore une hospitalisation.

Plus de la moitié des sages-femmes (n=109, 61,9%) a orienté la patiente vers une prise en charge sociale. En effet, 92 (52,3%) ont proposé l'assistante sociale, 20 (11,4%) les services sociaux notamment pour les aider à trouver un logement sécurisant (maison des mères isolées) ou un hébergement d'urgence (le 115), et 7 (4,0%) ont proposé une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF).

Plus de la moitié des professionnelles (n=102, 58,0%) a également mentionné une prise en charge psychologique, incluant le psychologue ou l'unité de parentologie (n=91, 51,7%) (Annexe V), une présentation du dossier au staff MPS (n=19, 10,8%) et 13 (7,4%) d'entre-elles ont recommandé une conseillère conjugale et familiale (CCF).

Les professionnelles ont donc pris en compte l'aspect médico-psycho-social de cette situation. De plus, il est important de noter que la plupart des sages-femmes ont majoritairement proposé une orientation de la patiente pour la prise en charge de ses violences. Par ailleurs, nous nous sommes interrogées sur le fait que 13 sages-femmes proposent la CCF dans un contexte de violence. Nous en avons alors déduit qu'elle a été mentionnée dans un but d'aider cette dernière à prendre conscience des multiples violences qu'elle subit et non pas comme une aide à améliorer les relations du couple. Nous avons pu également remarquer que beaucoup de sages-femmes proposent des orientations où la patiente doit se rendre elle-même à ses rendez-vous, l'obligeant à se déplacer avec ses enfants (à l'hôpital, chez le psychologue ou à la Maison des Femmes par exemple). Or, dans cette situation, il est difficile pour la patiente de se déplacer seule et librement. Les sages-femmes ont

donc bien aiguillé la patiente d'un point de vue médical, psychologique, social ou pour ses violences mais beaucoup de prises en charge sont peu réalisables en pratique. En effet, les rendez-vous dans l'association Du Côté des Femmes ont lieu sans la présence des enfants par exemple. Peu d'orientations tenant compte du fait que cette dernière soit contrainte à rester chez elle ont finalement été proposées (visite à domicile, rendez-vous téléphonique, TISF).

### 3.4.1.2. Vignette clinique 3

**Vignette clinique 3** : Vous recevez en consultation une primipare de 42 ans au terme de 21+3 SA. Originaire du Nigeria, anglophone. ATCD de nombreux traumatismes (excision, viol dans l'enfance, torture, mariage forcé). Grossesse inopinée avec un procréateur qui disparaît à l'annonce de celle-ci. Elle a fait une demande d'asile qui n'a pas pu aboutir (rendez-vous manqué), ne possède ni droit, ni couverture sociale, ni revenu, ni hébergement fixe.

*Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?*

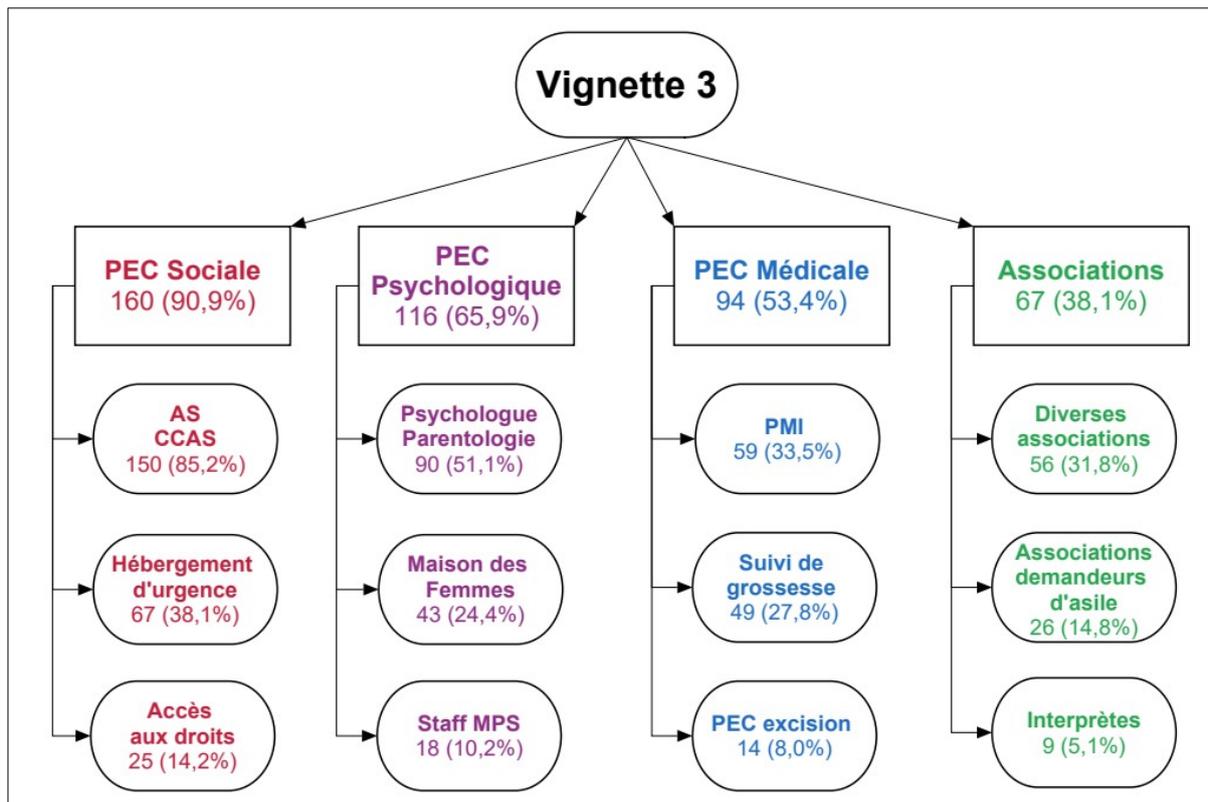


Figure 6: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 3

La figure 6 présente les différentes orientations proposées pour la vignette 3. La quasi-totalité (n=160, 90,9%) des sages-femmes a cité une prise en charge sociale, incluant principalement l'assistante sociale et les services sociaux départementaux (n=150, 85,2%), les hébergements d'urgence (n=67, 38,1%) et l'accès aux droits (n= 25, 14,2%) avec notamment les cartes PASS.

La prise en charge psychologique a été évoquée par 116 (65,9%) professionnelles. En effet, elles sont 90 (51,1%) à orienter la patiente vers le psychologue ou l'unité de parentologie (Annexe V), 43 (24,4%) vers la Maison des Femmes et 18 (10,2%) à présenter le dossier au staff MPS.

Plus de la moitié des sages-femmes (n=94, 53,4%) a proposé une prise en charge médicale comprenant la PMI (n= 59, 33,5%), le suivi de grossesse et les consultations spécifiques pour les patientes précaires (n=49, 27,8%) (Annexe VII, VIII) et la prise en charge de l'excision (n=14, 8,0%) avec notamment des unités présentes dans certains hôpitaux proposant une reconstruction clitoridienne.

Enfin, la prise en charge associative a été mentionnée par 67 (38,1%) sages-femmes. Elles ont suggéré une orientation vers des associations (n=56, 31,8%) comme Woman Safe, l'Amicale du Nid ou encore Solipam, ou des structures prenant en charge les demandeurs d'asile telles que le CADA, la Cimade, le BAAM. Le recours à un interprète a également été évoqué (n=9, 5,1%).

Il est à noter que pour cette vignette clinique, la plupart des sages-femmes ont proposé plusieurs orientations. De plus, les prises en charge sociales et psychologiques ont primé sur les autres prises en charge. Cependant, nous sommes étonnées du peu de nombre de sages-femmes évoquant l'accès aux droits, la prise en charge de l'excision, l'aide aux demandeurs d'asile et le recours à l'interprétariat pour cette situation. En effet, seulement 25 sages-femmes ont spécifié l'accès aux droits alors que la patiente ne possède ni droits, ni couverture sociale, ni revenu et elles sont seulement 26 à avoir évoqué des associations d'aide aux demandeurs d'asile. Il se peut, cependant, que les professionnelles aient sous-entendu la prise en charge des droits sociaux lorsqu'elles ont mentionné l'assistante sociale. De plus, uniquement 14 d'entre-elles ont indiqué une prise en charge de l'excision et 9



professionnelles ont cité l'utilisation d'un interprète alors que la patiente est anglophone. Nous pouvons l'expliquer par le fait que dans un cas complexe comme celui-ci, il est difficile pour la sage-femme lors d'une consultation de prendre en charge tous les aspects (médico-psycho-sociaux) de la situation. Il en découle alors une hiérarchisation des problématiques de la patiente avec une prise en charge des aspects les plus urgents. Ce qui explique notamment que la prise en charge de l'excision soit passée au second plan.

En somme, nous pouvons constater que les sages-femmes orientent les patientes d'un point de vue médical, social et psychologique. En effet, selon les vignettes, le versant médical ou social a primé sur les autres prises en charge. Il est apparu également des prises en charge spécifiques telles que les violences ou les addictions (vignette 4). De plus, elles ont recours à un certain nombre d'associations ou de structures spécifiques aux problématiques rencontrées. Néanmoins, certaines orientations nous paraissent moins adaptées. En effet, certains aspects des cas cliniques n'ont pas été pris en compte (patiente ne pouvant sortir de son domicile ou ne pouvant se déplacer sans ses enfants). De plus, nous sommes étonnées du peu de sages-femmes évoquant certaines prises en charge (comme l'excision, l'accès aux droits ou les interprètes). Par ailleurs, la Maison des Femmes a été citée pour chaque vignette alors qu'elle comporte spécifiquement trois unités de soins : les violences faites aux femmes, les mutilations sexuelles féminines et la planification familiale. Cette orientation n'était donc pas toujours adaptée aux problématiques de la patiente, notamment pour la prise en charge des addictions (vignette 4). Enfin, certaines sages-femmes ont orienté la patiente vers des associations sans préciser leurs noms ou leurs activités, il est alors difficile de savoir si cette prise en charge était adéquate ou non.

### **3.4.2. État des lieux des connaissances des sages-femmes sur l'ensemble du réseau périnatal**

Concernant les différentes structures citées par les sages-femmes, il apparaît que celles-ci ont recours à une grande diversité de ressources selon les partenaires présents au sein de leur réseau.



### **3.4.2.1. La prise en charge médicale**

Les sages-femmes ont orienté pour chaque cas clinique les patientes vers la PMI. En effet, cette dernière, parfois interne à la structure hospitalière, est un interlocuteur important. Elle permet aux patientes un suivi de grossesse de qualité quel que soit le statut social de la femme ou ses revenus, puisque il y a une possibilité de prise en charge des examens. En PMI, les femmes peuvent bénéficier gratuitement de consultations de suivi de grossesse, de préparation à la natalité et à la parentalité mais aussi d'un accompagnement psychologique individuel, de conseil conjugal ou d'une orientation sociale. Les équipes de PMI accompagnant la femme enceinte font le lien avec les différents interlocuteurs et facilitent la continuité de la prise en charge lorsque le bébé sera né, en effectuant aussi souvent que possible, des visites à domicile parfois communes avec les puéricultrices. Ces équipes peuvent également intervenir dans la protection de l'enfance lorsque cela est nécessaire. La PMI a aussi été définie par les professionnelles comme un lieu « refuge » pour les patientes « fragiles » en leur permettant de retrouver confiance en elles.

A propos de la prise en charge de la grossesse, les sages-femmes ont cité à plusieurs reprises les professionnels hospitaliers ou libéraux. Elles ont orienté les patientes vers les médecins et sages-femmes hospitalières lorsque la grossesse nécessitait un suivi particulier (échographies et consultations spécialisées).

