



**HAL**  
open science

**Santé, grossesse et précarité : diagnostic partagé  
spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en  
situation de précarité habitant les Quartiers Politique de  
la Ville de Metz en 2019/2020 : étude qualitative  
observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et  
comparative par l'intermédiaire d'entretiens  
semi-directifs auprès des professionnels, de focus group  
auprès des femmes, réalisée entre décembre 2019 et avril  
2020 à Metz**

Chloé Cellier

**HAL Id: hal-03870507**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870507>**

Submitted on 24 Nov 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.

► **To cite this version:**

Chloé Cellier. Santé, grossesse et précarité : diagnostic partagé spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité habitant les Quartiers Politique de la Ville de Metz en 2019/2020 : étude qualitative observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et comparative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels, de focus group auprès des femmes, réalisée entre décembre 2019 et avril 2020 à Metz. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870507



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Université de Lorraine**

**École de Sages-Femmes**

**de**

**METZ**

*Santé, grossesse et précarité*

Diagnostic partagé spécifique à la prise en charge  
des femmes enceintes en situation de précarité  
habitant les Quartiers Politique de la Ville  
de Metz en 2019/2020

Etude qualitative observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et comparative  
par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels,  
de focus group auprès des femmes, réalisée entre décembre 2019 et avril 2020 à Metz

Mémoire présenté et soutenu par

Chloé Cellier

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel  
Sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Sophie Perrin  
Conseillère en économie sociale et familiale

Promotion 2016-2020



# **Université de Lorraine**

## **École de Sages-Femmes**

**de**

**METZ**

*Santé, grossesse et précarité*

Diagnostic partagé spécifique à la prise en charge  
des femmes enceintes en situation de précarité  
habitant les Quartiers Politique de la Ville  
de Metz en 2019/2020

Etude qualitative observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et comparative  
par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels,  
de focus group auprès des femmes, réalisée entre décembre 2019 et avril 2020 à Metz

Mémoire présenté et soutenu par

Chloé Cellier

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel  
Sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Sophie Perrin  
Conseillère en économie sociale et familiale

Promotion 2016-2020

# REMERCIEMENTS

*Je tiens tout d'abord à remercier les femmes que j'ai rencontré au centre social Pioche, qui m'ont fait confiance et qui ont accepté de partager avec moi leurs expériences et leurs ressentis sur la grossesse, ses bonheurs et parfois ses peines...*

*Je remercie également Catherine Mergen-Morel, ma directrice de mémoire, pour son aide, sa disponibilité et ses précieux conseils lors de la réalisation de ce mémoire.*

*Merci à Sophie Perrin, référente-familles du centre social Pioche, pour son accueil et sa bienveillance lors de la concrétisation du projet.*

*Merci à tous ceux qui ont accepté de participer au diagnostic partagé dans le contexte de crise sanitaire, les référents-familles, les personnels municipaux, départementaux et les professionnels de santé en libéral et hospitalier.*

*Merci à Chloé, Mathilda, Valentine et Alexia, mes copines de promotion, pour ces quatre belles années passées ensemble.*

*Merci à Sarah, ma sœur adorée, pour ses nombreuses relectures, son soutien sans faille et sa présence à mes côtés.*

*Merci à mes parents pour m'avoir encouragé lors de mes études.*

*Je dédis ce travail à toutes les femmes que j'ai pu croiser lors de mes stages et qui m'ont donné envie d'écrire ce mémoire...*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>PARTIE 1 : CONTEXTE</b> .....	<b>7</b>
<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	<b>8</b>
1.1. LE CONCEPT DE PRECARITE .....	8
1.1.1. Définitions de la précarité.....	8
1.1.2. Précarité familiale et santé .....	9
1.1.3. Les inégalités sociales de santé en France .....	9
1.2. IMPACTS DE LA PRECARITE CHEZ LA FEMME .....	10
1.2.1. Impacts de la précarité sur la vie quotidienne des femmes .....	10
1.2.2. Impacts de la précarité sur la santé des femmes .....	11
1.2.3. Impacts de la précarité sur le déroulement de la grossesse.....	11
1.3. LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE POUR LUTTER CONTRE LES INEGALITES DE SANTE PENDANT LA GROSSESSE .....	12
1.3.1. Politique nationale .....	13
1.3.2. Le contrat local de santé .....	13
1.3.3. Les Réseaux de PMI .....	14
1.4. LA SAGE-FEMME : ACTEUR DE TERRAIN DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE PRECARITE .....	14
1.4.1. Rôle de la sage-femme dans le repérage des femmes en situation de vulnérabilité .....	14
1.4.2. Outils permettant l'identification des femmes en situation de précarité lors de la grossesse.....	15
1.4.3. Une prise en charge organisée par la sage-femme et collaborative .....	16
<b>PARTIE 2 : METHODE</b> .....	<b>17</b>
<b>2. PRESENTATION DE L'ETUDE</b> .....	<b>18</b>
2.1. PROBLEMATIQUE .....	18
2.2. OBJECTIFS .....	18
2.3. HYPOTHESES.....	18
2.4. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE .....	18
2.5. DESCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES COLLECTEES .....	19
<b>PARTIE 3 : RESULTATS</b> .....	<b>20</b>
<b>3. RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE</b> .....	<b>21</b>
3.1. LE POINT DE VUE DES REFERENTS-FAMILLES DES CENTRES SOCIAUX.....	21
3.1.1. Notions de précarité/santé/maternité au niveau du centre social .....	21
3.1.2. Rôle des référents-familles au sein des centres sociaux.....	21
3.1.3. Besoins recensés chez les femmes fréquentant les centres sociaux.....	22
3.1.4. Liens avec les services de PMI.....	23
3.2. LE POINT DE VUE DES FEMMES HABITANT LES QPV DE METZ .....	24
3.2.1. Caractéristiques socio-économiques .....	24
3.2.2. Perception de la grossesse et de la maternité .....	25
3.2.3. Suivi par les professionnels de la grossesse .....	26
3.3. LE POINT DE VUE DES ELUS A LA POLITIQUE DE LA VILLE .....	27
3.3.1. Définitions de la précarité et du dépistage selon les élus .....	27
3.3.2. Outils de lutte contre les inégalités sociales de santé mis en place sur le territoire messin.....	28
3.3.3. Freins et leviers pour mener une politique municipale de promotion de la santé périnatale .....	30
3.4. LE POINT DE VUE DE LA PMI.....	31
3.4.1. Notions de précarité et santé selon la sage-femme coordinatrice de PMI .....	31
3.4.2. Rôle de la PMI concernant le suivi des femmes enceintes en situation de précarité .....	31
3.4.3. Liens de la PMI avec les professionnels de la grossesse.....	32
3.4.4. Outils de repérage des situations de vulnérabilités par les professionnels de PMI.....	32
3.4.5. Limites de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité et perspectives d'amélioration .....	34
3.5. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE LA GROSSESSE .....	34
3.5.1. Les sages-femmes libérales dans le suivi des femmes enceintes en situation de précarité.....	34

3.5.2. Les professionnels hospitaliers dans le suivi de grossesse des femmes en situation de précarité .....	37
<b>PARTIE 4 : DISCUSSION.....</b>	<b>43</b>
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>44</b>
4.1. POINTS FORTS ET DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS DE L'ETUDE.....	44
4.1.1. Points forts de l'étude.....	44
4.1.2. Difficultés rencontrées.....	44
4.1.3. Biais de l'étude.....	45
4.2. ANALYSE DES RESULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHESES.....	46
4.2.1. Existence de freins au suivi de grossesse des femmes en situation de précarité ?.....	46
4.2.2. Impact direct de la vulnérabilité des femmes sur la grossesse ?.....	47
4.2.3. Consommation « de santé » chez les femmes plus importante lors de la grossesse ? ...	47
4.2.4. Prise en charge adaptée par les professionnels lors de l'association grossesse et précarité ?.....	48
4.2.5. Volonté politique d'améliorer le suivi de grossesse ? .....	49
4.3. OUVERTURE ET ROLE DE LA SAGE-FEMME .....	49
4.3.1. Centre social et référent-familles .....	49
4.3.2. Rôle de la sage-femme .....	50
4.3.3. Perspective d'amélioration de la prise en charge des femmes habitant les QPV de Metz, pendant la grossesse.....	50
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>56</b>

# GLOSSAIRE

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CANA PMI : Comité d'Animation Nationale des Actions de la PMI

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLS : Contrat Local de Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

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

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ELFE : Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Loi HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PANJO : Promotion de la santé de l'Attachement des nouveau-nés et de leurs Jeunes parents, un Outil de renforcement des services de PMI

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUMA : Protection Universelle Maladie

RC3P : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité

RéMI : projet de Réduction de la Mortalité Infantile, périnatale et néo-natale en Seine-Saint-Denis

TISF : Technicienne d'Information Sociale et Familiale

QPV : Quartier Politique de la Ville

# INTRODUCTION

La précarité est un sujet d'actualité qui tend malheureusement à progresser dans la société. Elle touche de plus en plus de femmes et a un impact direct sur leur santé.

Ainsi, dans son rapport datant du 29 mai 2017, intitulé « Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité », le Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes a fait le constat alarmant d'une santé dégradée et d'un accès au soin entravé chez les femmes en situation de précarité. [1]

En effet, en France l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré depuis plusieurs décennies, mais les inégalités sociales de santé perdurent et les progrès de la médecine ne profitent pas à tous. [2]

En débutant mes études de sage-femme, j'avais une image idéalisée de la grossesse, représentée par un projet de couple, bien installé socialement et financièrement dans la vie, disposant de tout le nécessaire pour accueillir un enfant. Cependant, la réalité fut tout autre. Lors de mes différents stages hospitaliers puis en PMI (Protection Maternelle et Infantile), les histoires de certaines femmes en situation de précarité m'ont marqué. Je n'imaginai pas les difficultés qu'il pouvait y avoir avant même l'arrivée d'un enfant et j'ai eu envie de donner la parole aux femmes qui vivent ces situations au quotidien.

En tant que futures professionnelles de santé, nous sommes confrontées régulièrement à la précarité des femmes enceintes qui est un problème de santé publique majeur. Le dépistage de ces situations n'est pas toujours évident et la prise en charge de la grossesse peut-être délicate. Les professionnels sont souvent démunis face à la vulnérabilité de ces femmes.

C'est pourquoi j'ai choisi de réaliser un état des lieux des prises en charge des femmes enceintes en situation de précarité à Metz. Sous la forme d'un diagnostic partagé de la situation locale, j'ai pu interroger les femmes résidant dans les QPV de Metz, dits Quartiers Politiques de la Ville, ainsi que les différents acteurs impliqués dans le suivi de grossesse.

La précarité est une notion complexe dont je tenterai de délimiter les différents aspects dans une première partie. Les impacts de la précarité sur la santé des femmes et plus particulièrement chez les femmes enceintes seront développés, ainsi que les dispositifs mis en place pendant la grossesse.

Je présenterai ensuite la méthodologie du diagnostic partagé, accompagnée des résultats obtenus dans les différentes sous-parties de l'étude, portant sur la prise en charge de la grossesse chez les femmes habitant les QPV de Metz.

Enfin, je discuterai de mes résultats dans une dernière partie afin d'envisager des perspectives d'amélioration.

# ***Partie 1 : CONTEXTE***

## 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1. LE CONCEPT DE PRECARITE

#### 1.1.1. Définitions de la précarité

Le terme « précarité » est très utilisé dans la société actuelle mais sa définition demeure assez floue. On parle de « précarité de l'emploi », de « précarité sociale », de « précarité énergétique », de « précarité économique » ou de « précarité familiale ». Mais qu'est ce que ce terme générique signifie réellement ?

L'étymologie du terme précarité vient du latin *precarius* signifiant « obtenu par prière ». Cela renvoyait à une forme d'inégalité sociale, le possesseur dominant le bénéficiaire. [3]

L'adjectif précaire qualifie quelque chose d'incertain, d'instable, qui peut être remis en cause. Une situation précaire « *n'offre nulle garantie de durée ou de stabilité* » selon l'encyclopédie Larousse. [4]

La notion de précarité est surtout apparue dans les années 1970. La dégradation du marché de l'emploi et des liens sociaux associe la précarité aux « nouvelles formes de pauvreté ». Elle touche les jeunes, les travailleurs aux faibles revenus, les familles monoparentales ou les chômeurs de longue durée.

Puis dans les années 1980, à la suite du choc pétrolier et du changement de politique d'immigration, la France se trouve en période de difficulté économique et de destruction sociale (création des contrats à durée déterminé et essor du travail intérimaire). Des situations nouvelles sont ainsi créées et le processus de précarisation s'accroît. Enfin, depuis la crise financière de 2008, une partie importante de la population est susceptible de se retrouver un jour dans une situation vulnérable, bien que temporaire, la précarité n'étant pas un état fixe. [5]

La définition de référence de la précarité a été citée dans le rapport de J.Wresinski en 1987 :

*« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».* [6]

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier, il peut s'agir de situation de fragilité relative au travail, au logement et à la position sociale. La notion de précarité est profondément liée à celle d'insécurité.

La précarité ne se limite pas à une seule catégorie sociale mais correspond à un ensemble de situations parfois difficiles à délimiter. Ainsi en 1998, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) indiquait que la précarité « *est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc. Mais au-delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre considérable de personnes qui sont – objectivement ou qui se sentent – menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps,*

*de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion.* » [7] La précarité est à différencier de l'exclusion sociale correspondant au processus de marginalisation d'un individu, volontaire ou subi. Elle se traduit par une pauvreté extrême et une rupture sociale.

La notion de vulnérabilité est assez proche de celle de précarité. Elle désigne une ou le plus souvent des fragilités de la situation d'une personne concernant différents aspects de sa vie (isolement affectif, absence de logement). L'individu vulnérable est menacé dans son autonomie, son intégrité physique ou psychique.

#### 1.1.2. Précarité familiale et santé

La précarité familiale se divise classiquement en quatre sous-parties : la précarité personnelle par manque de ressources psychologiques, la précarité économique par absence de moyens financiers, la précarité sociale par altération des liens sociaux et la précarité médicale. Dans le domaine de la santé, la précarité peut se définir comme un état d'instabilité social compromettant la santé.

Les principaux facteurs de risque liés à une situation de précarité sont d'une part les facteurs économiques (difficultés liées à l'emploi, aux ressources, problèmes de logement) et d'autre part les facteurs psycho-sociaux (difficultés personnelles, familiales et du lien social). Dans beaucoup de cas, la précarité peut résulter de ces deux types de facteurs.

Des études réalisées sur la précarité et les risques périnataux qu'elle implique ont permis d'identifier certaines caractéristiques sociodémographiques des mères en situation de précarité. Ainsi, les femmes issues de l'immigration, les mineures, les mères isolées, les mères ayant plus de 3 enfants, celles ayant un faible niveau de scolarité ou ne travaillant pas sont plus à risque de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Mais c'est surtout l'association de ces facteurs de risque qui est importante. [7] Dans le cas des femmes étrangères, la barrière de la langue peut entraîner l'isolement social et des difficultés d'accès au travail et aux soins de santé.

La précarité chez la femme enceinte renvoie à des états instables susceptibles d'évoluer de façon péjorative au cours de la période entourant la naissance. En effet, on reconnaît différents stades du développement humain considérés comme des situations de vulnérabilité. On peut distinguer notamment la naissance, la grossesse, l'enfance, l'adolescence et la vieillesse. A cela des situations de vulnérabilités peuvent se surajouter relatives au contexte social (emploi), familial ou sanitaire (maladies somatiques, troubles du comportement). Les situations de vulnérabilités sont intégrées dans le concept de précarité. Très souvent combinées, il n'est pas toujours simple de reconnaître si ces fragilités expliquent ou sont issues de la situation de précarité. [8] Si une situation de précarité persiste au cours du temps et touche plusieurs domaines de la vie, elle peut conduire à une situation de pauvreté.

#### 1.1.3. Les inégalités sociales de santé en France

L'étude des inégalités sociales de santé a pour but de repérer et comprendre les disparités d'une population, concernant la mortalité, les pathologies ou troubles attribuables au contexte social des individus.

Selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), l'espérance de vie est en constante progression en France. Elle était de 85,3 ans pour les femmes en 2018 (l'une des plus élevée d'Europe) et de 79,4 ans pour les hommes. [9]

La mortalité, quelles que soient les causes, poursuit sa baisse depuis plusieurs décennies et la majorité des français se sentent globalement en bonne santé. Néanmoins, de fortes disparités sociales de santé existent.

En effet, les principaux indicateurs de santé augmentent en fonction des échelons sociaux. Les cadres ont par exemple une espérance de vie supérieure à celle des ouvriers. Ce processus est communément appelé « gradient social de santé ». Les classes favorisées économiquement ou plus diplômées ont un meilleur état de santé, une réponse plus adéquate à la prévention et un meilleur accès au système de santé. [2]

Les populations les moins favorisées cumulent les expositions aux facteurs de risque pour la santé dans leur environnement professionnel (conditions de travail) ou familial (logement). Les comportements moins favorables à la santé sont fréquents (alimentation, addictions, absence d'activité physique). En effet, dans un contexte de précarité, les compétences psychosociales nécessaires aux prises de décisions concernant la santé et la prévention sont altérées. (1)

La précarité est un déterminant majeur dans les inégalités sociales de santé. L'un des objectifs principaux de la Santé publique en France est de réduire les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins.

## 1.2. IMPACTS DE LA PRECARITE CHEZ LA FEMME

### 1.2.1. Impacts de la précarité sur la vie quotidienne des femmes

Aujourd'hui, les femmes constituent la majorité des personnes en situation de précarité, que ce soit sur le critère des revenus (elles représentent 53 % des personnes pauvres et 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité) ou le critère des conditions de travail et du type d'emploi (elles constituent 70 % des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés). Enfin, sur le critère de la situation familiale, les femmes représentent 85 % des chefs de familles monoparentales et une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté. [1]

Le Rapport d'enquête périnatale 2016 confirme ce constat ; la part des femmes ne vivant pas en couple est beaucoup plus importante chez les femmes en situation précaire (31,3% contre 1,8% des femmes non précaires), ces dernières étaient plus souvent bénéficiaires de la CMU (56,1% contre 5,9% des femmes non précaires) ou de l'AME (4,9% contre 0,6% des femmes non précaires). Près de 6% des femmes en situation précaire n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse pour la prise en charge de leurs soins médicaux. [11]

Dans ces situations, le manque de moyens financiers a de graves conséquences sur les conditions de logement de ces femmes (souvent insalubres, humides, très dégradés), sur leur pratique d'activité sportive et culturelle (absence de loisir, de vacances) et surtout sur leur alimentation, qui est moindre en qualité, quantité et diversité.

Au quotidien, contraintes de gérer leur survie et celle de leurs proches, les femmes en situation de précarité ont tendance à reléguer leur bien-être au second plan, après d'autres préoccupations telles que leurs enfants, leur conjoint, les difficultés financières.

### 1.2.2. Impacts de la précarité sur la santé des femmes

D'après le Haut Conseil à l'Égalité, les problématiques de santé des femmes en situation de précarité ainsi que leur accès aux soins tiennent à la fois à des inégalités sociales de santé et à des spécificités liées au genre. En effet, depuis une quinzaine d'années, les maladies professionnelles et les accidents de travail sont en forte hausse chez les femmes, en particuliers dans des secteurs à forte précarité comme la grande distribution, les entreprises de nettoyage ou le travail temporaire. [1]

De plus, les femmes sont, en général, plus exposées aux troubles psychologiques (anorexie, bouffées délirantes, angoisse, conduites addictives) que les hommes et ces troubles sont renforcés pour celles exposées à une situation de précarité.

Les femmes en situation de précarité bénéficient d'un faible suivi gynécologique et par conséquent leur utilisation des contraceptifs est moindre. En effet, ces femmes sont moins nombreuses à avoir déjà utilisé une contraception, 21% révélant n'en n'avoir jamais utilisé dans le passé contre 6,6% dans le groupe des femmes non précaires. La moitié de celles utilisant une contraception l'ont arrêté car elles souhaitent avoir un enfant, mais la part de grossesse sous contraception atteint 20,6% dans ce groupe, ce qui est deux fois supérieure au pourcentage observé chez les femmes non précaires. [11] Enfin, ces femmes ont moins recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus.

La mortalité prématurée liée aux maladies cérébro-cardiovasculaires chez les ouvrières est en moyenne trois fois supérieure à celle des cadres et professions intermédiaires, s'expliquant par des risques liés aux conditions de vie (tabac, alcool, obésité, risques psychosociaux au travail), à une prise en charge plus tardive chez la femme et à un dépistage moindre chez les femmes en difficulté.

