

**LA PROXIMITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DES FEMMES
ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ**



Animatrice : Madame Séverine DEGUEN

**Participants : Solveig ANTOINE - Alexandra FERRERO – Lucie IFFRIG – Magali JULIEN-
Anaëlle KERNEIS – Niza PIERROT – Céline RANC – Adeline RUP - Anne-Sophie SCHNEIDER
– Sophie SERGENT**

Sommaire

Introduction	4
1. LE NON-RECOURS AUX SOINS DURANT LA GROSSESSE, UNE REALITE QUANTIFIABLE	6
1.1. La persistance d'inégalités de suivi de grossesse malgré de nombreux dispositifs existants..	6
1.2. Une sélection d'indicateurs pertinents, une nécessité pour la définition des besoins	10
1.3. Une démarche méthodologique alliant recherche documentaire et enquête sur le terrain	12
2. L'IDENTIFICATION DE FACTEURS MULTIDIMENSIONNELS A L'ORIGINE DE L'ECART AU REFERENTIEL DE SUIVI DE GROSSESSE	16
2.1. Un obstacle géographique partiellement surmonté	16
2.2. Un frein financier pour une faible part de la population	20
2.3. La dimension socioculturelle, un élément primordial dans le suivi de grossesse	21
2.4. Un manque de coordination des professionnels de santé pour assurer un suivi de grossesse personnalisé.....	23
3. LA FORMULATION DE PRECONISATIONS EN VUE DE L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES ENCEINTES.....	24
3.1. La mise en place progressive de mesures périnatales ambitieuses.....	24
3.2. Les leviers d'actions identifiés par la présente enquête	28
3.2.1. Les leviers organisationnels	28
3.2.2. Les leviers conceptuels.....	29
3.2.3. Les leviers de prise en charge médicale et sociale	30
3.2.4. Les leviers pédagogiques.....	30
Conclusion.....	31
Bibliographie / Sitographie.....	33
Liste des annexes	37
Résumé de l'étude.....	I

Liste des sigles utilisés

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et en Gynécologie

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNE : Comité National d'Expert

CSP : Code de Santé Publique

DATAR : Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale

DREES : Direction Régionale des Enseignements et Etudes Statistiques

DROM-COM : Départements et Régions d'Outre-mer - Collectivités d'Outre-mer

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de Santé d'Etudes et de Recherches Médicales

IRESP : Institut de Recherche En Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

SIG : Système d'Information Géographique

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents et de Personnes Handicapées mentales et leurs amis

Introduction

« *La grossesse c'est bien, mais c'est long !* » nous confie une future maman interrogée pendant notre module interprofessionnel. Neuf mois de transformations physiologiques et psychiques, neuf mois de suivi médico-social par de multiples acteurs de santé ; ce long parcours soulève une question fondamentale de santé publique. Les femmes enceintes en France ont-elles également accès aux professionnels dont elles ont besoin pour assurer leur sécurité et leur sérénité psychique ?

Le préambule de la Constitution de 1946 pose les principes fondateurs du système de Sécurité sociale en ses alinéas 10 et 11 et garantit un droit à la protection de la santé impliquant un égal accès aux soins.

La politique nataliste de la France débutée dans les années 1930 s'inscrit dans l'effort collectif de reconstruction d'après-guerre. Ces mesures natalistes qui existent encore aujourd'hui, sont couplées à des mesures de diminution des inégalités sociales depuis une vingtaine d'années. En effet, la pauvreté et la précarité des ménages, et plus particulièrement des ménages avec enfants, sont devenues des préoccupations majeures des politiques publiques.

A ce titre, de nombreux rapports sur le sujet ont été rédigés. Parmi cette littérature abondante, on peut citer le rapport *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* établi en 1987 par Joseph WRESINSKI¹ qui a conduit en 1998 à l'adoption de la loi de lutte contre les exclusions.

La santé maternelle et infantile est un sujet d'actualité aussi bien au niveau international que national.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient entre autres le taux de mortalité infantile comme indicateur représentatif de l'état de santé général d'une population. La baisse du taux de mortalité des mères et des enfants d'ici 2015 est en outre l'un des objectifs du Millénaire pour le développement. La mortalité maternelle se situe aujourd'hui en France à 9,3 décès pour 100 000 naissances vivantes; à titre de comparaison elle est à 22,4/100 000 en Afrique subsaharienne². Quant au taux de mortalité infantile, il est en moyenne de 3,8 décès avant l'âge de 1 an, pour 1000 naissances vivantes, cependant il peut atteindre 5/1000 dans certaines régions. Ce taux stagne voire augmente légèrement depuis le début des années 2000, ce qui interpelle les professionnels de santé.

¹ Joseph WRESINSKI (1917-1988) est le fondateur du Mouvement ATD Quart Monde.

² BOUVIER-COLLE M.-H., DENAUX-THARAUX C., DEL CARMEN SAUCEDO M., *Les morts maternelles en France, mieux comprendre pour mieux prévenir*, INSERM, Comité national d'experts (CNE) sur la mortalité maternelle 2007-2009, octobre 2013, 118p

Par ailleurs, en France, certaines études³ portent sur les femmes enceintes en situation de défaveur socioéconomique et démontrent leurs difficultés d'accès à un suivi de grossesse adapté. Notre étude vise à étudier la prise en charge des femmes enceintes de toutes catégories sociales, les mécanismes ayant un impact sur leur suivi et l'issue de la grossesse.

Il convient donc de s'intéresser à l'accessibilité des femmes enceintes aux structures de soins et aux professionnels de santé. L'accès au système de soins recouvre la prévention et la promotion de la santé, ainsi que les soins curatifs.

Qu'entendons-nous par le terme accessibilité?

L'accessibilité peut se définir comme la possibilité pour tout individu de bénéficier d'une prise en charge satisfaisante par le système de santé. «Elle requiert la mise en œuvre d'éléments nécessaires à toute personne pour accéder librement à des lieux, des services produits et activités».⁴

L'accessibilité est un terme plus large que celui de proximité. En effet la proximité implique une faible distance entre un individu et un lieu ou autre individu, en l'occurrence la distance entre une femme enceinte et un professionnel de santé ou une structure de soins. La proximité n'induit pas nécessairement l'accessibilité : les professionnels peuvent être proches géographiquement sans que les femmes enceintes ne se rendent aux consultations.

Les différentes dimensions de l'accessibilité feront l'objet de notre étude:

- L'accessibilité géographique se rapporte à la distance et aux obstacles divers que doit parcourir et franchir la femme enceinte avant d'arriver à la structure de santé (ambulatoire, hospitalière ou médico-sociale). Elle prend en compte les modes de transports et la disponibilité du service de soins. Le maillage du territoire est primordial pour permettre une répartition équilibrée des professionnels, des tarifs opposables⁵ appliqués et un reste à charge⁶ limité pour les patients. Pour les territoires hors métropole, la thématique géographique reste un frein majeur à la prise en charge.
- L'accessibilité financière se réfère au reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et au taux d'effort du ménage⁷.
- L'accessibilité peut aussi être d'ordre social et culturel. Elle concerne les difficultés relatives à la communication, aux horaires de consultation, au rapport au corps et à la représentation de la grossesse mais aussi aux habitudes de vie et à l'entourage familial et culturel de la femme enceinte.

³ GAYRAL-TAMINH M., DAUBISSE-MARLIAC L., BARON M., MAUREL G., REME J.-M., GRANDJEAN H., « Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité », Journal de gynécologie, obstétrique, biologie de la reproduction, Volume 34, n°1, cahier 1, 2005, p. 23-32

⁴ UNAPEI, Guide pratique sur l'accessibilité, 2e édition, Janvier 2010, 74p. <http://www.unapei.org/IMG/pdf/GuideAccess.pdf> (consulté le 05/05/2015)

⁵ En secteur 1

⁶ Coûts des déplacements pour accéder aux soins

⁷ Ces deux indicateurs sont ceux retenus par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), *L'accessibilité financière, comment la mesurer ?* Avis, 27/01/2011, 24p

Toutefois, l'accessibilité s'inscrit dans un contexte plus large puisqu'elle dépend également de l'éducation, du logement, de l'emploi et de l'environnement des femmes enceintes.

Les personnes concernées par cette étude sont les femmes à partir de 12 semaines de grossesse jusqu'au 27^e jour de vie de leur enfant. Ce choix des 12 semaines se base sur le fait que la déclaration de grossesse doit être faite dans cette période, lorsque le fœtus est considéré comme viable. En revanche, les interruptions volontaires de grossesse ne seront pas prises en compte car, dans ce cas, l'issue défavorable de grossesse ne résulte pas d'un mauvais suivi. De plus, l'étude portera sur les femmes enceintes issues de l'ensemble des catégories socioprofessionnelles et de nationalités diverses. Enfin, le référentiel de suivi de grossesse, à partir duquel seront mesurés les écarts, provient des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007⁸.

Malgré l'ensemble des dispositifs existants, des inégalités d'accès persistent. Un mauvais suivi de grossesse peut entraîner des conséquences négatives sur la santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né.

Quels peuvent être les facteurs de non-recours aux soins qui génèrent des écarts au référentiel de suivi de grossesse ?

Par quels leviers d'action y remédier ?

Pour mener à bien cette étude, après un état des lieux concernant le suivi de grossesse en incluant notre méthodologie, nous mettrons en évidence les difficultés rencontrées par les femmes enceintes et les professionnels de santé. De là, des pistes d'amélioration seront proposées, au regard des politiques publiques existantes, pour une meilleure accessibilité des femmes enceintes aux professionnels de santé.

1. LE NON-RECOURS AUX SOINS DURANT LA GROSSESSE, UNE REALITE QUANTIFIABLE

1.1. La persistance d'inégalités de suivi de grossesse malgré de nombreux dispositifs existants

Les performances de la France en matière de périnatalité apparaissent perfectibles. Malgré une multiplicité de dispositifs et une accessibilité géographique aux soins relativement bonne, des inégalités de suivi de grossesse persistent. Ce constat s'explique en partie par l'existence d'un

⁸ Voir en annexe 1 un schéma réalisé par le groupe à partir de ce référentiel: suivi théorique et complet de grossesse
EHESP – LA PROXIMITE ET L'ACCESSIBILITE DES FEMMES ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE – MIP 2015

gradient social sur le suivi prénatal des mères. Enfin, la surveillance prénatale ne permet pas de corriger l'ensemble des inégalités sociales de santé.

Au niveau européen, la France se place «dans une position moyenne dans le domaine de la périnatalité»⁹.

- 70 % des enfants prématurés seulement naissent dans des maternités de type III¹⁰.
- 17 % des femmes enceintes fument et 8,3 % sont obèses.

A l'échelle nationale, depuis les années 2000, les professionnels de santé ont rapporté qu'environ 5 % des femmes avaient des grossesses peu ou pas suivies¹¹, c'est-à-dire déclarées au-delà du premier trimestre de grossesse ou ayant effectué moins de consultations que ce que recommande la HAS (une consultation par mois au minimum à partir du premier jour du quatrième mois de grossesse jusqu'à l'accouchement¹²).

Or, un mauvais suivi de grossesse est connu pour augmenter le risque de prématurité et de faible poids de naissance. Ceci peut générer des handicaps, une mortalité ou une déficience à long terme et des complications pour la santé de la mère (hypertension, diabète gestationnel, etc.).

Il existe en France une multiplicité de dispositifs et nous constatons un accès géographique aux soins plutôt satisfaisant sur le territoire national. Ainsi, moins de 3 % de la population se situe à plus de 30 minutes des services d'urgence et la quasi-totalité des individus se trouve à moins de quinze minutes d'un professionnel de santé¹³.

Néanmoins, proximité ne rime pas toujours avec accessibilité en l'absence de transports en commun dans certains quartiers. Les contraintes géographiques peuvent être accentuées dans certaines régions, telles que les communes rurales isolées ou en périphérie des villes, ou encore les DROM-COM. A titre d'exemple, l'isolement de certains villages en Guyane, ajouté aux barrières culturelles (langue, représentations de la grossesse, croyances), peuvent freiner l'accès au système de santé.

En outre, les patients ne choisissent pas toujours l'offre de soins la plus proche (facilité d'accès, tarification du professionnel, cumul avec d'autres activités courantes,...). Une étude menée

⁹ INSERM, *Rapport européen sur la santé périnatale: la France dans une position moyenne, mais avec le taux de mortalité le plus élevé d'Europe*, Communiqué de presse, 27 mai 2013 <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale> (consulté le 05/05/2013)

¹⁰ Les maternités sont classées en 3 types en fonction du niveau de soins au nouveau-né (décret n°98-900 du 9/10/1998). Une maternité de type III dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

¹¹ VON LENNEP F., *Accès aux soins : quels outils pour quels territoires*, actes du colloque, DREES, 16/10/2012, 104p.

¹² HAS, *Recommandations professionnelles, suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, Saint-Denis La Plaine, HAS Service Communication, mai 2007, 39p.

¹³ D'AUTUME C., *Ouverture du colloque* In VON LENNEP F., *Accès aux soins, quels outils pour quels territoires*, Actes du colloque, DREES, 16/10/2012

sur la région Limousin¹⁴ illustre cette dimension de choix des patients. Ainsi, le Limousin attire des usagers de régions voisines et inversement, des résidents du Limousin migrent vers les établissements de Clermont-Ferrand.

Par ailleurs, nous nous situons dans un contexte national de restructuration hospitalière ayant entraîné la fermeture de nombreuses petites maternités. La DREES¹⁵ constate que près de 790 000 accouchements, répartis dans 535 maternités, ont eu lieu en 2010 en France métropolitaine. Un chiffre en augmentation de 5 % par rapport à 2001. Dans le même temps, un cinquième des maternités ont fermé. Malgré ces fermetures, le temps de parcours médian des femmes pour aller accoucher, de 17 minutes, est resté stable. Une analyse est en cours sur la région Bourgogne¹⁶ pour déterminer l'impact de ce nouveau paysage sanitaire sur les issues de grossesse. Cette politique publique a sans doute conduit à une amélioration de la qualité de prise en charge au sein de plateaux techniques plus performants.

L'enquête nationale périnatale menée en 2010¹⁷ a permis de dégager plusieurs évolutions marquantes.

La situation sociodémographique des femmes a évolué plutôt positivement (hausse de leur niveau d'études, de leur taux d'activité et de la part des emplois très qualifiés). Leur consommation de tabac au cours du troisième trimestre de grossesse a nettement diminué (20,8 % de femmes enceintes fumeuses en 2003 contre 17,1 % en 2010). La surveillance prénatale est assurée par une plus grande diversité de professionnels, le taux d'hospitalisation prénatale se stabilise (18,6 % en 2003 contre 18,8 % en 2010) et les cours de préparation à la naissance se développent (73,2 % des femmes primipares en Métropole). Enfin, le taux de césarienne se stabilise autour de 21 % par an grâce à de meilleurs contrôles pour les éviter.

En revanche, l'augmentation de l'âge maternel est préoccupante dans la mesure où elle augmente les risques de complications pour la mère et l'enfant. De plus, nous notons une augmentation des déclarations de grossesse tardives. L'indice de masse corporelle (IMC) des femmes a augmenté et constitue un facteur de risque pour le déroulement de l'accouchement. Le taux de prématurité a légèrement augmenté contrairement à la proportion d'enfants de petit poids.

¹⁴ «L'accès aux soins hospitaliers n'est pas qu'affaire de distance», *Focal INSEE Limousin* n° 83, juin 2012. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/limousin/themes/focal/focal-83/focal83.pdf (consulté le 29/04/2015)

¹⁵ BAILLOT A., EVAÏN F., « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Etudes et résultats*, DREES, n°814, 12/10/2012, 8p.

¹⁶ Etude menée par l'unité U953 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U953) et Hugo Pilkington (géographe de la santé, Université Paris 8) In VON LENNEP F., *Accès aux soins, quels outils pour quels territoires*, Actes du colloque, DRESS, 16/10/2012, p. 69

¹⁷ BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, INSERM, DGS, DRESS, mai 2011, 135p.

Des disparités importantes apparaissent entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, surtout au sujet de l'issue de grossesse :

- taux de prématurité et d'enfants de petits poids deux fois plus élevé qu'en métropole
- dégradation accentuée de la situation sociale des femmes, déjà défavorable

Pour autant, les mêmes évolutions positives sont observées en métropole et en Guadeloupe, Guyane et Réunion concernant le niveau d'études, la couverture sociale, la surveillance prénatale et la préparation à la naissance

De même, le taux de césarienne dans ces régions a fortement diminué, jusqu'à rejoindre les chiffres métropolitains.