Les sages-femmes libérales ont quant à elles été citées pour une prise en charge médicale de la grossesse lorsque la patiente avait une couverture sociale.

De plus, les sages-femmes du réseau ville-hôpital ont été évoquées lorsque ces dernières sont présentes dans certaines structures. En effet, elles permettent de faire le lien entre l'hôpital et les différents intervenants du réseau (sages-femmes de ville, HAD) afin d'assurer un suivi complet et rapproché.



### **3.4.2.2. Les prises en charges spécialisées**

Lorsque le suivi de la patiente nécessitait une prise en charge spécifique, les sages-femmes l'ont orientée vers des intervenants en partenariat avec des services spécialisés.

En effet, pour la prise en charge du diabète gestationnel, les endocrinologues, diabétologues, diététiciennes ont été cités ainsi que des dispositifs comme l'hôpital de jour ou la maison du diabète. Ces structures ont la possibilité d'accueillir ces femmes avec des dispositifs leur permettant une prise en charge et notamment un accès gratuit au matériel.

En ce qui concerne la précarité, beaucoup de sages-femmes ont mentionné des unités spécialisées, présentes dans certains hôpitaux, composées généralement d'une sage-femme référente, d'une psychologue et d'une assistante sociale. Ces dernières connaissent particulièrement les problématiques des femmes enceintes précaires et ont un réseau associé permettant de faire un lien direct entre la ville et l'hôpital (assistantes sociales ou PMI de secteur) afin de promouvoir un suivi complet et de préparer au mieux l'arrivée du bébé (Annexe VII, VIII).

Lorsque les sages-femmes sont face à des situations de violences conjugales, elles proposent aux femmes de se faire accompagner par une sage-femme spécialisée présente dans certains hôpitaux ou par des structures connues de leur réseau qui leur permettent une prise en charge globale (la Maison des Femmes, du Coté des Femmes). Elles ont également conseillé aux femmes de se rendre au commissariat pour porter plainte afin qu'elles soient orientées dans un second temps vers les unités médico-judiciaires (UMJ). En effet, les professionnelles ont mentionné la possibilité pour les médecins des UMJ d'attester des coups et des blessures en rédigeant un certificat médical ou une fiche d'incapacité temporaire de travail (fiche ITT). De plus, elles ont évoqué une hospitalisation, des hébergements d'urgence ou le centre d'accueil de victimes de violences conjugales (Bondy) pour une mise à l'abri de la patiente. Si les enfants sont des victimes collatérales, certaines sages-femmes ont déclaré se rapprocher de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ou de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) afin de les mettre à

l'abri en proposant parfois des hospitalisations en pédiatrie lorsque le danger est imminent.

En ce qui concerne l'excision, les sages-femmes disent orienter les patientes soit vers des unités spécialisées proposant une prise en charge psychologique, sexologique et chirurgicale (unité à l'hôpital de Montreuil ou à Pontoise, La Maison des Femmes), soit vers des associations comme le GAMS.

Lors de la présence d'addictions, les sages-femmes hospitalières ont principalement proposé à la patiente une orientation vers le service d'addictologie, vers la sage-femme tabacologue présente dans certains services ou une hospitalisation le temps du sevrage. Les autres professionnelles ont mentionné des structures spécialisées comme le CAPSA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) à Gonesse, l'équipe mobile parentalité et addictions à Avicenne ou encore des associations telles que Dune, Proses ou Anpaa 95.

### **3.4.2.3. La prise en charge sociale**

La plupart des sages-femmes ont orienté la patiente vers l'assistante sociale de l'hôpital, de secteur, de la mairie, de la caisse d'allocations familiales (CAF) ou du service social départemental. L'assistante sociale a un rôle d'aide administrative. En effet, elle accompagne les patientes dans leurs démarches en constituant des dossiers RSA par exemple, en débloquant certaines aides sociales ou en aidant les patientes à porter plainte. Elles ont également un rôle d'aide aux droits. Elles peuvent soutenir les patientes pour leur demande d'asile et les aider dans les démarches avec la CADA (Commission d'accès aux documents administratifs). Elles orientent aussi les patientes vers des aides juridictionnelles ou des juristes. De plus, elles ont une place importante dans l'aide aux soins de ces patientes. Elles accompagnent les femmes dans la constitution de leur dossier d'ouverture de droits (AME, CMU, sécurité sociale). Elles peuvent également obtenir la carte PASS dans certains établissements permettant la gratuité des consultations, des examens biologiques et échographiques.

Par ailleurs, les assistantes sociales s'occupent d'orienter ces femmes vers un logement. Elles peuvent créer les fiches SIAO, mettre en place le dispositif DALO (Droit au Logement Opposable), appuyer une demande auprès du 115 ou d'un centre maternel, ou encore constituer une demande de logement social ou de domiciliation. De plus, elles peuvent orienter de façon spécifique les patientes vers des banques alimentaires ou des vestiaires. Elles ont aussi un rôle dans l'accompagnement des familles en faisant intervenir un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) pour aider la patiente à domicile, à garder les enfants ou à l'accompagner à ses rendez-vous médicaux et administratifs.

Enfin, elles ont un rôle important dans la protection de l'enfance. En effet, les signalements à la CRIP ou les informations préoccupantes sont souvent rédigés par les assistantes sociales.

#### **3.4.2.4. La prise en charge psychologique**

En ce qui concerne la prise en charge psychologique, les sages-femmes orientent systématiquement la patiente vers le psychologue, le pédopsychiatre ou le psychiatre selon ses besoins. En cas de nécessité, les professionnelles adressent également la patiente vers des unités spécialisées présentes dans certaines maternités (Unité de parentologie à Argenteuil ou unité de psychopathologie périnatale à Saint-Denis) (Annexe V, VI). Certaines sages-femmes guident quant à elles la patiente vers des consultations spécialisées en éthno-psychiatrie (Centre Françoise Minkowska) ou vers des consultations de psychotraumatisme (Centre de Bagnolet).

Les sages-femmes ont insisté sur l'importance du staff MPS permettant aux différents acteurs (assistante sociale, psychologue, sage-femme, puéricultrice, médecin...) de proposer une prise en charge multidisciplinaire la plus adaptée possible à la patiente et à son enfant à naître. Elles ont également évoqué l'importance du rôle de la sage-femme de réseau, lorsque qu'elle existe, qui permet de coordonner les différentes interventions envisagées pour la patiente.



### **3.4.2.5. La prise en charge associative**

Un grand nombre d'associations a été mentionné par les sages-femmes selon les vignettes cliniques. Nous avons cité les exemples les plus représentés.

- Pour les violences faites aux femmes : SOS Femmes, Women Safe, Paroles de Femmes, du Côté des Femmes...
- Pour les femmes précaires : Solipam (réseau de coordination), l'Amicale du nid (prostitution), un petit bagage d'amour (trousseau pour bébé)...
- Pour les demandeurs d'asile : Utopia, France Terre d'Asile, le BAAM (Bureau d'Accueil et d'Accompagnement des Migrants)
- Pour l'aide alimentaire et vestimentaire : les Restos du cœur, la Croix Rouge, l'Armée du Salut...
- Pour l'aide aux familles : aides aux mères et aux familles (TISF), relais parental (exemple : relais Joly notamment pour la garde d'enfants).

De par les réponses des sages-femmes aux quatre vignettes cliniques, nous avons pu ainsi établir un état des lieux de leur connaissance du réseau. Toutefois, il est à préciser que ces derniers concernent uniquement les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise.

### **3.4.3. Moyens de connaissance du réseau périnatal par les sages-femmes et souhait d'une meilleure information**

#### **3.4.3.1. Moyens de connaissance du réseau périnatal par les sages-femmes**

La figure 7 présente les différents moyens par lesquels les sages-femmes ont eu connaissance des divers partenaires et structures. Ces dernières ont eu la possibilité de choisir plusieurs items ainsi que de répondre librement lorsqu'elles avaient coché la case « Autre ». La connaissance du réseau s'est construite pour 91,5% (n=161) des sages-femmes sur le lieu de leur activité, pour 34,1% (n=60) par

le bouche à oreille, pour 31,8% (n=56) lorsque des professionnels des structures sont venus se présenter et pour 19,9% (n=35) pendant leurs études.

De plus, 15,3% (n=27) des sages-femmes ont précisé qu'elles ont eu connaissance des partenaires ou structures lors de formations (n=12) (« *Formation alcool et grossesse par exemple* »), par l'expérience professionnelle (n=7) (« *Expérience professionnelle chez Solipam* »), par leurs recherches personnelles (n=5) (« *En les rencontrant à l'installation* ») ou lors de la constitution de leur réseau (n=3) (« *Expérience au CH je me suis construit un réseau en libéral* »).

Les sages-femmes ont donc principalement eu connaissance de leur réseau de proximité par le lieu de leur activité et le bouche à oreille.

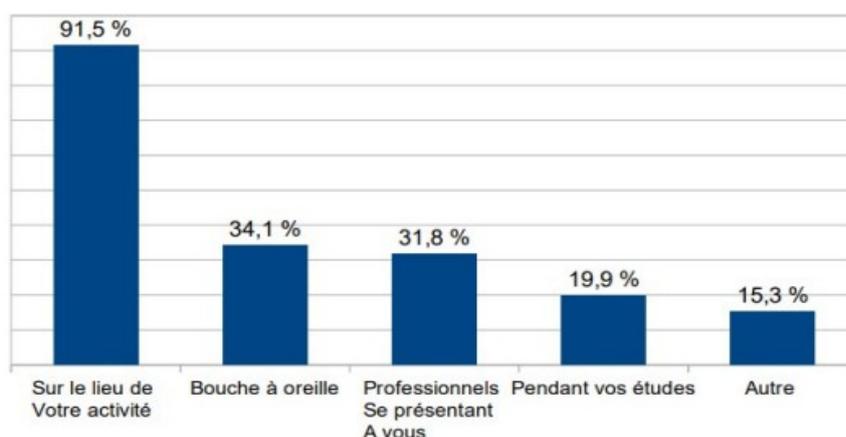


Figure 7: Moyens de connaissance du réseau par les sages-femmes

### 3.4.3.2. Souhait d'une meilleure information

La majorité des sages-femmes (n=157, 89,2%) souhaite être davantage informée sur la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Par ailleurs, les sages-femmes ne souhaitant pas plus d'informations (n=19, 10,8%) n'ont pas eu la possibilité de développer leur réponse.

La figure 8 présente les différents moyens par lesquels les professionnelles souhaitent être plus informées. Lorsque les sages-femmes ont répondu « Oui » à la question précédente, elles ont eu la possibilité de choisir entre différents items ainsi

que de s'exprimer librement lorsqu'elles avaient coché la case « Autre ». Il en est ressorti que 77,7% (n=122) des sages-femmes ont souhaité être davantage informées par le biais des différentes structures proches de leur lieu d'activité, 63,1% (n=99) par des formations et 54,1% (n=85) par le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes. De plus, 3,8% (n=6) des professionnelles ont précisé qu'elles aimeraient également être informées par « les réseaux de soins » (n=2), par « un site répertoriant en fonction de la localisation » (n=1), par un « papier récapitulatif qui résumerait » (n=1), par « les mails » (n=1) ou par « les cadres de mon hôpital » (n=1).