Les femmes dans une situation précaire connaissent donc une santé dégradée et des difficultés d'accès aux soins du fait de leurs conditions de travail (plus usantes, plus stressantes, insuffisamment considérées), de leur manque de moyens financiers (première cause de renoncement aux soins) et de certains freins culturels (reconnaissance intime de la maladie et contact avec les services de santé différents).

Ces femmes vont avoir recours plus tardivement et plus difficilement aux soins de santé, soit parce que d'autres préoccupations occupent leur quotidien et passent avant leur propre santé, soit parce qu'il existe une certaine méconnaissance et des difficultés de compréhension du milieu médical. [1]

### 1.2.3. Impacts de la précarité sur le déroulement de la grossesse

Dans le système de santé français réputé comme l'un des meilleurs au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2000, des inégalités sociales de santé persistent et la période de grossesse ne fait pas exception. En effet, d'après le rapport de l'enquête nationale périnatale de 2016, chez les femmes enceintes en situation de précarité, des facteurs de risques médicaux sont plus souvent identifiés tels que le surpoids, l'obésité, la consommation de tabac et les contextes psychologiques de grossesse défavorables. [11]

Les situations de précarité lors de la période périnatale se manifestent par un recours au système de santé plus rare et plus tardif (déclarations de grossesse tardives voire absence de déclarations, moins de consultations de suivi de grossesse, moins d'échographies). Ceci ne relevant pas d'un choix des femmes mais bien de leurs difficultés à prioriser la grossesse et d'un certain déficit d'information sur la prise en

charge médicale qu'elle implique. Près de 30% d'entre elles ont eu moins de huit consultations prénatales, et seulement 18,5% ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce (EPP). Cet entretien permet de repérer précocement les problèmes médico-psychosociaux afin de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la femme. [12]

Une enquête réalisée par l'ARS en 2015, qui consistait à suivre au long cours des femmes enceintes, en situation de précarité en Seine-Saint-Denis souligne les soucis d'orientation dans le système de santé de ces femmes et l'importance de l'entourage. En effet, toutes les femmes suivies durant l'étude ont connu des difficultés à s'orienter dans le système de santé au moment de la grossesse que ce soit lors de la déclaration ou lors du choix de la maternité. Dès le début du suivi médical, l'interaction soignant-soignée était « médico-centrée », laissant peu de place à l'expression des doutes ou des craintes de patientes. Pour trouver des réponses à leurs interrogations non résolues par le professionnel, les patientes se tournaient alors vers leur entourage (mères, membres de la famille, amies, collègues). Celles-ci ayant déjà une expérience personnelle de la grossesse ou du système de santé. Leur rôle était primordial dès l'entrée dans le suivi médical, pour orienter et conseiller la future mère sur les structures de santé et leur fonctionnement. Ainsi l'on constate qu'en l'absence de tiers plus expérimenté dans l'entourage, la grossesse se complique considérablement du fait de problèmes relationnels avec les professionnels de santé. [13]

De plus, la précarité est un facteur de risque de pathologies obstétricales. Le diabète gestationnel, les infections urinaires et vaginales en cours de grossesse, l'anémie et les accouchements prématurés sont des pathologies plus fréquentes chez les femmes en situation précaire. Ces mères sont également plus souvent hospitalisées et la durée de leur séjour en suites de couche est plus longue. [8]

Enfin, la grossesse est également plus fréquente en situation de précarité. Celle-ci peut résulter d'un problème de contraception du fait d'un manque d'éducation à ce sujet. Les jeunes femmes des milieux précaires ayant peu de connaissances sur leur anatomie, le fonctionnement de leur corps ainsi que sur l'utilisation des moyens de contraception. Néanmoins, la survenue d'une grossesse chez ces femmes ne peut se réduire à un déficit de contraception, la grossesse est souvent désirée de manière consciente ou inconsciente. Dans un contexte d'emploi peu épanouissant ou d'absence d'emploi, les femmes peuvent avoir le sentiment de ne pas être reconnue dans la société. La maternité leur procure alors un projet et un nouveau statut. La grossesse est vue comme l'obtention d'une fonction sociale, elle permet à la femme d'acquérir une identité valorisée socialement de mère. [14]

La prise en charge de la grossesse chez les femmes en situation de précarité doit donc être globale et précoce. Elle nécessite d'associer une prise en charge médicale à une prise en charge psychosociale optimale.

### 1.3. LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE POUR LUTTER CONTRE LES INEGALITES DE SANTE PENDANT LA GROSSESSE

Actuellement, les différents acteurs de périnatalité sont soucieux des répercussions engendrées par la précarité sur l'état de santé des femmes enceintes et de leurs enfants. Il existe différents dispositifs qui sont mis en place comme le repérage précoce des situations à risque, la prise en charge

multidisciplinaire, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et également la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

### 1.3.1. Politique nationale

En France, selon l'article L2122-1 du Code de la Santé Publique : « *Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme* ». [15] L'accès aux soins peut néanmoins s'avérer difficile pour certaines femmes vulnérables du fait de conditions défavorables liées à des difficultés sociales et/ou économiques.

Depuis 2016, l'Etat met en place, pour toute personne qui travaille ou réside de manière stable (depuis plus de 3 mois) et régulière (nationalité française ou titre de séjour en cours de validité) une prise en charge de ses frais de santé maladie et maternité au titre de la Protection Universelle Maladie (PUMA). Tous les frais liés à la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement sont aussi pris en charge à 100% à partir du 6<sup>ème</sup> mois (consultations, examens, hospitalisations) dès que la patiente bénéficie d'une couverture sociale. [16]

De plus, des PASS définies par l'article L6112-6 du Code de la santé publique, sont mises en place dans les hôpitaux publics ou privés et visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. C'est le passage transitoire avant de tomber dans le droit commun. [17]

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations en matière de suivi de grossesse normale et d'amélioration de la détection des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales. Elle recommande notamment 8 consultations médicales prénatales avec des examens obligatoires (sérologies de grossesse, échographies) et insiste sur la promotion de la préparation à la naissance pour toutes les femmes enceintes dont l'entretien prénatal individuel fait partie intégrante. L'un des objectifs de cet entretien, récemment devenu obligatoire, étant de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer un accompagnement. [18]

L'entretien prénatal précoce, encore trop peu pratiqué par les professionnels, est un temps important de la grossesse qui améliore les conditions de la naissance sur le plan médical, psychologique et social. [11] Devant une situation de précarité ou à risque social, l'EPP permet de proposer un accompagnement des femmes dans les démarches de soins et d'hébergement (« centres et hôtels maternels », « hébergements d'urgence », réseau d'aide associatif, interprète, lieux d'accueil parents-enfants, travailleur social).

### 1.3.2. Le contrat local de santé

Créés par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, le Contrat Local de Santé (CLS) a pour but de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé au niveau d'une municipalité ou d'une communauté de communes, à une échelle donc de proximité. Cet outil modulable est porté conjointement par l'agence régionale de Santé (ARS) et par une collectivité territoriale. Ses principales actions visent la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. [19]

La création de CLS débute d'abord par un état des lieux au sens large, reposant sur un diagnostic local partagé. Les habitants, les professionnels, les associations et les élus sont interrogés sur des grandes problématiques de santé relatives à leur territoire (focus group, entretiens, questionnaires). Ceci permettant d'évaluer les offres et les demandes en matière de santé ainsi que les besoins. De ces échanges ressortent des thèmes prioritaires qui sont ensuite traités par des groupes de travail spécifiques. Ainsi, des propositions d'action sont édifiées.

A Metz, l'amélioration des conditions de vie dans les quartiers « prioritaires », dits Quartiers Politique de la Ville (QPV), est un enjeu majeur. Les QPV définissent les territoires dans lesquels les revenus par habitants sont les plus faibles. Ces quartiers bénéficient d'actions spécifiques, notamment dans les centres sociaux, pour réduire les inégalités sur le territoire. La ville de Metz, en association avec l'ARS a rédigé un Contrat local de santé 2017-2020 qui possédait un axe stratégique, priorisé à partir du diagnostic, dédié à la santé des femmes. La prise en charge de la grossesse a été identifiée au sein du focus group en lien, mais n'a pas été traitée dans cette première version du CLS et sera reportée sur le prochain. [20] (2) (3)

### 1.3.3. Les Réseaux de PMI

Le service de PMI est un service départemental, sous l'autorité du président du conseil départemental, qui est chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Les principales fonctions de la PMI sont de mettre en place des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et de leurs enfants. Elle réalise l'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères, en particulier celles en situation de vulnérabilité. [21]

Concrètement, la PMI organise des consultations prénatales et postnatales (à domicile ou au centre de PMI) ainsi que des actions de préventions médico-sociales destinées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans. Par ailleurs, les activités de planification et d'éducation familiales relèvent également de sa fonction.

La répartition géographique des actions de la PMI est attribuée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en prenant en compte les spécificités sociodémographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de QPV. [22]

Les services de PMI ont un rôle essentiel dans la prévention périnatale, car ils sont généralement bien identifiés par certaines populations qui consultent facilement ces services de proximité avec un accès simplifié. Les services de PMI adhèrent aux réseaux de santé de périnatalité, travaillent en lien avec les établissements de santé et participent aux staffs de coordination au sein des maternités, aussi appelés RC3P depuis 2018 (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité). [23]

## 1.4. LA SAGE-FEMME : ACTEUR DE TERRAIN DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE PRECARITE

### 1.4.1. Rôle de la sage-femme dans le repérage des femmes en situation de vulnérabilité

La sage-femme accompagne la femme tout au long de sa vie lors du suivi gynécologique de prévention et cet accompagnement s'intensifie pendant le suivi de grossesse.

Elle assure une fonction médicale, technique mais possède également un rôle social, essentiel pour ses patientes. Elle doit disposer d'une bonne qualité de communication et veiller à la bonne compréhension des informations dispensées tout au long de la grossesse. La dimension sociale de la prise en charge des patientes est primordiale et la méconnaissance des aides financières possibles peut être génératrice de report de soins voir de rupture totale. Selon l'article R 4127-336 du Code de Santé publique, «*la sage-femme doit s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans céder à aucune demande abusive*». [24]

Dans le repérage des femmes en difficulté, certaines situations de vulnérabilité pourront paraître évidentes, tandis que d'autres seront minimisées ou cachées par les femmes. La notion de confiance pouvant s'établir au fur et à mesure des consultations médicales de grossesse paraît ici de première importance.

La sage-femme de PMI, plus spécifiquement, a un rôle majeur dans l'identification des femmes en situation de précarité. C'est grâce aux déclarations de grossesse qu'elle cible et contacte certaines gestantes. Sa fonction est autant sociale que médicale. Sa mission principale est la prévention, accès sur l'accompagnement des grossesses « à risque social ». Elle travaille en collaboration avec des puéricultrices, des médecins, des assistantes sociales et des psychologues. En général, c'est vers elle que se tourne les professionnels de santé lors de situations particulières.

#### 1.4.2. Outils permettant l'identification des femmes en situation de précarité lors de la grossesse

A partir de chaque déclaration de grossesse auprès de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), une information est transmise au service de PMI et celui-ci propose aux femmes enceintes un RDV avec une sage-femme territoriale. La sage-femme de PMI réalise alors un entretien psycho-social, puis oriente la femme enceinte selon les besoins et les facteurs de risques repérés.

Le repérage précoce des situations de vulnérabilité ne consiste pas à une stigmatisation des femmes ou à la privation de leur droit à prendre leur propre décision. Cette identification n'est justifiée que pour permettre d'organiser la meilleure prise en charge possible au cours de la grossesse, en fonction de chaque situation particulière.

Il existe des outils identifiés pour permettre aux professionnels de santé de repérer ces situations de fragilité comme l'intégration d'items au dossier médical ou l'utilisation du score EPICES. Ce score de vulnérabilité sociale a été développé en 1998 et repose sur 11 questions binaires tenant compte du caractère multifactoriel de la précarité. Cet outil de santé publique présente l'avantage d'être individuel et facile d'utilisation. Son utilisation systématique lors de la grossesse permet le repérage standardisé des patientes en difficulté, le plus tôt possible dans le dossier obstétrical ou lors de l'EPP. [12] (4)

Un dialogue bienveillant et personnalisé, doit être établi entre le professionnel de santé et chaque femme afin de recueillir au mieux ses attentes, ses besoins et repérer d'éventuelles difficultés. Cela peut se faire lors de l'EPP mais pas seulement ; l'instauration d'un lien de confiance, facilité par le suivi via un même professionnel de référence, permet de mieux appréhender le contexte autour de la grossesse.

Cependant, la situation est susceptible d'évoluer au cours du temps et les professionnels de santé doivent rester vigilants pendant toute la durée de la grossesse.

#### 1.4.3. Une prise en charge organisée par la sage-femme et collaborative

L'organisation du suivi de grossesse chez les femmes en situation de précarité nécessite d'identifier un interlocuteur unique pour la femme tout en disposant d'une prise en charge multidisciplinaire complète.

La sage-femme doit délivrer une information pertinente et complète aux femmes tout en s'assurant de sa bonne compréhension : présentation du déroulement de la grossesse, des consultations médicales, des examens obligatoires ou recommandés, de la préparation à la naissance et de l'EPP.

Selon la CNNSE (Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant), il s'agit ensuite de renforcer l'accompagnement de ces femmes qui peuvent se retrouver désorientées dans l'organisation de leur suivi de grossesse. Une attention bienveillante doit être apportée aux femmes en situation de précarité pour les accompagner efficacement et éviter les arrêts de suivi et le recours accru aux urgences. [25]

Néanmoins, les moyens pour répondre à ces situations complexes ne relèvent pas de la seule compétence de la sage-femme. La prise en charge doit être collaborative et pluridisciplinaire : faire intervenir d'autres professionnels de santé mais aussi des acteurs sociaux, institutionnels et associatifs. La sage-femme doit donc avoir constitué un réseau de professionnels vers lequel elle peut adresser la patiente selon les difficultés rencontrées.

## ***Partie 2 : Méthode***

## **2. PRESENTATION DE L'ETUDE**

### **2.1. PROBLEMATIQUE**

Dans mon étude, il s'agissait de réaliser un état des lieux des prises en charge des femmes en situation de précarité habitant les QPV de METZ, durant leur grossesse. Les points de vue des différents acteurs qui œuvrent sur le terrain étaient étudiés ainsi que les demandes des femmes.

La problématique était : en quoi consiste la prise en charge des femmes enceintes, en situation de précarité, résidant dans les Quartiers Politiques de la ville de Metz en 2019-2020 ?

### **2.2. OBJECTIFS**

Objectif principal de l'étude : réaliser un diagnostic partagé spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité de la ville de Metz en 2019-2020.

Objectifs secondaires :

- Evaluer le ressenti des femmes concernant leur prise en charge
- Décrire les points de vue des différents acteurs intervenants sur le suivi de grossesse

Bénéfices attendus :

- Améliorer la prise en charge des femmes en situation de précarité durant leur grossesse
- Réussir à combler les éventuels déficits de prise en charge
- Améliorer les pratiques professionnelles des différents intervenants

### **2.3. HYPOTHESES**

Bien qu'il s'agisse d'une étude qualitative, il était important de formuler des hypothèses tirées de l'analyse de la littérature afin de pouvoir débiter l'étude en créant mes guides d'entretien et de focus-group.

Mes hypothèses étaient donc les suivantes :

H1 : Il existe des freins au suivi de grossesse des femmes en situation de précarité

H2 : La vulnérabilité a un impact direct sur la grossesse

H3 : Les femmes consomment plus de « santé » lors de leur grossesse

H4 : Les professionnels de santé ont une prise en charge adaptée lors de l'association grossesse et précarité

H5 : Il existe une volonté politique pour améliorer le suivi de grossesse

### **2.4. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE**

Il s'agissait d'une étude qualitative observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et comparative par l'intermédiaire de focus-group auprès des femmes habitant les QPV et d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels et élus.

La méthode qualitative avait été choisie ici car elle permettait d'étudier un sujet en profondeur et de recueillir des informations riches émanant de différents points de vue.

Les modalités de recrutement des personnes interrogées étaient subjectives, dépendant de leur pertinence par rapport au sujet et reposaient sur l'utilisation du critère de saturation comme critère d'arrêt. Le but étant de stopper les entretiens dès que l'on constatait que le dernier entretien réalisé n'apportait plus d'information.

L'étude qualitative se composait de 5 parties :

- Points de vue des référents familles des centres de sociaux de Metz par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs
- Points de vue des femmes fréquentant les centres sociaux et habitant les QPV de Metz par l'intermédiaire de focus group
- Points de vue des élus municipaux de Metz par le biais d'entretiens semi-directifs
- Points de vue des sages-femmes de PMI par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs
- Points de vue des professionnels médicaux (sages-femmes libérales, gynécologues et sages-femmes de consultation en hospitalier) par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs

## 2.5. DESCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES COLLECTEES

Pour chacun des groupes interrogés, la collecte des données a été réalisée à partir de focus-group ou d'entretiens semi-directifs, selon un guide d'entretien spécifique à chaque groupe. L'enregistrement des entretiens était réalisé avec l'accord des enquêtés après garantie de leur anonymat et de la suppression des enregistrements à la suite du traitement des données. Une présentation de l'animateur et des objectifs de l'étude était réalisée au préalable puis divers items étaient abordés. Les entretiens duraient entre 20 et 60 minutes. (5)

Les entretiens ont eu lieu de décembre 2019 à avril 2020, en face à face ou par téléphone. Les focus-groups se sont déroulés en janvier 2020 au sein du centre social Pioche de Metz-Sablon. Les données ont été traitées par analyse thématique du contenu en travaillant avec les verbatim et l'inventaire de mots-clés. Certains propos significatifs ont été conservés pour distinguer les positions de chacune des personnes interrogées.

**Tableau 1 : Synthèse de la méthode du diagnostic partagé relatif à la prise en charge des femmes habitant les QPV de Metz pendant leur grossesse (2019/2020)**

Population interrogée	Type d'entretien	Nombre d'entretien	Analyse des données	Période
Référent famille des centres sociaux des QPV de Metz	Semi-directif	3	Analyse thématique et verbatim	Décembre 2019 à avril 2020
Femme habitant les QPV et fréquentant les centres sociaux	Focus group	2 Soit 16 femmes	Analyse thématique et verbatim	Janvier 2020
Elu municipal	Semi-directif	3	Analyse thématique et verbatim	Décembre 2019 à avril 2020
Sage-femme de PMI	Semi-directif	1	Analyse thématique et verbatim	Avril 2020
Professionnels médicaux (gynécologues, sages-femmes)	Semi-directif	4 SF libérales 3 SF hospitalières 1 gynécologue hospitalier	Analyse thématique et verbatim	Décembre 2019 à avril 2020

## ***Partie 3 : RESULTATS***

### 3. RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE

#### 3.1. LE POINT DE VUE DES REFERENTS-FAMILLES DES CENTRES SOCIAUX

Deux référentes-familles, exerçant dans les Quartiers Politique de la Ville de Metz, ont participé aux entretiens semi-directifs. Une responsable de LAPE (Lieux d'Accueil Parents Enfants), intégré à un centre social messin, a également été interrogée.

##### 3.1.1. Notions de précarité/santé/maternité au niveau du centre social

- **Définitions de la précarité** : pour les référentes-familles interrogées, la notion de précarité reposait sur une insuffisance de ressources, notamment financières mais également une absence de ressources familiales et sociales *« il y a peu de connaissances, peu de soutien familial et une méconnaissance du corps et de la grossesse par exemple »*.

La précarité familiale relevait de l'isolement des familles selon elles *« certaines familles sont isolées, du fait qu'elles viennent d'arriver en France, qu'elles n'ont pas encore rencontré des personnes de leur communauté ou qu'elles ne parlent pas français »*, *« le diagnostic que l'on peut faire, c'est que les familles peuvent être démunies par rapport à tout ce qui est coté éducatif »*. De plus, cette précarité affectait la santé des femmes enceintes, *« Il y a un manque d'accès à la santé, un déficit clair d'information sur la grossesse et une absence de préparation à la naissance et à la parentalité chez les femmes qui viennent au centre social »*. La responsable du LAPE insistait sur le peu d'informations des familles *« la précarité familiale, je pense que c'est le manque d'informations, d'accompagnement et donc ce sont des familles qui n'ont pas forcément de recul sur ce qu'ils font avec leurs enfants »*.