Une autre enquête de la DREES¹⁸ a mis en évidence l'influence d'un gradient social sur le suivi prénatal des mères. Cela sous-entend que la surveillance prénatale des mères varie selon leurs caractéristiques socioprofessionnelles, leur nationalité, leur âge et leur situation familiale. Les femmes jeunes ou de classes sociales défavorisées présentent plus fréquemment un suivi de grossesse insuffisant et davantage de facteurs de risque pour leur santé et celle de leur enfant. De façon générale, la périnatalité est un domaine particulièrement marqué par des inégalités sociales de santé. Plusieurs chiffres illustrent ce constat :

- Les femmes sans emploi sont deux fois plus nombreuses à déclarer leur grossesse hors délai (c'est-à-dire après la quatorzième semaine).
- Les séances de préparation à la naissance sont moins suivies par les ouvrières non qualifiées et les femmes sans profession primipares que par les cadres primipares.

Cependant, la surveillance prénatale présente certaines limites. En effet, un bon suivi prénatal ne suffit pas à compenser le poids des déterminants sociaux de santé. Ainsi, une femme en situation de précarité sera peu attentive aux conseils des professionnels et peu à l'écoute de son corps face à ses autres priorités. Par ailleurs, l'augmentation observée du nombre d'examen peut induire des risques de surmédicalisation de la grossesse.

¹⁸ VILAIN A., GONZALEZ L., REY S., MATET N., BLONDEL B., *Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques*, DRESS, juillet 2013, n°848, 4p.

1.2. Une sélection d'indicateurs pertinents, une nécessité pour la définition des besoins

Malgré un nombre important d'études réalisées, il reste une limite majeure. En effet, il n'existe pas de système d'information global sur l'ensemble des naissances. Ces études font apparaître une multiplicité d'indicateurs (caractéristiques sociodémographiques des parents, contexte de la grossesse, surveillance prénatale, ...). Les organismes publics tels que la DREES, la DATAR et l'INSEE utilisent leurs propres outils techniques (Accessibilité Potentielle Localisée¹⁹, typologie des territoires²⁰, bassin de vie²¹, entre autres...). Ceux-ci sont souvent peu accessibles aux usagers et aux professionnels de santé. Aussi, seules les enquêtes nationales périnatales permettent de suivre à intervalles réguliers les principaux indicateurs sur la totalité des naissances.

Parmi ces indicateurs, nous avons choisi de sélectionner les plus utilisés et les plus innovants.

Ainsi, la densité médicale et paramédicale sur le territoire constitue un paramètre usuel depuis la mise en place de la carte sanitaire. Toutefois, il reste insuffisant à lui seul car il ne prend en compte que la proximité des professionnels et non l'accessibilité dans toutes ses dimensions. En outre, cette densité est fondée sur des contours administratifs qui n'englobent pas les habitudes de vie des usagers. En effet, consulter un professionnel de santé situé en dehors de sa commune mais proche de son lieu d'habitation n'est pas rare.

La sélection d'autres indicateurs significatifs semble donc indispensable pour une définition plus précise des besoins. A ce titre, l'INSEE et la DREES tentent de mettre en place des outils plus novateurs.

En effet, l'accessibilité potentielle localisée (APL) présente l'avantage de prendre en compte le temps d'accès, différent selon la spécialité médicale, mais aussi l'accessibilité financière (Cf. 2 B). Il s'agit d'un indicateur qui analyse le local, au même titre que la densité médicale, mais qui considère l'offre médicale et la demande des communes environnantes. L'APL englobe l'offre et la demande au regard de l'activité médicale et précise alors la disponibilité du temps médical (délai d'attente pour un rendez-vous auprès d'un professionnel

¹⁹ VON LENNEP F., *Accès aux soins, quels outils pour quels territoires*, Actes du colloque, DRESS, 16/10/2012, 104p.

²⁰ DATAR, <http://www.datar.gouv.fr/typologie-des-espaces-ruraux> (consulté le 05/05/2015)

²¹ INSEE, <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/bassin-vie-2012.htm> (consulté le 05/05/2015)

en secteur 1²²). Elle permet ainsi de combiner des problématiques d'accessibilités géographique et financière.

Le système d'information géographique (SIG) constitue également un outil innovant via l'étude des relations entre les réseaux de transports, les suivis de grossesse, l'offre de soins et les niveaux socio-économiques à l'échelle des quartiers (familles monoparentales, niveau d'étude de la mère, présence de moyens personnels de locomotion). En complément de cet instrument, l'INSERM préconise la prise en compte du contexte de résidence de la mère (taux de chômage au sein du quartier, part de population en situation de précarité, état de salubrité des logements...). Cette approche rejoint celle de TOWNSEND qui a théorisé l'indice de désavantage social²³.

Enfin, l'étude d'indicateurs épidémiologiques constitue un préalable nécessaire pour disposer de données fiables sur l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés. Il faut ainsi considérer les indicateurs de santé périnatale à savoir, le taux de prématurité²⁴, la part des enfants de faible poids de naissance (inférieur à 2500 grammes), le taux de mortinatalité²⁵ et le taux de mortalité néonatale²⁶. Deux indicateurs épidémiologiques concernent plus spécifiquement la mère ; la morbidité maternelle sévère, mesurée par le nombre d'admissions de femmes en unité de réanimation, de soins intensifs et le nombre de décès maternels. Par ailleurs, il est des indicateurs de surveillance périnatale : le taux de participation aux cours de préparation à la naissance, la part des grossesses déclarées avant le premier trimestre et le nombre de consultations et d'échographies réalisées.

Aussi, les mécanismes pouvant expliquer un suivi inégal de la grossesse sont nombreux et complexes. Pour pallier le manque de collecte d'informations de routine, le réseau sentinelle AUDIPOG²⁷ a été créé en 1994. Regroupant des participants divers (CHU, CH, Maternités

²² Tarification médicale répartie en 3 secteurs: secteur 1 (secteur conventionné à honoraires fixes), secteur 2 (secteur conventionné à honoraires libres) et secteur 3 (secteur déconventionné)

²³ Townsend P. Deprivation. J Soc Policy. 1987;16(02):125-46

²⁴ La prématurité désigne un enfant né à moins de 37 semaines d'aménorrhée. Le taux de prématurité est le rapport entre le nombre d'enfants prématurés et le nombre total de naissances. <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/prematurite> (consulté le 29/04/2015)

²⁵ La mortinatalité désigne les enfants sans vie. Le taux de mortinatalité est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des nés vivants et des enfants sans vie. <http://www.insee.fr> (consulté le 29/04/2015)

²⁶ La mortalité néonatale désigne les décès d'enfants nés vivants et décédés à moins de 28 jours. Le taux de mortalité néonatale est le rapport du nombre d'enfants décédés à moins de 28 jours à l'ensemble des enfants nés vivants. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-irsocsd2013&page=irweb/irsocsd2013/dd/doc/lexique.htm#M5 (consulté le 29/04/2015)

²⁷ Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie. « AUDIPOG est une association loi 1901 de professionnels de la naissance œuvrant depuis 1980 pour le développement d'un système d'information en EHESP – LA PROXIMITE ET L'ACCESSIBILITE DES FEMMES ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS

privées) situés sur toutes les régions de France, l'idée est de proposer un échantillon témoin de femmes enceintes, aux caractéristiques variées, analysant de l'intérieur l'accessibilité au système de santé et le parcours des soins. Les données recueillies permettent l'élaboration régulière de rapports, de tableaux de bord, dont les résultats se recoupent généralement avec les enquêtes nationales. Toutefois, la démarche pêche sur certains points. En effet, les établissements signataires varient avec le temps et l'investigation se fait sur la base de caractéristiques variables.

De là, l'analyse de ces différents indicateurs ont permis de guider notre travail et de définir notre démarche méthodologique.

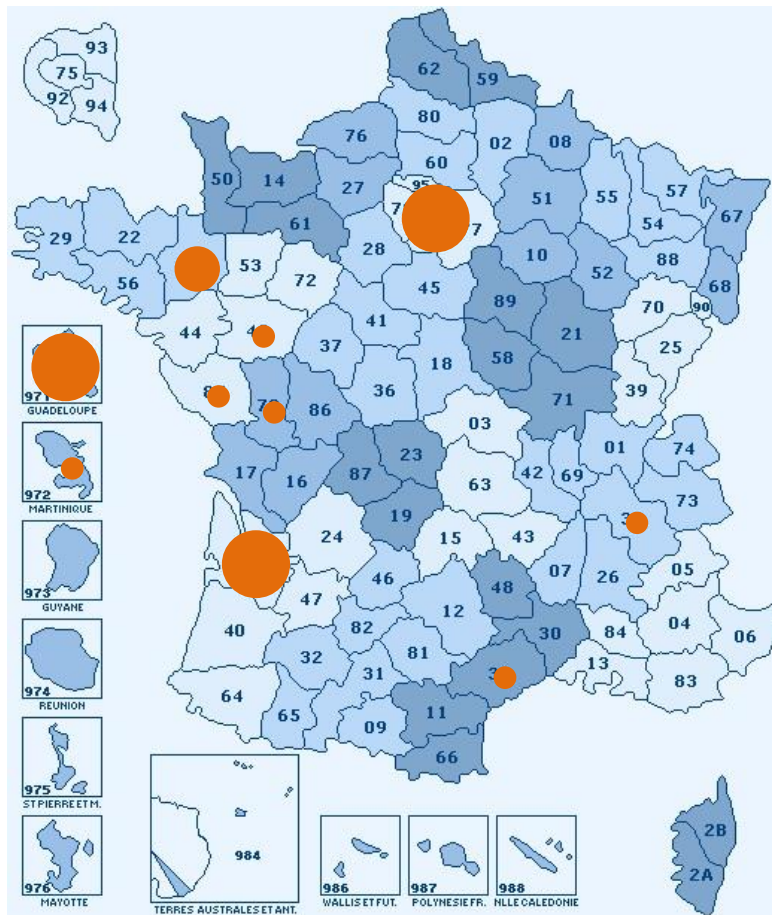
1.3. Une démarche méthodologique alliant recherche documentaire et enquête sur le terrain

Dans le cadre de notre enquête, nous avons procédé à l'étude d'un dossier documentaire complet, mis à disposition par notre animatrice. Ce dernier comprenait des écrits généraux sur l'accès aux soins, des colloques et des études bio-statistiques sur le suivi de grossesse des femmes enceintes, plus particulièrement concernant celles en situation de précarité.

Par la suite, nous avons problématisé le sujet et convenu des grandes lignes directrices du rapport. Nous avons décidé d'élargir notre champ d'analyse à l'ensemble des femmes enceintes. En effet, il nous a semblé plus pertinent d'identifier, dans le parcours de soin, les mécanismes perfectibles afin d'assurer l'égalité de toutes les patientes durant leur grossesse.

Nous avons retenu l'échelon national (métropole et DOM-COM) pour mettre en valeur la diversité des difficultés rencontrées sur le territoire français.

périnatalité dans l'objectif de surveiller la santé périnatale en France en continu et d'évaluer les pratiques médicales. » <http://www.audipog.net> (consulté le 05/05/2015)



- Moins de 5 enquêtes
- De 6 à 15 enquêtes
- Plus de 16 enquêtes

Notre enquête nous a amené à réaliser des entretiens sur plusieurs territoires: Paris, Bordeaux, département de l’Hérault, Rennes, Cholet, île de la Guadeloupe et de la Martinique. De par leur situation géographique, les DROM-COM présentent des problématiques d’accès aux soins spécifiques. Il est naturel que les pratiques et les représentations de la grossesse peuvent différer selon l’origine des femmes interrogées.

Afin de mener à bien notre investigation, nous avons élaboré deux questionnaires, l’un à destination des professionnels²⁸ et l’autre à destination des femmes enceintes ou venant d’accoucher²⁹.

Pour le premier, nous avons choisi de cibler plusieurs types de structures: institutions (CHU, CH psychiatrie, ESPIC, PMI, Maison de la Femme/Mère/Enfant, Centre parental, ARS, professionnel de l’IREPS), associations (Médecins du Monde) et professionnels libéraux (Sages-femmes en milieu urbain et rural, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste). De là, 27 entretiens ont été réalisés auprès des professionnels de santé (cf. tableau synoptique des entretiens réalisés), œuvrant dans les domaines de la planification, de la prévention et promotion de la santé, et des soins.

²⁸ Annexe III

²⁹ Annexe II

	Sage-femme	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Administratif	Assistante sociale
Institutionnel	14		3	2	1
Associatif	1				
Libéral	3	2			

Questionner les usagers nous a paru une étape essentielle pour identifier les points forts et faibles du suivi de grossesse, du point de vue des patientes. Les femmes interrogées ont été choisies d'une part de manière aléatoire sur les sites précédemment cités, et d'autre part, en sollicitant nos réseaux de connaissances personnelles. Plusieurs items ont été abordés afin d'avoir une vision globale du suivi de grossesse: situation personnelle, généralités sur le suivi de grossesse, suivi de grossesse par les professionnels et accompagnement par l'entourage.

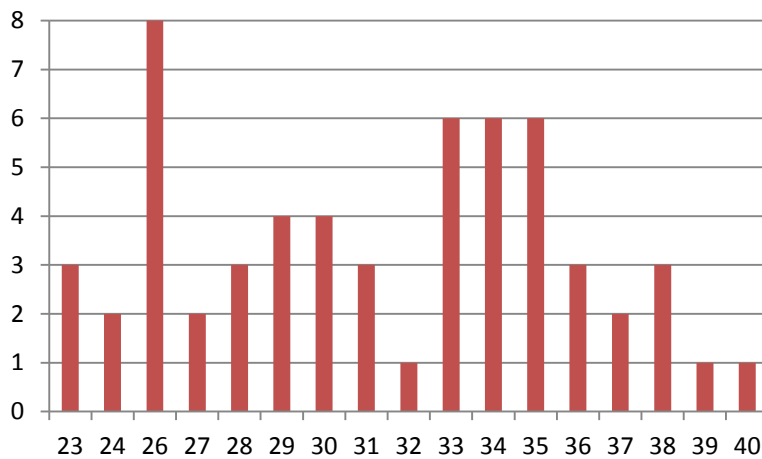
59 questionnaires usagers ont été diffusés et ont fait l'objet d'une analyse. Une méthode d'analyse statistique (cluster) a permis en premier lieu de mettre en évidence quatre profils socio-démographiques distincts de femmes enceintes.

Profil n°1	Profil n°2	Profil n°3	Profil n°4
Moins de 3 enfants	Majoritairement 1 ou 2 enfants	Moins de 3 enfants	Au moins 1 enfant
Majoritairement de nationalité française	Majoritairement de nationalité étrangère	Nationalité française	
Résidant à Paris ou Bordeaux	Résidant à Paris	Résidant en Guadeloupe	Résidant en Vendée, 2 Sèvres, et Maine et Loire
Majoritairement avec logement	Majoritairement hébergé	Majoritairement avec logement	Avec logement
Majoritairement véhiculées	Majoritairement non véhiculées	Véhiculées	
Majoritairement vivant en couple	3/5 vivant en couple	Vie en couple	
Niveau d'éducation \geq BAC	Niveau d'éducation \leq BAC	\geq BAC	De BEP/CAP à BAC+3

Majoritairement non bénéficiaire de la CMU	Majoritairement bénéficiaire de la CMU	Non bénéficiaires de la CMU
Majoritairement adhérent à 1 mutuelle	3/5 adhérent à une mutuelle	Adhérent à 1 mutuelle
Majoritairement pas suivies par le médecin généraliste		Majoritairement suivies au moins par 1 médecin généraliste

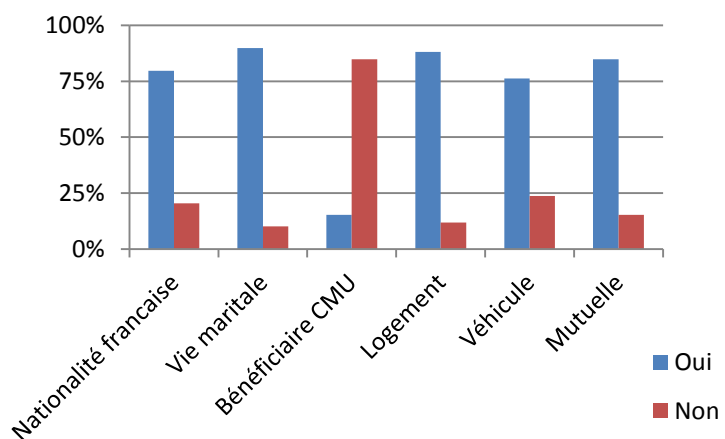
Les grandes tendances relevées en termes socio-démographiques sont les suivantes :

Distribution de l'âge maternel (Années) des femmes interrogées



Les femmes interrogées sont âgées de 23 à 40 ans ; l'âge médian étant de 31 ans.