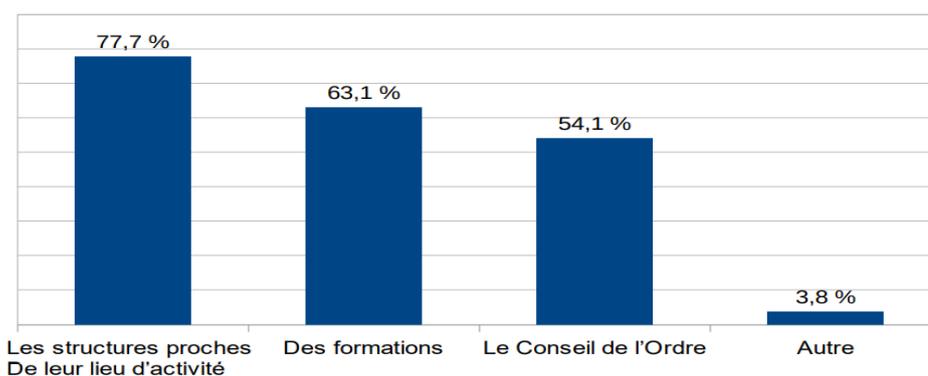


Figure 8: Moyens par lesquels les sages-femmes souhaiteraient être plus informées

La majorité des sages-femmes a donc désiré en savoir davantage sur la prise en charge de ces femmes notamment par l'intermédiaire des différentes structures proches de leur lieu d'activité et par des formations.

#### 3.4.4. Difficultés de la prise en charge

Lors de l'analyse des commentaires libres, les sages-femmes ont évoqué quelques difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patientes. En effet, elles ont souligné que les différents intervenants étaient parfois difficiles à joindre notamment le week-end, peu réactifs pour certains et pas nécessairement formés sur les problématiques de la précarité. Elles ont précisé que les structures n'étaient pas toujours faciles d'accès pour les patientes et avaient parfois peu de lisibilité. De plus, certains établissements ne prennent en charge les patientes uniquement



lorsqu'elles vivent dans leur secteur géographique. Or, nombreuses d'entre-elles n'ont pas de logement stable et sont amenées à déménager régulièrement parfois dans des départements très éloignés compliquant ainsi leur suivi. C'est pourquoi, plusieurs sages-femmes ont mentionné que pour leur garantir un suivi optimal, l'idéal serait de pouvoir les stabiliser plus longuement dans le même logement. Les professionnelles ont également expliqué que la saturation de certains services, l'indisponibilité parfois pendant plusieurs mois des intervenants et la difficulté rencontrée par les départements à mettre en place des aides compliquent d'autant plus leur prise en charge.

Certaines sages-femmes libérales ont évoqué que cette prise en charge pouvait être plus complexe pour elles car elles manquent de temps pour contacter les interlocuteurs nécessaires et d'informations sur les structures existantes. Elles expliquent également que les patientes ne peuvent pas toujours régler les consultations ou venir aux rendez-vous compliquant ainsi leur organisation. Dans ces situations, elles ont expliqué qu'elles orientaient les femmes vers les professionnelles territoriales qu'elles jugent plus à même pour prendre en charge ces patientes et soulignent qu'elles souhaiteraient que les équipes de PMI soient renforcées.

Par ailleurs, lors des vignettes cliniques, les sages-femmes n'ont pas hésité à spécifier qu'elles mettraient en lien les différents intervenants du réseau périnatal ou à faire appel à celui-ci pour obtenir les contacts d'autres professionnels. Effectivement, certaines d'entre-elles ont souligné l'importance du travail en réseau pour prendre en charge les femmes précaires. Comme démontré auparavant, la précarité entraîne de nombreuses conséquences qui nécessitent un travail imbriqué entre différents intervenants. Les sages-femmes ne peuvent à elles seules s'occuper de tous les aspects induits par la précarité. D'une part, leurs actions sont limitées par leur champ de compétence et d'autre part, le suivi de ces femmes ne peut reposer sur une seule et même personne tant il nécessite la concertation de différents interlocuteurs afin d'assurer leur prise en charge globale. Or, l'articulation de ce travail par divers professionnels demande du temps et de l'investissement, et peut parfois compliquer la prise en charge de ces parturientes. En effet, la multiplication des partenaires pouvant intervenir à différents niveaux peut complexifier le suivi de la



patiente notamment si chaque professionnel travaille sur un aspect précis sans le communiquer aux autres. Elle peut se retrouver, par exemple, avec plusieurs assistantes sociales de lieux différents qui interviennent chacune sur une tâche précise ou alors qui effectuent les mêmes démarches. La précarité, par sa complexité, demande donc un travail en réseau mais surtout une coordination entre tous les professionnels pour optimiser la prise en charge de ces femmes.

En somme, les sages-femmes ont décrit que le suivi des patientes vulnérables nécessite un travail en réseau, du temps et un investissement personnel, des formations mais surtout une expertise de chacun des partenaires permettant ainsi une prise en charge globale et adaptée au mieux à leurs besoins spécifiques.

*« La prise en charge de femme en situation précaire nécessite un interlocuteur privilégié qui coordonne les actions après avoir acquis la confiance de la patiente, et de nombreux professionnels autour pour l'accompagner au mieux. »*

*« Dans notre département, malgré les nombreux acteurs locaux pour aider en matière de précarité, de nombreux services saturent : pas de place chez l'assistance sociale avant des mois, plus de place aux logements 115 avec des patientes qui finissent par se retrouver à la rue avec leurs enfants voire nouveau-nés. L'accompagnement de ces patientes procure parfois un grand sentiment d'impuissance voire de culpabilité de ne pouvoir faire plus [...]. »*

Par leurs réponses aux différentes vignettes cliniques, les sages-femmes ont démontré d'une part qu'elles orientent les patientes d'un point de vue médical. D'autre part, grâce à leur connaissance du réseau, elles orientent également ces dernières d'un point de vue psychologique, social, associatif ou vers des structures plus spécialisées notamment dans la prise en charge des violences, des addictions ou de l'excision. Toutefois, certaines orientations nous ont paru peu adaptées et le souhait de la majorité des sages-femmes à être informées davantage sur le réseau prouve qu'il est difficile d'avoir connaissance de la totalité de ce dernier. En effet, les difficultés énoncées par les sages-femmes démontrent que le réseau s'agrandit sans cesse, se modifie en permanence selon la réalité du terrain et manque d'une source d'information commune aux différents intervenants prenant en charge les femmes précaires. Ce défaut de communication demande alors un investissement personnel des professionnelles pour se tenir à jour des partenaires et structures disponibles.

Les sages-femmes orientent donc généralement de façon adaptée les femmes enceintes en situation de précarité et connaissent une partie du réseau périnatal, ce qui valide partiellement notre troisième hypothèse.

### 3.5. Forces de l'étude

Un des points forts de cette étude est l'actualité de son sujet. En effet, la précarité n'a cessé d'augmenter ces dernières années notamment dans les deux départements choisis, devenant un réel enjeu de santé publique. Le nombre de femmes enceintes précaires étant toujours plus important, les sages-femmes sont alors de plus en plus confrontées à leur suivi. De plus, il n'existe actuellement pas de recommandations nationales pour une prise en charge généralisée des femmes enceintes précaires. En leur absence, il était donc intéressant de faire un état des lieux de cet accompagnement par les sages-femmes.

Un autre point fort de cette étude est le nombre de réponses au questionnaire. Le nombre final retenu (176) nous a permis d'obtenir des résultats significatifs et d'avoir une population variée comprenant des sages-femmes exerçant dans différents types d'activité. De plus, le format de diffusion de notre questionnaire a également été un avantage et l'outil Google Form a permis un recueil de données fiables. Par ailleurs, les questions, notamment les cas cliniques, ont été approuvés par les sages-femmes, qu'elles ont qualifiés de « *représentatifs* » et en accord avec la réalité du terrain. Les questions ouvertes, notamment celles pour les vignettes cliniques, ont également permis aux sages-femmes de répondre librement sans être incitées dans leur réflexion.

Enfin, le sujet de ce mémoire a été apprécié par l'ensemble des professionnelles comme en témoignent les commentaires libres laissés à la fin du questionnaire. Les sages-femmes s'intéressent à la précarité qui occupe une place importante dans ces deux départements.

### 3.6. Limites et biais de l'étude

Cependant, certaines sages-femmes ont eu des difficultés à répondre aux questions notamment celles qui n'ont pas l'habitude de prendre en charge ces patientes. De plus, la présence de beaucoup de questions ouvertes (mots-clés et vignettes cliniques) a nécessité un temps de réflexion important rendant parfois le questionnaire long et dense pour certaines sages-femmes.

Tout d'abord, la question 5 portant sur le poste principalement occupé a été mal formulée car les sages-femmes avaient la possibilité de répondre librement en cochant l'item « Autre ». La diversité des réponses obtenues a ainsi rendu l'analyse du contenu difficile et finalement peu pertinente. De plus, la question sur le nombre de patientes prises en charge par an a été plusieurs fois critiquée à juste titre. Cette question n'avait pas pour but d'obtenir un chiffre précis mais plutôt d'avoir une idée du nombre de femmes vues par an. La question aurait pu être formulée autrement. Par ailleurs, les questions 8 et 11 où il fallait indiquer des mots-clés ont été jugées difficiles par certaines sages-femmes. Enfin, la question 19 a permis de savoir si les professionnelles souhaitent être davantage informées par la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité et par quels moyens. Toutefois, cette question ne permettait pas aux sages-femmes de s'exprimer lorsqu'elles avaient répondu « Non ». Or, il aurait été intéressant de connaître les raisons pour lesquelles elles ne souhaitent pas plus d'informations.

De plus, pour les vignettes cliniques, certaines sages-femmes ont seulement cité un ou des partenaires alors que d'autres ont répondu plus précisément avec le nom, le numéro de téléphone ou encore en expliquant le fonctionnement des structures. Cela peut peut-être expliquer que le temps du remplissage du questionnaire a été trouvé long par certaines sages-femmes ou redondant pour certaines questions.

Par ailleurs, la différence du nombre de réponses entre les professionnelles hospitalières (124), libérales (27), territoriales (16), hospitalières et libérales (9) peut s'expliquer en partie par la difficulté à faire parvenir le questionnaire aux sages-



femmes libérales et territoriales et par le fait que plus de sages-femmes exercent à l'hôpital dans ces deux départements.

Il a pu également exister un biais d'analyse des réponses ouvertes par « l'enquêteur » qui a pu effectuer une interprétation subjective de ces dernières. En effet, lors des vignettes cliniques, étant donné l'étendue des réponses des sages-femmes, il a été choisi d'analyser les réponses une par une afin de les catégoriser selon les différentes prises en charge et non de comptabiliser tous les mots-clés évoqués par l'ensemble des sages-femmes. Par exemple, la réponse « assistante sociale de l'hôpital » a été définie comme étant une prise en charge uniquement sociale et non pas comme une prise en charge sociale et médicale malgré la présence du mot « hôpital ». Cette méthode nous a permis de synthétiser les réponses afin d'en dégager quatre catégories n'apparaissant qu'une seule fois par orientations évoquées par les sages-femmes. La finalité était de comparer et d'analyser de manière pertinente les catégories afin d'en déduire les prises en charge proposées par les professionnelles.

De plus, nous nous étions fixées comme limite géographique seulement deux départements d'Île-de-France ce qui ne permet pas une généralisation des résultats.

Enfin, le sujet de la précarité étant tellement vaste et complexe, il n'a pas été possible de détailler tous ses aspects et d'exposer tous les intervenants du réseau des deux départements dans ce mémoire.

## **3.7. Implications et perspectives**

### **3.7.1. Liées au questionnaire**

À la suite du questionnaire, de nombreuses sages-femmes ont été demandeuses d'une fiche synthétique regroupant les différents partenaires disponibles selon les besoins des patientes et selon les départements. Il serait alors intéressant d'élaborer un tel outil et de le diffuser à toutes les sages-femmes. Cette fiche leur permettrait de pouvoir orienter au mieux les patientes selon leurs besoins spécifiques et avoir un accès rapide à l'ensemble du réseau départemental.