- **Au sujet des femmes en situation de précarité vis-à-vis de leur santé selon les professionnels des centres sociaux** : sur le sujet, les 2 référentes-familles s'accordaient pour dire que la santé était secondaire chez ces femmes sauf quand elle concernait leurs enfants. Elles avaient tendance à consulter uniquement quand une pathologie survenait *« les questions de santé vont plus les interpeller quand cela touche leurs enfants, plutôt qu'elles. Après si tout va bien, elles ne vont pas se poser de questions, il y en a qui ne vont jamais chez le dentiste sauf quand il y a un problème, elles vont chez le gynécologue ou la sage-femme s'il y a un problème. Quand il y a des signes d'alerte ! »*.

Ceci était confirmé par la responsable du LAPE, qui constatait des grossesses peu suivies chez les femmes enceintes qu'elle rencontrait *« Les déclarations de grossesse sont faites tardivement et moi j'ai des mamans qui me disent qu'elles n'ont jamais fait d'échographies ! Il n'y a pas de préparation à l'accouchement ...»*.

##### 3.1.2. Rôle des référents-familles au sein des centres sociaux

- **Actions organisées en faveur des familles** : le public fréquentant le centre social était majoritairement représenté par des femmes avec leurs enfants *« j'ai beaucoup de dames, on va dire que 98% des familles sont représentées par des mamans et des enfants. Simplement parce que, soit ce sont des familles monoparentales, soit ce sont des familles où la maman est au foyer et le père travaille. »* L'une des référentes-familles rappelait que son travail reposait sur 3 grands axes : rompre l'isolement social, soutenir la parentalité et veiller à la santé.

Il s'agissait donc d'organiser des actions orientées en faveur des familles habitant le quartier *« mon métier, c'est proposer aux gens du quartier, notamment aux familles, des activités culturelles ou*

sportives. Mon but est de faire s'impliquer les habitants dans la vie de quartier, dans la vie du centre social, les activités, les rendre acteurs de la vie de quartier», « on a le mercredi des parents, il est proposé à tous de passer un moment convivial et ludique autour d'un temps dédié aux parents, suivi d'une activité bricolage, de jeu ou de sortie avec les enfants ».

- **Rôle de soutien à la parentalité des référentes-familles** : « on fait tout un axe de travail de soutien à la parentalité c'est-à-dire que l'on va répondre justement à cette précarité éducative [...] les activités familiales que l'on met en place, c'est vraiment du soutien, on va répondre aux questionnements des familles, on va observer des comportements et nous on va leur venir en aide au niveau de leur parentalité. On met en place des actions avec des professionnels par exemple des discussions autour d'un café avec une éducatrice de jeunes enfants qui va pouvoir répondre aux questions de façon simple et ludique».

Concernant l'accompagnement des parents, l'un des centres sociaux disposait d'un LAPE « c'est un lieu destiné à faire du soutien à la parentalité, qui est accessible à toute personne accompagnée d'un enfant de 0 à 6 ans, c'est gratuit et anonyme», « un espace convivial et grand, pour que les parents puissent venir trouver un endroit où les enfants vont pouvoir jouer en sécurité, un endroit propre où il y a beaucoup de jouets auxquels ils n'ont pas accès. Et un espace d'écoute pour eux, pour les parents ainsi que pour les enfants ».

- **Accès à la santé** : La santé des femmes était également une priorité pour les référentes-familles « une de mes missions est d'amener de manière bifurquée tous ces aspects prévention santé aux mamans. Et j'avais fait appel l'année dernière à Parole de Femmes, qui était mis en place avec l'école de sages-femmes, on fait appel à l'association AMODEMAS pour faire des cafés préventions autour de cancer du sein, cancer du col de l'utérus ». La responsable du LAPE constatait un réel manque d'information et d'accès à la contraception chez certaines femmes « c'est des mamans qui ne savent pas et qui ont peur d'aller chez le gynécologue ».

- **Le LAPE, un lieu destiné à rompre l'isolement des mères** : une référente-familles avait abordé le LAPE du centre social dans lequel elle travaillait car il était un lieu de rencontre où se regroupait tout public dont surtout des mères ou futures mères isolées, parfois en situation précaire « c'est une opportunité pour les mamans de se regrouper entre elles, d'aller dans un endroit où elles peuvent discuter et c'est un lieu de jeu pour les enfants, de première socialisation», « le LAPE peut accueillir des mamans enceintes, il est accessible même si elles n'ont pas d'enfants encore», « C'est un endroit où les mamans peuvent venir si elles veulent respirer un peu, si elles sont hyper isolées... passer toute la journée avec leur enfant, c'est parfois difficile de ne pas rencontrer des gens donc elles viennent, elles boivent un café, il y a des discussions entre mamans et les enfants jouent entre eux ». «C'est un lieu pour discuter de tout et de rien, que ce soit de recette de cuisine ou de la violence que certaines femmes peuvent subir dans leur foyer » selon la responsable du LAPE.

### 3.1.3. Besoins recensés chez les femmes fréquentant les centres sociaux

- **Besoin d'accompagnement et d'information** : pour l'une des référentes-familles, le manque d'information chez les femmes fréquentant le centre social était important « il y a toujours des besoins,

*actuellement nous faisons venir une conseillère conjugale qui intervient pour évoquer la sexualité de l'enfant. Concernant la grossesse, les femmes n'ont pas de réflexion sur le long terme et il y a une méconnaissance du système français administratif et médical... les femmes ne connaissent pas l'intérêt de la PNP ».*

La responsable du LAPE constatait de réels besoins d'accompagnement et de soutien chez les mamans isolées du quartier *« On a des mamans qui viennent tous les jours parce que c'est un souffle, parce qu'elles ont besoin d'être écoutées, d'être dans un endroit qui est calme où les enfants vont jouer et où elles vont pouvoir un peu se sortir du quotidien et pouvoir exprimer leur ressenti, les difficultés qu'elles rencontrent, le fait qu'elles en ont ras le bol, qu'elles sont tristes, qu'elles n'y arrivent pas, qu'elles sont loin de leur famille... ».*

- **Droits des femmes et contraception :** pour la responsable du LAPE, les femmes qu'elle rencontrait au quotidien, étaient peu informées sur leurs droits *« il y a toute une continuité qui se fait pour amener la femme à être de plus en plus autonome vis-à-vis de son mari ! Parce que ça c'est quelque chose que l'on voit beaucoup, c'est-à-dire que la femme doit s'occuper des enfants et le mari gère tout », « j'ai beaucoup de mamans à qui j'ai expliqué que la CAF donne de l'argent pour les enfants... de fil en aiguille, on leur donne des informations auxquelles elles n'avaient pas accès et le fait de venir au LAPE leur permet aussi de parler français ».*

De plus, le sujet de la contraception était tabou chez ces femmes *« certaines n'ont pas le droit d'aller voir le gynécologue, il n'y a pas de suivi de grossesse... la contraception, ce n'est pas du tout quelque chose dont elles parlent, ce sont des femmes qui se retrouvent à être enceinte plusieurs fois alors qu'elles n'en n'ont pas envie ! Et souvent nous on les voit débarquer, elles nous annoncent la grossesse, elles pleurent parce qu'elles n'en peuvent plus, elles sont fatiguées, c'est au dessus de leur force ».*

La professionnelle se trouvait parfois limitée pour accompagner les femmes en situation de précarité *« par rapport au Quartier Prioritaire Ville, où la précarité fait que les gens n'ont pas les informations dont ils ont besoin, ils n'ont pas accès à tout ça, on ne les accompagne pas assez, il faut des supports écrits, des choses schématisées, que nous aussi en tant que travailleur social, on puisse utiliser pour les sensibiliser. Il faudrait que l'on ait aussi un relais simple, que l'on sache tout de suite qui il faut appeler ».*

#### 3.1.4. Liens avec les services de PMI

Les liens étaient bien établis pour l'une des référentes-familles interrogées, qui faisait intervenir la puéricultrice de PMI *« il y a le dispositif PANJO, les liens surtout avec la puéricultrice de PMI sont importants pour orienter et réaliser des consultations puer' ».*

En revanche, la seconde référente famille, exerçant dans un centre social récent, reconnaissait avoir peu de contact avec les services de PMI *« j'essaye de faire du travail de proximité et de répondre aux problématiques qui sont soulevées par les familles que je vois le plus régulièrement », « j'ai peu de femmes enceintes qui fréquentent le centre donc pour le moment, je redirige peu ».* Elle avait néanmoins collaboré, de façon occasionnelle, avec une sage-femme de secteur, pour la réalisation de séances de préparation à la naissance sous la forme de cours de cuisine, destinés à de jeunes femmes enceintes *« on a fait 5 séances de cours de cuisine destinés aux femmes enceintes. La sage-femme de PMI s'était chargée de trouver les femmes susceptibles d'être intéressées. C'était des jeunes femmes enceintes*

*primipares, entre 16 et 19 ans et donc ça a pris un tournant social, car elles étaient toutes les quatre isolées ».*

Enfin, la responsable du LAPE avait plus de contact avec les femmes enceintes du quartier et les liens étaient fréquents avec la sage-femme de PMI « *je suis en lien étroit avec une sage-femme de la PMI, avec qui je travaille énormément, elle est sur le secteur et fait des consultations de nourrisson. Par rapport à ces situations, c'est très important, quand les sages-femmes vont à domicile, elles se rendent compte que la maman est isolée, que ça ne va pas et qu'elle déprime, elles les accompagnent chez nous*».

Elle se considérait néanmoins restreinte dans l'orientation des femmes enceintes pour leur suivi « *pour une grossesse, on les oriente vers la sage-femme de PMI ou on leur explique qu'il y a des cours d'accouchements, on les envoie vers d'autres sages-femmes. Et effectivement c'est notre relais essentiel. Sinon on est quand même très limité !* ».

### 3.2. LE POINT DE VUE DES FEMMES HABITANT LES QPV DE METZ

Différents items relatifs à la grossesse et à son suivi, ont pu être abordés avec les femmes volontaires. Au total, 14 femmes résidant dans les QPV et fréquentant le centre social ont accepté de participer au focus group. Celui-ci a été réalisé sous la forme de deux « café-klatsch », facilitant ainsi les échanges en toute confiance.

#### 3.2.1. Caractéristiques socio-économiques

**Tableau 2 : Caractéristiques socio-économiques des femmes interrogées lors du 1<sup>er</sup> focus group au sein du centre social Pioche de Metz - Diagnostic partagé spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité habitant les QPV de Metz en 2019/2020 (n= 8)**

Initiale (modifiée volontairement)	Age	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Revenu/ profession	Origine
D	47 ans	Célibataire	1	RSA	Française
W	37 ans	Mariée	4	Femme au foyer	Kosovare
A	45 ans	Pacsée	1	Chômage	Française
T	40 ans	Pacsée	2	Salaire	Française
Y	27 ans	Mariée	3	Femme au foyer	Libyenne
G	42 ans	Mariée	4	Femme au foyer	Algérienne
N	38 ans	Mariée	3	Salaire	Française
O	52 ans	Divorcée	2	RSA	Française

**Tableau 3 : Caractéristiques socio économiques des femmes interrogées lors du 2<sup>ème</sup> focus group au sein du centre social Pioche de Metz - Diagnostic partagé spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité habitant les QPV de Metz en 2019/2020 (n= 6)**

Initiale (modifiée volontairement)	Age	Situation matrimoniale	Nombre d'enfants	Revenu/ profession	Origine
Q	46 ans	Mariée	2	Salaire	Française
C	46 ans	Mariée	3	Salaire	Algérienne
Z	40 ans	Mariée	3	Salaire	Française
M	30 ans	Mariée	2 (enceinte de son 3 <sup>ème</sup> enfant)	Femme au foyer	Française
S	28 ans	Mariée	1 (enceinte de son 2 <sup>ème</sup> enfant)	Femme au foyer	Française
I	26 ans	Mariée	2	Femme au foyer	Française

### 3.2.2. Perception de la grossesse et de la maternité

- Place de la grossesse dans la vie d'une femme :** Pour l'ensemble des femmes interrogées, la grossesse était très importante dans leur vie. Ce qui apparaissait le plus important dans le discours des femmes concernant le fait de devenir mère était la notion de transmission « *C'est un relais, quand on ne sera plus là, il y aura toujours nos enfants...* ». Elles avaient le désir de créer leur propre famille comme leur mère avant elle « *Moi je vois un arbre avec plusieurs branches et là c'est la notre quoi* ».

Le terme de « maturité » était également très utilisé, certaines parlant même de changement fondamental de leur caractère depuis la naissance de leur premier enfant « *On devient quelqu'un d'autre, moi j'étais timide, réservée et ça m'a changé de caractère, après j'étais plus ouverte avec les gens, plus sociable.* »

Les priorités de la vie sont revues, les femmes se sentent plus responsables en devenant mère, la grossesse et leur enfant par la suite ont une place centrale dans leur vie « *On a une raison de vivre, je vis pour elle, maintenant c'est ma priorité de vie* ».

- Projet familial et désir de grossesse :** le mot général qui ressortait surtout avec le premier groupe de femmes était « surprise ». Même si les femmes avaient souvent un projet de grossesse avec leur conjoint, au moins une grossesse avait été inattendue au cours de leur vie, due soit à un échec de la méthode contraceptive, soit à un échec de la méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) « *j'avais fait un malaise en voiture, j'étais étourdie, j'ai mangé du sucre, et je me suis dit que c'était sûrement une nouvelle grossesse* ». Parfois la découverte de la grossesse se faisait en retard, on notait d'ailleurs dans ce premier groupe, une découverte très tardive de la grossesse (déli révélé au 5<sup>ème</sup> mois de grossesse) « *j'avais aucun symptôme, j'avais encore mes règles, rien et là on fait une prise de sang et il me dit vous êtes enceinte ! Pareil on est plusieurs dans la famille, ma cousine, ma sœur et puis moi...* ».

Dans le second groupe, un projet de grossesse était majoritairement présent dans le couple, mais il y avait aussi eu des « découvertes surprises », « *Moi la première était voulue, pas forcément dans l'immédiat et celle-là surprise, une bonne, j'aurais voulu attendre encore un peu mais bon c'est pas grave* ».

### 3.2.3. Suivi par les professionnels de la grossesse

- **Accès au suivi de grossesse** : celui-ci était assez simple selon les femmes. Dès la confirmation de la grossesse, le médecin traitant redirigeait facilement vers le gynécologue, la prise en charge était simplifiée « *A partir du moment où on a la prise de sang, le médecin généraliste il sait et nous envoie rapidement* ». Néanmoins, les femmes soulignaient de réelles difficultés de prise de rendez-vous pour un suivi gynécologique de prévention.

- **Prise en charge et relation avec les professionnels de santé** : la majorité des femmes avait été suivie par un gynécologue pour leurs grossesses. Néanmoins, une femme avait consulté une sage-femme pour réaliser un accompagnement global et deux autres avaient bénéficié de suivis différents, par un gynécologue ou une sage-femme, selon leur grossesse. Enfin, une autre femme avait débuté son suivi avec une sage-femme puis du fait de l'apparition d'une pathologie, elle l'avait poursuivi avec un gynécologue.

Elles s'étaient senties globalement bien accompagnées, satisfaites de leur suivi, le professionnel suivant la grossesse représentant un soutien pour elles, « *ça me rassure* », une relation de confiance s'était établie « *Moi ça fait 18 ans, je vais toujours chez la même gynécologue, c'est une relation de confiance* ».

- **Préparation à la naissance et à la parentalité** : au total, 4 femmes sur les 14 interrogées avaient bénéficié de séances de préparation à l'accouchement (soit moins d'1/3). Les autres femmes n'avaient pas été informées des possibilités d'avoir ce type de cours, ni de leur contenu. Certaines le regrettaient « *moi je n'ai pas eu de cours tu vois, elle ne m'a pas donné de conseils pour faire ça et j'ai quand même un peu de regret car quand c'était le moment de pousser, je n'ai pas réussi* », tandis que d'autres ne voyaient pas pour elle l'utilité de ces séances « *c'était vite complet, ça me dérangeait d'en faire* ».

Les femmes en ayant bénéficié avaient été globalement satisfaites et jugeaient que c'était un plus dans leur grossesse « *Moi je l'ai fait, ça m'a servi, car pour la première on appréhende et du coup ça met un peu en condition et ça rassure un peu, après on a quand même peur mais ça rassure quand même, c'est pas mal* ».

Concernant l'EPP, seules les femmes ayant réalisées des séances de préparation à la naissance avaient pu bénéficier de cet entretien, les autres femmes ne connaissaient pas son existence, ses buts et avantages pour adapter la prise en charge.

- **Informations sur la grossesse et l'accouchement, sujets non abordés** : selon les femmes, le côté médical était très abordé pendant les consultations avec le professionnel. Cependant, pour parler de la grossesse et de l'accouchement, certaines femmes se tournaient plus vers leur entourage familial (mère, amie ayant déjà des enfants) « *Moi perso, il vérifiait juste que tout allait bien, j'en parlais plutôt avec ma maman* ». Les mères soulignaient le manque d'informations par rapport à l'allaitement et ses complications éventuelles ainsi que le tabou sur les déchirures et l'épisiotomie non abordées pendant la grossesse « *On ne m'a pas parlé de la déchirure !! Y'en a qui sont embêtées, j'ai eu un point mais ça m'a fait mal longtemps* ». Ce n'était néanmoins pas le cas pour une femme ayant assisté à des cours de préparation à la naissance « *Je remercie ma sage-femme d'en avoir parlé pendant la prep' et j'avais l'impression que c'était automatique dans mon lieu d'accouchement, parce que c'était la première, j'étais encore jeune et j'ai dit tout de suite lors de l'arrivée pour mon accouchement, je ne veux pas d'épiso...*»

- **Autres professionnels rencontrés pendant la grossesse** : treize femmes sur les 14 interrogées avaient spontanément parlé de la visite d'une sage-femme ou d'une puéricultrice de PMI dans le post-partum lorsque que j'ai évoqué un autre professionnel rencontré autour de la naissance. Certaines trouvaient cette visite utile « *moi ils sont venus comme ça et ça me rassurait pour l'allaitement maternel* », d'autres n'en voyaient pas l'intérêt « *Moi quand je suis sortie de l'hôpital, la sage-femme est passée à la maison (celle de la prep) je n'avais pas envie de quelqu'un en plus* », « *j'en avais pas besoin mais après ça ne m'a pas déplu, c'était sympa le petit temps calme* ». Une femme avait bénéficié de la mise en place d'une Technicienne d'Information Sociale et Familial (TISF) pour « réassurance » à la suite du contact du service de maternité avec la PMI. Au cours de la grossesse, seule une femme avait pu rencontrer une psychologue et deux participantes avaient indiqué avoir réalisé la visite remboursée chez le dentiste. Aucune n'a évoqué la rencontre avec une assistante sociale.

### 3.3. LE POINT DE VUE DES ELUS A LA POLITIQUE DE LA VILLE

Trois élues municipales de Metz ont accepté de participer aux entretiens semi-directifs. Il s'agissait de l'élue à la santé, à la prévention sanitaire et au développement social, de l'élue en charge des Quartiers Politique de la Ville et de l'élue à la petite enfance et à la parentalité.

#### 3.3.1. Définitions de la précarité et du dépistage selon les élus

- **Précarité** : pour l'élue à la santé, la précarité relevait des compétences personnelles dont chacun dispose pour vivre « *c'est la capacité en soi, la confiance en soi, l'estime de soi pour affronter les difficultés de la vie en général. Ça peut être physique, psychique, au niveau de l'environnement et ce n'est pas uniquement financier parce que finalement on peut être très riche mais très seul, très isolé et n'avoir aucun lien social et donc être très précaire socialement* ».

La notion de solitude était donc importante selon elle « *il y a pour moi aussi, si l'on ne sort pas de chez soi, la notion de solitude, et de non partage de ses souffrances avec les autres, ça ne résout pas tout mais la difficulté à plusieurs est un peu moins lourde à porter que lorsque l'on est tout seul* ».

Cette définition était complétée par l'élue en charge des QPV « *c'est souvent une rupture... soit une rupture familiale, soit une famille avec certaines fragilités. Les fragilités peuvent être financières mais aussi psychiques avec des parents qui eux-mêmes sont fragiles psychologiquement* ».

Enfin, pour l'élue à la petite enfance, la précarité existait dès la naissance « *c'est quand on n'a pas la chance de venir au monde dans un milieu familial qui sera propice à bien grandir, tous les enfants ne sont pas égaux à leur naissance* ».