Les 59 femmes consultées sont majoritairement de nationalité française, vivant en couple, logées, véhiculées, adhérent à une mutuelle et non bénéficiaires de la CMU



Le niveau d'études des femmes interrogées est globalement élevé puisque seulement 13 % d'entre elles ont un niveau inférieur au bac et 39 % sont titulaires d'un bac + 3 ou plus.

A partir des résultats de ces entretiens, nous avons également pu identifier des difficultés dans le suivi de grossesse, tant du point des femmes enceintes que des professionnels de santé³⁰. Toutefois, ces derniers n'étaient pas nécessairement ceux imaginés en amont de notre recherche.

2. L'IDENTIFICATION DE FACTEURS MULTIDIMENSIONNELS A L'ORIGINE DE L'ECART AU REFERENTIEL DE SUIVI DE GROSSESSE

2.1. Un obstacle géographique partiellement surmonté

Afin de compenser les déficits en équipements ou en professionnels de santé sur les territoires insuffisamment dotés, les politiques de santé publique ont souhaité mettre en place des incitations financières et des mécanismes de rémunération favorables: garantie d'un salaire minimum, exonération sociale et fiscale en zone franche urbaine, le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).

En dépit de tous ces constats positifs, des disparités territoriales persistent. La répartition des professionnels n'est pas égale sur tout le territoire et peut influencer l'issue de la grossesse.

L'un des premiers obstacles au bon accompagnement de la grossesse est l'inaccessibilité géographique des femmes enceintes aux professionnels de santé. En effet, plusieurs constats peuvent être établis: la nouvelle répartition de l'offre de soins obstétrique entraîne l'augmentation d'une minute et demie du temps d'accès à une maternité, qui se stabilise à moins de 17 minutes³¹. Néanmoins, plusieurs régions telles que le Gers, la Haute-Corse et le Lot connaissent un temps d'accès potentiel médian supérieur à 30 minutes. Afin de pallier cette distance, certaines femmes enceintes élisent temporairement domicile à proximité des centres hospitaliers avant leur accouchement, ce qui permet de réduire ce temps d'accès³².

³⁰ Voir en annexe V le tableau synoptique des entretiens menés

³¹ BAILLOT A., EVAÏN F., «Les maternités: un temps d'accès stable malgré les fermetures», *Etudes et résultats*, DREES, n°814, 12/10/2012, 8p.

³² BLONDEL B., Naissances hors hôpital : un risque très faible mais réel, INSERM, 2011. <http://presse-inserm.fr/naissances-hors-hopital-un-risque-tres-faible-mais-reel/4799/> (consulté le 05/05/2015)

Trois éléments majeurs jouent sur l'amélioration ou la dégradation de l'accès à une maternité: la localisation de la maternité, la domiciliation des femmes et le choix de la maternité.

A l'échelle nationale, une étude isolée menée en 2006, démontre que 4,3 naissances pour 1000 naissances vivantes ont lieu en dehors d'une maternité³³. Lorsque qu'une femme enceinte habite à plus de trente kilomètres, le risque qu'elle accouche en dehors d'une maternité est multiplié par plus de deux par rapport à une femme qui se situe à moins de cinq kilomètres. En Bourgogne, la fermeture de la moitié des maternités a contribué à isoler un peu plus les zones enclavées. Le temps d'accès à une maternité s'élève à quarante-cinq minutes minimum pour ces territoires et ce malgré l'ouverture, en moyenne, de sept centres périnataux de proximité pour la fermeture de treize maternités³⁴.

Hors métropole, le bilan de l'accès géographique aux professionnels de santé est en demi-teinte. En Guyane, un patient se trouve en moyenne à 16 minutes d'un centre hospitalier. La grossesse est un enjeu majeur pour la Guyane qui dédie 50% de ses hospitalisations à la pédiatrie et à la maternité. Pourtant, des écarts de 2 heures peuvent être constatés entre les communes. Les communes situées à l'intérieur du territoire sont même dans l'obligation d'utiliser un hélicoptère pour les urgences, ou encore de se déplacer en pirogue/avion ou pirogue/route pour les soins programmés. Les longues distances et l'absence de réseau routier sur l'ensemble des communes ont un impact très fort sur l'issue de la grossesse. Ainsi, les femmes enceintes habitant à Antécume-Pata doivent parcourir 446 kilomètres³⁵ pour atteindre un centre hospitalier. Pour essayer de compenser ces obstacles géographiques, plusieurs dispositifs d'accueil ont été mis en place tels que l'hébergement dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale avant l'accouchement ou encore une hospitalisation prolongée de 17 jours en moyenne. Néanmoins, ces mesures ne sont pas suffisamment efficaces puisque 1/5 des femmes guyanaises sont peu ou mal suivies. De plus, 2/3 effectuent moins de 7 visites chez un professionnel de santé alors l'article R2122-1 du CSP indique que 7 consultations sont obligatoires durant la grossesse. De même, la mortalité périnatale s'élève à 16,7 décès pour 1000 naissances³⁶. Toutefois, le constat régional ne peut pas s'étendre à l'ensemble du territoire français car la répartition des professionnels de santé s'avère plus homogène.

³³ BLONDEL B., « Naissances hors hôpital : un risque très faible mais réel », INSERM, 2011. <http://presse-inserm.fr/naissances-hors-hopital-un-risque-tres-faible-mais-reel/4799/> (consulté le 05/05/2015)

³⁴ COMBIER E., « Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale », *Journal de gestion et d'économies médicales*, n°6, vol 31, 2013, p. 348-368

³⁵ INSEE, http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=21717 (consulté le 05/05/2015)

³⁶ CARDOSO T., « Périnatalité en Guyane, Exploitation d'un registre d'Issue de Grossesse. Outil pour la surveillance, la recherche et l'aide à la décision en médecine périnatale », Université Paris VI, 2004

Par ailleurs, la proximité n'implique pas forcément l'accessibilité. En 2012, le département de la Seine-Saint-Denis connaissait une mortalité infantile³⁷ de 4,8 pour 1000 naissances vivantes alors que la moyenne des départements français métropolitains était de 3,2 pour 1000 naissances vivantes. Malgré plusieurs projets comme le projet RéMI (Réduire la mortalité infantile et périnatale) mis en place par l'ARS Ile de France, de grands écarts persistent. Ainsi, le taux de mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis s'élève à 3,5 pour 1000 naissances vivantes alors que le taux moyen est de 2,5 pour 1000 naissances vivantes. En conséquence, il existe des îlots territoriaux où les femmes enceintes ont des difficultés patentes à accéder à un professionnel de santé³⁸.

L'accès aux soins peut s'avérer être une inquiétude majeure même lorsque plusieurs professionnels de santé sont repérés dans une commune. Ainsi, en comparant deux communes limitrophes, Livry-Gargan et Clichy-sous-Bois³⁹, il est notable que la répartition homogène des professionnels de santé sur le territoire de la commune influe fortement sur le suivi régulier des grossesses. Dans la commune de Livry-Gargan, les centres de PMI et les médecins généralistes sont installés sur les deux grands axes routiers de la ville. A l'inverse, dans la commune de Clichy-sous-Bois, plusieurs études ont identifié trois zones de concentration de médecins situées sur un même axe. De plus, le nombre de médecins est plus important à Livry-Gargan (41) qu'à Clichy-sous-Bois (19). Aussi, l'ensemble de la population de Livry-Gargan peut accéder à un professionnel de santé et semble mieux pris en charge que la population de Clichy-sous-Bois où trois zones de concentration ont été identifiées en termes de retard de suivi de grossesse.

Enfin, le facteur géographique gagne à être étudié à un niveau local. En effet, une analyse plus fine permet de dégager des obstacles géographiques spécifiques à certains territoires. Des retards de prise en charge de femmes enceintes existent dans des quartiers pourtant favorablement dotés en personnels de santé⁴⁰. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, des femmes habitant entre 1km et 1,5 km d'un centre de PMI ne sont pas prises en charge dans les délais recommandés. Ces dernières, n'ayant pas de véhicule et la ville étant mal desservie en transports en commun, sont contraintes de se rendre à pied à leur rendez-vous: il en résulte des trajets

³⁷ Rapport entre le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an sur le nombre total d'enfants nés vivants exprimé pour 1000 naissance.

³⁸ CHARREIRE H., COMBIER E., « Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire », *Espace populations sociétés*, 2006/ 2-3, p. 313-327, <http://eps.revues.org/16999> (consulté le 24/04/2015)

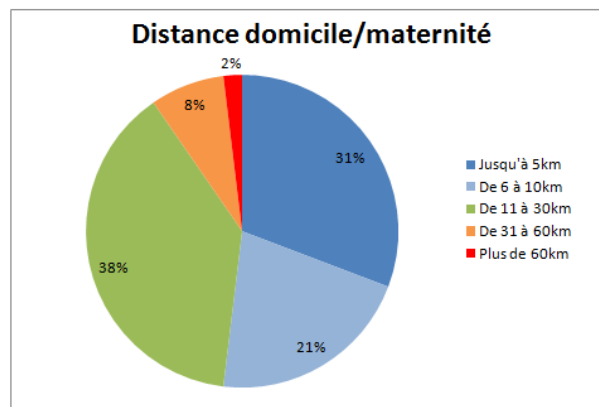
³⁹ Idem

⁴⁰ CHARREIRE H., "Pratiques spatiales et accès aux soins : une illustration pour les centres de PMI de Seine Saint Denis" p.63-68 In VON LENNEP F., Accès aux soins, quels outils pour quels territoires, Actes du colloque, DRESS, 16/10/2012, 104p.

contraignants de 30 à 45 minutes. C'est pourquoi les réseaux de périnatalité qui agissent en tenant compte des particularités territoriales ont un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge de la femme enceinte.

L'enquête de terrain a fait ressortir des éléments quant à l'accessibilité géographique qui corroborent les données théoriques étudiées. Globalement, les professionnels de santé considèrent qu'ils restent accessibles aux femmes enceintes. Elles peuvent se rendre dans les structures par les transports en commun et par leur véhicule personnel. Toutefois, il reste des zones moins bien couvertes, comme en Guadeloupe où les femmes dont la grossesse est pathologique et habitant dans les dépendances doivent utiliser les bateaux pour se rendre à l'hôpital. Cette situation implique des problèmes logistiques (changement de logement temporaire et séparation ponctuelle de la famille). Nous retrouvons aussi certaines femmes qui ont recours aux transports médicalisés à cause du manque de performance de certaines lignes de transports notamment en Martinique (secteurs peu ou pas desservis et disparités dans les horaires).

L'exploitation de nos données relatives aux femmes enceintes interrogées montre que 10% d'entre elles vivent à plus de 30km de leur domicile :



Cependant, la distance n'est pas le seul critère déterminant pour expliquer une prise en charge inégale des femmes enceintes. Par exemple, dans le département de la Seine Saint-Denis, la forte prévalence de naissances prématurées ne peut pas être rattachée au seul facteur géographique puisqu'il existe un maillage territorial dense de professionnels de santé.

Dès lors, d'autres facteurs entrent en jeu pour expliquer un suivi de grossesse insatisfaisant tels que des facteurs économiques ou socioculturels.

2.2. Un frein financier pour une faible part de la population

Une enquête de la DRESS publiée en 2010⁴¹ confirme que la surveillance prénatale et l'issue de grossesse diffèrent selon le revenu des ménages. En effet, plus les femmes se trouvent dans une situation précaire économiquement, plus le nombre de consultations prénatales réalisées sera inférieur à la moyenne. Par ailleurs, cela a également un impact sur la santé, l'hospitalisation durant la grossesse étant davantage fréquente au sein de ces populations. A titre d'illustration, les femmes concernées sont davantage les bénéficiaires de l'API, du RSA, des allocations de chômage ou encore celles qui ne bénéficient d'aucune ressources financières.

Selon cette même enquête de la DREES, 26,7% des femmes (ou leur partenaire) ne bénéficiaient d'aucune ressource provenant d'une activité professionnelle. De plus, malgré les processus d'universalisation des couvertures sociales mis en œuvre par les pouvoirs publics, 6,3% n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse. A titre de comparaison, ces chiffres étaient respectivement de 8,5 % et de 0,7 % pour les femmes dépourvues de problèmes financiers. Ces difficultés se sont dès lors accompagnées d'un nombre moins important de consultations prénatales (19% des femmes en difficulté financière ont eu moins de sept consultations prénatales contre 7,7% pour les autres). Par ailleurs, l'assurance maladie ne prend pas en charge la totalité des frais occasionnés par le suivi de grossesse. La compréhension des consultations et examens pris en charge peut également s'avérer complexe pour les femmes enceintes. Après consultation du site de renseignement Ameli.fr, on constate une prise en charge complète pour certaines consultations dès le début de la grossesse excepté pour les deux premières échographies, qui elles, ne sont prises en charge qu'à 70%, faisant dès lors peser les 30% restant sur les mutuelles ou le cas échéant, sur la femme enceinte. Si l'on ajoute à cela la méconnaissance du montant de ce ticket modérateur, certaines femmes peuvent renoncer à tout ou partie de ces examens. En outre, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à la charge du patient durant les cinq premiers mois.

Les femmes en situation de précarité économique se tournent davantage vers les centres de PMI en raison de l'image de gratuité véhiculée par ces structures. En effet, malgré la généralisation des couvertures sociales, les cabinets libéraux ne pratiquent pas toujours le tiers payant mettant ainsi à la charge de leur patientèle l'avance des frais. Par ailleurs, certaines

⁴¹ VILAIN A., GONZALEZ L., REY S., MATET N., BLONDEL B., *Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques*, DRESS, juillet 2013, n°848, 4p.

femmes sont réticentes à contacter des cabinets libéraux, craignant de se voir appliquer des dépassements d'honoraires non couverts par leur mutuelle. C'est la raison pour laquelle, malgré une offre libérale importante sur le territoire, certains centres de PMI comme celui de Clichy-sous-Bois se voient surchargés entraînant un fort taux de retard de suivi de grossesse⁴². A cela s'ajoute parfois l'éloignement géographique des centres de PMI du domicile des femmes enceintes pouvant constituer un frein supplémentaire à l'accès aux soins, du fait notamment de la difficulté de financer les frais de déplacements.

L'absence d'information sur l'existence de couverture sociale peut également être à l'origine d'un frein économique à l'accès aux soins. C'est le cas pour nombre de femmes migrantes qui, faute d'être intégrées dans les réseaux associatifs et familiaux, ne bénéficient pas de cette information.

Les professionnels de santé rapportent que les femmes en situation précaire ou socialement défavorisées mettent en exergue des éléments prioritaires tels que leurs problèmes de logement, leur isolement et des difficultés d'ordre alimentaire au détriment du suivi de leur grossesse. L'absence de couverture sociale pour les femmes en situation irrégulière entraîne des retards dans le suivi de grossesse. A titre d'exemple, dans la structure étudiée sur Paris, 80% des femmes accueillies n'avaient pas de couverture sociale. A celles-ci s'ajoutent les femmes en situation d'errance et / ou à comportement à risque qui ont du mal à être intégrées dans le cursus et surtout à avoir un suivi de grossesse régulier.

2.3 La dimension socioculturelle, un élément primordial dans le suivi de grossesse

Les freins socioculturels ajoutés aux freins géographiques et financiers, permettent de comprendre pourquoi certaines femmes enceintes n'intègrent pas les dispositifs de soins alors même que ceux-ci existent sur leur territoire⁴³.

L'influence des conditions de vie sur le recours au service de santé a souvent été relevée⁴⁴. Il est d'ailleurs couramment admis que les conditions socioéconomiques défavorables

⁴²CHARREIRE H., COMBIER E., « Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire », *Espace populations sociétés*, 2006/ 2-3, p. 325, <http://eps.revues.org/1699> (consulté le 24/04/2015)

⁴³EVANS et AL 1996 ; PICHERAL 2001

⁴⁴O'Campo et al., 1997; Pearl et al., 2001 ;Roberts, 1997

constituent à elle seules des facteurs de risque périnataux. L'isolement social de la femme enceinte particulièrement lié à ces conditions défavorables peut expliquer ce constat. En effet, celle-ci peut ne pas être accompagnée et insérée dans un réseau social (famille, amis, travail) ou associatif lui permettant d'accéder aux informations nécessaires au suivi de sa grossesse. De plus, son isolement peut l'empêcher de se rendre aux consultations prévues puisqu'elle ne peut pas faire garder ses enfants pendant ce temps. Par ailleurs, des priorités autres que la grossesse comme se loger, se nourrir et nourrir ses enfants, trouver un emploi..., peuvent apparaître.