Par ailleurs, les sages-femmes ont évoqué le fait qu'elles étaient très peu formées à la prise en charge de ces patientes. Elles ont souligné qu'il s'agissait d'un sujet peu abordé au cours des études et qu'elles auraient souhaité en apprendre davantage à ce moment-là. Il serait alors intéressant de développer le sujet durant la formation initiale.

### **3.7.2. Liées à l'augmentation de la précarité**

Face à la hausse de la précarité, certains hôpitaux de notre étude se sont adaptés et ont mis en place des unités spécialisées pour suivre au mieux ces patientes. En effet, en Seine-Saint-Denis, l'hôpital Delafontaine a instauré l'Unité Patientes en Errance (UPE) (Annexe VII) et l'hôpital de Montreuil l'Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP) (Annexe VIII). Dans le Val-d'Oise, l'hôpital de Gonesse a organisé un circuit spécifique avec une sage-femme Precapp. De plus, à Paris depuis 2016, dans le cadre du pacte parisien de lutte contre la grande exclusion (38), il existe un poste de SF « PMI hors les murs », lui permettant de se rendre directement dans les accueils de jour ou dans les camps de migrants afin de prendre en charge les femmes enceintes exclues et à la rue. Tous ces dispositifs inédits, mis en place dans ces départements particulièrement impactés, tentent de répondre aux besoins toujours plus importants de ces populations. Il serait alors intéressant d'étendre le questionnaire sur l'ensemble de la région Île-de-France afin d'étudier les structures mises en place dans les différents départements et de comparer la prise en charge de la précarité à plus grande échelle.

Par ailleurs, l'épidémie de la Covid 19 a engendré non seulement une crise sanitaire catastrophique mais également une crise économique et sociale (39). En effet, d'après un rapport de l'OXFAM, près d'un million de personnes auraient basculé dans la pauvreté à cause de la pandémie (40). Ainsi, la crise de la Covid 19 ayant ébranlé durablement le pays et contribué à renforcer les inégalités, il serait alors intéressant d'étudier à plus long terme, d'une part, les conséquences sur le suivi des femmes enceintes précaires et, d'autre part, de voir comment les territoires les plus touchés ont mis en place des dispositifs afin de s'y adapter.

## Conclusion

La précarité est un phénomène grandissant, plus accentué dans certains départements d'Île-de-France. Ainsi, via un questionnaire en ligne, nous avons interrogé les sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales exerçant dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise. Les objectifs de cette étude étaient de réaliser un état des lieux de la prise en charge des femmes enceintes précaires par les sages-femmes ainsi que de leur connaissance du réseau. Nous avons retenu 176 réponses pour notre analyse.

Dans un premier temps, notre travail nous a permis de démontrer que les sages-femmes savent identifier les différents aspects de la précarité chez une femme enceinte et l'ensemble de ses conséquences maternelles et fœtales.

Dans un second temps, notre étude a mis en avant que les professionnelles estiment avoir une place importante auprès des femmes précaires, en étant à la fois précurseur d'une prise en charge multi-professionnelle, mais aussi en étant indispensable par leur soutien et leur écoute, prouvant ainsi que l'aspect relationnel est indissociable de la prise en charge médicale lors du suivi de ces femmes.

Enfin, notre analyse a démontré que les sages-femmes orientent généralement de façon adaptée les patientes précaires d'un point de vue médical, social, psychologique ou associatif en prenant en compte leurs problématiques spécifiques, grâce à leur connaissance du réseau disponible sur leur territoire. Il a ainsi été établi que la difficulté de cette prise en charge nécessitait une connaissance précise de ses nombreuses problématiques mais aussi d'une coordination indispensable entre les différents acteurs du réseau. Toutefois, face à la grande diversité de celui-ci, au manque d'informations et de visibilité de certaines structures, il est difficile pour les professionnelles d'en connaître la totalité. Par conséquent, la majorité des professionnelles (89,2%) est désireuse de plus d'informations. À leur demande, une fiche non exhaustive répertoriant les coordonnées des différents



partenaires pour le département de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise pourrait alors être élaborée.

La précarité étant une réalité toujours plus importante, il est primordial pour la santé des femmes et des enfants qu'elle fasse partie intégrante de la prise en charge obstétricale. Il serait ainsi intéressant de mettre en place une sage-femme référente qui accompagnerait les patientes quel que soit leur parcours afin que le suivi soit coordonné par une seule et même personne. Le concept d'un référent parcours périnatal a été évoqué dans le rapport des 1000 premiers jours publié en septembre 2020 par le ministère des solidarités et de la santé. Le principe étant de « coordonner les interventions sans les multiplier pour permettre une cohérence et une gradation des propositions, adaptées aux besoins et à la temporalité des parents » (41). Le dispositif d'une sage-femme référente a été prévu par l'article 9 de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Le décret permettant sa mise en place ne devrait être publié qu'à la fin de l'année 2022, délai nécessaire pour prendre en compte les enseignements de l'expérimentation du référent parcours périnatalité dont le dispositif sage-femme référente s'inspire (échancier donné par le gouvernement) (42). Par la complexité de la prise en charge des femmes vulnérables, la présence d'un référent parcours périnatal ou d'une sage-femme référente serait alors essentielle.

Mais surtout, afin de permettre une meilleure cohésion interdépartementale entre les différents intervenants du réseau, ne serait-il pas judicieux de créer un site internet interactif dédié à la vulnérabilité ? Il regrouperait, par exemple, les structures et partenaires prenant en charge les femmes précaires en fonction des départements et des différentes thématiques (violences, addictions...). Il faudrait également que ce site puisse être actualisé en temps réel aussi bien par les professionnels de santé, que par les personnes travaillant dans ces structures ou dans les grandes instances. Cela permettrait une mise à jour des informations (horaires d'ouverture, fermeture, contacts..) et une accessibilité simple et rapide aux différents intervenants du réseau. Ce site faciliterait la prise en charge d'un grand nombre de professionnels.

## Bibliographie

- (1) Observatoire des inégalités. *La pauvreté augmente à nouveau en France*. 26 novembre 2020 [En ligne]. Disponible sur : <[La pauvreté augmente à nouveau en France \(inegalites.fr\)](http://inegalites.fr)> (Consulté le 30 juin 2021)
- (2) Observatoire des inégalités. *La pauvreté dans les régions*. 22 février 2021 [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-dans-les-regions>> (Consulté le 30 juin 2021)
- (3) Insee Analyses Île-de-France. *En Île-de-France, la pauvreté s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés*. N°76, décembre 2017 [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3291402#consulter>> (Consulté le 10 novembre 2018)
- (4) Institut national de la statistique et des études économiques. *Statistique locales. Taux de pauvreté 2018* [En ligne]. Disponible sur : <[Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques](#)> (Consulté le 30 juin 2021)
- (5) Wresinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Avis et rapports du Conseil économique et social français séances des 10 et 11 février 1987, publié au Journal Officiel le 28 Février 1987
- (6) Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Définitions de la pauvreté*. 8 février 2016 [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.cnle.gouv.fr/Definitions-de-la-pauvrete.html>> (Consulté le 3 octobre 2018)
- (7) Observatoire des inégalités. *Qui sont les pauvres en France?* 16 octobre 2017 [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.inegalites.fr/Qui-sont-les-pauvres-en-France>> (Consulté le 3 octobre 2018)



- (8) Institut national de la statistique et des études économiques. *Statistique locales. Taux de natalité pour 1000 habitants 2020* [En ligne]. Disponible sur : <[Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques](#)> (Consulté le 30 juin 2021)
- (9) Chaupain-Guillot S. et al. *Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV*. Économie et Statistique, 2014 ; N°469-470
- (10) DRESS et Santé Publique France. *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*
- (11) Inserm et Santé Publique France. *Études et enquêtes: les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir*. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012 ; 2017
- (12) Observatoire du Samu social de Paris. *Féminité, Accès aux soins, Maternité, et Risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*. Rapport à la Direction Générale de la Santé. ; 2005
- (13) Observatoire du Samu Social de Paris. *Les résultats de l'étude ENFAMS (Enfants et Familles sans logement en Île-de-France). Réformer l'hébergement d'urgence des familles*. 2014
- (14) Agence Régionale de Santé. Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes. *Étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise*. 2019
- (15) Gayral-Taminh M. et al. *Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005 ; 34 : 23-32
- (16) Les recommandations du Haut Conseil à l'égalité. *Femmes en situation de précarité*. La santé en action, 2018 ; N°445



(17) Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES. *Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016

(18) Yaouancq F. et al. *L'hébergement des sans-domicile en 2012: des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*. Insee Première, 2013 ; N° 1455

(19) Vigoureux S. et al. *Étude observationnelle d'un dispositif d'aide aux femmes en situation de précarité pendant la grossesse et le post-partum*. Gynécologie, Obstétrique, Fertilité et Sénologie, 2017 ; 45 : 460-465

(20) Drieux S. et al. *Familles monoparentales franciliennes: les femmes toujours en première ligne face aux difficultés*. Insee Analyses, 2016 ; N° 29

(21) Enquête rédigée en collaboration avec le Samu social de Paris, SIAO Urgence/115 de Paris et l'équipe de l'Espace Solidarité Insertion « Halte Femmes ». *Les femmes seules dans le dispositif de veille social: une enquête auprès du public accueilli à l'ESI «Halte femmes»*. 2018

(22) Ministère des solidarités et de la santé. Présentation générale des dispositifs d'aide. *La protection universelle maladie* [En ligne]. Disponible sur : <[https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/protection\\_universelle\\_maladie\\_puma.php](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/protection_universelle_maladie_puma.php)> (Consulté le 30 juin 2021)

(23) Service-Public.fr. Affiliation à la sécurité sociale. *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ?* [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>> (Consulté le 30 juin 2021)

(24) Institut national de la statistique et des études économiques. *Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional*. N° 70, octobre 2017 [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3136640>> (Consulté le 11 novembre 2018)



(25) Royer B. et al. *Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé*. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010 ; 41 ; 4 : 313-321

(26) Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité*. Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 ; 2017

(27) Observatoire du Samu Social de Paris et INSERM. *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*. Rapport final ; 2010

(28) Inspection générale des affaires sociales. *Les liens entre handicap et pauvreté: Les difficultés dans l'accès au droit et aux ressources*. Rapport 2014

(29) Battut A. *Femmes enceintes en situation de grande précarité, quelle prise en charge ?* *Vocation Sage-femme*, 2008 ; 66 :25-30

(30) Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*. Collection CNNSE 2014

(31) Herschkorn Barnu P. *Parcours de soins périnataux et grande précarité: expérience du réseau Solipam (Solidarité Paris Maman Île-De-France)*. *Contraste*, 2017 ; 46 : 189-206

(32) Coulm B. *La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes*. *Sages-Femmes*, 2020 ;19 : 12-17

(33) Convers M. et al. *Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique*. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2012 ; 40 : 208-212

(34) Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2011



(35) INSERM et Santé Publique France. *Études et enquêtes : les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 ; 2021

(36) Azria E. *Précarité sociale et risque périnatal*. *Enfances et Psy*, 2015 ; 67 :13-31

(37) Interlogement 93. *Communiqué de presse: Des bébés sans abri: le cri du cœur du 115 de Seine-Saint-Denis*. 2018

(38) Gillet E. *La PMI de Paris au-devant des plus précaires*. *Profession Sage-Femme*, 2019 ; 257 : 39-41

(39) OXFAM France. *COVID-19 : le virus des inégalités* [En ligne]. Disponible sur : <[L'impact du COVID-19 sur les plus vulnérables \(oxfamfrance.org\)](https://www.oxfamfrance.org/fr/actualites/le-virus-des-inegalites)> (Consulté le 30 juin 2021)

(40) OXFAM France. *Inégalités et pauvreté en France : les voyants au rouge* [En ligne]. Disponible sur : <[Pauvreté et inégalités en France, aggravées par le Covid - Oxfam France](https://www.oxfamfrance.org/fr/actualites/inegalites-et-pauvrete-en-france)> (Consulté le 30 juin 2021)

(41) Ministère des solidarités et de la santé. *Les 1000 premiers jours. Là où tout commence*. Rapport de la commission des 1000 premiers jours; 2020

(42) Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. *Parution Journal Officiel de la loi de santé / sages-femmes* [En ligne]. Disponible sur : <[Parution Journal Officiel de la loi de santé / sages-femmes - UNSSF - Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes](https://www.unssf.fr/actualites/parution-journal-officiel-de-la-loi-de-sante-sages-femmes)> (Consulté le 30 juin 2021)

# Annexes

## Annexe I : Questionnaire

<p><b>La place de la sage-femme dans le dépistage, le suivi et l'orientation des femmes enceintes en situation de précarité</b></p>
---

Bonjour, je suis étudiante en 4ème année au Département de Maïeutique de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines qui est rattaché à l'hôpital de Poissy.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'État, je m'intéresse à la place de la sage-femme dans le dépistage, le suivi et l'orientation des femmes enceintes en situation de précarité dans les départements du Val-d'Oise et de la Seine-Saint-Denis.