Concernant la population messine et la précarité familiale, les élues observaient un taux important de famille monoparentale sur la commune dont le chef de famille était une femme « *elles habitent souvent les QPV, et elles sont face à différentes difficultés dont la précarité* », « *Metz est une ville qui accueille plus de 25% de personnes qui ont des revenus assez faibles, en dessous du seuil de pauvreté* ».

- **Dépistage** : pour l'élue en charge des QPV, le dépistage des familles en situation de précarité était encore un vaste sujet « *c'est le grand débat que l'on a sur les publics fragiles et qui ne vont pas forcément dans les institutions... les premières personnes qui peuvent repérer, c'est souvent l'école, les institutions ou par le biais du conseil départemental et la PMI. Normalement quand on est enceinte, il y a*

*souvent un travailleur social qui prends contact avec nous, avant ou après l'accouchement et cela peut être un bon moyen de repérage ».*

Selon une autre élue, pour repérer les publics en situation de précarité, au-delà des minimas sociaux, il fallait interroger les associations, notamment celles consacrées aux dons alimentaires *« il faut aller discuter avec les associations, quand il y a la banque alimentaire, les restos du cœur etc... voir qui y vient. On s'aperçoit qu'il y a certes des personnes au chômage longue durée avec le RSA, il y a des personnes âgées car elles ont une petite retraite mais il y a aussi pas mal de femmes qui pour nourrir leurs enfants sont là ».*

Enfin, pour l'élue à la petite enfance, le dépistage était tout le sens de son engagement en municipalité. Il s'agissait de construire une politique transversale avec des dimensions qualitatives *« d'un côté il y a les professionnels de la santé, de l'autre il y a les professionnels de la famille et puis les professionnels de l'éducation nationale qui se partagent le gâteau mais sans jamais se rencontrer, donc nous avons essayé de construire des transversalités dans ce sens. Faire des liens non plus par silos mais pas transition et par continuité de projet et de travail ».*

- **Liens entre précarité et santé** : ils étaient extrêmement liés selon l'élue à la santé *« quand on doit se lever tous les matins, se casser la tête à savoir comment on va se chauffer, comment on va manger, je crois que la santé est vraiment le cadet des soucis donc bien sûr que précarité et santé ont un lien étroit », « quand on rejoint toutes les données de la littérature, des focus group et du ressenti des gens avec le questionnaire de DUKE, on s'aperçoit que les personnes au chômage, les femmes isolées, monoparentales, ont un ressenti de leur santé qui est beaucoup moindre que la moyenne de la population générale ».* Ceci était confirmé par l'élue en charge des QPV *« on remarque que les gens en précarité délaissent leur santé et se soignent vraiment à la dernière limite, donc ce sont vraiment des gens qui ont une santé plus dégradée que la moyenne ».*

Pour l'élue à la santé, le système médical français devait théoriquement permettre à 99,9% de la population d'avoir accès aux soins, donc d'autres freins existaient *« aujourd'hui franchement quand on veut se faire soigner, on peut le faire donc ça veut dire qu'il y d'autres freins que des freins administratifs ».* A Metz par exemple, les hôpitaux publics étaient situés en périphérie de la ville, ce qui posait un problème d'accès géographique pour les populations en situation de précarité *« aujourd'hui c'est ça la problématique, comment accéder aux soins, pas spécifiquement administrativement mais plutôt géographiquement ».*

Du point de vue de l'élue à la petite enfance, les liens précarité/santé relevaient du manque d'information des familles *« je crois qu'il y a beaucoup de travail à faire dans l'accompagnement des familles [...] il y a cette précarité qui est liée à l'acculturation nécessaire à toutes ces familles, au niveau de la santé, au niveau de la culture, au niveau de la relation affective ».*

### 3.3.2. Outils de lutte contre les inégalités sociales de santé mis en place sur le territoire messin

- **Le CCAS (Centre Communal d'Action sociale)** : le territoire messin disposait d'antennes solidarité du CCAS, au niveau des mairies de certains quartiers dont les QPV. Selon l'adjointe en charge des QPV, ce dispositif avait pour but de venir en aide aux plus fragiles, au niveau social *« il est possible*

*d'y aller sans RDV, on a une plus grande souplesse que pour aller chez une assistante sociale et on peut faire un point global avec l'assistante sociale du CCAS sur n'importe quel sujet ».*

Elle soulevait également que ces antennes existaient hors QPV afin de toucher toutes les personnes en situations de précarité à Metz « *on a des poches de précarité qui sont certes dans les QPV, là on a des centres sociaux, des acteurs qui peuvent répondre à une partie de la problématique. Mais on a aussi des poches de pauvreté sur l'ensemble de la ville et pour ces personnes c'est un peu plus dur de recevoir l'information. C'est l'une des raisons pour laquelle, on a mis en place l'antenne des solidarités un peu partout, pour que l'ensemble des gens puissent venir chercher l'information. La ville est toujours en partenariat et elle peut mettre en lien des personnes, notre but c'est de mettre du lien entre tous les dispositifs ».*

- **Le CLS** : l'élue à la santé insistait sur le contrat local de santé qui était un réel outil de lutte contre les inégalités sociales de santé « *c'est un atout extraordinaire. C'est de la promotion de la santé, il permet de lutter contre les inégalités mais au-delà de ça, il y a vraiment une notion de santé publique où les associations, les différents acteurs, les messins ont travaillé ensemble pour construire un projet en lien avec les besoins qui avaient été identifiés », « c'est un travail collectif, co-construit, il y a un vrai partenariat derrière qui permet à chacun de s'exprimer et le diagnostic qui est fait auparavant permet vraiment d'identifier le besoin et la demande, donnant une réponse totalement adaptée ».*

Le CLS avait dégagé trois problématiques concernant les femmes : un 1<sup>er</sup> axe dédié aux violences faites aux femmes dont les travaux avaient abouti à une convention multi-partenariale entre la préfecture, la cohésion sociale, la mairie, l'hôpital et la police ; le 2<sup>ème</sup> axe relevait des compétences psychosociales des femmes, des interventions dans les centres sociaux messins avaient été mises en place ; et enfin le 3<sup>ème</sup> axe concernait la grossesse et la précarité. Ce dernier thème n'avait pas pu être entièrement développé sous ce mandat, ce que regrettait l'élue à la santé « *j'espère vraiment que mon successeur travaillera sur le CLS et surtout sur le 3<sup>ème</sup> point, c'est vraiment quelque chose qui me tient à cœur. La grossesse, c'est le moment où se déclare beaucoup de choses, on a bien vu que pour les violences faites aux femmes, la grossesse était souvent un moment à facteurs déclenchants et je pense qu'il est déclenchant de pleins d'autres choses, « peut-être que justement pendant la grossesse, au moment où les femmes ne sont plus seules, il a un bébé qui est en jeu, c'est peut-être le moment où l'on peut porter des messages de prévention de la santé ».*

- **Le Plan des 1000 jours** : pour l'élue à la petite enfance, la lutte contre les inégalités sociales débutait avant la naissance. A la municipalité, les professionnels avaient travaillé sur le dépistage des difficultés langagières, sur les dépistages de santé et surtout sur le « Plan des 1000 jours » c'est-à-dire les 1000 premiers jours entourant la naissance de l'enfant « *on part d'une recherche qui montre que tout se joue de 0 an donc avant la naissance, au moment où les parents font le choix d'avoir un enfant, et là c'est crucial, jusqu'au moment où ils vont aller dans une collectivité plus importante ».*

Il s'agissait d'un accompagnement de certaines mamans dès le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse « *certaines femmes disent qu'elles ne voulaient pas de cet enfant... quand on parle de précarité, la famille est partie prenante dans certaines cultures, c'est pourquoi il faut des personnes capables de leur montrer que l'enfant vit dans leur ventre, qu'il faut faire attention à certaines déviances », « il a des projets où*

*l'attachement est déjà très fort et à l'inverse pour ces mamans là, il n'y a rien ( le lit n'est pas prêt par exemple...) donc il y a un accompagnement et c'est le Plan mille jours ».*

Ce plan 1000 jours était un plan national et il était à la charge des régions, des départements puis des villes de le mettre en place sur un territoire. La transversalité était essentielle pour l'élue « *par exemple, il y les LAPE, une sage-femme ou un gynécologue qui sait qu'il y a une déficience chez une maman, peut l'orienter vers des structures où elle va pouvoir travailler ces dimensions là ».*

### 3.3.3. Freins et leviers pour mener une politique municipale de promotion de la santé périnatale

- **Une volonté politique** : pour les 3 élues, la promotion de la santé périnatale n'était possible que si elle émanait d'une volonté politique « *le CLS devrait être un outil que chaque commune devrait s'approprier, ou chaque intercommunalité » « Quand on regarde de plus près le pourcentage des dépenses de santé liées à la prévention en France, on est en dessous de 2%, donc je crois que donner aux messins, aux messines, aux femmes enceintes, la possibilité de faire des choix éclairés sur leur santé, ça n'a pas de prix. C'est ça l'atout, si on fait à la place des gens, ça ne fonctionne pas. ».*

A propos de la petite enfance, il s'agissait de persuader les élus de mettre en place des projets politiques « *je pense que la difficulté, c'est la prise de conscience d'une nécessité d'éducation dès la naissance et surtout d'accompagnement des familles »*, « *s'appuyer sur les recherches pour persuader, ne surtout pas travailler en silos, travailler dans une transversalité car un bébé, c'est transversal, c'est à la fois de l'éducation, de la santé, de l'amour et c'est tous ces aspects là qui ne doivent pas être saucissonnés, il faut le voir dans sa globalité ».*

L'élue à la petite enfance défendait l'étude ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) qui reposait sur l'investissement social dès la petite enfance « *on étudie l'intérêt de mener une politique ambitieuse de la petite enfance (0-3ans). Cette étude montre que quand on réalise une politique éducative et familiale très tôt, c'est un investissement pour plus tard ».* « *En France, on s'en est inquiété au moment de la violence et de l'échec scolaire. Et on s'est rendu compte que ces enfants étaient déjà dans des milieux familiaux qui les accompagnaient dans ce sens. Si dans leur famille on s'exprimait avec violence, on battait la maman et les enfants, la violence était dans leurs schémas... et puis l'échec scolaire car l'intérêt de rentrer dans des apprentissages n'était pas compris ».*

- **Le centre social, un lieu privilégié pour les femmes** : l'une des élues ayant réalisé des interventions dans les centres sociaux décrivait ces structures comme « *pleines de richesse et de partage »*, un endroit où il était possible d'aller à la rencontre des femmes « *le centre social, surtout quand il y a une référente-familles qui est connue et qui est intégrée, fait partie de la vie des gens. C'est un vrai levier où on peut apporter des choses tant sur la santé, l'estime de soi que sur les capacités psychosociales que tous le monde devrait pouvoir développer pour affronter tout ce qui nous tombe dessus dans la vie ».* L'élue en charge des QPV rappelait le lien des services municipaux avec les centres sociaux concernant la promotion de la santé « *le travail que l'on fait c'est un financement d'actions particulières sur la santé avec les centres sociaux et on le fait toujours en lien avec la mission santé de la ville »*, « *on peut accompagner le département sur le déploiement de son action, donner des informations, la rendre plus visible par tous le monde et la ramener au plus près des premiers concernés. Nous sommes une passerelle, un relais ».*

### 3.4. LE POINT DE VUE DE LA PMI

#### 3.4.1. Notions de précarité et santé selon la sage-femme coordinatrice de PMI

- **Définition de la précarité** : pour la sage-femme de PMI, définir la notion de précarité demeurait délicat d'un point de vue scientifique. L'OMS ne donnant pas de définition exacte de cette notion. Elle était d'ailleurs au centre des groupes de travail des derniers CANA PMI (Comité d'Animation Nationale des Actions de la PMI) en relation avec le ministère de la santé, et les définitions avaient divergé. Pour la sage-femme, la définition était globale, relevant de divers aspects, mais d'un point de vu réglementaire, elle relevait surtout de la précarité sociale entendant des moyens des personnes *« en général quand on parle de précarité, on parle plutôt de précarité sociale liée au confort quotidien. Alors que pour moi globalement c'est plus large que cela car je suis une soignante mais je pense que la précarité au niveau réglementaire, c'est plutôt une précarité sociale »*.

- **Liens entre précarité et santé** : ils étaient omniprésents selon la sage-femme *« c'est extrêmement lié à la santé et c'est une alerte pour une bonne santé évidemment quand il y a un contexte de précarité »*. Elle soulignait les nombreuses études démontrant des taux plus importants de maladies chroniques chez les populations précaires, avec les effets sur la santé psychologique et intellectuelle *« précarité sociale donc les revenus, l'alimentation très souvent déséquilibrée avec des pathologies (diabète, hypertension, IMC élevé) donc des pathologies chroniques importantes ! La précarité sociale entraine souvent des activités physiques qui ne sont pas de bonne qualité ... Et puis le logement, on sait très bien aussi que le logement a un facteur important sur le bien-être physique, psychologique, les violences »*.

#### 3.4.2. Rôle de la PMI concernant le suivi des femmes enceintes en situation de précarité

*« C'est toute l'ambiguïté de la question liée à la précarité car on n'a pas de définition, c'est comme l'adolescent, il n'y a pas de définition précise ou alors ça dépend du biais par lequel on veut passer (psychologique, social, ect) »*. Il fallait donc s'en référer à la loi de 1989 qui définit clairement les missions de la PMI c'est-à-dire mener des actions de prévention dans les contextes pré et post-nataux jusqu'aux 6 ans de l'enfant, afin de limiter la morbidité materno-fœtale, en s'orientant vers la vulnérabilité.

La sage-femme coordinatrice précisait que *« la précarité sociale est une vulnérabilité, tout comme la précarité psychologique. Donc notre rôle en PMI, c'est « d'aller vers » les gens qui ne viendraient pas spontanément dans les prises en charge de droit commun », « on va à l'hôtel, dans les associations, au domicile et on peut agir sans qu'il y ait d'ouverture de droit c'est-à-dire sans une prise en charge par la sécurité sociale »*.

Les professionnels de PMI, salariés de la fonction publique, disposaient d'un budget dédié à la prise en charge médicale, psychologique, sociale des populations vulnérables et pouvaient ainsi accompagner les femmes qui ne viendraient pas spontanément consulter ou qui n'avaient pas d'ouverture de droits. *« Notre rôle en PMI c'est de travailler sur la parentalité, la création du lien d'attachement pour en fait stimuler le parent dans son rôle essentiel affectif », « notre but profond c'est d'arriver à limiter, au travers du réseau de professionnels que l'on va solliciter, les charges mentales, sociales, psychologiques qui peuvent peser lourd et de façon péjorative sur la prise en charge de l'enfant et des liens affectifs que les parents établiront avec leurs enfants »*.

### 3.4.3. Liens de la PMI avec les professionnels de la grossesse

Il existait un travail de coordination entre la ville et l'hôpital, que ce soit la PMI au niveau du territoire, les professionnels libéraux au niveau de leurs cabinets et l'hôpital pour les centres de soins « *L'idée c'est d'avoir un parcours de soin, une continuité de soin globale pour la dyade mère-enfant* ».

Les liaisons avec la PMI se faisaient via différents moyens de communication (messageries cryptées, fiches de liaison, appels téléphoniques) et surtout via le « carnet santé maternité » qui était obligatoire et transmis par le département à toutes les femmes enceintes « *il devrait être un outil de liaison entre les différents professionnels mais il est peut-être au 21<sup>ème</sup> siècle un peu obsolète parce que c'est du papier et qu'aujourd'hui comme on est tous confinés (COVID-19), on se rends compte à quel point le papier n'est plus adapté comme outil de liaison* ». Le dossier médical partagé n'était pas encore intégré en PMI.

Les différents professionnels et structures de soins formaient donc un réseau de soin avec la PMI et réalisaient des liaisons selon les situations rencontrées.

La coordinatrice de PMI insistait sur la nécessité de connaître les missions de chacun dont le rôle est déterminant pour une bonne prise en charge « *c'est vraiment une nécessité de se rencontrer, de se connaître pour être en confiance dans un accompagnement global de la patiente* ». Concernant le personnel hospitalier, les liaisons avec la PMI étaient bien acquises mais ce n'était pas toujours le cas pour les professionnels libéraux, ceci était regrettable pour la sage-femme de PMI « *ça dépend du lien entre la sage-femme de Pmi et la sage-femme libérale, on a peu de retour, de lien sauf quand on a une extrême précarité qui empêche un suivi médical. Quand leurs propres incertitudes par rapport à la santé de la femme sont repérées, elles vont nous transmettre une liaison, mais c'est très chronophage et ce n'est pas toujours évident de repérer la sage-femme de PMI référente du territoire pour elle...* », « *elles n'ont peut-être pas aussi le même public, les très précaires à qui elles ne vont pas faire le tiers payant, elles ne peuvent pas avancer...les libérales ne les connaissent pas* ».

### 3.4.4. Outils de repérage des situations de vulnérabilités par les professionnels de PMI

- **Dépistage des situations de vulnérabilités psychosociales via l'entretien prénatal précoce** : la PMI était très impliquée dans le développement de cet entretien auprès des sages-femmes libérales. Celui-ci faisant partie intégrante des séances de préparation à la naissance et à la parentalité « *On a essayé de travailler auprès des SF libérales pour promouvoir cet entretien donc on a tout un dossier qu'on leur envoi régulièrement, un référentiel EPP* ».

Depuis 2015, un travail sur l'entretien prénatal précoce avait été réalisé par la PMI avec le CHR, un cabinet de sages-femmes libérales messin ainsi que l'ordre des sages-femmes « *On a le carnet de maternité que l'on envoie aux femmes enceintes après réception de la déclaration de grossesse transmise par la CAF, on y a inséré une feuille qui informe sur la pertinence de faire cet EPP et aussi un triple feuillet, une fiche de synthèse* ».

Cependant, la sage-femme coordinatrice confirmait que l'EPP n'était pas accessible à tous, par exemple quand la femme enceinte n'était pas connue de la PMI et n'avait pas déclaré sa grossesse « *S'il n'y a pas de déclaration de grossesse, pas de liaison, on n'a pas l'information liée à la grossesse et l'EPP saute* » « *donc plus on est précaire, plus on est pauvre et plus on est vulnérable dans tous les domaines ! C'est-à-dire qu'on n'a pas accès à tous ces outils, parce que si on ne sait pas, on ne peut pas y aller, on n'a pas de téléphone, ils sont difficiles à trouver, difficiles à percuter* ».

- **Repérage des situations de précarité chez les femmes enceintes par le biais des liaisons :** selon la sage-femme coordinatrice, il n'était pas toujours aisé pour la PMI de repérer les situations. Il existait certains biais, notamment le fait que seule la CAF pouvait informer la PMI d'une nouvelle grossesse après la déclaration de celle-ci *« notre moyen de transmission d'information le plus universel, c'est la CAF, c'est une obligation nationale »*. La sage-femme soulignait d'ailleurs que toutes les femmes enceintes n'avaient pas de lien avec la CAF *« les gens qui n'ont pas accès au droit commun, donc qui sont sans papier ou qui ne savent pas lire et qui n'ont pas de droits aux prestations familiales ne passeront pas par la CAF, idem pour les transfrontaliers »*.

De plus, les liaisons à la PMI n'étant pas obligatoires, si les professionnels (médicaux ou travailleurs sociaux) ne réalisaient pas de relais à la PMI, la situation restait ainsi *« Donc tout ce que nous, on peut mettre en place en amont, ne se fait pas car nous n'avons pas l'information de la grossesse en dehors de la CAF mais autrement il n'y a pas d'obligation légale à qui que ce soit, de mettre en place des actions de prévention »*.

Enfin, la sage-femme coordinatrice insistait sur la qualité de la liaison. En effet, quand une liaison à la PMI était réalisée, la famille devait en être informée et adhérer au contact de la PMI, afin que la prise en charge puisse se faire dans les meilleures conditions *« si la sage-femme de l'UGO ne le dit pas à la famille, nous n'avons pas l'autorisation d'aller dans une famille sans qu'elle n'adhère... les liaisons qui ne sont pas obligatoires, doivent se faire avec l'accord de la famille sauf en protection de l'enfance. Mais autrement l'adhésion et surtout l'information de la famille sont importantes ! Et sinon nous ça nous bloque par la suite... »*.

- **Dossier médical de PMI et création d'un nouveau dispositif :** pour le repérage des situations de précarité, les sages-femmes de PMI se basaient dans un premier temps sur le dossier médical de PMI avec un interrogatoire précis *« quand on rencontre une femme, on interroge toute sa santé globale et on évalue, on interroge sa profession, ses moyens financiers »*. Des grilles d'entretien étaient utilisées mais exclusivement pour la protection de l'enfance.