A ces freins sociaux s'ajoutent des freins culturels particulièrement visibles chez les femmes enceintes migrantes⁴⁵. Tout d'abord, la barrière de la langue et le manque d'information constituent des freins majeurs à l'accès aux services de santé⁴⁶. Ces femmes ne peuvent donc ni se faire comprendre, ni comprendre les informations transmises par les professionnels de santé. Si certains services de PMI et autres services publics (CHU de Rennes, CHRS Leydet) peuvent disposer d'une prestation d'interprétariat, ce n'est pas le cas des cabinets libéraux. De plus, le mode de vie traditionnel des femmes migrantes peut avoir un rôle important dans le choix du dispositif de suivi. En effet, ces femmes ont peu l'habitude du système de soin libéral et se réfèrent souvent au modèle des dispensaires qu'elles identifient aux centres de PMI où les soins sont gratuits, seules structures dans lesquelles elles acceptent d'être suivies⁴⁷. Enfin, des représentations différentes de la grossesse peuvent conduire certaines femmes à ne pas avoir recours aux soins. En effet, la grossesse peut être perçue comme un évènement naturel qui ne doit amener à consulter que si la femme tombe malade, d'où un faible recours au système de santé. Certaines femmes étrangères peuvent aussi manifester de la méfiance quant aux données qui leur sont transmises. Elles sont aussi influencées par leurs croyances populaires voire culturelles (conseils intrusifs : « *on ne parle pas de sa grossesse avant la fin du 3^{ème} mois* »), qui peuvent induire un désintérêt pour le suivi de grossesse. Certaines femmes multipares manifestent également un désintérêt pour la médicalisation de la grossesse compte tenu de leur vécu pour leurs grossesses antérieures.

⁴⁵Travail de MIP 2014 : L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes sur l'agglomération rennaise documentation.ehesp.fr/memoires/2014/mip/groupe_2.pdf

⁴⁶DELVAUX T., BUEKENS P., GODIN I., BOUTSEN M., and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe (2001), Barriers to Prenatal Care in Europe, American Journal of Preventive Medicine, vol. 21, n° 1, pp. 52-59.

⁴⁷CHARREIRE H., COMBIER E., « Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire », *Espace populations sociétés*, 2006/ 2-3, p. 313-327, <http://eps.revues.org/1699> (consulté le 24/04/2015)

Au-delà des femmes socio-défavorisées, en situation de précarité, les femmes qui travaillent peuvent rencontrer des difficultés pour honorer leurs rendez-vous. Elles adaptent les rendez-vous à leurs obligations professionnelles mais les retards dans les horaires de passage peuvent désorganiser leurs journées de travail voire même générer des situations de pression personnelle pour certaines. A titre d'exemple, une enseignante peut ne pas s'autoriser à s'absenter et jouir de ses droits. Elles peuvent, de ce fait, prioriser leurs impératifs professionnels au détriment de leur suivi de grossesse. D'autres femmes enceintes à revenu modeste peuvent également subir des pressions directes de la part de leur employeur pouvant se traduire un licenciement sur la base de motifs déguisés.

2.4 Un manque de coordination des professionnels de santé pour assurer un suivi de grossesse personnalisé

Des freins liés à l'organisation, au fonctionnement même du système ainsi qu'à son « idéologie » nous ont été décrits par un chargé de projet de l'Institut Régional de l'Education et de la Prévention de la Santé (IREPS).

En effet, face à la multitude des dispositifs existants et des professionnels auxquels il est possible de s'adresser, certaines femmes se sentent désorientées voir même perdues dans le système. De même, une femme enceinte se fait suivre par plusieurs professionnels différents au cours de sa grossesse et se voit obliger de répéter son histoire et ses antécédents à plusieurs reprises, ce qui peut altérer le climat de confiance. La coordination entre professionnels pourrait à cet égard être améliorée. A ceci s'ajoute une certaine lourdeur administrative illustrée par le nombre de document reçus et à remplir. 15% des femmes à qui nous avons soumis notre questionnaire, considèrent que les informations fournies sur la grossesse manquent de clarté. Ce manque de lisibilité du système peut expliquer pourquoi certaines femmes s'adressent tardivement au système de santé voir même y renoncent.

Un autre frein mis en avant réside aussi dans la teneur des messages délivrés par les professionnels de santé. Par crainte d'être jugées, du fait de comportements déviants par rapport à une norme (ne pas fumer, ne pas boire,...), certaines femmes préfèrent ne pas se rendre chez un professionnel plutôt que de se sentir stigmatisées. Comme nous l'a précisé l'une des représentantes de l'IREPS, les professionnels ont souvent pour objectif de délivrer de

EHESP – LA PROXIMITE ET L'ACCESSIBILITE DES FEMMES ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE – MIP 2015

l'information généraliste sans se préoccuper des répercussions de cette information sur la femme enceinte et sans que cette information soit adaptée à ses inquiétudes. Ces dernières ne sont donc pas évoquées et la femme repart avec l'ensemble des questions qui l'avait pourtant poussée à se rendre en consultation. 15% des femmes à qui nous avons soumis notre questionnaire, estiment qu'elles n'ont pas établi de relation de confiance avec les professionnels de santé.

De même, les préconisations délivrées par les professionnels sont parfois disproportionnées par rapport à ce que la femme enceinte se sent capable d'accomplir. En conséquence, celle-ci pense être une « mauvaise mère » et peut culpabiliser. De manière générale, les messages diffusés se focalisent souvent sur les risques liés à tel ou tel comportement, en jouant sur le registre de la peur, ce qui peut s'avérer « contre-productif » selon le représentant de l'IREPS interrogé.

Après la mise en évidence des principaux freins repérés, nous évoquerons les actions mises en œuvre sur le territoire et quelques pistes d'améliorations seront proposées

3. LA FORMULATION DE PRECONISATIONS EN VUE DE L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES ENCEINTES

3.1 La mise en place progressive de mesures périnatales ambitieuses

La France est l'un des pays les plus avancés au monde en matière de protection médicale et sociale, et des progrès très importants ont été observés dans le domaine de la sécurité à la naissance. Ces progrès sont attribuables pour une large part aux plans périnatalité mis en œuvre depuis le début des années 1970 pour améliorer le suivi des femmes enceintes⁴⁸, sans que toutefois une relation de cause à effet ait pu être scientifiquement démontrée et mesurée. C'est ainsi que ces trente dernières années, la mortalité périnatale est passée de 26 à 3.8 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9.3 décès pour 100 000 naissances.

⁴⁸ http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2008/pres05_audipog.pdf (consulté le 28/04/2015)

[Avant 1970, le système de soins est peu structuré et la loi hospitalière du 31 décembre 1970⁴⁹ va mettre en place une planification à travers la création d'une carte sanitaire. La même année, la périnatalité, dont le concept émerge à peine en France, va bénéficier de la priorité donnée aux problèmes de la naissance, en raison de résultats médiocres en termes de mortalité périnatale. La notion de risque est très présente dans la loi du 15 juillet 1970⁵⁰. L'amélioration de la surveillance prénatale, de la surveillance de l'accouchement et de la réanimation des nouveau-nés en salle de travail, ainsi que la création de centres de réanimation néonatale constituaient les principaux axes de ce plan. Les résultats seront satisfaisants puisque la mortalité périnatale sera de 12,3 pour 1 000 en 1980.

Dans la période 1980-1992, les lois de décentralisation confirment la structure départementale de la PMI. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 va entraîner une planification plus qualitative, avec la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), des projets d'établissements en même temps que les contrats d'objectifs et de moyens. C'est, pour la périnatalité, une période de développement de nouvelles techniques : de l'échographie aux nouvelles méthodes de prélèvements fœtaux.]⁵¹

Le plan périnatalité de 1994⁵² s'était donné comme principal objectif de diminuer la mortalité liée à la naissance d'un enfant, en abaissant la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %. Ce plan a permis la constitution d'un véritable maillage sanitaire selon le niveau de risque obstétrical, ainsi qu'une meilleure coordination géographique et structurelle de la médecine ambulatoire et hospitalière. Le plan mis en place en 1994, puis les décrets d'application en 1998, promeuvent une gestion différenciée du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes vers le niveau de soins approprié. L'organisation des « transferts in utero » a permis de proposer une offre de soins plus cohérente.

Les objectifs de diminution de la mortalité liée à la naissance d'un enfant ont été atteints au niveau national, avec toutefois des inégalités territoriales persistantes. Un rapport ministériel sur les disparités régionales de santé en 2005, révèle, en ce qui concerne la mortalité périnatale,

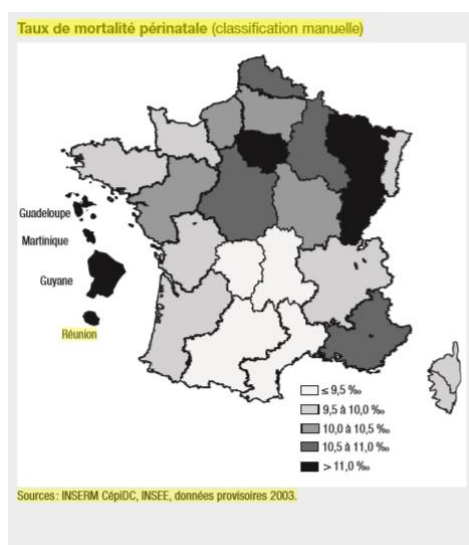
⁴⁹ **Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière**

⁵⁰ Loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs.

⁵¹ PAUCHET-TRAVERSAT A.-F., "Naitre en France", *ADSP*, n°61-62 décembre 2007, mars 2008, p. 17-98

⁵² Ministère de la santé et de l'action humanitaire, *Plan périnatalité 1994-2000*, Janvier 1994, 255p. http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat1994.pdf (consulté le 12/05/2015)

que la situation varie de 9 décès pour 1000 en Limousin ou dans le Languedoc, à plus de 12 % dans les régions Lorraine et Ile-de-France.⁵³



En outre, l'INVS a mis en évidence des inégalités dans les risques de mortalité, de mortalité néonatale et d'accouchement prématuré, selon le niveau socioéconomique des communes de résidence des femmes. Les données du début des années 2000, attestent que les femmes qui vivent dans les communes avec un pourcentage élevé de chômeurs, de personnes avec un niveau d'études peu élevé et de ménages avec un faible revenu, non-proprétaires et monoparentaux, ont un risque accru de mauvais résultats de santé périnatale.⁵⁴

Le plan périnatalité 2005-2007⁵⁵ s'est focalisée sur l'environnement de la grossesse. On assiste à une évolution de la pratique périnatale, de la nécessaire technique, garante de la sécurité des professionnels et des patientes, à l'introduction de la dimension émotionnelle de la naissance. Ce plan met l'accent sur l'information des patientes et l'accompagnement dans la grossesse ; le dépistage des situations de vulnérabilité apparaît.

Selon les membres de la Commission technique consultative autour de la naissance (CTCN), la vulnérabilité peut être identifiée au travers de trois groupes à risque.
Les femmes à risque psychologique dominant se caractérisent par :

- l'existence d'antécédents de pathologie maternelle psychiatrique (dépression, anorexie mentale ou boulimie, antécédents de dépression du post partum) ;
- d'autres situations à risque psychologique ou signes faisant craindre une inadaptation psychologique de la mère à son enfant (dépression du post partum, désintérêt avec risques possibles de maltraitance, difficultés dans le couple, notamment) ;

⁵³<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/04-disparites-p1.pdf> (consulté le 12/05/2015)

⁵⁴ZEITLIN J., « Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 110-115

⁵⁵ PLAN « périnatalité » 2005-2007 *Humanité, proximité, sécurité, qualité*, Ministère de la santé et de la protection sociale, 10/11/2014, 42p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 12/05/2015)

- d'autres antécédents tels que : fausse(s) couche(s) à répétition, mort fœtale in utero, interruption volontaire ou médicale de grossesse, mort périnatale, mort subite du nourrisson, mort récente d'un proche parent, accouchement prématuré, stérilité d'un ou des deux parents, voire nombreuses tentatives de procréation médicalement assistée.

Les femmes à risque social dominant : femme qui n'a pas déclaré sa grossesse, grossesse insuffisamment suivie, absence de couverture sociale, signes de précarité (chômage, isolement).

Les femmes à risque médico-psychosocial : notamment les mères consommatrices de drogues, les mères ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).⁵⁶

Le plan périnatalité 2005-2007 comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche.

« L'humanisation » du suivi de la femme enceinte passe par un certain nombre de mesures :

- Le plan prévoit qu'un entretien individuel et/ou en couple soit systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4ème mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant.
- Le plan périnatalité modernise par ailleurs le carnet de grossesse, en le substituant au carnet de santé de la maternité. Il est donné à ce carnet un rôle éducatif et préventif vis-à-vis des risques liés à certaines consommations toxiques pour le fœtus (alcool, tabac, drogues), aux infections (toxoplasmose, rubéole, listériose, hépatite B, cytomégalovirus (CMV), etc.) ainsi qu'à l'environnement social et familial (conditions de travail, trajets longs et fatigants).
- Le plan intègre également un volet « périnatalité » aux Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), afin de décloisonner les politiques sectorielles et les pratiques professionnelles ayant un impact sur la santé des femmes enceintes.

Afin de garantir une plus grande proximité du suivi des femmes enceintes, le plan 2005-2007 dote les régions d'un budget spécifique, afin de créer et développer des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation inter-établissements. Dans ce cadre, le rôle des centres périnataux de proximité est renforcé, étendu et les PMI sont identifiées comme acteurs clefs du réseau. De nombreuses mesures sont mises en place afin d'améliorer la communication et le partage d'informations des acteurs autour de la PMI, en

⁵⁶http://www.ors-idf.org/dmdocuments/MereEnfant/13_Fiche3-1_%20Web.pdf

passant par la conférence régionale de santé ou la création d'un support de liaison par Internet entre les différents services de périnatalité.

Le plan 2005-2007 renforce enfin la reconnaissance des professionnels de la naissance. Pour permettre aux sages-femmes d'exercer réellement leurs missions auprès des femmes enceintes, leurs champs de compétences sont étendus pour obtenir un meilleur équilibre entre les tâches relevant du médecin et celles relevant de la sage-femme (elles peuvent désormais réaliser l'examen prénatal, par exemple). Le plan prévoit aussi la mise en place à titre expérimental de « maisons de naissance », attenantes ou au sein des services d'obstétrique et fonctionnant avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières. Les « maisons de naissance » se définissent comme un lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal. Ces maisons s'adressent donc aux femmes à bas risque, ne souhaitant pas de péridurale, ni d'hospitalisation.

Concernant les médecins généralistes, le plan a pour objectif de renforcer la formation des médecins généralistes pour suivre les grossesses.

Malgré la mise en place de ces plans Périnatalité successifs sur le territoire, des pistes d'amélioration du suivi de grossesse demeurent. Quelques-unes d'entre elles sont ressorties des entretiens que nous avons réalisés auprès des professionnels de santé.

3.2 Les leviers d'actions identifiés par la présente enquête

3.2.1 Les leviers organisationnels

Un interne exerçant aux urgences gynécologiques du CHU de Rennes, au sein d'une maternité de type III, suggère ainsi de simplifier et de mieux diffuser l'information. Les réseaux de périnatalité présentent l'avantage de délivrer des messages cohérents et concordants. Hormis en maison de santé pluridisciplinaire et en établissement de santé, le travail en équipe entre les professionnels de santé libéraux demeure limité. Cette coordination gagnerait à être améliorée à l'échelle des territoires comme le souligne la responsable du réseau périnatalité de Rennes. Des expérimentations ont été menées dans ce sens en région parisienne: la création d'un bureau centralisé d'inscriptions dans les maternités (BCIM) a permis de mieux orienter les femmes enceintes et le réseau Ville-Hôpital et Périnatalité a contribué à désengorger les hôpitaux en transférant des patientes vers les sages-femmes libérales. Nous pouvons aussi citer le réseau de EHESP – LA PROXIMITE ET L'ACCESSIBILITE DES FEMMES ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE – MIP 2015

périnatalité mobile PPUMMA⁵⁷ dans les Hauts-de-Seine. En outre, les Etats généraux de la périnatalité sont l'occasion d'évoquer des thèmes tels que la prématurité, le parcours de soins ou encore l'accompagnement des parents. Nous pensons que la généralisation de ces initiatives dans tous les départements pourrait constituer un levier d'action. En outre, les honoraires des sages-femmes pourraient être revalorisés afin que ces professionnels puissent consacrer plus de temps aux explications apportées aux femmes enceintes et aux couples. Une sage-femme libérale exerçant à Rennes considère aussi que l'investissement des médecins généralistes dans la prévention devrait être plus important sur du temps dédié. Enfin, il est indispensable de s'assurer de l'adéquation entre l'offre et les besoins des usagers. A titre d'exemple, dans la commune de Clichy-sous-Bois, l'offre de services de santé à destination des femmes enceintes n'apparaît pas adaptée.