Pour ce faire, je vous serais vraiment reconnaissante de bien vouloir consacrer 5 à 10 minutes pour répondre avec sincérité à ce questionnaire anonyme.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'informations, et vous remercie par avance de votre participation.

Agathe Hervouet.

Question 1: Vous êtes ? (Question à choix unique)

- Une femme
- Un homme

Question 2: Quel âge avez-vous? (Réponse courte)

Question 3: Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ? (En années) (Question ouverte)



Question 4: Vous exercez ? (Question à choix unique)

- À l'hôpital
- En libéral
- À l'hôpital et en libéral
- En Protection Maternelle et Infantile
- En clinique
- Autre

Question 5: Quel(s) poste(s) occupez-vous principalement ? (Question à choix multiple)

- Salle de naissances
- Suite de couches
- Consultations
- Grossesses à haut risque / Explorations fonctionnelles
- Autre

Question 6: Dans quel(s) département(s) exercez-vous votre profession ? (Question à choix unique)

- Dans le 93
- Dans le 95
- Dans les deux

Question 7: Depuis combien de temps exercez-vous dans la zone géographique de votre activité actuelle ? (En années) (Réponse courte)

Question 8: Pourriez-vous citer au moins 3 mots clés qui évoquent pour vous la précarité chez une femme enceinte ? (Réponse longue)

Question 9: Selon vous, la précarité chez une femme enceinte pourrait induire des conséquences : (Réponse à choix unique)

- Maternelles
- Fœtales



- Les deux
- Ni l'un ni l'autre

Commentaire libre: Expliquez si vous le souhaitez

Question 10: Lors de votre activité prenez-vous en charge des femmes enceintes en situation de précarité ? (Réponse à choix unique)

- Oui
- Non

Si oui, précisez en moyenne combien de fois par an : (Réponse courte)

Question 11: Pourriez-vous citer au moins 3 mots clés illustrant la place de la sage-femme auprès des femmes en situation de précarité ? (Réponse longue)

Question 12: Lorsque vous avez en consultation une patiente en situation de précarité, vous vous sentez : (Réponse à choix unique)

- À l'aise
- Plutôt à l'aise
- Pas très à l'aise
- Pas à l'aise du tout

Question 13: Si vous avez répondu vous êtes plutôt à l'aise ou à l'aise, pourriez-vous expliquer ce qui facilite votre prise en charge ? (Réponse longue)

Question 13 bis: Si vous avez répondu vous n'êtes pas ou peu à l'aise, pensez-vous que c'est parce que : (Question à choix multiple)

- Vous manquez de temps
- Vous priorisez le versant médical lors de la consultation
- Vous manquez d'informations sur les différentes structures existantes
- Vous manquez de formations
- Il s'agit d'une situation peu fréquente dont vous n'avez pas l'habitude
- Autre



### **Vignette clinique 1**

Vous suivez en consultation une primipare qui travaille partiellement, a la Couverture Médicale Universelle mais ne possède pas de logement stable depuis qu'elle a quitté le domicile parental. Cette grossesse est marquée par un diabète gestationnel sous régime.

Question 14: Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?  
(Réponse succincte sous forme de tirets)

### **Vignette clinique 2**

Vous suivez en consultation une IV pare, d'origine algérienne, profession de niveau universitaire dans son pays d'origine, arrivée en France en 2015 suite à son mariage, ne travaille plus pour élever ses 3 enfants en bas âge. Pas de famille ni d'amis en France. Son mari exerce sur elle de multiples violences. Elle souhaiterait le quitter mais éprouve de la honte et dépend intégralement de lui. Grossesse inopinée mais bien acceptée, peu suivie à l'hôpital car elle a des difficultés pour se déplacer avec ses enfants quand son mari travaille.

Question 15: Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?  
(Réponse succincte sous forme de tirets)

### **Vignette clinique 3**

Vous recevez en consultation une primipare de 42 ans au terme de 21+3 SA. Originaire du Nigeria, anglophone. ATCD de nombreux traumatismes (excision, viol dans l'enfance, torture, mariage forcé). Grossesse inopinée avec un procréateur qui disparaît à l'annonce de celle-ci. Elle a fait une demande d'asile qui n'a pas pu aboutir (rendez-vous manqué), ne possède ni droit, ni couverture sociale, ni revenu, ni hébergement fixe.

Question 16: Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?  
(Réponse succincte sous forme de tirets)



## Vignette clinique 4

Vous suivez en consultation une femme de 28 ans d'origine française. 1er enfant né en 2018, grossesse actuelle désirée par le couple. En recherche de logement car ils vivent actuellement dans une maison insalubre avec menaces permanentes d'expulsion. Addiction de madame au cannabis (a réduit durant la grossesse mais culpabilise de ne pas avoir arrêté comme la 1ère fois). Addiction du conjoint aux jeux, cannabis et alcool. Patiente isolée et déprimée. Ne vient pas à ses rendez-vous de suivi car n'arrive pas à sortir de chez elle.

Question 17: Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?  
(Réponse succincte sous forme de tirets)

Question 18: Comment avez-vous eu connaissance des différents partenaires ou structures de votre secteur ? (Question à choix multiples)

- Bouche à oreille
- Pendant vos études
- Sur le lieu de votre activité
- Des professionnels de ces structures sont venus se présenter à vous
- Autre

Question 19: Souhaiteriez-vous être informé(e) davantage sur la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ? (Question à choix unique)

- Oui
- Non

Si oui, par quels moyens ? (Question à choix multiples)

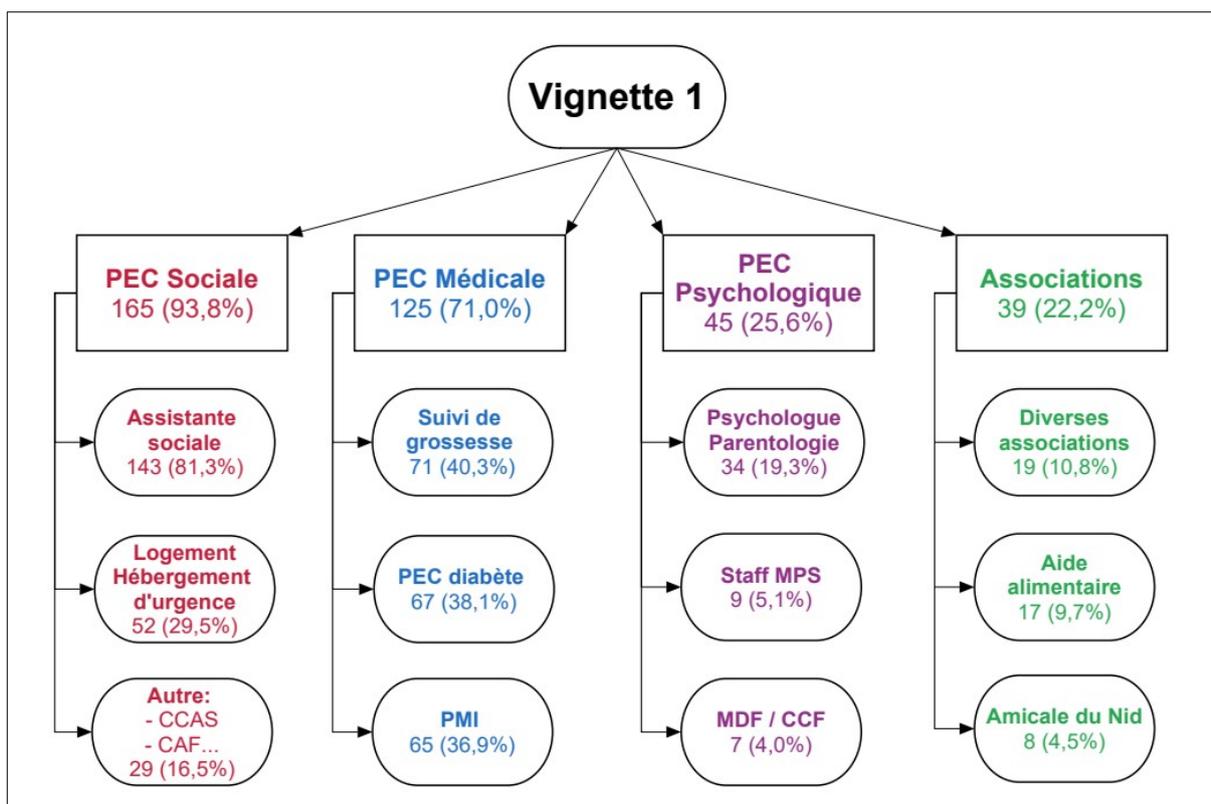
- Par le biais du Conseil de l'Ordre des sages-femmes
- Par le biais des différentes structures proches de votre lieu d'activité
- Par le biais de formations
- Autre

Je laisse un espace si vous voulez ajouter une remarque, et vous remercie très sincèrement de votre participation.