Récemment, la PMI avait mis en place un nouveau dispositif auprès des femmes enceintes dans le cadre du repérage des situations de vulnérabilité. Ce dispositif canadien, dans la suite de PANJO, était à l'étude jusque janvier 2020. Il s'agissait d'une grille d'entretien qui permettait d'évaluer, d'orienter et éventuellement proposer une action PMI, une action sociale ou une autre orientation.

Ce dispositif avait pour point de départ la déclaration de grossesse auprès de la CAF et la transmission du numéro de téléphone de la patiente, avec son accord, aux services de PMI *« Dès qu'on a le numéro de téléphone des patientes, on les appelle et on utilise une grille très précise d'entretien semi-directif qui évalue le contexte social, psychologique, conjugal, parental, le risque de dépression et le sentiment de solitude. Après en fonction de tout cela, on oriente ou on y va. On donne de l'information et si la PEC nous semble complexe au niveau de la parentalité future, on lui propose un entretien prénatal précoce au domicile »*. La sage-femme coordinatrice de la PMI insistait bien sur la nécessité d'aller au domicile des patientes, pour simplifier la relation avec la femme et connaître son environnement *« ça désacralise le côté médical dans la mesure où on y va, c'est nous « qui allons vers » et ce n'est pas la patiente « qui va vers » dans un cabinet médical. On est dans un salon, côte à côte, sans dominant-dominé »*.

### 3.4.5. Limites de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité et perspectives d'amélioration

- **Freins et leviers pour la mise en place d'action en santé périnatale** : les difficultés évoquées par la professionnelle de PMI relevaient des messages de prévention, qu'il n'était pas toujours simple de faire passer au vu du contexte de vie des personnes en situation très précaire, par exemple au niveau de l'alimentation ou du logement « *C'est très compliqué de dire au gens de faire attention à ça ou à ça quand ils vivent au quotidien dans des conditions insalubres, qu'ils respirent et qu'ils mangent. En fait, tout ce qu'on met dans notre corps et dont on ne peut pas se protéger au vu de nos moyens.* ».

La sage-femme soulignait que pour un accompagnement optimal, il fallait s'adapter à chaque situation et revenir aux essentiels « *On retrouve en PMI la simplicité, il ne faut pas grand-chose pour aller bien, même quand on est à l'hôtel, que l'on a peu, on n'a pas besoin d'artifice pour élever un enfant, pas besoin de beaucoup d'outils ou de vêtements et on revient aux fondamentaux* ». Les conseils n'étaient pas toujours évidents à donner « *même à l'hôtel dans une chambre de 9m2, on peut absolument être un excellent parent, avec peu d'outils, si ce n'est pour l'alimentation et ça c'est très compliqué. L'alimentation d'une femme enceinte, c'est primordial !* ».

A la PMI, de nombreuses actions concernant l'allaitement maternel, les préparations à la naissance adaptées et les consultations de prévention étaient mises en place pour les femmes « *on a des consultations, le CPEF, on a des ateliers cuisine dans le cadre de la préparation à la naissance, justement où on va inviter les plus fragiles à faire des repas ensemble avec d'excellents produits peu chers. On essaye de montrer aux personnes vulnérables que ça peut être différent car c'est des personnes qui ne savent pas, qui n'ont jamais vécu, qui ne connaissent pas donc on provoque les choses, ce n'est pas évident* ».

- **Perspective d'amélioration de la prise en charge pendant la grossesse**: pour la sage-femme coordinatrice de la PMI, l'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de précarité passait par une bonne connaissance du réseau de soins et des missions de chacun « *il faut mutualiser les moyens, faire les choses sans se précipiter, en réfléchissant et en connaissant bien les missions des uns et des autres. On a rarement beaucoup d'urgences, mais si finalement une orientation est bien préparée, bien menée, bien anticipée, bien expliquée aux professionnels et aux patients, alors on va être extrêmement efficace* ». Une meilleure coordination entre tous les professionnels permettrait d'améliorer la prise en charge de la grossesse « *rien ne sert de s'agiter, il faut une réelle connaissance de qui fait quoi, quand et comment et il faut accompagner ces personnes, les rassurer, aller vers elles. Etre proactif !* »

## 3.5. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE LA GROSSESSE

### 3.5.1. Les sages-femmes libérales dans le suivi des femmes enceintes en situation de précarité

Quatre sages-femmes libérales exerçant dans les QPV de Metz ont accepté de participer aux entretiens semi-directifs.

#### 3.5.1.1. Notions de précarité et santé pour les sages-femmes libérales :

- **Liens entre précarité et santé** : elles utilisaient deux grandes catégories pour définir le terme de précarité. D'un côté, une précarité financière, qui se retrouve au niveau des revenus, de la qualité du

logement ou des objets utiles au quotidien « *c'est ne pas avoir les revenus suffisant pour vivre correctement, pour subvenir à ses besoins, ne pas vivre dans un logement adéquat....* » et d'un autre côté, une précarité sociale/intellectuelle « *les gens sont en manque de moyens pour faire face à certaines situations de la vie courante* ».

Par rapport à la santé des femmes, les 4 sages-femmes libérales étaient d'accord pour affirmer que les femmes en situation de précarité négligeaient leur santé et ne consultaient pas en dehors des grossesses du fait d'autres préoccupations plus urgentes ou d'absence de sécurité sociale « *ce sont des personnes qui ne font pas passer obligatoirement la santé avant le reste* ».

- **La grossesse, une opportunité pour consulter :** la grossesse était le seul moment où les sages-femmes rencontraient ces femmes « *si elles ont réussi à faire leur démarche et bénéficier de la CMU, elles peuvent consulter n'importe où. Mais parfois elles n'osent pas faire la démarche donc elles n'osent pas consulter* ». Malgré tout, les sages-femmes remarquaient que pour la majorité de ces patientes, le suivi de grossesse était plus éparpillé, les femmes en situation précaire étaient moins observantes que les autres patientes « *il va y avoir des ratés non prévenus, ça c'est des choses que l'on voit rarement en consultations obstétricales, on a rarement de RDV manqués pour les consultations de grossesse, sauf pour les personnes qui ont des soucis de précarité. C'est quelque chose que l'on va pouvoir voir uniquement dans ces situations là* ». De plus, pour certaines de leurs patientes, les déclarations de grossesse se faisaient plus tardivement « *il y a des déclarations de grossesses très tardives ou des premières consultations qui vont se faire à 4 ou 5 mois* », « *Ce sont quand même des grossesses que l'on dépiste tardivement chez ces femmes parce qu'elles sont probablement absorbées par d'autres problèmes...* ».

#### 3.5.1.2. Dépistage des situations de vulnérabilité pendant la grossesse

- **Anamnèse orientée :** les sages-femmes libérales se basaient en premier lieu sur leur anamnèse lors des consultations médicales afin de dépister une situation de précarité. Elles interrogeaient toutes les femmes enceintes sur leur environnement familial et professionnel, dès le début de la grossesse « *on introduit, en leur demandant si elles travaillent, si elles ont un conjoint et si leur conjoint a un emploi. Si elles ont tout ce qu'il faut à la maison et si elles ont besoin d'aide* ». Les sages-femmes n'utilisaient pas de grille d'évaluation. Certaines questionnaient les addictions et les violences chez toutes leurs patientes.

- **Place de l'entretien prénatal précoce :** dans un second temps, les sages-femmes trouvaient que l'EPP était le bon moment pour dépister les situations de précarité « *on le fait lors des consultations (j'espère qu'elles osent se confier !) et si elles n'ont pas osé pendant les consultations, on remet une petite couche avec l'entretien prénatal* », « *je pense que lors de l'EPI qui dure minimum 45min, elles osent plus facilement* ».

Néanmoins, une sage-femme jugeait que cet entretien individuel était trop tardif pour déceler les vulnérabilités. De plus, une autre professionnelle pensait que les femmes en situation précaire étaient malheureusement très peu touchées par l'EPP, regrettant que celui-ci ne soit pas priorisé chez ces femmes « *il n'y a absolument pas de demande de la part de ces femmes et même si cela est proposé pffff... ça va leur passer au dessus et ce n'est pas du tout la priorité pour elle* ». Des questions plus précises sur le sujet de la précarité devraient être intégrées à cet entretien selon cette dernière « *je ne*

*suis pas sûre que ce soit dans les pratiques courantes d'aborder le sujet... alors si on parle de l'habitat, de l'alimentation, on peut déceler des difficultés mais il faudrait peut-être quand même établir des questions un peu plus ciblées ».*

Le dépistage des situations de précarité au cabinet de ville restait donc compliqué pour les sages-femmes « *C'est variable selon les femmes, certaines vont oser dire qu'elles sont en souci familial avec un conjoint qui les bat ou autre, et d'autres ne vont pas oser le dire et vont rester chez elle* », « *Honnêtement au cabinet je pense que l'on peut passer à côté, c'est l'intérêt de voir les gens dans le cadre de vie (à domicile)... car au cabinet on ne peut pas juger cet élément sur l'aspect physique de la patiente, ce n'est pas parce qu'elle est habillée pauvrement que forcément elle est en précarité.* ».

Enfin, les professionnelles insistaient sur la relation de confiance qui s'élaborait pendant le suivi et qui pouvait permettre aux patientes de se confier « *il y a des femmes qui osent nous avouer des choses au bout de la 2<sup>ème</sup> grossesse alors qu'elles ne nous l'avaient pas annoncé à la première. Parce qu'elle commence à nous connaître, à nous faire confiance.* »

#### 3.5.1.3. Prise en charge des patientes par les sages-femmes libérales dans un contexte de précarité

- **Suivi médical de la grossesse lors de situations de précarité** : d'un point de vue médical, le suivi de grossesse demeurerait identique chez les patientes en situation de précarité selon les sages-femmes « *on parle de choses différentes, on les incite à se renseigner mais pour moi le suivi médical reste le même. Je ne vais pas changer ma conduite à tenir, je vais changer mes paroles* ». Une professionnelle se jugeait néanmoins plus vigilante lorsqu'une précarité avait été dépistée auparavant « *on essaye d'être plus attentive car ce sont des patientes qui sont plus à risque de MAP ou de développer d'autres pathologies parce qu'elles doivent tout faire à la maison, tout gérer* ».

L'accompagnement des femmes en situation de précarité était renforcé « *pour l'accompagnement, on essaye d'être plus attentive, vraiment plus à l'écoute et puis de chercher les petits détails, les choses qu'elle va dire et qui vont nous alerter ou non* ».

- **Relais vers la PMI** : les 4 sages-femmes libérales étaient unanimes concernant le contact d'une assistante sociale et le relai auprès des services de la PMI lorsqu'elles rencontraient des situations de vulnérabilités « *souvent on leur propose l'assistante sociale de l'hôpital le plus proche ou l'AS de PMI* », « *il y a un lien PMI qui se fait, où j'appelle le centre de PMI et je passe le relais pour qu'au moins pendant la grossesse, il y ait un suivi à la maison où c'est un peu plus facile de repérer certaines choses et d'être vigilant* ».

Les sages-femmes soulignaient toutefois des difficultés dans le suivi médical de ces patientes « *Quand elles ne viennent pas aux RDV, ça devient compliqué car on les perd un peu dans la nature et souvent même si on prévient la PMI, elles n'ouvrent pas la porte...* ».

#### 3.5.1.4. Perspective d'amélioration de la prise en charge des situations de précarité lors de la grossesse

- **Evolution des situations de précarité** : Les sages-femmes libérales interrogées trouvaient que beaucoup de femmes enceintes étaient touchées par la précarité « *il y a beaucoup de femmes en précarité, jeunes, qui n'ont peut être jamais travaillé, je trouve qu'il y en a beaucoup, après j'ai du mal à vous trouver un comparatif qui serait significatif* ». Pour une sage-femme expérimentée, les situations de

précarité étaient plus fréquentes depuis quelques années *« il y en a quand même un peu plus, je ne dirais pas énormément, mais il en a quand même un peu plus qu'au début de ma carrière. En nombre oui, je ne pense pas que les situations soient forcément plus graves mais elles sont peut-être plus nombreuses »*.

Les professionnelles avaient conscience d'avoir une place importante dans le dépistage des situations de précarité *« on prend déjà 30 min par consultation, du coup je pense que les femmes se confient plus facilement à des sages-femmes »*, *« on voit quand même que vraiment il y a plein de femmes qui ont des difficultés et qu'on est en premier plan pour les aider car c'est toujours vers nous qu'elles vont se tourner »*.

Cependant, les sages-femmes se sentaient démunies face à certaines situations *« dans une grande partie des cas, l'aide est compliquée à donner »*, *« sur la précarité, on se trouve parfois un peu démunie, parce qu'on fait notre rôle d'accompagnateur, notre rôle médicalement parlant, mais après parfois on est limité. Enfin, moi en tout cas c'est ce que je ressens d'être limitée, même s'il y a la PMI qui est prévenue »*.

- **Perspective d'amélioration de la prise en charge pendant la grossesse** : Pour les 4 sages-femmes libérales, les progrès en terme de prise en charge des patientes en situation de précarité pouvaient passer par la prévention et l'information en amont ou au début de la grossesse. *« Tout passe par l'information des gens, c'est-à-dire les aides possibles, les aides dont ces personnes pourraient bénéficier. Mais le problème est que l'on a du mal à informer cette population, ça ne passe pas, il y a une fermeture »*, *« La prévention, peut-être que ça existe dans les centres de PMI mais déjà avant la grossesse qu'elles aient des informations sur les PEC, sur le suivi donc sur tous les RDV qui peuvent exister pour faire un accompagnement global pendant la grossesse »*.

L'instauration de l'entretien prénatal précoce obligatoire pour toutes les femmes était une solution pour un meilleur dépistage selon une sage-femme. Une autre professionnelle soulignait le peu de disponibilité pour pouvoir mieux accompagner ces situations *« il faudrait probablement que l'on soit aussi plus nombreux pour améliorer la PEC, ça pourrait nous aider s'il y avait plus de professionnels disponibles. Parce qu'on en est tous là, notre suivi ne peut continuer parce que l'on n'a pas le temps ! Et dans les PMI, ils ne peuvent pas voir tous le monde »*.

Enfin, une autre sage-femme proposait la création d'un annuaire, qui serait disponible pour tous les professionnels de la grossesse (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes), avec les numéros ressources afin de simplifier et d'accélérer les prises en charge médico-sociales.

3.5.2. Les professionnels hospitaliers dans le suivi de grossesse des femmes en situation de précarité  
Trois sages-femmes et une gynécologue, réalisant des consultations de suivi de grossesse en hôpital public ont accepté de participer à l'étude.

3.5.2.1. Définition de la notion de précarité et liens avec la santé

- **Définitions de la précarité par les professionnels hospitaliers** : la notion de précarité relevait de différents domaines de l'existence, selon les professionnels qui exerçaient à l'hôpital *« ce sont des*

femmes qui n'ont pas les moyens de subvenir à leurs besoins », « la précarité peut être intellectuelle, sociale, financière... il y a plusieurs domaines », « la précarité va pouvoir se situer à différents niveaux : socio-économique avec des patientes qui ont des difficultés d'hébergements ou d'alimentation, au niveau de leur vie de femme et de couple avec des difficultés avec le conjoint (violences physiques, psychologiques). Et bien sûr tout ce qui est consommation de produits », « il y en a plusieurs des précarités. A mon idée, il n'y a pas que la précarité financière, il y a la précarité sociale par isolement social, la précarité par rapport à la santé ».

- **Liens entre précarité et santé/maternité** : pour la majorité des professionnels de la grossesse, la précarité avait un impact sur la santé « si on vit sous les ponts, que l'on a rien à manger, que l'on n'a pas d'argent, que l'on consomme différentes substances, forcément on ne peut pas être en excellente santé », « en général, elles consultent beaucoup moins, et quand elles consultent, ce n'est parfois pas pour le plus urgent... ».

Concernant la grossesse, elles constataient que les femmes en situation de précarité étaient moins assidues dans leur suivi de grossesse « c'est des patientes qui ont du mal à honorer leurs consultations parce que souvent c'est compliqué de venir. Des patientes qui pour certaines ne peuvent même pas aller au laboratoire ou faire certains bilans », « elles ne viennent pas forcément au suivi de grossesse, les examens ne sont pas réalisés régulièrement pour différentes raisons ».

Une sage-femme confirmait que la précarité était génératrice de pathologies obstétricales « c'est évident, si elles vivent de façon précaire, on va retrouver chez ces patientes là, beaucoup plus de RCIU ou de risque de prématurité ». Les femmes en situation de précarité avaient également moins accès à la prévention « ce sont des patientes qui ont moins accès à la contraception, qui ont souvent beaucoup d'enfants qu'il faut gérer à la maison et c'est d'autant plus compliqué de faire suivre une grossesse ».

3.5.2.2. Dépistage des situations de précarité par les professionnels hospitaliers :

- **Anamnèse** : tous les professionnels interrogés se basaient sur leur interrogatoire afin de dépister les situations de précarité « dans tous les cas dans notre questionnaire, on demande toujours systématiquement, si elles sont en couple ou mariées, si les premiers enfants sont du même conjoint, si ce père va reconnaître l'enfant. Déjà ça va permettre d'orienter sans poser directement la question de la précarité », « je m'assure qu'elles aient une couverture sociale, qu'elles aient une adresse. Moi ce que je juge aussi dans la précarité, ce sont les questions de violences passées ou actuelles, pas forcément des violences physiques, il peut y avoir mille formes de violences. ».

« Je vais aller chercher en fonction de ce qu'elles me disent au niveau de l'interrogatoire standard mais en tant que SF, on ne recherche pas seulement les éléments médicaux, on va rechercher aussi toutes les fragilités ». Néanmoins, la précarité n'était pas toujours directement évoquée « je n'aime pas questionner directement la patiente parce qu'elle va se sentir pistée, alors c'est plutôt par le biais de l'anamnèse dans le déroulement des questions, j'en pose des toutes simples, des un petit peu plus délicates ».