3.2.2 Les leviers conceptuels

Une professionnelle de santé exerçant à l'IREPS a souligné la nécessité d'adapter le contenu de l'information délivrée. A titre d'exemple, si une femme enceinte alcoolique consulte un professionnel de santé, celui-ci doit plutôt l'inciter à réduire sa consommation que l'enjoindre à arrêter totalement de boire. Une telle injonction risquerait de s'avérer trop culpabilisante et donc vectrice de stress. Les professionnels de santé doivent adopter une approche à la fois globale de l'environnement de la femme enceinte et une approche plus individualisée. Il est ainsi inutile qu'ils présentent à une patiente la possibilité de se faire suivre en PMI s'il ne s'est pas assuré au préalable de la disponibilité d'un tel centre à proximité de sa résidence. L'adaptation du contenu des messages aux préoccupations des femmes leur permet de mieux se les approprier. De plus, bien que les PMI constituent un acteur clé de la périnatalité (diversité de professionnels œuvrant dans le même sens, prévention), elles sont parfois perçues comme des organismes exerçant un contrôle social. Il serait alors souhaitable de diffuser une image moins stigmatisante de ces structures. Enfin, une approche de la grossesse moins portée sur le risque et plus axée sur la promotion de la santé devrait être développée. La consultation anesthésique systématique du huitième mois, en prévision d'une éventuelle césarienne, illustre bien cette culture du risque. Cela soulève aussi l'enjeu de la sensibilisation des professionnels de santé aux représentations de la grossesse dans les autres pays.

⁵⁷ Unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité: «Cette unité mobile d'intervention d'urgence intervient à la demande des professionnels des maternités et du réseau pour répondre à l'urgence en périnatal immédiat». <http://www.eps-erasme.fr/sect92107-eps-erasme-9.html>

3.2.3 Les leviers de prise en charge médicale et sociale

Un interne en anesthésie-réanimation à la maternité de Port-Royal, de niveau III, rappelle l'importance d'une bonne communication et d'une réelle interdépendance entre la maternité, le bloc et le service de réanimation pour la réalisation des actes chirurgicaux. Un obstétricien exerçant dans un CHU de Martinique, au sein d'une maternité de type III, propose d'améliorer le suivi des grossesses physiologiques par les PMI et par les sages-femmes libérales. Il observe que sur 5000 naissances annuelles en Martinique, seule une vingtaine de femmes ne se rend à la maternité que pour accoucher. Elles ne bénéficient avant leur accouchement d'aucun suivi de grossesse. Ces femmes relèvent de quatre profils: des adolescentes, des femmes ayant vécu un déni de grossesse, des multipares estimant ne pas avoir besoin d'un suivi de grossesse médicalisé et des femmes à tendance psychiatrique, souvent toxicomanes ou en errance. Cet obstétricien estime que les professionnels de santé ont peu de prise sur les trois premiers profils de femmes et peuvent difficilement les convaincre d'être suivies. En revanche, il considère que la prise en charge et le dépistage des femmes souffrant de troubles psychiatriques pourrait être amélioré. Il s'agirait notamment de s'appuyer sur les réseaux de travailleurs sociaux. En outre, un pédopsychiatre de la maternité du CHU de Bicêtre propose plusieurs leviers d'actions pour faire face correctement aux problèmes de santé mentale des femmes enceintes: augmenter le nombre de places dans les unités mères-bébés et prévoir des consultations mensuelles remboursées à partir du 4^e-5^e mois de grossesse pour les femmes ayant des troubles psychiatriques. Une sage-femme coordinatrice de la PMI de Paris préconise de prioriser les femmes enceintes les plus vulnérables. Leur accompagnement administratif pourrait être réalisé par des secrétaires médicales sociales. Un médecin généraliste libéral de Martinique propose également un meilleur suivi social des femmes enceintes. Enfin, une sage-femme hospitalière exerçant dans un CHU de Guadeloupe, au sein d'une maternité de type III, souligne l'intérêt d'une procédure accélérée pour l'ouverture des droits et l'importance d'un meilleur équipement des établissements de santé. Enfin, les assistantes sociales de l'hôpital Tenon à Paris posent comme prérequis indispensable la stabilisation des femmes enceintes dans leur vie. Pallier leurs problèmes de logement et d'alimentation leur offre la liberté d'esprit nécessaire pour pouvoir s'investir dans leur suivi de grossesse.

3.2.4 Les leviers pédagogiques

Les professionnels de santé proposent de développer l'entretien prénatal précoce. Par ailleurs, les assistantes sociales interrogées dressent le constat d'une absence du père dans la

EHESP – LA PROXIMITE ET L'ACCESSIBILITE DES FEMMES ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE – MIP 2015

majorité des cas. Les grossesses suivies par ces professionnels sont généralement des grossesses non désirées. Il paraît alors souhaitable que le désir d'enfant et la contraception fassent l'objet de plus de discussions dans les couples. Le pédopsychiatre interrogé suggère aussi d'intensifier les cours de DU de psychiatrie ou d'obstétrique pour sensibiliser les professionnels. Enfin, des actions de santé publique devraient être menées afin de sensibiliser les usagers à la prévention.

Conclusion

Nous cherchions à travers cette étude à dégager des leviers d'amélioration du suivi de grossesse. En effet, nous sommes parties du postulat que le suivi de grossesse est un des éléments qui influe sur la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né.

La rencontre d'une multitude et d'une diversité de professionnels nous a permis d'identifier des freins et leviers divers. Ce croisement de regards a fait ressortir des facteurs auxquels nous n'avions a priori pas songé. Pour exemple, certaines recommandations des professionnels de santé peuvent être ressenties comme stigmatisantes par les femmes enceintes.

La prise de contact avec les professionnels s'est cependant avérée délicate vu les délais restreints et le calendrier du mois de mai.

Nous avons souhaité enrichir les études déjà menées en recueillant l'avis de femmes enceintes. Cependant, notre public cible présente des limites à la fois quantitatives (une cinquantaine de femmes interrogées) et qualitatives (échantillon « biaisé » puisque nous n'avons eu accès qu'à des femmes déjà suivies). Cette limite s'explique en partie par le court délai (onze jours) dont nous disposions pour mener notre enquête. Cette expérience s'est toutefois avérée humainement enrichissante. Le thème suscite la sympathie puisque la naissance est généralement un évènement heureux.

Ce module nous a permis de développer des compétences méthodologiques relatives à l'élaboration et à l'analyse d'entretiens. Nous regrettons toutefois, par manque de temps, de n'avoir pas pu exploiter en profondeur les résultats contenus dans la base de données.

Le déroulement du MIP a été impulsé par une bonne dynamique de groupe. Après une période de concertation la première semaine, chacun a réalisé des entretiens en autonomie. Enfin, la troisième semaine nous a permis de mettre en commun le fruit de notre travail de manière consensuelle.

Suite à notre étude, nous percevons les limites du suivi de grossesse au niveau individuel et à l'échelle d'une population. Au niveau individuel, une femme non suivie durant sa grossesse pourra tout à fait avoir une issue de grossesse favorable, et inversement. A l'échelle de la population française, les lacunes de suivi de grossesse n'expliquent qu'une partie des résultats de la France en matière de périnatalité. Même dans l'hypothèse où l'ensemble des femmes serait suivi, il subsisterait des inégalités sociales de santé dues à d'autres déterminants sociaux. Nous n'avons par exemple pas étudié l'impact des conditions de travail (exposition au bruit, stress) et des facteurs environnementaux (pollution, bruit). A ces déterminants s'ajoutent aussi des causes génétiques et biologiques « incompressibles » (hypertension, diabète, obésité).

Notre enquête pourrait être élargie à l'étude de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte. En effet, il serait intéressant de suivre dans le temps un échantillon d'individus issus de gestations difficiles afin d'étudier s'ils souffrent de troubles physiologiques ou psychiques spécifiques.

Bibliographie / Sitographie

Ouvrages spécialisés :

FASSIN D., *Faire de la santé publique*, 2e édition, 2008, 80 p.

Articles :

BOUVIER M.-H., « Morbidité maternelle sévère : différences selon les territoires de santé en Île de France d'après les séjours des femmes en unité de soins intensifs-réanimation et les décès maternels (2006-2009), *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 101-109

BRANGER B., « Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 123-131

COMBIER E., « Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale », *Journal de gestion et d'économies médicales*, n°6, vol 31, 2013, p. 348-368

MOUQUET M.-C., « Les disparités régionales de mortinatalité en France en 2012-2013 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 92-100

PUECH F., « Inégalités de santé périnatale : une évaluation à améliorer », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 90-91

SAUVEGRAIN P., « Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 116-122

ZEITLIN J., « Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°6-7, 24 février 2015, p. 110-115

Avis/rapports/enquêtes :

BAILLOT A., EVAIN F., *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*, Études et Résultats, DREES, n° 814, 12/10/2012, 8p.

EHESP – LA PROXIMITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DES FEMMES ENCEINTES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ – MIP 2015

BLONDEL B., KERMARREC M., *Enquête nationale périnatale 2010: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, INSERM, DGS, DRESS, mai 2011, 135p.

BOUVIER-COLLE M.-H., DENAUX-THARAUX C., DEL CARMEN SAUCEDO M., *Les morts maternelles en France, Mieux comprendre pour mieux prévenir*, INSERM, Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2007-2009, Octobre 2013, 118p.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM), *L'accessibilité financière, comment la mesurer ? Avis*, 27/01/2011, 24p.

HAS, *Recommandations professionnelles, suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, Saint-Denis La Plaine, HAS Service communication, mai 2007, 39p.

LEGROS M., BAUER D., GOYAUX N., *Groupe de travail « santé et accès aux soins », pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins* », Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 29 novembre 2012, 53p.

VILAIN A., GONZALEZ L., REY S., MATET N., BLONDEL B., *Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques*, DRESS, juillet 2013, n°848, 4p.

VON LENNEP F., *Accès aux soins, quels outils pour quels territoires*, Actes du colloque, DRESS, 16/10/2012, 104p.

Sources législatives et réglementaires :

Décrets :

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

Sitographie

BLONDEL B., Naissances hors hôpital : un risque très faible mais réel, INSERM, 2011. <http://presse-inserm.fr/naissances-hors-hopital-un-risque-tres-faible-mais-reel/4799/> (consulté le 05/05/2015)

CHARREIRE H., COMBIER E., « Équité socio-spatiale d'accès aux soins périnataux en milieu urbain : utilisation des techniques géographiques pour la planification sanitaire », *Espace populations sociétés*, 2006/ 2-3, p. 313-327, <http://eps.revues.org/1699> (consulté le 24/04/2015)

« L'accès aux soins hospitaliers n'est pas qu'affaire de distance », Focal INSEE Limousin n° 83, juin 2012. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/limousin/themes/focal/focal-83/focal83.pdf (consulté le 29/04/2015)

ZEITLIN J., BLONDEL B., CHARREIRE H., DREWNIAK N., LeVAILLANT M., AMAT-ROZE J.-M., COMBIER E., « contexte sociale-spatial et accès aux soins pendant la grossesse, impact sur la santé périnatale en France », *IRESP*, 6p. <http://www.iresp.net/files/2013/04/R%C3%A9sum%C3%A9-Jennifer-ZEITLIN.pdf> (consulté le 24/04/2015)

UNAPEI, *Guide pratique sur l'accessibilité*, 2^e édition, Janvier 2010, 74p. <http://www.unapei.org/IMG/pdf/GuideAccess.pdf> (consulté le 05/05/2015)

INSERM, *Rapport européen sur la santé périnatale: la France dans une position moyenne, mais avec le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe*, Communiqué de presse, 27 mai 2013 <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale> (consulté le 05/05/2013)

<http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/prematurite> (consulté le 29/04/2015)

http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=irsocsd2013&page=irweb/irsocsd2013/dd/doc/lexique.htm#M5 (consulté le 29/04/2015)

<http://www.datar.gouv.fr/typologie-des-espaces-ruraux> (consulté le 05/05/2015)

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/bassin-vie-2012.htm> (consulté le 05/05/2015)

<http://www.audipog.net/> (consulté le 05/05/2015)

http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=21717 (consulté le 05/05/2015)

http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2008/pres05_audipog.pdf (consulté le 28/04/2015)

Liste des annexes

ANNEXE I: Suivi théorique et complet de grossesse

ANNEXE II: Questionnaires à l'attention des usagers (femmes enceintes et / ou venant d'accoucher)

ANNEXE III: Analyse statistique de CLUSTER sur les profils de femmes interrogées

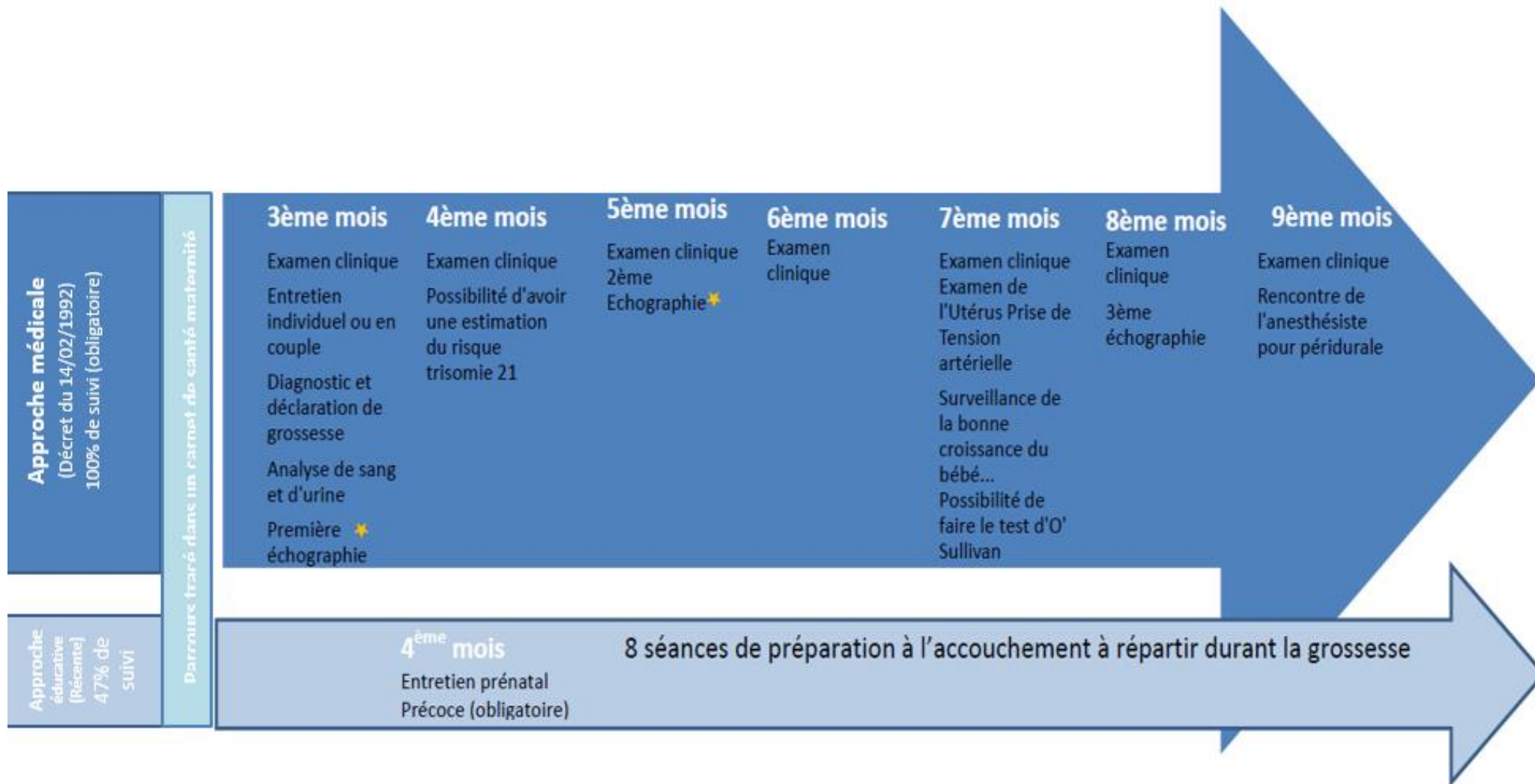
ANNEXE IV: Questionnaires à l'attention des professionnels de santé

ANNEXE V: Tableau synoptique des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé

ANNEXE VI: Synthèse des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé

ANNEXE VII: Schéma conceptuel

ANNEXE I: Suivi théorique et complet de grossesse



- * Examens pris en charge à 70% par la sécurité sociale
Les autres examens réglementaires sont pris en charge à 100%



ANNEXE II: QUESTIONNAIRE USAGERS

Dans le cadre d'un travail réalisé à l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), ce questionnaire a pour but de compléter une étude sur l'accessibilité et la proximité des professionnels de santé pour les femmes enceintes. Il a vocation à être rempli de manière anonyme. Sentez-vous libre de ne pas répondre à certaines questions si vous le souhaitez.

SITUATION PERSONNELLE

1) Quelle est votre année de naissance ?