## Annexe II : Vignettes cliniques et orientation proposée par les sages-femmes

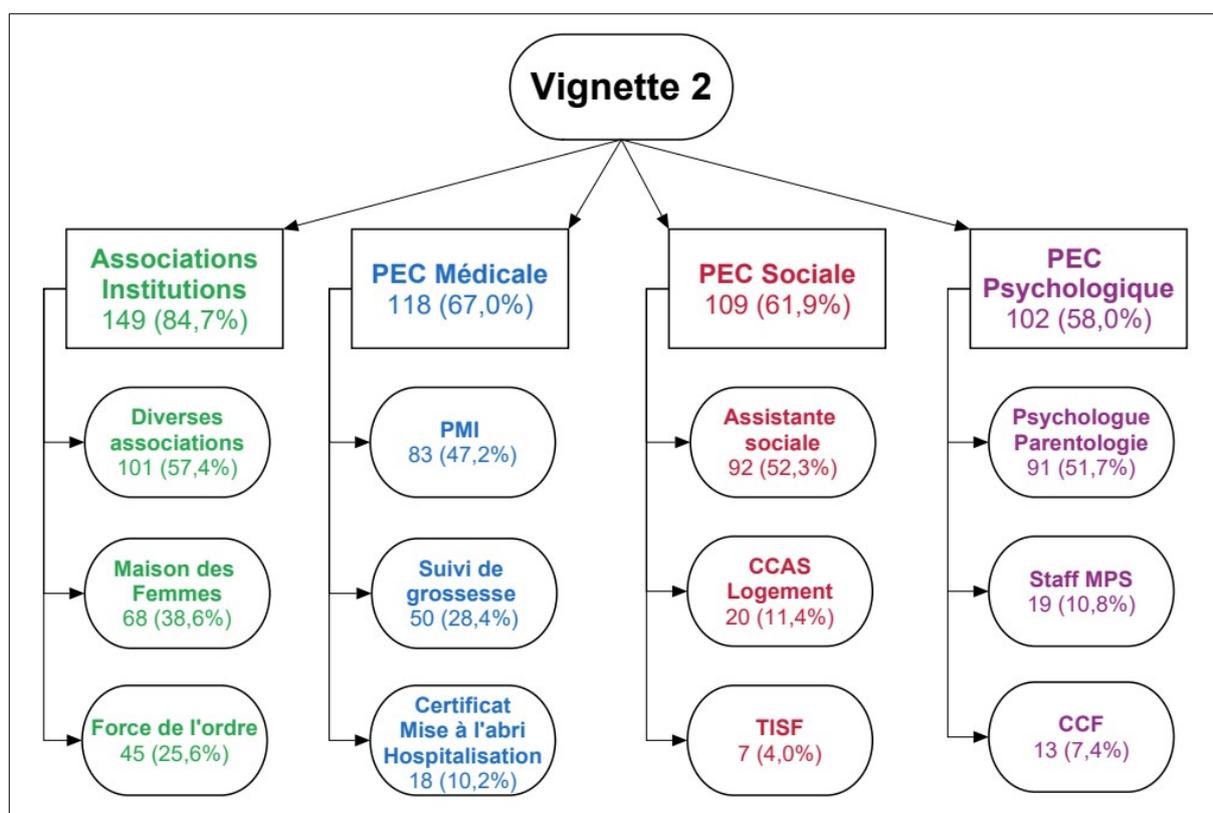
### Vignette clinique 1

Vous suivez en consultation une primipare qui travaille partiellement, a la Couverture Médicale Universelle mais ne possède pas de logement stable depuis qu'elle a quitté le domicile parental. Cette grossesse est marquée par un diabète gestationnel sous régime.



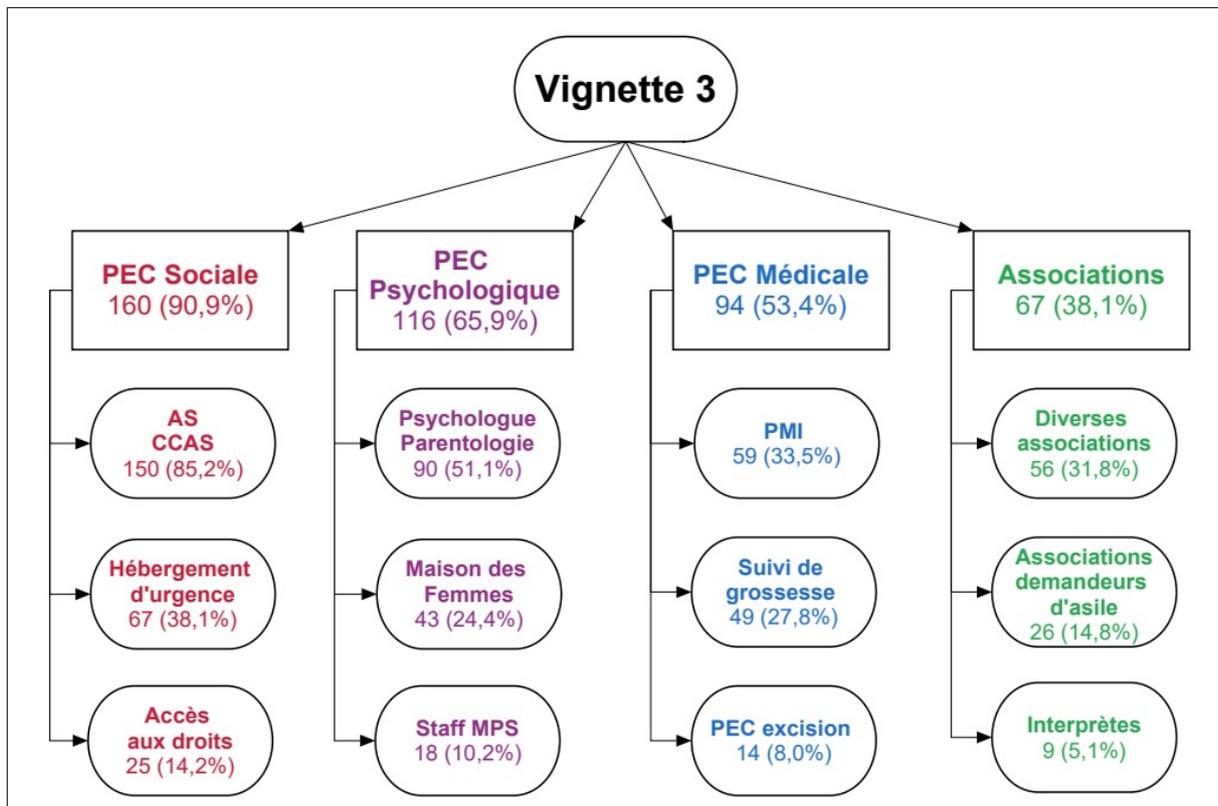
## Vignette clinique 2

Vous suivez en consultation une IV pare, d'origine algérienne, profession de niveau universitaire dans son pays d'origine, arrivée en France en 2015 suite à son mariage, ne travaille plus pour élever ses 3 enfants en bas âge. Pas de famille ni d'amis en France. Son mari exerce sur elle de multiples violences. Elle souhaiterait le quitter mais éprouve de la honte et dépend intégralement de lui. Grossesse inopinée mais bien acceptée, peu suivie à l'hôpital car elle a des difficultés pour se déplacer avec ses enfants quand son mari travaille.



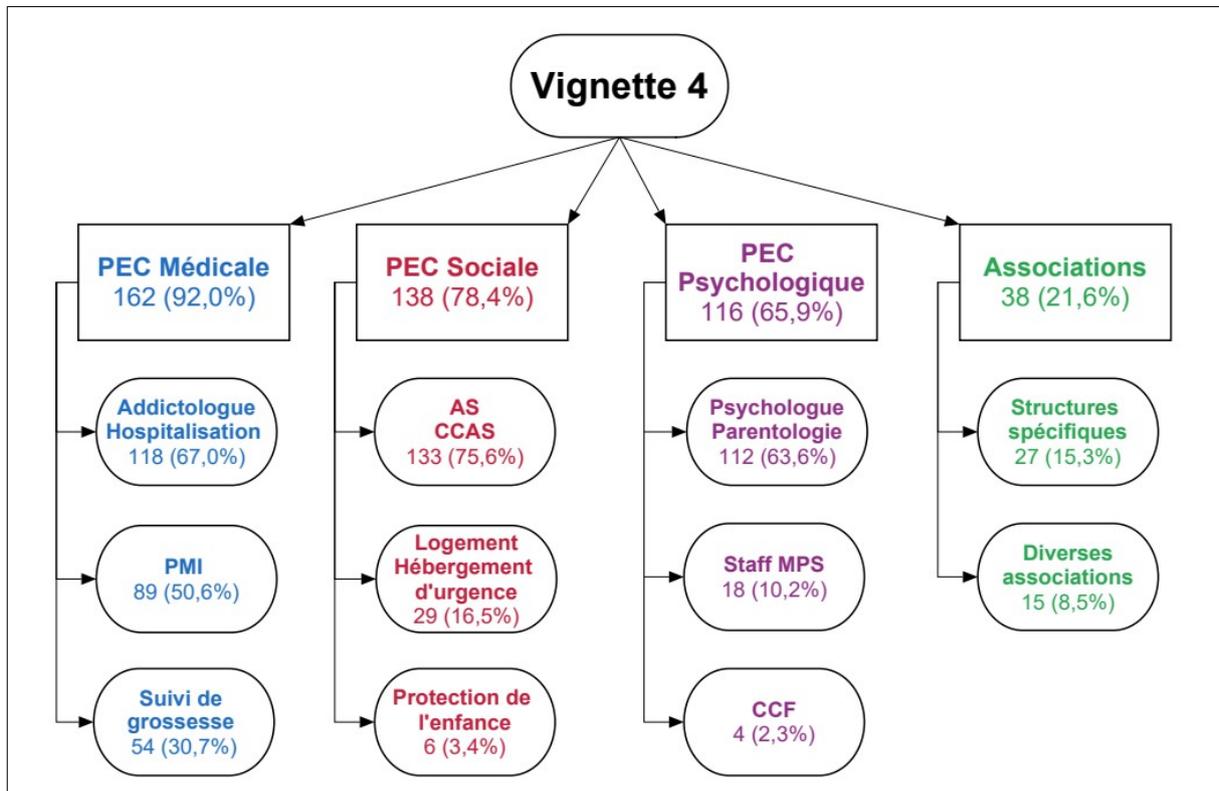
### Vignette clinique 3

Vous recevez en consultation une primipare de 42 ans au terme de 21+3 SA. Originnaire du Nigeria, anglophone. ATCD de nombreux traumatismes (excision, viol dans l'enfance, torture, mariage forcé). Grossesse inopinée avec un procréateur qui disparaît à l'annonce de celle-ci. Elle a fait une demande d'asile qui n'a pas pu aboutir (rendez-vous manqué), ne possède ni droit, ni couverture sociale, ni revenu, ni hébergement fixe.



## Vignette clinique 4

Vous suivez en consultation une II pare de 28 ans d'origine française. 1er enfant né en 2018, grossesse actuelle désirée par le couple. En recherche de logement car ils vivent actuellement dans une maison insalubre avec menaces permanentes d'expulsion. Addiction de madame au cannabis (a réduit durant la grossesse mais culpabilise de ne pas avoir arrêté comme la 1ère fois). Addiction du conjoint aux jeux, cannabis et alcool. Patiente isolée et déprimée. Ne vient pas à ses rendez-vous de suivi car n'arrive pas à sortir de chez elle.



## Annexe III : Analyse vignette clinique 1

**Vignette clinique 1** : Vous suivez en consultation une primipare qui travaille partiellement, a la Couverture Médicale Universelle mais ne possède pas de logement stable depuis qu'elle a quitté le domicile parental. Cette grossesse est marquée par un diabète gestationnel sous régime.

*Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?*

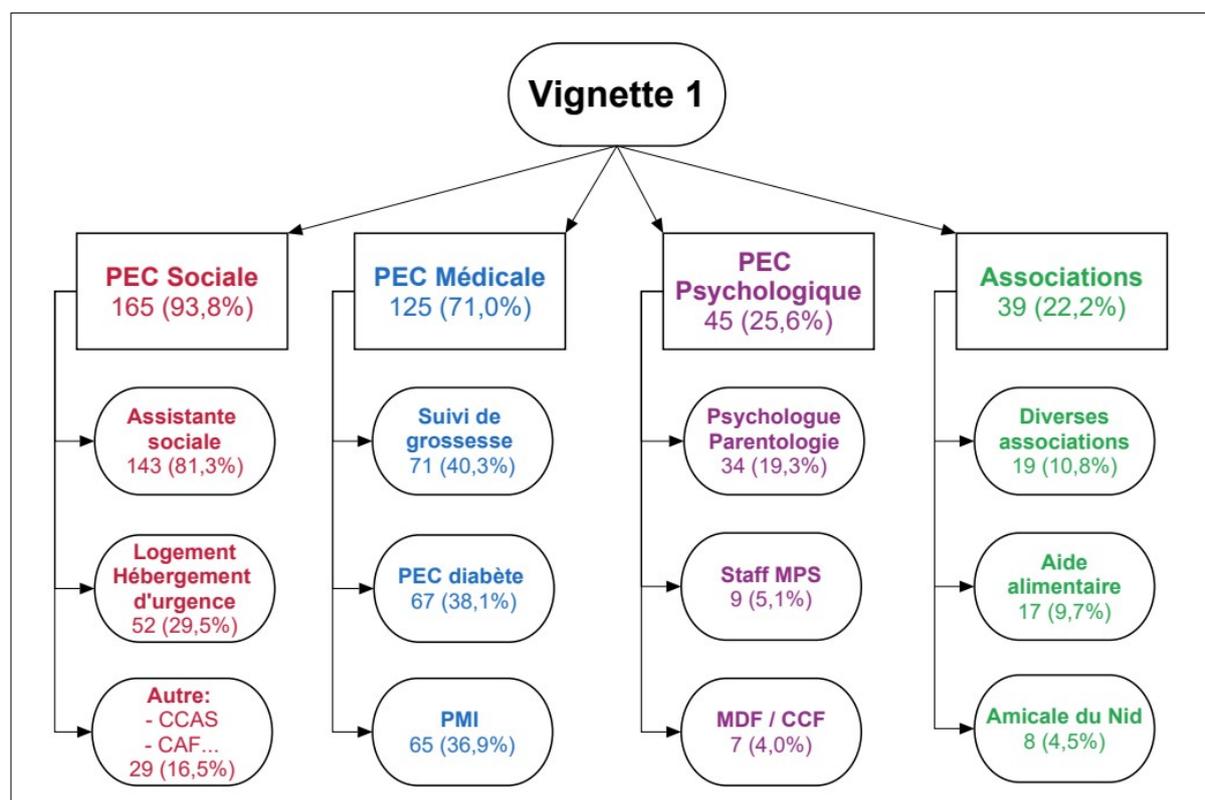


Figure 9: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 1

La figure 9 présente les différentes orientations énoncées par les professionnelles. La grande majorité (n=165, 93,8%) d'entre-elles a proposé une orientation sociale comprenant principalement l'assistante sociale (n=143, 81,3%), la problématique du logement (n=52, 29,5%) avec notamment le 115 ou des centres d'hébergements mère-enfant ainsi que les services sociaux départementaux ou la mairie (n=29, 16,5%).

Elles ont pour 125 (71,0%) d'entre-elles évoqué une prise en charge médicale. En effet, le suivi de grossesse a été cité par 71 (40,3%) professionnelles regroupant



par exemple les sages-femmes libérales, l'HAD, les explorations fonctionnelles ou encore des consultations spécifiques présentes dans certaines maternités pour les femmes en situation de précarité (UPE, UAP et Precapp à Gonesse) (Annexe VII, VIII). La prise en charge du diabète a été énoncée par 67 (38,1%) sages-femmes incluant les diabétologues, endocrinologues ou encore les ateliers diabètes, la maison du diabète ou l'Hôpital De Jour diabète. Enfin, elles ont cité pour 65 (36,9%) d'entre-elles la PMI notamment pour le relais en post-natal ou pour effectuer un lien avec les puéricultrices exerçant dans cette structure.

La prise en charge psychologique a été mentionnée par 45 (25,6%) sages-femmes comprenant majoritairement le psychologue ou l'unité de parentologie (à l'hôpital d'Argenteuil) (n=34, 19,3%) (Annexe V), le staff MPS (n=9, 5,1%), la Maison des Femmes (n=5, 2,8%) ou la CCF (n=2, 1,1%).

Enfin, le domaine de l'associatif a été désigné par 39 (22,2%) d'entre-elles. En effet, elles sont 19 (10,8%) à avoir suggéré une orientation vers des associations telles que Solipam, 17 (9,7%) vers des associations d'aide alimentaire telles que les Restos du Cœur ou la Croix Rouge et 8 (4,5%) professionnelles ont nommé l'Amicale du Nid notamment pour avoir accès à un accueil de jour (douche, lessive, repas...).

Pour ce cas clinique, les sages-femmes ont majoritairement orienté la patiente vers une prise en charge sociale et médicale. Cependant, nous sommes étonnées du peu de sages-femmes évoquant la prise en charge du diabète (n=67) alors qu'elle constituait une des problématiques importante de la patiente. Il se pose alors la question de la compréhension de la question. Il se peut aussi que les sages-femmes aient sous-entendu qu'elles suivaient la patiente d'un point de vue médical et donc qu'elles prenaient déjà en charge le diabète gestationnel. De plus, la Maison des Femmes a été évoquée alors que cette structure comporte trois grands pôles (les femmes victimes de violences, les mutilations sexuelles féminines et le planning familial), ce qui ne concerne pas la patiente dans cette situation.

## Annexe IV: Analyse vignette clinique 4

**Vignette clinique 4** : Vous suivez en consultation une II pare de 28 ans d'origine française. 1er enfant né en 2018, grossesse actuelle désirée par le couple. En recherche de logement car ils vivent actuellement dans une maison insalubre avec menaces permanentes d'expulsion. Addiction de madame au cannabis (a réduit durant la grossesse mais culpabilise de ne pas avoir arrêté comme la 1ère fois). Addiction du conjoint aux jeux, cannabis et alcool. Patiente isolée et déprimée. Ne vient pas à ses rendez-vous de suivi car n'arrive pas à sortir de chez elle.

*Vers quels partenaires ou structures orienteriez-vous cette patiente ?*

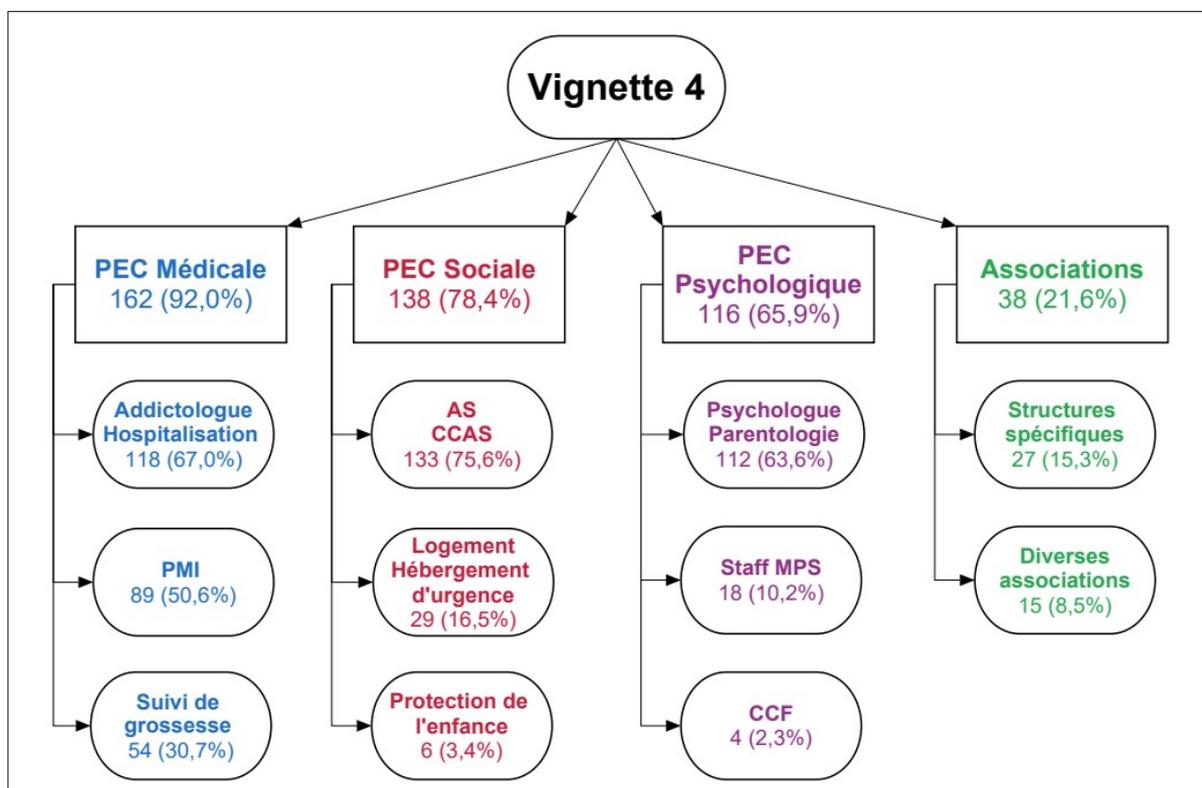


Figure 10: Orientation proposée par les sages-femmes pour la vignette 4.

La figure 10 présente les différentes orientations mentionnées par les professionnelles. La prise en charge médicale a été majoritairement évoquée (n=162, 92,0%), comprenant pour 118 (67,0%) sages-femmes, les addictologues et services d'addictologies de certains hôpitaux et une hospitalisation, pour 89 (50,6%) la PMI et pour 54 (30,7%) le suivi de grossesse assuré à la maternité ou les consultations spécialisées (UAP, UPE, Precapp) (Annexe VII, VIII).

De plus, 138 (78,4%) professionnelles ont proposé une prise en charge sociale incluant l'assistante sociale et les services sociaux (n=133, 75,6%), une aide pour le logement (n=29, 16,5%) et la protection de l'enfance (n=6, 3,4%).

Plus de la moitié (n=116, 65,9%) des sages-femmes a cité une prise en charge psychologique. En effet, 112 (65,9%) professionnelles ont orienté la patiente vers les psychologues ou l'unité de parentologie (Annexe V), 18 (10,2%) présenteraient le dossier au staff MPS et 4 (2,3%) feraient appel à une CCF.

Enfin, quelques sages-femmes (n=38, 21,6%) ont évoqué une prise en charge associative comprenant des structures spécialisées (n=27, 15,3%) dans la prise en charge des addictions comme le CAPSA ou l'unité Elsa et des associations (n=15, 8,5%) telles que Dune, Proses ou Anpaa 95.

Les prises en charge médicales, sociales et psychologiques ont largement été abordées pour cette situation. Cependant, la prise en charge des addictions a révélé quelques difficultés pour certaines sages-femmes. En effet, moins de structures spécifiques ont été évoquées et quelques sages-femmes (n=4) n'ont proposé aucune prise en charge car elles ne savaient pas ou se sentaient « dépassées » par la situation. De plus, bien que les différents aspects de la situation aient été pris en considération, peu de sages-femmes proposent des orientations avec des professionnels se rendant directement au domicile de la patiente. En effet, dans ce cas cette dernière est déprimée et ne sort pas de chez elle. Beaucoup d'orientations ont été citées et à juste titre mais peu prennent en compte le fait que dans ce cas, il semblerait préférable de privilégier un accompagnement à domicile. Enfin, dans les structures spécifiques la Maison des Femmes a été citée par quelques professionnelles (n=5) alors que cet établissement ne prend pas en charge les addictions. Nous pouvons alors nous demander s'il a été évoqué pour la prise en charge psychologique de la patiente ou si les addictions du conjoint ont été perçues comme des violences.