De plus, 3 professionnels sur 4 ont tout de suite cité la barrière linguistique, quand on a abordé ce qui leur faisait évoquer une précarité « ce sont des gens qui sont arrivés en France y'a 3 semaines/1 mois. Les femmes sont arrivées de façon très récente donc peu de choses sont mises en place », « quand il y

*a une barrière linguistique ou qu'elles habitent en France depuis pas longtemps, je leur demande où elles vivent, si elles sont avec leur famille et leurs enfants, si elles ont déjà vu une AS. Si la PEC n'est pas faite, je prévois un RDV avec l'AS qui ouvre les droits ».*

- **EPP** : tous les hospitaliers interrogés jugeaient l'EPP important dans le dépistage des vulnérabilités *« c'est primordial, c'est le moment où on va pouvoir dépister les vulnérabilités et répondre à un maximum de question », « c'est un moment de la grossesse où on va avoir une relation avec la femme qui est complètement différente de celle que l'on peut avoir dans une consultation de suivi de grossesse, puisque l'on n'a pas tout ce versant médical ».*

La gynécologue était très favorable à l'EPP et n'hésitait pas à adresser certaines de ses patientes pour la réalisation de celui-ci *« je pense que c'est bien car en tant que gynéco, on n'a pas 40 min devant nous pour discuter de tout ça. Je ne les envoie pas toutes mais par contre une dame qui consomme des toxiques, qui est seule, qui pose même beaucoup de questions sans être dans la précarité, à ce moment là je l'oriente vers un entretien prénatal ».*

Cependant, une sage-femme regrettait la forme de cet entretien en pratique *« en général, il n'est pas vraiment réalisé comme il devrait être, c'est souvent de la présentation de la maternité avec les conseils basiques et les questions sur la PNP. Je pense qu'il faudrait laisser la femme s'exprimer. Malheureusement beaucoup de femmes en précarité ne viennent pas à l'entretien prénatal. C'est peut-être là où la sage-femme de PMI a sa place ».*

Enfin, pour une autre sage-femme interrogée, l'EPP n'était pas toujours la priorité quand il y avait une barrière linguistique ou des difficultés pour venir aux RDV *« les gens qui sont vraiment en situation de précarité, je pense surtout aux personnes étrangères, souvent il y a une barrière linguistique, je suis déjà contente qu'elles viennent faire leur suivi de grossesse et pouvoir les voir tous les mois... souvent elles ont aussi du mal à se déplacer, il faut payer le bus, que c'est vrai que l'EPI passe à l'as... ».*

### 3.5.2.3. Prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité :

- **Accompagnement et prise en charge médicale des femmes** : selon les 4 professionnels de consultation, d'un point de vue médical, le suivi de grossesse était identique pour toutes les patientes *« la PEC médicale sera la même, je pense qu'elles ont le droit au même suivi que les autres. Par contre, on prend peut-être plus de temps à la consultation pour laisser s'exprimer les choses et pour discuter, pas forcément ouvertement mais elle se confie beaucoup plus quand on a lancé une petite perche ».*

Néanmoins, une sage-femme rappelait que le suivi de grossesse était à ajuster à chaque situation *« au niveau médical, il peut y avoir une surveillance médicale rapprochée si en plus de cette précarité/vulnérabilité, on dépiste une MAP, des difficultés d'alimentation, un retard de croissance... Donc de toute façon le suivi médical de la grossesse, c'est adapté en fonction de la patiente ».*

Concernant l'accompagnement de la grossesse, les professionnels jugeaient que celui-ci était différent chez les femmes enceintes en situation de précarité *« l'accompagnement va être modifié au niveau psycho-social et écoute, il est important de leur proposer de la préparation à la naissance et d'adapter cette préparation en fonction de leur possibilité de déplacement, ça peut-être fait avec une sage-femme libérale proche de chez elle ou proposé avec la PMI, si la patiente ne peut pas se déplacer ou n'a pas d'assurance sociale ».* La notion de confiance et d'écoute était importante *« On les voit régulièrement. La*

*première fois, si elles sentent qu'il y a de l'écoute, en général à la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> fois, elles lâchent un morceau. Parfois on ne s'y attend pas, on ne s'attend pas à de la précarité ou à des difficultés, tout parait tellement bien aller et quand elle nous lâche le truc... ».*

*Le réseau avec d'autres intervenants était primordial pour les professionnels « si je me rends compte de points d'appel ou que la dame commence à discuter avec moi, qu'il y a eu une agression par son mari, je vais systématiquement lui demander si elle a besoin de voir une psychologue, si une AS a été mise en place », « c'est important le réseau dans notre profession de sage-femme. Quand on fait de la consultation, notamment tabaco/addicto, on apprend à travailler en lien avec les médecins généralistes, les AS, les centres de soins, la PMI et les autres professionnels de santé », « on peut contacter l'AS de la maternité, la sage-femme de PMI...Systématiquement je ne les laisse pas se débrouiller toutes seules. C'est vrai que nous on les voit 25 min par mois, il faut qu'il y ait un relais qui soit prit à l'extérieur ».*

*Pour la gynécologue, la prise en charge sociale des femmes était souvent déjà installée quand elle rencontrait les patientes « on n'en a peu pour lesquelles on a besoin de contacter, c'est souvent connu et déjà mis en place. Surtout qu'on nous les envoie peut-être un peu plus tard dans la grossesse quand il y a de la pathologie, c'est moins fréquent qu'on les ait dès le premier trimestre ».*

*En revanche, cette dernière éprouvait des difficultés dans le suivi des femmes immigrées récemment, avec une barrière linguistique « c'est compliqué pour nous praticiens de se dire que l'on fait du bon travail, pas de la médecine vétérinaire et c'est difficile de laisser partir sa patiente sans savoir ce qui va être fait, si elle a compris ce que je lui ai dit, si moi j'ai tout compris ce qu'elle a voulu me dire... » Pour une sage-femme, la prise en charge médicale de ces femmes était forcément différente « je vais sans doute être beaucoup plus axée sur la clinique que chez d'autres patientes qui sauront me décrire leurs symptômes ».*

- **Recours à d'autres professionnels :** concernant les relais lors du dépistage de situation de précarité, les 4 professionnelles interrogées avaient systématiquement recours à l'assistante sociale de la maternité « il y a une assistante sociale dans le service donc on adresse systématiquement à l'AS si besoin »,

*La PMI était ensuite directement informée de la situation par l'assistance sociale ou par la sage-femme qui suivait la grossesse « quand j'ai une femme que j'estime en situation de précarité, même si elle ne l'a pas verbalisée ou si j'ai un doute, je contacte le centre de PMI dont elle dépend, je le fait systématiquement », « souvent j'en réfère à l'AS et la PMI est souvent déjà prévenue ou sinon je les préviens moi ».*

*Deux sages-femmes décrivaient néanmoins des difficultés pour contacter les services de PMI « Quand j'arrive à les joindre, que je sais quel centre appeler parce que c'est compliqué, je n'ai pas toujours le temps et c'est la croix et la bannière. Des fois pour avoir la sage-femme du bon secteur, il faut passer 5 coups de fil », « au niveau de la PMI, je me rends compte en faisant l'entretien que c'est compliqué de joindre la bonne personne, et souvent elles ne sont pas là, on laisse des messages. C'est très chronophage ».*

*Enfin, concernant les patientes ayant une barrière linguistique, les professionnels hospitaliers contactaient des interprètes lors de leur consultation « on a recours aux interprètes parce que d'un point*

de vue santé, ça peut avoir un impact. Je me souviens d'une patiente que j'avais vu deux fois, puis j'ai demandé un interprète et finalement cette patiente avait eu une GEU et elle avait été transfusée. Donc c'est vrai que les interprètes c'est important, pour clarifier vraiment la situation et bien prendre en charge la patiente », « si la patiente ne parle pas du tout français ou anglais, je prends le relais avec un traducteur par téléphone ». Cependant, il n'était pas toujours possible de bénéficier d'un traducteur selon une professionnelle « tu te retrouves coincée parce qu'il y a une barrière linguistique, tu es obligée de faire ta consultation en Google translate et tu n'es pas sûre que ce soit bien traduit quand même... ».

- **Dossier médical partagé et staffs médico-psycho-sociaux** : le dossier médical patient informatisé était utilisé par tous les professionnels à l'hôpital. Il était un moyen de communication et de coordination entre tous les acteurs participant à la prise en charge de la femme enceinte « on a accès à tout », « on peut facilement consulter le versant social, ce qui n'est pas forcément facile dans l'autre sens. Après on a un secret médical partagé, il faut être clair et voir avec la patiente, ce qu'elle nous autorise à partager ». Il disposait d'un item dédié à la précarité « sans questionner directement la patiente, maintenant avec le dossier informatisé, tous les items peuvent être remplis si on le souhaite, si quelqu'un fait bien sa consultation, elle devrait poser la question ».

Concernant les staffs médico-psycho-sociaux, seule une sage-femme sur les 4 personnes interrogées y participait régulièrement « quand j'ai une patiente pour laquelle il y a une vulnérabilité particulière, je lui propose et l'informe de la possibilité de travailler en lien avec tout une équipe sur un accompagnement pour lui permettre de rentrer chez elle avec son bébé dans les meilleures conditions possibles. Je soumetts à notre AS le dossier de cette patiente, j'essaye de me rendre disponible, pour mes patientes généralement quand c'est important, j'y vais ». Les autres professionnelles regrettaient de ne pas pouvoir y assister « j'ai déjà demandé pour que l'on soit prévenue pour nos patientes parce que moi j'ai quand même appris certaines choses, en voyant le compte rendu de staff, une femme que j'ai suivi toute sa grossesse et j'ai appris au 9<sup>ème</sup> mois que ses 3 autres enfants étaient placés... enfin je trouve que c'est dommage. On n'a pas de relais », « c'est vrai que ce serait intéressant que l'on y participe en effet, surtout que là on a vraiment les personnes relais de la PMI ».

#### 3.5.2.4. Evolution des situations de précarité et pistes d'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes

- **Evolution des situations de précarité chez la femme enceinte selon les professionnels hospitaliers** : pour la gynécologue, la santé n'était actuellement pas la même pour tous et il existait des inégalités sociales de santé « c'est un peu la médecine à deux vitesses, que l'on commence à voir en France, alors qu'on ne la voyait pas avant ».

Les professionnels hospitaliers constataient également de plus en plus de femmes en situation de précarité, issues d'une immigration récente, avec une barrière linguistique, qui compliquait les prises en charge « je dirais que l'évolution, on la voit surtout là, où on a dû s'adapter en utilisant les moyens technologiques comme « Google translate » pour communiquer avec les femmes qui ne parlent pas français mais également essayer de s'adapter pour faire les bilans qu'il faut au minimum pour qu'elles aient une grossesse correcte », « on est beaucoup plus confronté à tout type de population, y compris les populations qui peuvent être dans des situations de précarité, et depuis un certains nombres d'années on a une immigration qui est relativement importante et ces patientes arrivent dans le secteur public, donc

*c'est important de pouvoir essayer de les accompagner. Pour éviter qu'elles vivent dans la rue, qu'elles n'accouchent dans la rue ou qu'elles retournent dans la rue avec leur bébé sous le bras. Voilà il faut être vigilantes pour elles. », « Ce qui a évolué, c'est l'augmentation des personnes sans papiers. Parce que la précarité qui touche les femmes françaises, elles sont encore assez protégées entre guillemets par des aides mais ce qui est dur, ce sont les gens qui n'ont pas de papiers, les femmes enceintes qui vivent dehors, à qui c'est compliqué de trouver une place en foyer et qui n'ont pas les moyens d'aller faire une prise de sang au laboratoire. Et je pense qu'en fait le plus dur à gérer, ce n'est pas les patientes françaises couvertes par l'AME mais c'est les patientes sans papiers qui n'ont rien du tout ! »*

- **Amélioration des prises en charge pendant la grossesse** : un meilleur lien entre tous les acteurs pouvait améliorer la prise en charge des femmes selon les professionnels *« plus de liens entre nous, entre les différents acteurs, l'AS, les sages-femmes de PMI. Pour certaines, on a systématiquement un retour, un petit coup de fils, un mot et d'autres rien »*. L'accès aux staffs médico-psycho-sociaux était sollicité par 2 sages-femmes. L'une d'entre elles, aurait souhaité un meilleur accès aux réseaux de PMI *« des relais avec la PMI plus faciles et plus simples, à la limite il faudrait qu'il n'y ait qu'une personne qui centralise et après qui se charge de passer le message au bon service »*.

Pour 2 professionnels, l'accès aux interprètes par téléphone pourrait être augmenté afin d'améliorer la prise en charge des patientes *« s'il y avait un interprète à chaque consultation ce serait déjà pas mal », « ce serait bien d'avoir un interprète de chaque langue à chaque consultation, même par téléphone »*.

Concernant les violences conjugales, une sage-femme était demandeuse en terme de formation *« les violences conjugales, c'est délicat, je ne sais pas toujours comment bien les orienter. Si j'avais la liste des associations en fonction des secteurs, peut-être que ce serait plus simple. Peut-être qu'une formation aussi, pour savoir comment aborder les violences conjugales car c'est assez difficile à aborder surtout que parfois les femmes viennent avec leur conjoint... »*.

L'écoute des femmes revenait également dans le discours des professionnels hospitaliers *« être à l'écoute, être disponible, montrer que l'on peut entendre un certain nombre de choses et que l'on est là pour être aidante, on n'est pas là pour juger. À partir du moment où l'on ouvre les portes, les femmes vont nous dire leurs difficultés. Ça fait partie de notre profession de sage-femme, on n'est pas que des professionnels médicaux purs, on est aussi des professionnels de la relation et il ne faut pas que l'on perde cette partie là de notre profession »*.

Enfin pour la gynécologue, il était important d'insister sur la prévention gynécologique auprès des femmes en situation de précarité et notamment sur la promotion de la contraception *« mettre toutes les pilules ou tous les moyens de contraception remboursés pour qu'elles puissent en bénéficier »*, *« ça pourrait être une prévention médiatisée, on fait bien une prévention sur tout ce qui est accident de la route donc on pourrait très bien faire de la prévention sur des moyens de contraception »*.

## ***Partie 4 : DISCUSSION***

## 4. DISCUSSION

### 4.1. POINTS FORTS ET DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS DE L'ETUDE

#### 4.1.1. Points forts de l'étude

La précarité chez la femme enceinte est un sujet peu traité car il ne correspond pas au stéréotype de la mère idéale de notre société. Cependant, la crise financière s'intensifiant depuis plusieurs décennies et avec la crise sanitaire actuelle liée au COVID-19, ces situations de futures mères avec des difficultés sont de plus en plus fréquentes. Les professionnels de la grossesse sont parfois démunis face à des profils atypiques, chez qui le suivi de grossesse, les examens complémentaires ou la préparation à la naissance sont parfois complexes à réaliser. Lorsque j'ai sollicité les professionnels de la grossesse à ce sujet, beaucoup se sont sentis concernés et ont rapidement répondu présent pour participer à l'étude. Les échanges ont été bénéfiques, les professionnels n'hésitant pas à faire part des obstacles qu'ils pouvaient rencontrer et surtout à proposer des pistes d'amélioration dans leur prise en charge.

Du côté des élus municipaux, des projets étaient déjà en cours pour agir en faveur de la santé des femmes sur le territoire messin, ce qui a facilité les échanges et permis de développer le versant politique de la santé relatif à la grossesse et à son suivi.

Concernant les femmes interrogées au sein du centre social, toutes m'ont accueilli avec bienveillance du fait de ma future profession de sage-femme. En effet, la sage-femme avait un statut privilégié pour ces femmes « *c'est le plus beau métier du monde* », « *je me rappelle de mon 2<sup>ème</sup> accouchement, la sage-femme était douce, elle a mis de la musique, c'était simple et tout tranquille, c'était bien* ». De plus, d'autres étudiantes sages-femmes étaient déjà intervenues dans le centre social par le biais des ateliers « *Paroles de femmes* », et les femmes gardaient un très bon souvenir de ces interventions.

Enfin, la réalisation des focus groups, de manière informelle, sous la forme de café-klatsch, avec des femmes qui pour la plupart se connaissaient bien, a vraiment permis de simplifier les échanges. Le sujet de la grossesse et de son vécu était fédérateur chez les femmes qui fréquentaient le centre. Elles ont pu se confier facilement sur les différents sujets, même certains plus délicats (mauvais vécu de la césarienne, déni de grossesse, contraception...). Cela a été un réel atout pour la bonne réalisation de l'étude.

Le diagnostic partagé a été traité de manière qualitative et a permis d'obtenir une vision précise des points de vue des différents acteurs intéressés par le thème du suivi de grossesse chez les femmes habitant les Quartiers Politique de la Ville.

#### 4.1.2. Difficultés rencontrées

Dans le contexte de la crise sanitaire liée au COVID-19, il a été difficile de rencontrer les différents intervenants en face à face. J'avais heureusement pu organiser les focus group auprès des femmes avant le début du confinement. Cependant, concernant les autres personnes interrogées, il a fallu faire avec le confinement et les disponibilités de chacun. Dans la majorité des cas, les entretiens-semi directifs ont été réalisés par téléphone, ce qui a pu empêcher d'analyser toute la communication non verbale, qui est tout aussi importante dans une étude qualitative. Les gestes, attitudes et postures des interviewés n'ont malheureusement pas pu être pris en compte. De plus, certaines personnes sollicitées comme

l'élue aux droits des femmes ou une gynécologue avaient accepté de participer à l'étude mais n'ont finalement pas pu donner suite à ma démarche.

Concernant les focus-groups avec les femmes, l'effet de groupe a été d'une part bénéfique pour la richesse des réponses mais d'un autre côté, les réponses se sont parfois dispersées et il n'était pas toujours aisé de recentrer le sujet. Il aurait peut-être été utile d'organiser des entretiens individuels avec certaines femmes.

#### 4.1.3. Biais de l'étude

Le diagnostic partagé avait pour objectif d'évaluer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Cela passait par le recueil des points de vue de différents acteurs permettant d'élaborer la triade besoins/demandes/réponses en termes d'actions de santé et de suivi de grossesse des femmes habitant les QPV. Ainsi, des thèmes ont pu être priorisés, permettant de dégager des pistes d'amélioration. La méthode qualitative a été judicieuse pour recueillir les freins et les leviers en matière de suivi de grossesse des femmes habitant les QPV.

Cette méthode présente cependant des biais :

- **Entretiens avec les personnels des centres sociaux** : les deux référentes-familles qui ont répondu aux entretiens semi-directifs, avaient accueilli auparavant les ateliers « Paroles de Femmes » organisés par l'école de sages-femmes de Metz. Ceci constituait un biais de sélection. Ces deux professionnelles étaient très impliquées dans l'information et l'accompagnement des femmes qui fréquentaient les centres sociaux, notamment en termes de santé génésique.

- **Interview des femmes** : les participantes du focus-group fréquentaient régulièrement le centre social Pioche de Metz-Sablon. Certaines avaient d'ailleurs déjà participé aux ateliers « Paroles de Femmes » au sujet de la santé génésique. Il y avait donc un biais de sélection dans le choix de ces femmes car toutes les femmes habitant les QPV ne fréquentaient pas le centre social.

De plus, ma formation de sage-femme pouvait introduire un biais d'animation par le fait que les femmes interrogées n'osaient pas critiquer ouvertement le suivi ou l'accompagnement mis en place par les professionnels lors de leur grossesse. Enfin, la réalisation de cette partie de l'étude exclusivement sous la forme de focus-group avait pu entraîner un effet de halo. La réponse d'une participante, ayant une forte personnalité au sein du groupe, pouvait influencer les jugements ou réponses des autres participantes.

- **Entretiens avec les élues et la sage-femme coordinatrice de la PMI** : concernant les élues municipales, un choix orienté en fonction de leur délégation avait été fait : la santé, la petite enfance et la Politique de la Ville. Ceci constituait un biais de sélection. De la même manière, le fait d'interroger la sage-femme coordinatrice de la PMI constituait un biais également, du fait de ses missions.

- **Entretiens avec les professionnels de la grossesse** : seuls les professionnels intéressés par le sujet ont accepté de répondre aux entretiens semi-directifs, ce qui a pu créer un biais lié au sujet à proprement dit. Il est à noter que les gynécologues libéraux et les médecins généralistes pouvant réaliser le suivi des grossesses n'ont pas été interrogés dans cette étude.

## 4.2. ANALYSE DES RESULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHESES

Les résultats du diagnostic partagé sont analysés dans cette partie et comparés à ceux obtenus lors d'une investigation commandée par l'Agence régionale santé d'Ile-de-France, dans le cadre du projet RéMI (réduction de la mortalité infantile, périnatale et néo-natale en Seine-Saint-Denis).

Ce projet a été initié au moment de l'élaboration du Plan régional de santé pour réduire la mortalité infantile et périnatale en Ile-de-France (2012-2017). L'Inserm a réalisé le volet épidémiologique de la recherche et l'Observatoire du Samu social de Paris, le volet socio-anthropologique. Celui-ci était centré sur la compréhension de la grossesse par les femmes en situation de précarité, et sur le repérage des difficultés rencontrées par les professionnels de santé. Un rapport synthétise les résultats des deux études, la première auprès de femmes enceintes en situation de précarité et la deuxième auprès des soignants et des travailleurs sociaux, qui étaient questionnés sur les problèmes auxquels ils pouvaient être confrontés en relation avec la précarité sociale de certaines patientes. [26]

### 4.2.1. Existence de freins au suivi de grossesse des femmes en situation de précarité ?

En interrogeant les référentes-familles, le constat d'un manque d'accès à la santé chez les femmes fréquentant les centres sociaux était établi. Pour elles, les femmes avaient peu d'informations sur la grossesse et son suivi. Il s'agissait souvent de femmes isolées, ce qui était à l'origine d'un déficit de connaissances au niveau du système administratif et médical. De leur côté, les femmes interrogées regrettaient cette absence d'information pendant leur grossesse notamment par rapport à la possibilité de réaliser des séances de préparation à la naissance incluant l'EPP, rarement évoqué.

Dans son rapport, l'Observatoire du Samu social insiste également sur les difficultés des femmes à répondre aux attentes des soignants et aux démarches administratives qui apparaissent au cours de la grossesse. Ces difficultés peuvent entraîner une forme de désorientation dans le parcours de soins. Dans un contexte de précarité, cette désorientation peut être accentuée lorsque des difficultés matérielles viennent s'ajouter aux contraintes qui pèsent sur le parcours de soins. [26]

De plus, lors des focus-groups, les femmes avaient fait part de leur désir de grossesse dans un projet de couple, cependant plusieurs grossesses avaient été inattendues ce qui était à l'origine d'un retard de prise en charge de la grossesse.

Chez les élues, il s'agissait surtout de frein géographique au niveau de l'agglomération messine car l'hôpital public, se situait à l'extérieur de la ville. Les accès étaient compliqués pour les femmes en situation de précarité, en termes de temps et de coût, spécifiquement déjà le prix du billet de Métro. Ceci était également regretté par les professionnelles hospitalières qui, malgré une prise en charge par la sécurité sociale, ne se voyaient pas proposer de la préparation à la naissance à certaines femmes déjà irrégulières dans leur suivi de grossesse. De plus, concernant les sages-femmes libérales, seul le bouche-à-oreille entre patientes fonctionnait. Toutes les femmes en situations de précarité n'avaient tout simplement pas la notion d'un possible suivi remboursé, en cabinet libéral.