2) Combien avez-vous d'enfants ?

3) D'où êtes-vous originaire ? Quel est votre lieu de résidence ?

4) Avez-vous votre propre logement ?

5) Etes-vous véhiculée ?

6) Quelle est votre situation familiale ?

7) Quel niveau d'études avez-vous (primaire, brevet, baccalauréat ou études supérieures)?

8) Bénéficiez-vous de la CMU ? Avez-vous une mutuelle ? Touchez-vous des aides publiques (allocation familiale, APL, RSA, AAH...) y compris la CMU-C ?

SUIVI DE GROSSESSE (GENERALITES)

9) A combien de mois de grossesse en êtes-vous ?

Ou, avez-vous mené votre grossesse à terme ?

10) Est-ce que le suivi de votre grossesse vous semble cher ? Pourquoi ?

11) Est-ce que les avances de frais vous ont posé problèmes ?

12) Votre grossesse a-t-elle été planifiée ?

13) Quelle représentation de la grossesse avez-vous ? (Risque, maladie, évènement heureux...)

14) Est-ce que votre grossesse est considérée comme une grossesse à risques (hypertension, diabète,...) ?

15) Si Oui, avez-vous été bien prise en charge ?

16) Etes-vous informée des conduites à risques durant la grossesse ?

17) Quand avez-vous déclaré votre grossesse ?

18) Comment avez-vous obtenu les informations concernant votre suivi de grossesse ? Ces informations vous ont-elles paru claires ?

SUIVI DE GROSSESSE PAR LES PROFESSIONNELS ET ACCOMPAGNEMENT PAR L'ENTOURAGE

19) Avez-vous eu un entretien prénatal précoce à 4 mois de grossesse (entretien non médical) ?

20) Quels professionnels ont suivi votre grossesse ? A quelle fréquence ? (Assistante sociale, médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, anesthésiste...)

21) Avez-vous le sentiment d'avoir établi une relation de confiance avec les professionnels ? (Médecin, gynécologue, sage-femme, ...)

22) Combien de temps avez-vous attendu pour obtenir un rendez-vous ?

23) Saviez-vous que vous aviez la possibilité de suivre des cours de préparation à l'accouchement ?

24) Avez-vous attendu longtemps sur place avant d'avoir votre consultation ?

25) Vous sentez-vous bien entourée par votre famille ? Par votre entourage ? (Conseil, écoute...)

Examens particuliers :

26) Avez-vous fait ou comptez-vous faire les trois échographies recommandées ?

27) Avez-vous réalisé vos prises de sang et vos analyses d'urine ? A quelle fréquence ?

28) Avez-vous réalisé des tests de dépistages ?

29) Si non, pour quelles raisons ?

MODALITES PRATIQUES

30) Avez-vous choisi votre maternité ?
Par quels moyens allez-vous y aller ?

32) Est-ce que vous connaissez le système Prado (une sage-femme vient à domicile après avoir passé trois jours à la maternité) ?

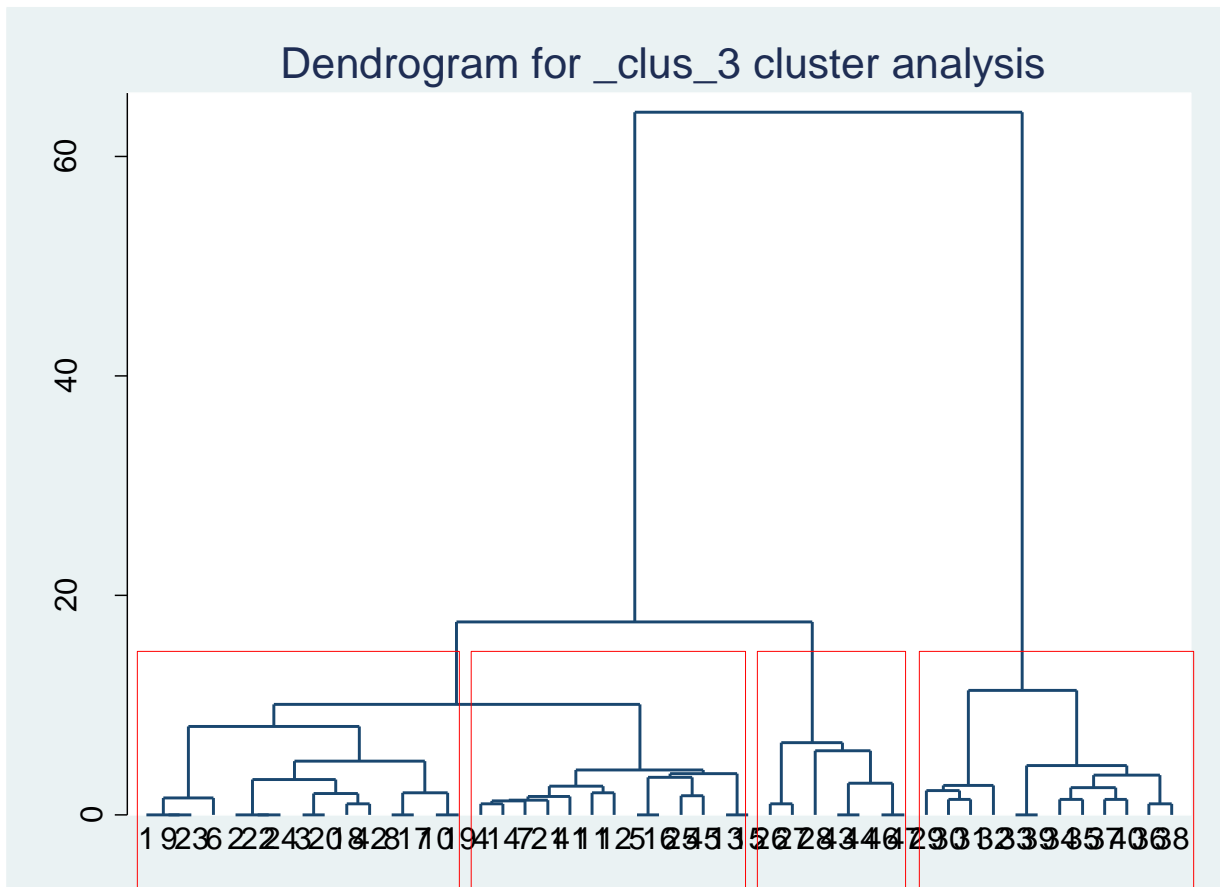
31) Quel sera votre suivi après l'accouchement ?
A quelle distance se trouve-t-elle de votre domicile

33) Avez-vous quelque chose à rajouter qui n'aurait été abordé ? Des propositions pour améliorer la prise en charge ?

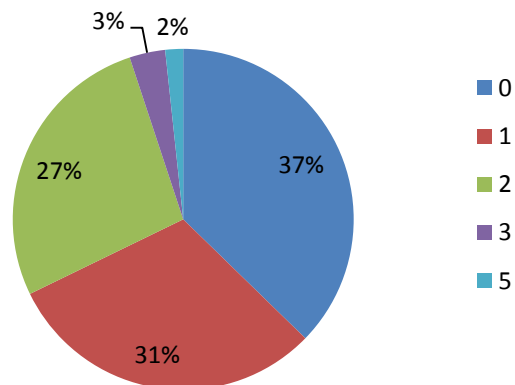
ANNEXE III: ELEMENTS STATISTIQUES COMPLEMENTAIRES

- Profil des personnes en fonction des variables: nombre d'enfants, nationalité, résidence, logement, véhicule, ménage, éducation, CMU, mutuelle, CAF, APL, RSA

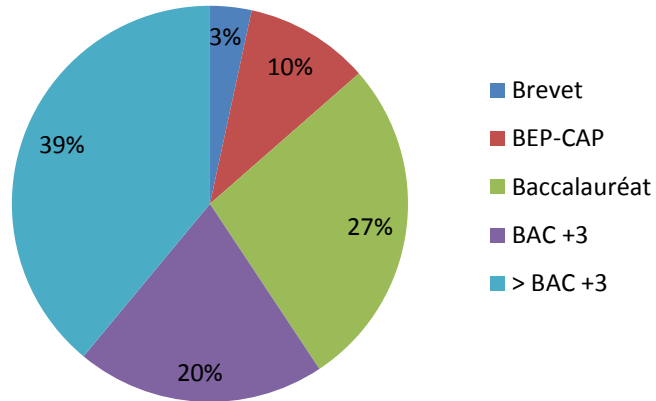
- L'arbre ci-dessous met en évidence 4 groupes de femmes:



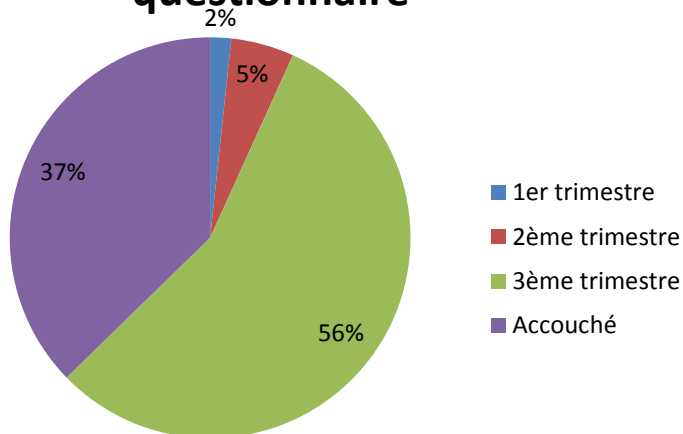
Nombre d'enfants des femmes interrogées



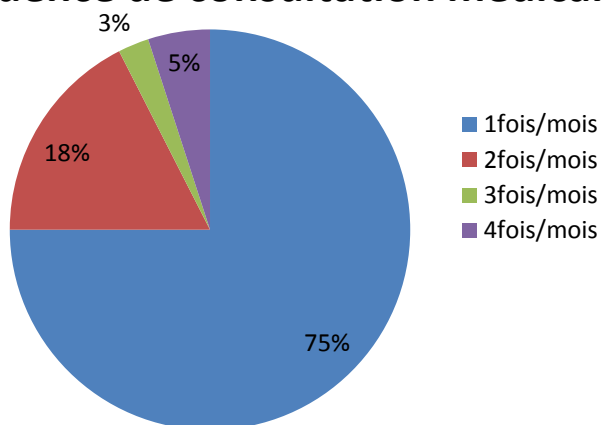
Niveau d'éducation des femmes interrogées



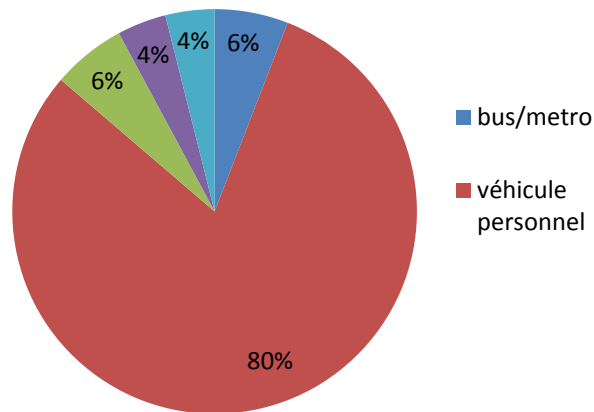
Age gestationnel au moment du questionnaire



Fréquence de consultation médicale



Moyen de transport prévu



Quelques chiffres concernant les données qualitatives :

- Information / Communication :
 - 100% des femmes ayant répondu considèrent être bien informées (58) et 85% d'entre elles considèrent que les informations reçues sont claires
 - 85% des femmes estiment avoir établi une relation de confiance avec les professionnels de santé
 - 100% des femmes savent qu'elles peuvent bénéficier de cours de préparation à la naissance
 - 63% des femmes interrogées connaissent le dispositif Prado
- Suivi médical et administratif de grossesse :
 - 76% ont déclaré leur grossesse avant 13 semaines; 18% entre 13 et 20 semaines; 1 femme n'a pas déclaré sa grossesse; 3% n'a pas répondu
 - 46% des femmes ont réalisé l'entretien prénatal; 52% ne l'ont pas réalisé; 1 femme n'a pas répondu
 - 96% des femmes ont réalisé au moins 3 échographies ou en ont l'intention
 - 100% des femmes ont réalisé des analyses biologiques
 - 91% des femmes ont réalisé des tests de dépistage
- Typologie des grossesses et suivi :
 - 70% de grossesses physiologiques dont 17% suivies exclusivement par SF et 32% exclusivement par spécialiste, 46% par SF et spécialiste
 - 30% de grossesses pathologiques dont 17% exclusivement suivies par spécialiste, 17% exclusivement par SF, et 66% suivies par SF et spécialiste
 - 61% des grossesses pathologiques est expliqué par l'existence de pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle)
- Organisation du suivi :
 - 54% des femmes estiment que le délai de rdv est de moins d'1 semaine, 21% entre 1 et 2 semaines, 25% supérieur à 2 semaines
 - 17% des femmes estiment que le temps d'attente en salle de consultation est long, 83% considèrent que ces délais sont courts

- 96% des femmes ont choisi leur maternité avant l'accouchement
- 54% des femmes ont planifié leur suivi après accouchement

ANNEXE IV: ENTRETIENS PROFESSIONNELS DE SANTE

Demander l'autorisation de mentionner le nom de la personne dans le devoir

1. Est-ce que vous pouvez nous présenter votre profession ?
2. Quel rôle avez-vous dans le suivi de la grossesse ?
3. Les femmes enceintes que vous suivez relèvent-elles de toutes les CSP (en %) ?
4. D'où viennent-elles majoritairement géographiquement parlant ?
5. Comment viennent vos patientes ?
6. Au regard de votre expérience, quelles sont les difficultés (les + fréquentes, les + graves) que rencontrent les femmes dans le suivi de leur grossesse ?
7. Avez-vous beaucoup de déclarations tardives (après 3 mois) ? Comment les expliquez-vous ?
8. Quels facteurs sont déterminants pour entraîner une issue défavorable des grossesses ?
9. Connaissez-vous l'HAS ? Appliquez-vous ses recommandations ?
10. Les femmes ont-elles des difficultés à suivre vos recommandations, et si oui pourquoi ?
11. Parmi les femmes qui ont des difficultés dans leur suivi, des profils types sont-ils dégagés ?
12. Selon vous, quels sont les leviers d'actions qui existent pour réduire les inégalités dans le suivi de la grossesse ?
13. Quels leviers d'actions complémentaires pourrait-on mettre en place pour réduire les inégalités dans le suivi de la grossesse ?
14. Comment travaillez-vous avec les autres professionnels pour prendre en charge les femmes enceintes ? La coordination est-elle satisfaisante ?
15. Avez-vous des commentaires ?