## Annexe V : Fiche récapitulative de l'unité de parentologie

<b>Unité de parentologie à l'hôpital d'Argenteuil</b>	
<b>Objectifs de l'unité</b>	Accompagnement des naissances à risque psychique. Dépistage des difficultés d'établissement du lien mère-enfant, des facteurs de risque psychologiques et psychiatriques et suivi en post-partum. Unité de prévention en ante, per et post partum.
<b>Membres de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chef de service : Dr Sophie Dumont, pédopsychiatre</li> <li>✓ 3 psychologues</li> <li>✓ 2 sages-femmes</li> <li>✓ 1 éducatrice</li> <li>✓ 1 infirmière</li> <li>✓ 1 psychomotricienne</li> </ul> Toute l'équipe travaille à temps plein.
<b>Rôles des sages-femmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PNP individuelle et individualisée</b></li> </ul> Rôle en ante-partum en anticipant l'arrivée du bébé pour toute situation où la grossesse est peu investie (âge maternel extrême, pathologie maternelle psychiatrique, pathologie gravidique, pathologie fœtale, antécédent de deuil périnatal...). Séances adaptées aux besoins de la patiente (sophrologie, durée et fréquence variables en fonction du terme de la grossesse). Alternance de rendez-vous avec la psychologue possible. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Coordination avec l'équipe obstétricale</b></li> </ul> Avec l'équipe de la maternité afin de préparer au mieux l'accouchement. Avec la PMI, les sages-femmes libérales du PRADO ou de l'HAD pour le relais en post-partum.
<b>Fonctionnement de l'unité</b>	Cet accompagnement peut être proposé à la patiente lors des consultations de suivi de grossesse ou lors d'un rendez-vous avec l'assistante sociale par exemple. La patiente est ensuite à l'initiative de la prise de rendez-vous. Dans certaines situations, il peut y avoir d'emblée un binôme sage-femme/psychologue, sinon la sage-femme introduit progressivement la psychologue dans le suivi quand elle le juge nécessaire et avec l'accord de la patiente. Lors de l'accouchement et du séjour en maternité, les sages-femmes viennent voir la patiente et peuvent proposer à ce moment les autres professionnelles (psychologue, psychomotricienne...) pour le relais en post-partum. Le but étant de prévenir et de dépister la dépression du post-partum. Cette unité concerne les femmes qui ont accouché à Argenteuil et le suivi pédopsychiatrique prend en charge les enfants de 0 à 3 ans.



## Annexe VI : Fiche récapitulative de l'Unité de Psychopathologie Périnatale (UPP)

Unité de psychopathologie périnatale à l'hôpital de St Denis	
<b>Objectifs de l'unité</b>	Accompagnement des naissances à risque psychique. Dépistage des difficultés d'établissement du lien mère-enfant, des facteurs de risque psychologiques et psychiatriques. Préparation à l'arrivée de l'enfant et protection de l'enfance.
<b>Membres de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 psychiatre responsable, temps de travail 70 %</li> <li>✓ 1 psychiatre, temps de travail 80 %</li> <li>✓ 1 interne en psychiatrie, temps de travail 50 %</li> <li>✓ 1 psychologue, temps de travail 100 %</li> <li>✓ 2 psychologues, temps de travail 80 %</li> <li>✓ 2 psychologues, temps de travail 50 %</li> <li>✓ 1 infirmière puéricultrice, temps de travail 50 %</li> <li>✓ 1 secrétaire, temps de travail 100 %</li> </ul>
<b>Rôles de l'unité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer un accompagnement psychologique ou psychiatrique aux patientes à risque de développer des troubles du lien mère-enfant en anticipant l'arrivée de l'enfant. Possibilité de mise en lien avec les psychiatres adultes si besoin.</li> <li>• Coordination pluridisciplinaire avec les sages-femmes, gynécologues, assistantes sociales, cadres, pédiatres...en proposant des conduites à tenir pour l'accouchement et les suites de couches si besoin.</li> <li>• Protection de l'enfance en s'assurant que l'enfant soit en sécurité en sortant de la maternité et possibilité de signalement ou de placement dès les suites de couches en concertation avec l'équipe de la maternité en cas de maltraitance ou de négligence.</li> </ul>
<b>Fonctionnement de l'unité</b>	<p>Les psychologues sont répartis en fonction des services : différentes unités des suites de couches, diagnostic anténatal, procréation médicalement assistée, grossesses à haut risque et néonatalogie.</p> <p>Les suivis prénataux sont partagés entre les différents psychologues ou peuvent se faire en binôme psychologue/psychiatre ou psychologue/infirmière puéricultrice en fonction des besoins de la patiente.</p> <p>Cette unité accompagne les femmes enceintes qui accoucheront à l'hôpital de Saint-Denis, les couples et parfois les pères seuls.</p> <p>Les séances sont de durée et de fréquence variables selon les besoins de la patiente. Les patientes sont vues en prénatal, pendant les hospitalisations puis en suites de couches. Le suivi peut se poursuivre parfois en post-partum selon les cas mais les patientes seront orientées vers d'autres structures en fonction de leurs besoins. Le suivi peut également se faire par téléphone dans certains cas (menace d'accouchement prématuré, patiente éloignée...)</p> <p>Si la patiente a des troubles psychiques ou psychiatriques, l'unité peut accompagner la patiente en parallèle de son suivi psychiatrique.</p> <p>Les patientes sont orientées pendant la grossesse par les membres de l'équipe de la maternité (sages-femmes, gynécologues, assistantes sociales, HAD...), les sages-femmes de la PMI de l'hôpital ou des PMI aux alentours notamment lors des staffs MPS qui ont lieu deux fois par mois à l'hôpital.</p> <p>L'équipe transmet par téléphone quelques informations sur la patiente à l'unité et celle-ci contacte ensuite la patiente pour proposer un rendez-vous.</p> <p>Les rendez-vous peuvent également être pris par l'équipe de la maternité ou les patientes elles-mêmes.</p>



## Annexe VII : Fiche récapitulative de l'Unité Patientes en Errance (UPE)

<b>Unité Patientes en Errance à l'hôpital de Saint Denis</b>	
<b>Objectifs de l'unité</b>	Faire entrer et maintenir les femmes enceintes en errance physique dans un parcours de soins, un accompagnement social et psychologique pendant toute la durée du suivi de grossesse et à assurer une coordination en post natal pour favoriser le suivi en PMI, en CMP, le repérage des associations de soutien. Assurer une continuité des suivis des patientes en pré et post natal, depuis le commencement de leur suivi de grossesse jusqu'à la sortie de maternité.
<b>Membres de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Une sage-femme, temps de travail 50 %</li> <li>✓ Une assistante sociale, temps de travail 100 %</li> <li>✓ Une psychologue, temps de travail 50 %</li> </ul>
<b>Rôles de la sage-femme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarrage d'un suivi de grossesse dans un délai de 10 jours maximum</li> <li>• Orientation médicale</li> <li>• Dépistage plus précoce des pathologies de la grossesse</li> <li>• Anticipation des besoins et accompagnements nécessaires après l'accouchement</li> <li>• Staff médico-psycho-social de parentalité</li> <li>• Lien avec les acteurs médicaux</li> </ul>
<b>Fonctionnement de l'unité</b>	<p>Les patientes peuvent être orientées par les urgences générales ou obstétricales, lors de consultations prénatales ou par les professionnels et partenaires de ville (PMI, Médecins du monde, etc.)</p> <p>Le premier rendez-vous est en binôme sage-femme/assistante sociale pour une première évaluation sociale immédiate puis un accompagnement social renforcé est proposé.</p> <p>Le rendez-vous est donné par l'accueil de la PMI hospitalière.</p> <p>Proposition de consultation avec un psychologue, pouvant aboutir à un suivi psychologique en fonction des besoins exprimés.</p> <p>La patiente peut bénéficier d'un rendez-vous en post-partum avec la sage-femme et de deux rendez-vous maximum avec l'assistante sociale.</p> <p><u>Rôle de l'assistante sociale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enclenchement des démarches d'ouverture de droits</li> <li>• Repérage des difficultés pouvant impacter le parcours de soins</li> <li>• Coordination des intervenants et relais avec les partenaires de ville et le SIAO 93</li> <li>• Lien avec les acteurs sociaux</li> <li>• Réalisation des démarches de stabilisation sociale et administrative pour un ré-ancrage sur le territoire</li> <li>• Staff médico-psycho-social de parentalité</li> <li>• Prévention et intervention précoce en protection de l'enfance</li> </ul> <p><u>Rôle de la psychologue :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur sollicitation (partenaires, AS, SF)</li> <li>• Évaluation psychologique</li> <li>• Suivi psychologique si nécessaire</li> <li>• Adressage vers un psychiatre si nécessaire</li> <li>• Poursuite du suivi psychologique en post natal, en articulation avec les dispositifs de soins existants (maison du bébé, réseau NEF, ...)</li> <li>• Articulation du suivi post natal avec les partenaires du territoire (PMI, ASE)</li> </ul> <p>Les trois professionnels participent au staff MPS de parentalité qui se tient 2 fois par mois à l'hôpital.</p>



## Annexe VIII : Fiche récapitulative de l'Unité d'Accompagnement Personnalisé (UAP)

Unité d'Accompagnement Personnalisé à l'hôpital de Montreuil	
<b>Objectifs de l'unité</b>	<p>Permettre aux patientes vulnérables d'avoir accès à un suivi de grossesse le plus adapté possible à leurs besoins.</p> <p>Proposer une orientation adaptée aux besoins des patientes.</p> <p>Prévention des troubles du lien mère-enfant et protection de l'enfance.</p>
<b>Membres de l'équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 médecin référent</li> <li>✓ 1 sage-femme, temps de travail 90 %</li> <li>✓ 1 sage-femme, temps de travail 50 %</li> <li>✓ 3 assistantes sociales travaillant sur l'ensemble de la maternité</li> <li>✓ 2 psychologues travaillant sur l'ensemble de la maternité</li> <li>✓ 1 psychiatre, temps de travail 100 % (liaison unité de pédopsychiatrie)</li> </ul>
<b>Rôles des sages-femmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suivi de grossesse</b></li> </ul> <p>Elles proposent un suivi adapté aux patientes : certaines flexibilités dans les plannings, tolérance aux retards, possibilité de plusieurs rendez-vous le même jour... Les consultations de suivi de grossesse durent 40 minutes, ont lieu une fois par mois mais les sages-femmes peuvent être amenées à voir les patientes beaucoup plus fréquemment selon leur demande. Le suivi peut être conjoint avec les médecins ou le DAN par exemple selon les besoins de la patiente. Les patientes peuvent également être vues pendant leur hospitalisation en grossesses à haut risque ou en suites de couches</p> <p>1 voire 2 rendez-vous sont proposés en post-partum.</p> <p>Elles peuvent proposer l'unité mère-enfant selon les besoins de la patiente.</p> <p>Elles peuvent orienter vers une préparation à la naissance adaptée (arbre à palabres : groupe de parole avec une psychologue pour « préparer la naissance pour les mères venues d'ailleurs »).</p> <p>Ont un rôle de soutien et d'écoute pendant tout cet accompagnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Coordination</b></li> </ul> <p>Temps consacré à l'orientation des patientes vers différents professionnels et à la transmission d'informations entre les intervenants extérieurs déjà présents dans le parcours de la femme enceinte et la maternité. Ce temps peut aussi être nécessaire pour réunir les professionnels lors d'une synthèse dans le cadre des situations complexes qui relèvent parfois de la protection de l'enfance.</p> <p>Elles assistent au staff MPS et au staff interéquipe de l'hôpital qui ont lieu une fois par mois et ont également un temps de secrétariat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assure un lien en post-natal</b></li> </ul> <p>Orientent la patiente selon ses besoins : PMI, unité de pédopsychiatrie, l'unité spécialisée d'accompagnement du psychotraumatisme à Aulnay, associations...</p>
<b>Fonctionnement de l'unité</b>	<p>Prise en charge des patientes qui accoucheront à Montreuil en situation de vulnérabilité sociale, psychologique et/ou médicale avec des problématiques multiples : précarité complexe, femmes victimes de violences conjugales ou intrafamiliales actuelles ou passées (ayant des répercussions psychiques actuelles), femmes ayant des troubles psychiques, des risques de dépression du post-partum, antécédent d'accouchement traumatique, conduites addictives...</p> <p>Les patientes peuvent être adressées par l'équipe de la maternité ou par les PMI, les centres médicaux sociaux, les associations aux alentours. Le suivi de la grossesse est assurée par les sages-femmes de l'unité en collaboration avec l'équipe de la maternité, les assistantes sociales, la psychiatre, les psychologues de la maternité et les intervenants extérieurs.</p> <p>Les psychologues peuvent poursuivre brièvement le suivi en post-partum mais elles assureront un lien vers d'autres structures selon les besoins de la patiente.</p>