Enfin, du point de vu de la PMI, les situations de précarité n'étaient pas toujours bien identifiées par les professionnels de la grossesse ou lorsqu'elles l'étaient, les liaisons étaient très chronophages et la qualité des liaisons était variable, ce qui empêchait l'accompagnement par les services de PMI.

**L'hypothèse H1, il existe des freins au suivi de grossesse chez les femmes en situation de précarité, est donc confirmée dans le cadre du diagnostic partagé.**

#### 4.2.2. Impact direct de la vulnérabilité des femmes sur la grossesse ?

Selon la sage-femme coordinatrice de la PMI, l'impact des vulnérabilités des femmes sur la grossesse était flagrant. Quand la précarité touchait le logement ou l'alimentation de la femme, elle agissait directement négativement sur sa santé et par conséquent sur la grossesse.

Cette affirmation est validée par le rapport du projet RéMI réalisé par l'Observatoire du Samu social de Paris. En effet, ce rapport confirme que les difficultés administratives ou matérielles peuvent venir interférer avec le suivi médical de la grossesse. L'absence de couverture sociale, même momentanée, associée à de faibles ressources monétaires, explique que l'on renonce à certains soins, quand d'autres problèmes sont plus urgents (comme se nourrir, se vêtir ou avoir un toit). [26]

De plus, certains professionnels de la grossesse, que ce soit en secteur libéral ou hospitalier rappelaient que les patientes en situation de précarité étaient plus à risque de pathologies obstétricales. En effet, les femmes avaient tendance à négliger leur propre santé et privilégier celle de leurs enfants. Elles étaient donc plus à risque de développer des pathologies chroniques. Mais également, en l'absence de dépistage précoce pendant la grossesse, des troubles comme l'hypertension ou le diabète n'étaient pas diagnostiqués ou trop tardivement.

Les référentes-familles confirmaient que ces femmes réalisaient peu de consultations de gynécologie préventive en temps normal et consultaient surtout lorsqu'un problème survenait. Elles avaient d'autres préoccupations qui entraînaient des difficultés à faire un suivi complet de leur grossesse. Une condition pourtant essentielle au dépistage de pathologies maternelles et infantiles.

Enfin, en interrogeant les femmes sur le caractère inattendu de la grossesse, celui-ci était souvent lié à un déficit d'information en matière de contraception. Une étude incluse dans le baromètre Santé Public 2016, concernant les grossesses non prévues, confirme cet élément marquant dans le discours des femmes du focus-group. Elle montre un taux plus important de déclarations de grossesses non prévues chez les jeunes femmes venant de milieux sociaux défavorisés. Un lien entre renoncement au soin, absence de couverture complémentaire et déclaration de grossesse non prévue a été fait. [27]

**L'hypothèse H2, la vulnérabilité des femmes a un impact direct sur le cours de la grossesse, est donc validée.** Cette vulnérabilité influençant même sa conception originelle.

#### 4.2.3. Consommation « de santé » chez les femmes plus importante lors de la grossesse ?

Les sages-femmes libérales interviewées déclaraient rencontrer les femmes en situation de précarité uniquement pendant la grossesse. Il y avait peu de suivi gynécologique de prévention chez ces femmes. On pouvait donc supposer que les femmes étaient plus consommatrices de « santé » pendant leur grossesse. Cependant, le suivi obstétrical était moins régulier que pour les autres femmes et les déclarations de grossesse étaient plus tardives selon les professionnels.

Du côté des femmes interrogées, la grossesse était très importante dans leur vie. Lorsqu'une grossesse survient, un bébé entre dans la balance et les femmes sont plus vigilantes vis-à-vis de leur santé. Le moment de la grossesse semble donc idéal pour faire passer des messages de promotion de la santé.

**L'hypothèse H3, les femmes consomment plus de « santé » lors de leur grossesse, est donc à nuancer d'après le diagnostic partagé.**

4.2.4. Prise en charge adaptée par les professionnels lors de l'association grossesse et précarité ?

Dans l'étude qualitative auprès des femmes, celles-ci avaient généralement un bon vécu de leur grossesse. Elles se jugeaient satisfaites du suivi médical mis en place par le professionnel. Une relation de confiance s'était établie, le suivi était rassurant pour elles.

Néanmoins, concernant l'accompagnement et les questions non médicales, certaines femmes se tournaient vers leur entourage, ne bénéficiant pas de l'écoute qu'elles auraient souhaité. Cet aspect était retrouvé dans l'étude auprès des femmes interrogées lors du projet RÉMI. En effet, il existe une désynchronisation entre les questions des patientes et les réponses institutionnelles. Dans ces conditions, il est nécessaire de disposer d'un entourage de proches expérimentées, ou au moins d'être inscrite dans un milieu de sociabilité féminine, au centre social par exemple. Ces proches constituent des ressources précieuses pour les futures mères. [26]

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité très peu réalisées chez les femmes en situation de précarité pourraient également être une alternative pour palier à ce déficit d'information ressenti par les femmes.

Du côté des professionnels de la grossesse interrogés lors des entretiens semi-directifs, des difficultés ont été évoquées par rapport au suivi des femmes en situation de précarité qui n'honoraient pas leur RDV. La notion de précarité était systématiquement évaluée lors de l'anamnèse ou l'EPP mais celle-ci n'était pas toujours évidente à déceler. Les professionnelles se jugeaient plus vigilantes et plus à l'écoute dans l'accompagnement des femmes en situation de précarité. Néanmoins, elles se trouvaient limitées dans l'aide qu'elles pouvaient apporter malgré la collaboration avec des acteurs médico-sociaux.

Les liaisons avec la PMI étaient généralement réalisées par les professionnels de la grossesse mais pouvaient être améliorées selon la sage-femme coordinatrice. Ceci est confirmé par l'Observatoire du Samu social qui met en évidence une absence de circuits formels d'orientation dans le parcours *« Ces parcours sont mal modélisés. Selon toute vraisemblance, faciliter la tâche d'information et d'orientation, en incluant les professionnels libéraux, éviterait des efforts inutiles et décourageants à tous. Mais le temps d'organisation pour « faire réseau » n'est pas valorisé dans les centres socio-sanitaires. En conséquence, construire ou non les réseaux de proximité dépend assez directement des professionnels impliqués et de leurs motivations »*.

**L'hypothèse H4, les professionnels ont une prise en charge adaptée lors de l'association grossesse et précarité, est donc infirmée. La prise en charge peut encore être améliorée d'après les résultats du diagnostic partagé.**

#### 4.2.5. Volonté politique d'améliorer le suivi de grossesse ?

Au niveau politique, la santé des femmes est un thème prioritaire à Metz. En effet, c'est en créant les délégations « Santé, Prévention sanitaire et Développement Social » et « Mission Ville pour Tous » que la municipalité s'est investie dans la santé des messins et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Dans le contrat local de santé 2017/2020 mis en place sur le territoire, les acteurs locaux ont établi en toutes concertations, la santé génésique et les violences faites aux femmes comme sujets prioritaires.

Le CLS disposait également d'un axe consacré à la grossesse chez les femmes en situation de précarité. Cet axe n'a été que très peu développé au cours de ce mandat mais l'élue à la santé souhaitait que cette thématique puisse être poursuivie par son successeur. Le diagnostic partagé sur le suivi de grossesse des femmes habitant les QPV pourrait servir de base à ce nouveau projet au sein du CLS 2020-2023.

Du côté de la petite enfance, l'élue promouvait la mise en application du Plan des 1000 jours à Metz afin d'accompagner au mieux les mamans en difficultés à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'aux 2 ans de l'enfant.

**L'hypothèse H5, il existe une volonté politique d'améliorer le suivi de grossesse chez les femmes en situation de précarité, est donc confirmée dans le cadre du diagnostic partagé.**

### 4.3. OUVERTURE ET ROLE DE LA SAGE-FEMME

#### 4.3.1. Centre social et référent-familles

Le centre social est un lieu de proximité, ouvert à l'ensemble des habitants d'un quartier. Il offre différents services, activités et animations à finalité sociale. Ce lieu d'échange et de rencontre a une place importante au sein des QPV et se développe grâce au projet social élaboré par et avec les habitants. Les familles ont donc un rôle déterminant dans l'animation et la construction du projet.

Le centre social repose sur l'accueil attentif de tous et particulièrement des personnes ou familles vulnérables du fait de difficultés sociales, économiques ou éducatives. Il favorise la mixité culturelle et sociale, qui est une richesse pour tous.

Le référent-familles a une place privilégiée au sein du centre social. Son but est de faire s'impliquer les habitants du quartier dans la vie du centre et de les rendre acteurs de la vie de quartier. Son rôle est de proposer aux habitants et notamment aux familles des activités culturelles et sportives. Dans le choix des thématiques travaillées par les 2 référentes-familles interrogées, la santé en faisait partie intégrante. Les femmes représentent un public majoritaire au sein du centre. Elles viennent régulièrement pour retrouver du lien social avec d'autres habitantes et la référente-familles.

Intervenir au sein du centre social permet d'aller à la rencontre de ces femmes afin d'améliorer leurs connaissances sur leurs droits, sur leur santé dans sa globalité et plus particulièrement sur la santé génésique. Il est ainsi possible d'aborder avec elles, les thèmes de la grossesse, de son suivi et de la contraception afin qu'elles puissent faire leurs propres choix. Ce lieu est un endroit privilégié pour mener des actions d'information et de promotion de la santé.

#### 4.3.2. Rôle de la sage-femme

Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. Elle assure le suivi et la surveillance médicale de la grossesse.

De plus, elle propose et réalise les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, incluant l'entretien prénatal précoce. La sage-femme est donc en première ligne pour dépister les situations de précarité auprès des patientes lors des consultations de grossesse ou lors de l'EPP.

En interrogeant les femmes qui habitaient dans les QPV, la majorité d'entre elles avaient été suivies pour leurs grossesses par un gynécologue. Leur médecin généraliste les avait directement orientées vers celui-ci à la découverte de la grossesse. Peu de femmes avaient été informées de la possibilité de réaliser la préparation à la naissance avec une sage-femme, en parallèle du suivi médical de leur gynécologue. Ceci était un manque à gagner dans la prise en charge globale de leur grossesse et notamment dans le dépistage de leurs éventuelles difficultés.

En effet, le travail en réseau est un véritable renfort pour accompagner au mieux les femmes en situation de précarité. Il faut continuer à développer les liens entre professionnels, afin de proposer une prise en charge globale individualisée et faciliter l'accès aux droits et aux soins.

La promotion des compétences de la sage-femme est à souligner afin que la sage-femme devienne le professionnel de premier recours dans le cadre du suivi d'une grossesse physiologique. Cela est à faire connaître auprès de cette population.

#### 4.3.3. Perspective d'amélioration de la prise en charge des femmes habitant les QPV de Metz, pendant la grossesse

Le diagnostic partagé permet de dégager des pistes d'amélioration dans la prise en charge de la grossesse chez les femmes en situation de précarité. En interrogeant les femmes habitant les QPV, les référentes-familles, les élues à la politique de Metz, la coordinatrice de PMI et les professionnels de la grossesse, cette étude a fait ressortir des items à prioriser dans une optique de progression de la prise en charge des femmes enceintes, habitant les QPV de Metz.

**Tableau 4 : Axes à investir afin de concevoir un projet d'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité à partir du diagnostic partagé réalisé chez les femmes habitant les QPV de Metz en 2019/2020**

Items santé femme Et suivi de grossesse	Référents-familles	Femmes	Elus	PMI	Sages-femmes libérales	Professionnels hospitaliers
Améliorer les connaissances des femmes sur le suivi de grossesse						
Proposer la préparation à la naissance et à la parentalité à toutes les femmes						
Renforcer et proposer systématiquement l'EPP (obligatoire depuis 01/05/2020) (6)						
Améliorer les connaissances des femmes sur l'accès aux soins						
Améliorer les connaissances sur les droits des femmes et discrimination liées au genre						
Améliorer les connaissances des professionnels relatives aux réseaux de soins et aux rôles de chacun						
Renforcer les liaisons entre professionnels						
Participation des professionnels (et patientes) aux staffs médico-psycho-sociaux les concernant						
Former les professionnels sur le dépistage des violences faites aux femmes						
Améliorer la prévention gynécologique des femmes						
Améliorer les connaissances en matière de contraception des femmes						
Améliorer l'accès à la contraception pour toutes les femmes						

**Légende :**

-  : pas de problème ou sujet non abordé
-  : problème repéré, envie mitigée de réaliser des actions
-  : problème important, forte envie de réaliser des actions

# CONCLUSION

La précarité a un retentissement sur la santé des femmes et notamment sur la santé des femmes enceintes, qui n'est plus à prouver aujourd'hui. Le suivi de grossesse chez les femmes habitant les QPV est fortement impacté. La promotion de la santé doit toucher ces femmes par des actions organisées en leur faveur et en collaboration avec elles, afin d'améliorer leurs compétences psycho-sociales. La participation des femmes au diagnostic partagé a permis de prendre en compte leurs demandes et leurs besoins en lien avec les solutions apportées par les autres acteurs. L'amélioration de la santé des femmes en situation de précarité ainsi que la prise en charge de leur grossesse est une problématique majeure de santé publique.

La participation des professionnels intéressés par la thématique « grossesse et précarité » a permis de faire le point sur le dépistage et la prise en charge en réseau des femmes enceintes en situation précaire sur le territoire messin. Dans le contexte de la périnatalité, améliorer la prise en charge de la grossesse chez ces femmes possède un double enjeu : la protection de la mère et de l'enfant. Les acteurs de PMI ont un rôle à jouer.

Avec la réduction de la durée de séjour en maternité, le temps pour dépister les éventuelles difficultés présentes et futures, se réduit autour de la naissance. Il est important d'organiser le repérage puis l'accompagnement des situations de précarité le plus tôt possible au cours de la grossesse. Les professionnels qui suivent les grossesses sont en première ligne du dépistage.

Des pistes d'amélioration relatives au suivi de grossesse ont pu être élaborées en prenant en compte les avis des différents spécialistes. Une meilleure collaboration entre les acteurs lorsqu'une situation est dépistée, le renforcement d'un suivi personnalisé avec des liaisons de qualité effectuées en accord et avec la participation de la femme, un annuaire regroupant les contacts des professionnels utiles et enfin, la priorisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité chez les femmes en situations de précarité sont des points clés à perfectionner.

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2020, un nouvel article de loi est entré en vigueur, rendant l'entretien prénatal précoce obligatoire pour toutes les femmes à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse. Le message politique est clair. Par cet entretien, il s'agit de repérer précocement les problématiques médico-psycho-sociales de la femme enceinte, en évaluant ses besoins au cours de la grossesse et en l'orientant vers d'autres professionnels, si nécessaire.

Enfin, avec la crise du Covid-19, l'accompagnement et le suivi mis en place lors de la grossesse ont été réduits. Pourtant, la précarité financière, l'isolement des femmes et des familles, ainsi que les violences conjugales se sont accentués du fait des mesures de confinement. Des consultations de suivi de grossesse ont pu être maintenues en présentiel et d'autres ont été réalisées à distance en visioconférence pendant cette période. Certaines femmes, inquiétées par le virus et peu touchées par les messages de santé publique ont subitement cessé tout suivi. Cette crise sanitaire exceptionnelle a renforcé les inégalités sociales sur le territoire et notamment en matière de santé.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Mai 2017 ; 124. [en ligne]. (Consulté le 12/02/2019); Disponible sur : [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_la\\_sante\\_et\\_l\\_acces\\_aux\\_soins\\_une\\_urgence\\_pour\\_les\\_femmes\\_en\\_situation\\_de\\_prekarite\\_2017\\_05\\_29\\_vf.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf.pdf)
- [2] DREES, Santé Publique France. L'état de santé de la population, rapport 2017. 2017.[en ligne].(Consulté le 04/09/2019) ; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- [3] Eckert H. « Précarité » dites-vous ?. SociologieS. Sept 2010 ; 15. [en ligne]. (consulté le 04/09/2019) ; Disponible sur : <http://journals.openedition.org/sociologies/3285>
- [4] Dictionnaire Larousse. 2019. [en ligne]. (Consulté le 04/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295?q=pr%C3%A9caire#62587>
- [5] De Peretti G. Précaire : une catégorie instable et fragile. Empan. 2005 ; 4 (60) : 14-23.
- [6] Wresinski J. Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». Journal Officiel de la République Française. Fév 1987. 6 : 6-7.
- [7] Haut Conseil de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : ENSP ; 1998.
- [8] Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M et al. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod . Elsevier Masson. 2005 ; 34(1) : 23-32.
- [9] Tudrej B. Précarité : analyse d'un concept.[mémoire]. Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale. Université René Descartes Paris V. 2007 ; 50p.
- [10] DREES. Santé Publique France. En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes. Etudes et résultats. Oct 2019 ; 1127 :2.[en ligne].(Consulté le 21/02/2020) ; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1127.pdf>
- [11] Ministère des solidarités et de la santé. Enquête nationale périnatale (rapport 2016). Oct 2017 [en ligne]. (Consulté le 12/01/2019) ; Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
- [12] Convers M. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. La revue de la Sage-femme. Elsevier Masson. 2009. 9 : 3-9 ; [en ligne]. (Consulté le 16/01/2019) ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S163740880900217X>
- [13] Le Méner E. L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes. La santé en action. Sept 2016 ; 437 :26-7.

- [14] Testenoire A. Les femmes sans jeunesse, des mères précoces ?. In : Bidart C. Devenir adulte aujourd'hui, perspectives internationales. Paris : L'Harmattan ; 2006. p.181-94.
- [15] Article L2122-1 du code de la santé publique. Legifrance [en ligne]. (Consulté le 27/01/2019) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687381&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [16] Direction de l'information légale et administrative. Qu'est ce que la protection universelle maladie. Juin 2017 [en ligne]. (Consulté le 27/01/2019) ; Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
- [17] Article L6112-6 du Code de la Santé Publique. Legifrance [en ligne]. (Consulté le 02 /09/2019) ; Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FB6B7C7053F9D17DB53D460AFC92421D.tpdjo04v\\_2?idArticle=LEGIARTI000006690692&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090611](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FB6B7C7053F9D17DB53D460AFC92421D.tpdjo04v_2?idArticle=LEGIARTI000006690692&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090611)
- [18] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2016 [en ligne]. (Consulté le 16/01/2019) ; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_orientation\\_femmes\\_enceintes\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)
- [19] Jabot F, Laurent A. Les contrats locaux de santé en quête de sens. Santé publique. Fév 2018 ; 30 : 155-6.
- [20] Ville de Metz. Contrat Local de Santé du territoire messin 2017-2020. 2017 ; 15.[en ligne]. (Consulté le 09/02/2019) ; Disponible sur : [https://metz.fr/fichiers/2017/11/07/ Metz\\_CLS\\_BD\\_planches\\_F1.pdf](https://metz.fr/fichiers/2017/11/07/ Metz_CLS_BD_planches_F1.pdf)
- [21] Article L2112-2 du Code de la santé publique. Legifrance [en ligne]. (Consulté le 22/01/2020) ; Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7615D47215FAC88F9385719569E762CE.tplgr41s\\_2?idArticle=LEGIARTI000017841378&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7615D47215FAC88F9385719569E762CE.tplgr41s_2?idArticle=LEGIARTI000017841378&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090301)
- [22] Colombo MC. Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants. Enfance & Psy. 2013 ; 60 (3) : 91-101.
- [23] Coordination Périnatale du Grand Est. Organisation des RC3P Grand Est. Juil 2018 ; [en ligne]. (Consulté le 22/01/2020) ; Disponible sur : [file:///C:/Users/chlo%C3%A9/Downloads/RCP%20P%C3%A9rinalit%C3%A9%20\\_GE\\_cadrage%20process%20et%20%C3%A9valuation%2003-07-2018-VF%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/chlo%C3%A9/Downloads/RCP%20P%C3%A9rinalit%C3%A9%20_GE_cadrage%20process%20et%20%C3%A9valuation%2003-07-2018-VF%20(2).pdf)
- [24] Article R4127-336 du Code de la santé publique. Legifrance [en ligne]. (Consulté le 27/08/19) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913137&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
- [25] Puech F, Barnu P, Bas F et al. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Guide CNNSE. 2014.