ANNEXE V: Tableau synoptique des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé

Métier/structure	Rôle	Accessibilité			Profil patientes	Représentations	Facteurs déterminants	Freins	Pistes d'améliorations	recommandations HAS	Coordination des professionnels de santé
		Géographique	Financier	sociales							
Sage-femme libérale (ville) à Rennes	Global Suivi médical Accompagnement et préparation à la naissance (pré et post partum)	ok bus	Toutes catégories socio professionnelles (20% aisées, 30% moyenne +, 30% moyenne -, 20% défavorisées)		Femmes du quartier majoritairement Quelques patientes de nationalité étrangères, rallongement du temps de suivi + couverture sociale	Empathie: difficulté pour les femmes enceintes précaires de faire un suivi	Environnement Stress isolement	-Rupture dans le suivi à partir du 3e trimestre (changement de professionnel) -femmes précaires ou sociologiquement défavorisées qui ont des priorités différentes de celles de la grossesse (logement, isolement, alimentation)	-entretien prénatal à valoriser - honoraires des sages-femmes à revaloriser afin d'encourager le temps passé avec les femmes - revoir l'investissement des médecins généralistes dans la prévention des risques grossesses (augmentation du temps dédié)	Document de référence: repérage des risques et adaptation du suivi	+ Relation avec la PMI et le médecin généraliste lorsqu'il y a transféré vers les urgences des maternités - Le médecin généraliste considère souvent la sage-femme comme une concurrente vers laquelle les patientes de familles "fuient"
Sage-femme PMI rurale (ville de 6000 habitants et villages alentours sur 1000km)	Global Suivi médical Accompagnement et préparation à la naissance (pré et post partum)			Les sages-femmes de PMI reçoivent la liste des femmes de leur secteur, et ciblent les profils vulnérables (personnes isolées, celles qui déclarent tardivement leur grossesse, celles qui ont une situation familiale fragile repérée par le service social du CG, tels que des problèmes de revenu, de précarité de logement ou de précarité éducative)	90% niveau brevet des collèges. Beaucoup ont le RSA et bénéficient de minimas sociaux. 10% niveau baccalauréat.		c'est l'association de facteurs qui est grave tels -mauvaises conditions de travail -environnement stressant -mauvaise alimentation.	-problème de proximité géographique et de transports en commun. Beaucoup de femmes sont à plus de 30mn de la maternité et de la PMI. Les petites routes ne se mesurent pas en km, elles sont très escarpées dans la région, chaque déplacement est très long. Il n'y a par ailleurs aucun gynécologue dans le secteur. Pas possible échographies spécialisées car aucun professionnel ne détient les diplômes nécessaires.	-multiplication des antennes locales de PMI - formation des médecins généralistes et des dentistes à la prise en charge des femmes enceintes	Respectées par les femmes des lors qu'elles sont bien expliquées	+ Interne au Conseil général: conseillers, techniciens, éducateurs, puériculteurs, IDE Extérieurs au Conseil général : sages-femmes libérales, sages-femmes d'hôpitaux, - Médecins généralistes et dentistes : problématique car doit être interlocuteur de la patiente mais n'ose pas antibiotis ni anesthésie
Sage-femme hospitalière guadeloupe, type III	Professionnel médical à compétence encadrée limitée -accueil -écoute -accompagnement -prise en charge globale grossesse, accouchement, suivi de couche -suivi médical, psychologique et social	Toute la région et les dépendances sont couvertes, transport en commun pour accéder à l'hôpital qui est au centre-ville, financier	Tout niveau socio-économique		50% femmes haïtiennes, martinique, république dominicaine et guadeloupe. 100% ont couverture sociale Certaines femmes sont victimes de violences conjugales		Grossesses peu ou mal suivies, professions à risque (position debout, travaux lourds) Niveau social et intellectuel faible Pathologies préexistantes (diabète, hypertension artérielle, grossesses non désirées avec IVG récusées) Problèmes psychiatriques	Absence de couverture sociale Méconnaissance du suivi Déni de grossesse Ignorance de leur corps Situations irrégulières Croyances populaires Barrière de la langue	Procédure accélérée pour l'ouverture des droits Favoriser le réseau de périnatalité Améliorer le réseau des structures	Recommandations pertinentes, difficulté dans l'observance par immaturité ou non engagement total dans la grossesse Amélioration possible pour le diagnostic et le début de la grossesse	+ Travaillleurs sociaux lorsqu'absence de couverture sociale: appel au réseau pour le signalement des femmes en difficulté. Bonne coordination avec les dépascitologues.
CHU de Rennes type III, Sage-femme	Suivi de la grossesse physiologique, dépistage de la grossesse pathologique, préparation à la naissance, accompagnement post partum, soins du nourrisson	Bus et métro			Tous profils sociaux, ille et vilaine + région		Hygiène, tabac, contexte social, manque d'informations	Contact téléphonique long et isolement des femmes			Complémentarité des professionnels de santé (gynécologues, urgences, bloc opératoire) Sphère sociale: assistantes sociales, PMI, SAFED (service d'aide aux femmes enceintes en difficulté) Lien possible avec le psychiatre, le nutritionniste, le diabétologue, l'endocrinologue, le pédiatre Services d'interprétariat

Médecin généraliste libéral martinique	Diagnostique, suivi jusqu'au 2e trimestre, orientation PMI-hôpital	Médecins généralistes dans chaque commune et grand nombre de sages femmes libérales	Pas de problème pour les femmes bénéficiaires de la CMU		Femmes jeunes multipares sans emploi, bénéficiaires de la CMU dans les communes rurales		Diabète, HTA, obésité	Errance, toxicomanie, absence de logement, manque d'information, besoin de couverture sociale, comportements à risque, mauvaise alimentation	Améliorer le suivi social de ces femmes	Document de référence, pas d'informations sur les mises à jour	+ Relations avec la PMI et avec les sages-femmes, l'outil de communication est le carnet de grossesse
Interne des urgences gynécologiques de type III CHU de Rennes	Suivi du 1er trimestre et du diagnostic	Métro bus			La majorité des femmes ont moins de 30 ans et sont bénéficiaires de la CMU Femmes avec saignements, contractions, fausses couches, douleur Femmes socio défavorisées Situations irrégulières (la grossesse empêche les expulsions)	Empathique pour les femmes défavorisées		Barrière de la langue Conduite à risque, tabac Contexte social (familles nombreuses)	Améliorer l'information: simplification et diffusion	Respectées dès lors qu'elles sont connues par les femmes	Psychologues, assistantes sociales, interprètes, Médecins traitants, PMI, SAFED
Obstétricien, chef de service obstétrical, CHU Martinique type III	Diagnostique, suivi de grossesse, accouchement 2200/an.	Transports en commun	Prise en charge 100%, consultations gratuites, peu de dépassement d'honoraires	Pas de problème de la langue ni de religion entrant en contradiction avec le suivi de grossesse	Toute l'île, en majorité du centre. + de 55% des femmes bénéficient de la CMU, niveau d'éducation inférieur au niveau national		Structure ethnique avec hypertension artérielle, obésité, yper tension des femmes	Transports pas suffisamment performants (recours aux transports médicalisés) Délai de rendez-vous pour avoir des consultations Horaires de consultations pour les femmes actives	Améliorer le suivi des grossesses physiologiques par les PMI et sages-femmes libérales et améliorer la prise en charge et le dépistage des femmes enceintes psychiatriques (toxicomanes en errance) Développer les réseaux de travailleurs sociaux	Pertinentes mais difficulté d'observance dans les cellules familiales qui ont leur propre idée du suivi	Réseau de périnatalité 2002-2013 Outils: dossiers et courriers de transmission + carnets de grossesse
Sage-femme coordinatrice de la PMI de Paris	Professionnel médical à compétences définies - Suivi physiologique, psychologique, prophylactique - Contraception, diagnostic, suivi pré et post-partum - Diagnostic des pathologies - Accompagnement	Une PMI par arrondissement, chacune étant rattachée à une maternité - Par ailleurs, visites à domicile	Gratuit sans rendez-vous		Tous les profils - 1% sans domicile - Beaucoup de femmes des pays d'Afrique de l'Ouest et des pays slaves			Couverture sociale (80% sans couverture) : ça génère des entrées décalées. Craintes d'expulsion, désintérêt, logement instable, alimentation limitée - Culture : conseils intrusifs, silence avant quatre mois de grossesse	Développe l'entretien prénatal précoce Prioriser les plus vulnérables - Généraliser le dispositif du bureau centralisé d'inscription en maternité - Accompagnement administratif des femmes vulnérables par des secrétaires médicales sociales - Désengorgement des hôpitaux vers les sages-femmes libérales dans le cadre d'un réseau Ville-Hôpital de périnatalité - Généraliser les	Respectées lorsqu'il y a un seul intervenant	Réseau SOLIPAM qui comprend Médecins du monde - Coordination avec un pername sociale accueil (PSA) - Cartes Resto solidaire (SAMU-PMI) - Consultations prioritaires dans les locaux de maternité - Liens entre les maternités de l'AP-HP, la PMI, les services sociaux et les réseaux associatifs - Convention de l'AP-HP proposant des consultations supplémentaires aux femmes mineures ou en difficulté - La PMI de Paris centralise toutes les déclarations de grossesse (feuilles bleues).
Interne en anesthésiste-réanimation - CHU Maternité de niveau III	Suivi des grossesses pathologiques - Femmes enceintes du 8e mois à l'accouchement - Grossesses à hauts risques	RAS		Problème de la langue - Pour les femmes étrangères, suivi différent							
Sage-femme Médecin du Monde	Accueil, orientation et accompagnement : discussion, échange, accompagnement physique aux rendez-vous/ Aide dans la déclaration de grossesse/ Suivi de grossesse expliqué/ Partenariat avec Bagatelle pour 3 échographies/ Déplacement à la PMI/ Orientation vers des professionnels extérieurs	Bus et Tram (difficultés pour venir)	Gratuit sans rendez-vous	Ecoute/ Contact grâce au téléphone portable : contact permanent	Femmes sans papiers/ AME si 3 mois sur le territoire/ retard dans le suivi/ Afrique du Nord et Pays de l'Est/ Maltraitance, prostitution, traite de personne et travail illégal	Grossesse très importante/ Rare que les femmes demandent l'avortement/ Grossesse= reconnaissance et considération, nouveau statut	Pas de pathologie particulière	Langue/ Ouverture des droits/ Chez les Roms = difficultés pour se faire suivre et suivre les recommandations en raison du mode de vie, pas d'intérêt à faire une demande d'ouverture des droits de Sécurité sociale/ Demandeur d'asile = CADA et non logement commun/ souvent système D après l'accouchement	Hébergement/ Mode de garde (place en crèche)		Bonne coordination avec les professionnels/ Projets à Bordeaux: réseau de périnatalité inédit/ Difficultés avec le PASS à Bordeaux
Médecin généraliste libéral/ Bordeaux CHRS-CAU Leydet	Prise en charge des femmes enceintes, explication des étapes de la grossesse/ Grossesses complexes et pathologies connexes/ Informations sur les pratiques à adopter	Tram et bus	Gratuit	Ecoute/ Contact	Femmes enceintes vulnérables, majoritairement plus de 30 ans, africaine subsaharienne, célibataire, en situation précaire, victime maltraitance, sans logement, partie de leur grossesse dans la rue, bénéficie de l'AME puis protection sociale mais pas de revenus	Evenements heureux/ Très peu d'accouchements sous X	Existence de grossesses complexes mais rare : dans ce cas, polyopathologies	Lutter contre l'exposition à la violence/ la langue, dépendance à des substances absence de droit, précarité du logement/ Problèmes des professionnels à ne pas assez faire confiance aux professionnels	Réaliser un réseau pour sortir de l'isolement/ Capacité à sublimer la situation		Sage femme de la PMI qui réalise une permanence d'une demi-journée par semaine/ Accouchement à Pellegrin/ Mise en place d'un réseau de périnatalité/ Problème d'interdisciplinarité notamment quand les femmes enceintes ont des polyopathologies

Assistantes sociales AP-HP Paris, Tenon, maternité niveau II	Accompagnement des femmes en difficultés sociales. Aident pour les démarches administratives, hébergement et alimentation d'urgence.	Métro et bus	Gratuit	Non-obligatoire	Femmes fragiles sur le plan social ou psychologique. Femmes SDF, mineures, sans papiers, étrangères.	Dépend de la culture de la femme. Grossesse généralement vue comme une fatalité.		Délais (1mois) trop long pour rdv. Méconnaissance du système de santé français. Barrière de la langue. Mobilité géographique. Mauvaise volonté de certaines patientes.	Stabiliser sur les plans de l'alimentation et de l'hébergement les femmes enceintes SDF.		AS travaillent avec beaucoup de professionnels et partenaires internes et externes à l'hôpital. Interne à l'hôpital : médecins spécialistes, sages-femmes, bureau des inscriptions. Externe : PMI, Samu social, partenaires associatifs.
IREPS Bretagne	chercheur prévention promotion de la santé.							Tenir négative des messages transmis (orienté vers le risque et culpabilisant). Importance des facteurs socio culturels sur le suivi de grossesse	Favoriser une approche promotrice de santé et prendre en compte les inquiétudes individuelles.		
MISP-ARS Bretagne	Directeur adjoint prévention - promotion de la santé							influence du gradient social ; manque de coordination des professionnels de santé ; représentation de la grossesse	approche davantage promotrice de santé ; revalorisation rôle des sages femmes dans le suivi de la grossesse		
Réseau périnatalité; territoire Rennais	Responsable du réseau							Manque de coordination des professionnels libéraux (discours discordants	Coordination des professionnels de santé ; changer l'image des PMI		
Sage-femme libérale rurale	Travail à domicile pour les grossesses diagnostiquées à risque et en cabinet. Rôle de prévention des pathologies physiques et des complications de l'accouchement. Maintenir la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que des suites de couche. Accompagnement à la parentalité.	Forte densité de sage femme dans le canton, accessibilité en bus	Profils diversifiés: 20% études supérieures, 65% bac (classes moyennes), 15% défavorisées		Classes moyennes	Les femmes en difficulté sont suivies dans des structures adaptées	Facteurs les + fréquents : problème du travail, la relation grossesse/ travail génère du stress, soit elles ont boulot pas aménagé, ou alors elles refusent des contrats parce qu'elles sont enceintes, pas d'aménagement de leur temps de travail. Le fait qu'elles s'écourent pas par rapport à ça, ça les fait s'arrêter.	Les sages-femmes d'hôpitaux ont de + en + de responsabilités, elles sont devenues techniciennes, peu de place pour le relationnel.	Le 1/3 payant à toutes les étapes de la grossesse (y compris la première prise de sang) De l'importance d'avoir un médecin référent qui coach les sages-femmes libérales en cas de problème. Si les sages-femmes n'ont pas fait de DU de grossesse pathologique, elles ne savent pas comment traiter le diabète par exemple. Les maisons de naissance devraient être généralisées pour favoriser l'écoute et l'accompagnement personnalisé des femmes enceintes.	La sage-femme applique au maximum les recommandations mais n'est pas toujours au courant. Réception de mails d'actualisation des recommandations par l'UNSF (syndicat des sages-femmes) mais pas d'envoi du conseil de l'ordre ni de l'HAS. Les patientes les appliquent bien des lors qu'elles leur sont bien expliquées.	+ Existence d'un dossier commun périnatal informatisé Limite : les gynécos du privé ne veulent pas faire partie de ce dispositif - Il arrive que des sages-femmes de PMI gardent les patientes qui n'ont pas de problèmes car elles sont plus faciles à suivre. En ville il y a une forme de concurrence entre sages-femmes libérales et PMI. Pas de rapport de confiance avec le médecin généraliste.
Pédopsychiatre dans une maternité de CHU	Pédopsychiatre à mi-temps à la maternité de type III du Kremlin Bicêtre. Intervient sur alerte de professionnels lorsqu'une situation de grossesse complexe est identifiée.	Métro et bus	Gratuit		Sur 25 femmes suivies pendant 6 mois en 2014 25% ont fait des études supérieures, 50% ont le bac et 25% ont un niveau inférieur au baccalauréat. Beaucoup de femmes rencontrées sont déficientes intellectuelles ou mineures.	Empathie, prise en compte de l'environnement familial de la femme sans la stigmatiser	pas d'incidence médicale directement liée aux maladies mentales. risques obstétricaux plus importants à cause d'un suivi plus erratique	Avec les professionnels qui font des interventions techniques (obstétriciens, anesthésistes, psychiatres adultes qui sont beaucoup dans le médicamenteux.) le lien et le partage d'information est plus difficile. Pas de lien avec les médecins généralistes.	Augmenter les places dans les unités mères-bébés Intensifier les cours en DU de psychiatrie ou d'obstétrique pour sensibiliser les professionnels. Prévoir des consultations mensuelles remboursées à partir de 4/ 5 mois de grossesse, pour les femmes ayant des troubles psychiatriques Action de santé publique à faire pour sensibiliser à la prévention. Développer les réseaux de périnatalité mobile tel que le réseau PUMAS dans le 92 dont le siège est à Erasmé.	L'HAS fait des recommandations précises aux professionnels dans le suivi de la grossesse mais pas pour les maladies mentales	Les professionnels mobilisés: Les centres médico-psychologiques périnataux La maternité du CHU comprend une unité mères-bébés qui propose des places aux mères ayant des troubles psychiatriques. unités spéciales mères-enfants pour les femmes connaissant des situations sociales graves et non psychiatriques. Les sages-femmes libérales orientent rapidement vers les PMI lorsqu'elles détectent des troubles psychiatriques. La question du placement de l'enfant se pose, ce qui nécessite une concertation étroite avec les services sociaux de la PMI (5 ou 6 enfants sont placés par an). coordination s'impose avec psychiatrie adulte du Kremlin Bicêtre. Il arrive que ce soit eux qui alertent la maternité en signalant qu'une de leur patiente est enceinte. L'accès aux dossiers obstétricaux des femmes pour tous les professionnels et la possibilité d'y enregistrer des données pédopsychiatriques est très important pour assurer la coordination.

ANNEXE VI:

SYNTHESE DES ENTRETIENS REALISES AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

ENTRETIEN PROFESSIONNEL

SYNTHESE

Médecin généraliste libéral - 28 avril 2015

Le métier et le lien avec le suivi de la grossesse :

Cet entretien a été mené avec un médecin généraliste libéral exerçant au Gros-Morne en Martinique.

Il s'agit d'une commune rurale de 13000 habitants.

Les pathologies le plus fréquemment prises en charge par ce médecin sont les maladies chroniques.

Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de grossesse se limite au le diagnostic de la grossesse, aux premières consultations (rarement au-delà du 6ème mois) et à l'orientation des femmes enceintes vers l'hôpital ou la PMI.

Les profils traités et l'identification des facteurs expliquant des lacunes dans le suivi de la grossesse

Situé sur une commune rurale, les femmes enceintes reçues sont, dans leur très grande majorité, des femmes jeunes, multipares, sans activité professionnelle ou avec une activité non rémunérée.