[26] Berrocal R, Le Méner E. La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet REMI. Observatoire du Samusocial de Paris. Oct 2018 ; [en ligne]. (consulté le 15/05/20) ; Disponible sur : [https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/rapport\\_remi.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/rapport_remi.pdf)

[27] Lesage A, Feron V, Laborde C et al. Grossesses non prévues en Ile-de-France. Baromètre de santé publique France 2016. Juin 2019.

# ANNEXES

**Annexe 1** : Les compétences psycho-sociales

**Annexe 2** : Communication relative au CLS de Metz et notamment à l'action « Paroles de femmes » au sein des centres sociaux

**Annexe 3** : Carte des QPV de Metz tirée du Diagnostic de Territoire de Metz-Métropole

**Annexe 4** : Score EPICES tiré de la fiche explicative 2019 de l'ARS Nouvelle Aquitaine

**Annexe 5** : Guides d'entretiens

**Annexe 6** : Nouvel article de loi français rendant l'EPP obligatoire pour toutes les femmes enceintes

# ANNEXE I

Les compétences psychosociales (extrait de La santé en action n° 431, mars 2015, p13)

## COMPÉTENCES SOCIALES, COGNITIVES, ÉMOTIONNELLES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
<b>Compétences de communication verbale et non verbale</b> : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	<b>Compétences de prise de décision</b> et de résolution de problème.	<b>Compétences de régulation émotionnelle</b> : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes.
<b>L'empathie</b> , c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.	<b>Pensée critique et l'auto-évaluation</b> qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.	<b>Compétences de gestion du stress</b> qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
<b>Capacités de résistance et de négociation</b> : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		<b>Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation</b> qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
<b>Compétences de coopération</b> et de collaboration en groupe.		
<b>Compétences de plaidoyer</b> qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

# ANNEXE II

## Communication relative au Contrat Local de Santé de Metz 2017/2020 et notamment à l'action « Paroles de femmes » au sein des centres sociaux

LES 6 AXES STRATÉGIQUES

# 02.

## AGIR POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ne sont pas épargnées par les grands défis de santé publique auxquels fait face notre société (tabac, alcool, maladies chroniques...). Elles doivent également relever des défis spécifiques : accès à la contraception, à l'IVG, grossesse et périnatalité, stress, anxiété, renoncement aux soins, violences, sexisme, etc. Les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes et déclarent plus de maladies. Elles ont un taux de renoncement aux soins pour des raisons financières plus important.

À Metz, dans le cadre du diagnostic local de santé et de l'élaboration du CLS, les acteurs locaux ont priorisé la santé génésique-sexualité-vie affective et les violences faites aux femmes comme les enjeux prioritaires de notre territoire.

Les constats recueillis auprès des acteurs du territoire et des femmes font état d'un manque de connaissances et de difficultés d'accès aux soins en matière de santé génésique (reproductive et sexuelle). La précarité éducative concernant la santé génésique est perçue comme un facteur aggravant fortement la santé des femmes.

Les violences subies par les femmes sont également l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé. En 2010, la lutte contre les violences faites aux femmes est promue grande cause nationale. La Moselle se positionne dans les 5 premiers départements concernant les morts violentes au sein du couple.

Au cours des réunions du groupe de travail « santé des femmes », il a été mis en exergue le besoin d'outiller et de former les professionnels de santé et les travailleurs sociaux et la nécessité d'offrir aux victimes de violences une prise en charge adaptée et globale sur le territoire. À l'heure actuelle, l'AIEM avec son lieu d'accueil informelles assure l'accompagnement de ces femmes victimes de violences dans ses locaux domiciliés à Metz centre.

La Ville de Metz souhaite contribuer à la réduction des inégalités de santé entre les femmes et les hommes s'inscrivant ainsi dans la loi de modernisation de notre système de santé.



## OBJECTIF 1

### DÉVELOPPER LES CONDITIONS PROPICES À L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS FAVORABLES EN MATIÈRE DE SANTÉ GÉNÉSIQUE, DE SEXUALITÉ ET DE VIE AFFECTIVE

#### ACTION PHARE : Paroles de femmes

- Principaux partenaires: école de Sages-femmes du CHR de Metz-Thionville, centres sociaux de la ville de Metz, atelier Santé Ville de Metz
- Public cible: toutes les femmes messines volontaires, groupe de 12 à 15 personnes par centre social

#### Enjeux

- Améliorer la connaissance des femmes sur la santé génésique, la contraception, le consentement et la sexualité.
- Améliorer l'accès aux soins, au dépistage et à la prévention.
- Accompagner les mères dans l'éducation des enfants en matière d'anatomie et de physiologie.

#### Contenu et déroulement

Un cycle de 4 séances de 2 heures d'information-prévention pour un groupe de femmes volontaires est proposé au sein des centres sociaux sous la forme d'un « café klatch ».

Le contenu de ces séances est co-construit avec les femmes et la référente famille du centre social.

Ces séances sont animées par des étudiantes sages-femmes et leur formatrice, préalablement formées et préparées à ces actions d'éducation pour la santé.

À la fin de chaque séance collective, des temps d'échanges individuels relatifs aux questions de sexualité (sexualité, anatomie/physiologie, contraception, IVG, infections sexuellement transmissibles) et de santé génésique sont proposés.





# ANNEXE IV

Score EPICES tirée de la fiche explicative 2019 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

## Le score EPICES

L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie

EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. L'intérêt principal du score EPICES consiste à appréhender des populations qui tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité présentent les mêmes risques en matière de santé.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examen de santé (CES) financés par l'Assurance maladie, du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité :

- le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé,
- le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

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

Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices: un score individuel de précarité.

Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH 14-93-96, 2006

Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé publique 18-513-522, 2006

Bihan H, Silvana L, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association between individual deprivation, glycemic control and diabetic complication - The EPICES score. Diabetes Care 28:2680-2685, 2005

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions  
EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

1. La réponse à la question est oui pour les bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)



Information · Prévention · Santé

# Utilisation simplifiée

## de l'outil EPICES pour le repérage de la vulnérabilité sociale

La pertinence du seuil de 30,17 pour repérer les personnes vulnérables quelque soit la tranche d'âge considérée a été montrée à partir de l'analyse de plusieurs sources de données, y compris des données issues de la population générale (« Quelle adaptation du score EPICES pour les publics jeunes et seniors », rapport Cetaf, 2010).

Le repérage de la vulnérabilité sociale avec la valeur seuil de 30,17 nécessite que les 11 questions du score soient renseignées ainsi que le calcul du score à partir des réponses aux 11 questions. Dans certaines situations de repérage (Accueil CPAM, service de santé au travail...), il est difficile de déterminer immédiatement la valeur du score EPICES.

Les résultats obtenus à partir des données 2002-2005 issues des CES et dans un échantillon représentatif des ménages français Enquête sur la Santé et la Protection Sociale – ESPS – vague 2008, montrent que l'on peut

avec de très bonnes spécificité et sensibilité utiliser le nombre de réponses défavorables aux 11 questions du score EPICES pour identifier les personnes vulnérables selon le seuil de 30,17.

Ainsi peuvent être considérées, en première intention, comme vulnérables selon EPICES (seuil de 30,17) les personnes ayant au moins 4 réponses défavorables aux questions EPICES (se référer page suivante pour le calcul du nombre de réponses défavorables).

Cette méthode de repérage a déjà été utilisée dans le cadre du dispositif expérimental entres services de santé au travail et CES pour la promotion de l'examen de santé auprès des travailleurs vulnérables (expérimentation Premtes) et par les agents accueil de la CPAM d'Alès.

Il est important de s'assurer du respect de la confidentialité lors du recueil du score\*.

**Tableau 1 :** Pouvoir discriminant du nombre de réponses défavorables vis-à-vis de la vulnérabilité sociale selon EPICES (seuil de 30,17) - Données IRDES 2008 – Enquête sur la Santé et la Protection Sociale – ESPS

	Effectifs	Aire sous la courbe et IC95%	≥ 4 réponses défavorables	
			Sensibilité	Spécificité
Tous	10724	0,986 [0,984-0,987]	0,949	0,957
18-25 ans	1253	0,979 [0,972-0,985]	0,913	0,985
26-59 ans	6717	0,989 [0,988-0,991]	0,944	0,974
≥ 60 ans	2754	0,983 [0,979-0,986]	0,982	0,906

**Tableau 2 :** Calcul du nombre de réponses défavorables

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

**≥ 4 réponses précaires/défavorables (codées 1) = Situation de vulnérabilité sociale**

\* Cette méthode simplifiée, utile pour un repérage en première intention, ne constitue pas la méthode à retenir pour l'évaluation de la fragilité selon Epices mesurée a postériori dans les CES (mesure retenue pour les indicateurs remontés à la Cnamts).

# ANNEXE V

## Guides d'entretiens semi-directifs avec les référents-familles, les élus municipaux, les personnels médicaux (sages-femmes, gynécologues) et la sage-femme de PMI

- Présentation commune aux différentes catégories interrogées lors du diagnostic partagé.

Bonjour, je m'appelle Chloé Cellier, je suis étudiante en cinquième année à l'école de sage-femme du CHR Metz-Thionville. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un diagnostic partagé sur la prise en charge des femmes habitant les QPV lors de la grossesse.

Cet entretien se base sur le volontariat, vous n'êtes pas obligé de répondre et tout ce qui sera dit restera anonyme. M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien ?

Je vous remercie d'avance pour votre participation et votre aide.

Merci à vous de vous présenter en indiquant votre âge, votre profession et votre parcours professionnel.

### ➤ **Référents-familles :**

- Comment définissez-vous la précarité ? (précarité familiale)
- Quels sont pour vous les liens entre précarité et santé ? Et maternité ?
- Quel est le rapport des femmes fréquentant le centre social vis à vis de leur santé ? Leur rapport à la maternité ?
- En quoi consiste votre travail au sein du centre social ? Quels professionnels y interviennent ?
- Quels types d'actions organisez-vous dans le centre relatives aux femmes ? Aux les femmes enceintes ?
- Quelles populations sollicitent et fréquentent le centre ?
- Avez-vous des besoins au sein du centre social relatif à la maternité, la santé de la femme, la grossesse ? Si oui, lesquels ?
- Votre vision par rapport aux femmes en situation de précarité a-t-elle évolué au cours de votre carrière, si oui de quelle manière ?
- Quel est votre regard par rapport à la PMI ? Avez-vous des liens ?

### ➤ **Elus municipaux :**

- Comment définissez-vous la précarité ? (précarité familiale) Le dépistage ?
- Quels sont pour vous les liens entre précarité et santé ? Et maternité ?
- Quel lien avez-vous avec la PMI concernant les femmes enceintes ?
- Quels sont les outils de lutte contre les inégalités sociales de santé mis en place sur le territoire messin ?
- Quels sont les freins et les leviers pour mener une politique municipale de promotion de la santé périnatale ?

➤ **Personnels médicaux :**

- Comment définissez-vous la précarité ?
- Quels sont pour vous les liens entre précarité et santé ? Et maternité ?
- Lors de vos consultations, qu'est ce qui vous fait penser qu'une patiente est en situation précaire ? (vous arrive-t-il d'amener le sujet avec vos patientes? Si oui, comment ? Utilisez-vous des grilles d'évaluation ?)
- Que pensez-vous de l'EPP dont l'un des objectifs principaux est de repérer les situations de vulnérabilité ?
- Quelle situation concrète pouvez-vous développer?
- Comment prenez- vous en charge ces patientes ? (Difficultés spécifiques ? modifiez vous votre PEC ? Recours à d'autres professionnels ?)
- Votre vision sur les femmes en situation de précarité a-t-elle évolué au cours de votre carrière, si oui de quelle manière ?
- Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge des femmes en situation de précarité à METZ ?

➤ **Sage-femme de PMI :**

- Comment définissez-vous la précarité ?
- Quels sont pour vous les liens entre précarité et santé ? Et maternité ?
- Quel est le rôle de la PMI ?
- Comment abordez-vous les difficultés avec les femmes ? Utilisez-vous des grilles d'évaluation ?
- Que pensez-vous de l'EPP dont l'un des objectifs principaux est de repérer les situations de vulnérabilité psycho-sociale?
- Comment prenez- vous en charge ces patientes ?
- Votre vision sur les femmes en situation de précarité a-t-elle évolué au cours de votre carrière, si oui de quelle manière ?
- Quels sont les freins et les leviers pour la mise en place d'actions de promotion de la santé périnatale ? Et les financements ?
- Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité à METZ ?

**Guide des Focus Group avec les femmes habitant les QPV de Metz:**

Bonjour, je m'appelle Chloé Cellier, je suis étudiante en cinquième année à l'école de sage-femme du CHR Metz-Thionville. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un diagnostic partagé sur la prise en charge des femmes enceintes habitant les QPV. C'est pour cela que j'ai besoin de votre aide pour connaître votre vécu, l'accompagnement mis en place par les professionnels lors de votre/vos grossesses.

Cet entretien se base sur le volontariat, vous n'êtes pas obligée de répondre et tout ce qui sera dit restera anonyme. M'autorisez-vous à enregistrer notre réunion ?

Merci de vous présenter en indiquant votre âge, si vous êtes en couple/mariée/pacsée/ célibataire, si vous avez des enfants, si vous travaillez et vos origines.

- Selon vous, quelle place a la grossesse dans la vie d'une femme ? Quelle importance accordez-vous à cette période de votre vie ? Qu'apporte le fait de devenir maman ?
- Pour chacune, y'avait-il un désir de grossesse ? (projet de grossesse)
- Avez-vous été suivi par une sage-femme ou un médecin lors de votre/vos grossesses ? (examens cliniques, bilans sanguins, échographies, ...)
- Quelles étaient vos relations avec la personne qui a suivi la grossesse ?
- Quel est le rôle de la sage-femme ou du gynécologue lors de la grossesse, selon vous ?
- Avez-vous réalisé des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme ? Sous quelle forme ? Avez-vous réalisé un entretien prénatal précoce?
- Quel a été votre ressenti par rapport au suivi de grossesse ? (accès, écoute, difficultés éventuelles)
- Comment parleriez-vous du vécu de votre accouchement ? péridurale ? Allaitement ?
- Comment les professionnels rencontrés ont-ils évoqué avec vous la contraception avant, pendant et après la grossesse ?
- En quoi parler du cours de la grossesse avec les professionnels a été une aide pour vous ? Vous êtes-vous sentie accompagnée, aidée par les professionnels ?
- Y'avait-il des sujets que vous auriez souhaité que les professionnels abordent avec vous pendant votre grossesse, avant l'accouchement ?
- Quels autres professionnels avez-vous rencontré pendant la grossesse ? (assistante sociale, puéricultrice/sage-femme de PMI, psychologue,...)
- De quoi n'avons-nous pas parlé et qui vous tiendrait à cœur ?

Je vous remercie de votre participation.

# ANNEXE VI

## Nouvel article de loi français rendant l'EPP obligatoire pour toutes les femmes enceintes

APRÈS ART. 41

N° 1963 (Rect)

### ASSEMBLÉE NATIONALE

18 octobre 2019

---

PLFSS POUR 2020 - (N° 2296)

Commission	
Gouvernement	

Adopté

### AMENDEMENT

N ° 1963 (Rect)

présenté par  
le Gouvernement

-----

#### ARTICLE ADDITIONNEL

**APRÈS L'ARTICLE 41, insérer l'article suivant:**

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 4° de l'article L. 2112-2, les mots : « d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, » sont remplacés par les mots : « de l'entretien prénatal précoce obligatoire » ;

2° L'article L. 2122-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme informe la femme enceinte de l'existence de l'entretien prénatal précoce obligatoire mentionné au dernier alinéa » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'entretien prénatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée. L'objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d'évaluer, avec la femme enceinte, ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse. » ;

II. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2020. »

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rendre obligatoire l'entretien prénatal précoce.

---

Cet entretien a pour objectif de permettre au professionnel de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales de la femme enceinte, d'évaluer les besoins de celle-ci en termes d'accompagnement au cours de la grossesse et de l'orienter si nécessaire vers le professionnel compétent. Il a ainsi pour objectif de protéger l'enfant à naître en le préservant des difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourrait découler de l'état de vulnérabilité. Il a donc vocation à remplir un rôle essentiel dans l'accompagnement des femmes enceintes.

Cet entretien prénatal précoce est réalisé, dès lors que la grossesse a été déclarée, par le médecin ou la sage-femme, en ville, en PMI ou en établissement de santé.

Les textes en vigueur prévoient que cet entretien est proposé systématiquement aux femmes enceintes par les professionnels en charge de sa réalisation.

Cependant, cet entretien prénatal précoce est insuffisamment réalisé. En effet, selon l'enquête nationale périnatale 2016, seules 28,5 % des femmes déclaraient en avoir eu un.

Au regard des enjeux fondamentaux, notamment de protection de l'enfance, il est nécessaire de renforcer sa réalisation en le rendant obligatoire et en l'incluant ainsi dans le parcours de grossesse, à l'instar des sept consultations prénatales actuellement obligatoires.



## SANTE, GROSSESSE ET PRECARITE

Diagnostic partagé spécifique à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité habitant les Quartiers Politique de la Ville de Metz en 2019/2020

### Résumé

**Introduction :** En France, la précarité touche majoritairement les femmes. Elle impacte leur santé et la grossesse. Le dépistage des situations de précarité est délicat. Le suivi médical de la grossesse est complexe. Les professionnels de santé sont démunis face à la vulnérabilité des femmes. Il s'agit d'étudier la prise en charge des femmes en situation de précarité, habitant les Quartiers Politique de la ville (QPV) de Metz, pendant leur grossesse.

**Méthode :** Un diagnostic partagé a été réalisé. Il s'agissait d'une étude qualitative, observationnelle, à visée diagnostique, évaluative et comparative, par focus group auprès des femmes habitant les QPV et par entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs : les référents-familles, les élus, la Protection maternelle et infantile (PMI) et les professionnels médicaux. L'étude s'est déroulée à Metz de décembre 2019 à avril 2020.

**Résultats :** Les femmes habitant les QPV étaient peu investies dans leur santé. Néanmoins, la grossesse était importante pour elles. L'étude a révélé un déficit d'information concernant le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et l'entretien prénatal précoce (EPP). Les élus avaient établi des outils de lutte contre les inégalités sociales de santé sur le territoire. Les référents-familles organisaient des actions en faveur des femmes dans les centres sociaux. Les sages-femmes avaient des difficultés pour dépister et suivre les grossesses des femmes en situation de précarité. Elles utilisaient leur anamnèse et l'EPP pour réaliser le dépistage. Le suivi médical de la grossesse était identique pour toutes les patientes. L'accompagnement des femmes était renforcé. Des liaisons avec les travailleurs sociaux et la PMI étaient réalisées.

**Conclusion :** La précarité a des répercussions sur le suivi de grossesse des femmes habitant les QPV. Les actions de promotion de la santé devraient être poursuivies dans les centres sociaux afin d'améliorer les compétences psychosociales des femmes. Les sages-femmes sont en première ligne du dépistage de la précarité. Une meilleure collaboration entre tous les acteurs est souhaitée.

**Mots clés :** précarité – santé – grossesse – sage-femme – diagnostic partagé

### Abstract

**Introduction:** In France, precariousness mainly affects women. It impacts their health and pregnancy. Screening for precarious situations is tricky. The medical follow-up of pregnancy is complicated. Health professionals are resourceless for women's vulnerability. The aim is to study the pregnancy care of precarious pregnant women, who live in the Urban Policy District of Metz.

**Method:** A shared diagnosis was achieved. This was a qualitative, observational, diagnostic, evaluative and comparative study, by focus group with women living in the Urban Policy District and by semi-structured interviews with different actors: social centers employees, municipal representatives, Maternal and Child Health centers (MCH) and medical professionals. The study took place from December 2019 to April 2020 in Metz.

**Results:** Women living in the Urban Policy District were not very involved in their health. Yet, pregnancy was important for them. The study disclosed a lack of information about pregnancy follow-up, childbirth education and early prenatal interview (EPI). Municipal representatives achieved tools to fight social health inequalities. Social centers employees organized actions for women in social centers. Midwives had difficulty detecting and following up precarious women's pregnancies. They used anamnesis and EPI to screen vulnerability. The medical follow up was the same for every patient. The women's support was strengthened. Connections with mother-and-child protection centers and social workers were made.

**Discussion:** Precariousness has repercussion on pregnancy follow up of women living in the Urban Policy District. Health promotion measures should be continued in social centers to improve women's psychosocial skills. Midwives are the primary actors to detect precariousness. Better collaboration is wanted between all actors of pregnancy.

**Key words :** precariousness – health – pregnancy – midwife – shared diagnosis