Ces femmes viennent exclusivement de la commune. La présence sur la commune de 4 médecins généralistes participe l'accessibilité au suivi de grossesse.

D'après ce médecin, les critères déterminants dans les complications liées à la grossesse sont d'ordre médical. En outre, le département connaît une prévalence de pathologies chroniques de type hypertension artérielle et diabète particulièrement importante. On note aussi de nombreux cas d'obésité de grossesse.

Coordination des professionnels de santé

Les relations avec les autres professionnels de santé dans le cadre du suivi de grossesse se limitent aux sages-femmes de PMI. Le médecin généraliste y oriente les patientes, et les sages-femmes prennent parfois contact avec le médecin pour obtenir des informations complémentaires. La coordination des professionnels se fait par le biais du carnet de grossesse, mis à disposition de toutes les femmes enceintes et renseigné de manière très satisfaisante.

Les leviers permettant de réduire les inégalités de santé :

Dispositifs existants et éléments à améliorer : les nombreux dispositifs existants sont performants et permettent à toutes les femmes, quel que soit son revenu de bénéficier d'un suivi de grossesse adapté. Seules quelques catégories de femmes enceintes ne bénéficient peut-être pas d'un suivi idéal tel que les femmes vivant dans la rue avec des pratiques addictives. Est-ce du ressort de professionnels de santé ou ont-elles d'autres besoins à satisfaire avant de vouloir accéder à une prise en charge optimale de leur santé?

**ENTRETIEN PROFESSIONNEL DE SANTE SAGE-FEMME HOSPITALIERE
CHU GUADELOUPE (1 er MAI 2015)
SAGE FEMME n° 1 :**

CONCEPTION DU METIER

Métier d'accueil, d'écoute, d'accompagnement, de prise en charge globale de la patiente en partenariat parfois avec d'autres professionnels de santé : diabétologue, drépanocytologue, cardiologue, assistante sociale

ROLE DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Rôle actif en suivant médicalement les grossesses normales et accompagnement à la naissance (informations, écoute et dédramatisation)

ACCESSIBILITE

Femmes de toutes catégories sociales

50 % sont d'origine haïtienne et viennent de la PMI.

Elle dit que le CHU est accessible car il est non loin du centre-ville et est desservi par les transports.

Le parking est gratuit et l'établissement a mis en place une navette assurant les transports de l'entrée principale au hall d'entrée.

DIFFICULTES DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Pour les femmes non assurées sociales, il existe une aide à l'obtention de l'aide médicale d'Etat et depuis plus d'un an, le réseau périnat a permis de faire évoluer la situation.

Les critères déterminants dans les issues défavorables de grossesse sont les grossesses peu ou mal suivies, les métiers à risque (travaux lourds et métiers nécessitant la position debout en permanence).

Les types de profil retrouvés parmi les femmes ayant des difficultés à suivre leur grossesse sont les femmes toxico et dépendantes des substances illicites, les femmes SDF et en grande précarité.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU PROFESSIONNEL

Les recommandations de la HAS sont bénéfiques ;

LEVIERS D'ACTION POUR REDUIRE LES INEGALITES DE SUIVI DE GROSSESSE

Pas de réponse

COORDINATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Pas de réponse

ENTRETIEN PROFESSIONNEL DE SANTE SAGE-FEMME HOSPITALIERE
CHU GUADELOUPE (1 er MAI 2015)
SAGE FEMME n° 4 : sage-femme de diagnostic prénatal

CONCEPTION DU METIER

Sage-femme de diagnostic prénatal dont la mission principale est de coordonner la prise en charge des gestantes pour lesquelles une anomalie a été dépistée en anténatal lors des échographies fœtales

ROLE DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Suivi d'une grossesse normale : assurer les échographies de dépistage

ACCESSIBILITE

Accès à toutes catégories sociales provenant que de la Grande-terre (partie Est de la Guadeloupe et plus proche du CHU)

Le CHU reste accessible car il est situé au centre de la capitale.

DIFFICULTES DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Beaucoup trop de patientes, surtout étrangères, n'ont pas de couverture sociale et les dispensaires fournissent de moins en moins des bons de prises en charge dont le remboursement doit être assuré par le conseil général.

Les critères déterminants dans les issues défavorables de grossesse sont le manque d'informations et de formation des médecins généralistes et un réseau de professionnels non performant manquant d'uniformisation dans les prises en charge.

Dans les profils de femmes ayant des difficultés de suivi, elle dit retrouver essentiellement les femmes d'origine étrangère dont la grossesse et plus singulièrement, l'enfant à naître, est un passeport pour l'ouverture des droits.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU PROFESSIONNEL

Toutes les recommandations doivent s'adapter aux réalités locales.

Les femmes n'ont de difficultés à suivre les recommandations mais beaucoup craignent encore l'amniocentèse.

LEVIERS D'ACTION POUR REDUIRE LES INEGALITES DE SUIVI DE GROSSESSE

- Pouvoir ouvrir des droits à toutes les femmes enceintes résidant sur le territoire
- Multiplier les acteurs de santé œuvrant autour des parturientes afin d'assurer une information et un suivi proche de l'exhaustivité
- Pouvoir bénéficier de formations à l'image de celle organisées dans l'hexagone en limitant les coûts
- Améliorer les dispositifs existants car elle considère qu'elle est un parent pauvre dans son secteur (manque de locaux, d'équipement et de personnel)

COORDINATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Coordination insuffisante et disposer d'un site dédié au diagnostic prénatal serait l'idéal.

<p style="text-align: center;">ENTRETIEN PROFESSIONNEL DE SANTE : SAGE-FEMME COORDINATRICE DE LA PMI DE PARIS, le 06 mai 2015</p>

CONCEPTION DU METIER

De façon générale, **le métier de sage-femme est une profession médicale à compétences définies**, axée notamment sur le suivi physiologique et la préparation psychologique et prophylactique des femmes enceintes. La sage-femme réalise les échographies, la surveillance de l'accouchement et de la péridurale, les soins de la femme et du bébé jusqu'à la consultation post-natale (6-8 semaines après la naissance) ou tant que la femme allètera. Elle peut également donner des consultations de contraception et assurer le suivi gynécologique tout au long de la vie. Si elle diagnostique une pathologie, elle contacte un gynécologue et travaille en collaboration avec lui.

ROLE DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Dans le cadre de la PMI, qui est un service départemental, la sage-femme assure le suivi des femmes enceintes. En banlieue et en province, la PMI propose des permanences pour informer gratuitement et sans rendez-vous les couples avant, pendant et après une grossesse. La sage-femme peut y faire le suivi de grossesse jusqu'au 7^e mois.

A Paris, les sages-femmes de PMI reçoivent dans la permanence de chaque arrondissement ou sont rattachées aux maternités. Dans ce cas, elles consultent sur place et reçoivent les patientes de tout profil, notamment pour des conseils sur la préparation ou l'allaitement, ou font des visites à domicile pour des patientes identifiées par les maternités (grossesses pathologiques, famille à risque...). Elles proposent alors un accompagnement médical et psycho-social personnalisé pouvant aller jusqu'à une consultation par semaine.

Seules les « consultations supplémentaires » (convention avec l'AP-HP) sont dédiées aux femmes mineures ou en difficultés, de par une inscription tardive (souvent associée à une situation précaire), l'absence de couverture sociale...

Ce lien avec les maternités permet d'éviter une médecine à deux vitesses : un circuit pour les patientes ayant accès à l'hôpital, engorgé mais très équipé, et celles consultant plutôt en PMI, plus accessible mais n'ayant pas de plateau technique.

Par ailleurs, la PMI reçoit toutes les déclarations de grossesse (feuillelet bleu), une lettre personnalisée proposant de se rendre à la permanence est alors envoyée à toutes les déclarations tardives, aux femmes de plus de 40 ans primipares, ou mineures (pas au domicile)...

En 2014, sur 28 447 déclarations reçues, 2728 lettres ont été envoyées. Les femmes sans domicile représentent 1% des déclarations reçues mais 10% des courriers envoyés. La PMI travaille en coordination avec la PSA (Permanence Sociale d'Accueil) pour proposer une permanence dédiée.

ACCESSIBILITE

Les permanences de la PMI organisées au sein de chaque arrondissement sont accessibles sans rendez-vous.

Les sages-femmes rattachées aux maternités de Paris voient en consultation ou à domicile les patientes proposées par la maternité sur rendez-vous. Une patiente peut-être également orienté sur la suggestion d'une assistante sociale ou d'une auxiliaire de puériculture, qui aurait identifié une famille peu stable ou une situation sociale compliquée. La sage-femme de PMI entre alors en contact avec la maternité qui suit cette patiente afin d'être introduite auprès d'elle.

Pour beaucoup de femmes en situation précaire, le premier contact est fait dans des associations comme Médecins du Monde, qui entre alors en contact avec un réseau dédié : **SOLIPAM** (Solidarité Paris Maman). Il coordonne les différents professionnels de santé et du social afin d'assurer une prise en charge correcte des femmes enceintes en situation de grande précarité.

Par exemple, la PMI alerte sur une femme qu'elle suit à Bichat, qui a changé plusieurs fois de logement dans le cadre d'un hébergement par le 115 dans des hôtels. SOLIPAM contacte alors le Samu social pour trouver un hébergement stable près de l'hôpital. Le manque de stabilité est un gros problème car la patiente reste domiciliée et donc suivie au même endroit mais est logée de plus en plus loin de Paris et doit donc faire face à des déplacements importants. En ajoutant le stress et les conditions précaires, de nombreuses pathologies se déclarent pendant la grossesse (HTA, diabète...) et provoquent accouchements prématurés et de petits poids de naissance.

La priorité accordée à ces femmes dans des logements proches de l'hôpital arrive malheureusement à saturation. Par conséquent, le SOLIPAM essaie de transférer le dossier de la patiente vers l'établissement proche de son nouveau domicile hors de Paris, mais doit faire face à des réticences des femmes.

Ce réseau inclue 39 femmes par mois sur 2500 naissances à Paris.

DIFFICULTES DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Même si la PMI a pour objectif de prendre en charge les femmes enceintes quel que soit leur situation, à Paris (qui regroupe les $\frac{3}{4}$ des gens sans couverture sociale) **80% des femmes rencontrées en 2014 n'avaient pas du tout de couverture sociale** (soit parce qu'immigrées, soit parce marginalisées) **et 77% des déclarations faites étaient tardives** (après 3 mois). Cela implique une entrée décalée dans le système de soins, qui s'explique par un manque d'information, la peur d'être expulsée et donc d'entreprendre des démarches, des préoccupations prioritaires autres (s'alimenter, trouver un toit...) ou le déni/désintérêt.

Les principales difficultés dans le suivi de grossesse rencontrées par ces femmes, originaires en majorité des pays slaves (Ukraine, Russie...) ou d'Afrique de l'Ouest (Congo, Côte d'Ivoire...), outre les conséquences des traumatismes vécus dans des pays en guerre, sont :

- Un logement instable,
- Des difficultés à se nourrir convenablement, particulièrement problématique en cas de diabète de grossesse par exemple,
- L'absence de couverture sociale, qui fait qu'elles n'osent pas consulter et complique leur prise en charge de par les délais que cela entraîne.
- Leur culture qui peut se révéler être un frein ; certaines ne croient pas ce que leur explique les sages-femmes ou trouvent leurs conseils intrusifs, d'autres ont pour coutume de ne pas parler de grossesse avant le 4^e mois. Les échographies peuvent être mal vécues.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU PROFESSIONNEL

Les recommandations sont suivies dans la mesure du possible, notamment le fait qu'il n'y ait qu'une personne qui suive la femme enceinte. Mais c'est très difficile à Paris car pour ne pas saturer les consultations, il faut bien faire circuler les patientes.

La PMI voudrait développer l'entretien précoce et priorisant les plus vulnérables mais ce sont les également plus hésitantes. Les entretiens ne sont alors pas formalisés en tant que tel, mais réalisés au fur et à mesure des rencontres.

LEVIERS D'ACTION POUR REDUIRE LES INEGALITES DE SUIVI DE GROSSESSE

Pour lutter contre les engorgements dans certaines maternités, notamment celles du Nord de Paris, les sages-femmes de PMI ont mis en place, en collaboration avec l'AP-HP et différentes associations, un certain nombre de **circuit pour fluidifier l'accès au suivi de grossesse** :

- Le BCIM, bureau centralisé, coordonne l'inscription des patientes dans une maternité parisienne en cas de refus dans l'établissement dont elles dépendent,
- Des secrétaires médico-sociales de la PMI sont détachées depuis 1996 dans toutes les maternités de l'AP-HP. Elles voient toutes les femmes enceintes et d'assurent de leur prise en charge et de leur couverture sociale. Elles peuvent éventuellement contacter la structure qui accueille ces femmes pour faciliter la coordination avec l'hôpital et les services sociaux. Elles ont un vrai rôle d'accompagnement des femmes en situation difficile.
- Dans le cadre d'une convention avec l'AP-HP, les sages-femmes de PMI assurent des consultations supplémentaires dans les locaux des maternités, à destination des femmes précarisées qui arrivent plus tard dans le système de soins. Cela permet de proposer une 1^{ère} consultation plus longue puis de les faire rentrer dans le circuit normal.
- Le développement du réseau ville-hôpital et périnatalité à Paris permet de désengorger les hôpitaux vers les sages-femmes libérales.

Actuellement, on observe un retour de la saturation dans les PMI, avec jusqu'à 1 mois ½ d'attente pour une consultation. Une réflexion est en cours pour maintenir un bon niveau de prise en charge en proposant de nouvelles solutions : consultations supplémentaires, rôle de l'AP-HP...

Par ailleurs, pour lutter contre les difficultés d'alimentation, les SF PMI ont mis en place avec le Samu social des cartes mensuelles qu'elles donnent aux femmes enceintes précaires pour leur permettre d'aller dans les restaurants solidaires (en place depuis 1 an).

Enfin, dans le cadre des Etas Généraux de la PMI, lancés cette année par la mairie de Paris, plusieurs pistes sont étudiées. Par exemple, la possibilité d'obtenir l'AME plus rapidement pour les femmes enceintes. Il faut actuellement prouver qu'elles sont depuis 3 mois en France, puis attendre la réponse de la Sécurité Sociale sans laquelle rien n'est possible (alors qu'avec un refus par exemple il est possible de déclencher l'aide soin urgent). Une autre piste est l'amélioration de l'accès à la consultation du 1er trimestre pour ne pas laisser passer la date, cela fait l'objet d'une réflexion entre la PMI et l'AP-HP.

COORDINATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le niveau de coordination entre les sages-femmes de la PMI, les maternités de l'AP-HP, les services sociaux et le réseau associatif est bon, et **permet de nombreuses initiatives pour prendre en charge au mieux les femmes en situation précaires** (réseau SOLIPAM, carte Resto Solidaires, BCIM, consultations prioritaires dans les locaux des maternités...).

Cela s'explique notamment par la présence des sages-femmes dans les maternités et les nombreux échanges entre les différents acteurs (signature de conventions, organisation de réseaux...).

<p style="text-align: center;">ENTRETIEN PROFESSIONNEL DE SANTE : SAGE-FEMME LIBERALE URBAINE, le 28 avril 2015</p>

CONCEPTION DU METIER

Cette sage-femme conçoit son métier comme une profession médicale à prescription encadrée. Elle se situe dans le système de santé comme un professionnel de proximité suivant les femmes de l'adolescence à la ménopause en passant par les périodes de grossesse. Elle suit essentiellement des patientes à bas risque, c'est-à-dire sans problème de santé générant des complications excessives.

ROLE DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Elle joue un double rôle dans le suivi de la grossesse : elle assure un suivi médical mais effectue aussi des consultations mensuelles pour rassurer ses patientes et les préparer à la naissance. L'intérêt de ce suivi par une sage-femme est qu'il offre une préparation plus globale, moins morcelée, par un référent unique (comme le préconise la HAS dans ses recommandations). Elle a de plus une bonne connaissance des couples et des femmes enceintes, ce qui permet qu'un lien se tisse au fur et à mesure que la grossesse évolue. Elle accompagne également ses patientes à la sortie de la maternité après leur séjour de 4-5 jours. Elle se rend à leur domicile mais dans un périmètre limité puisqu'elle circule à vélo.

Beaucoup de femmes choisissent d'être suivies par une sage-femme (ou un gynécologue) car elles n'ont pas envie d'une proximité physique obstétricale avec leur médecin traitant. Les médecins traitants, de famille, ont souvent du mal à admettre ce choix car ils se sentent dépossédés du suivi d'une parenthèse importante de la vie de leurs patientes.

Les femmes enceintes que cette professionnelle suit relèvent de l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. La situation sociodémographique de ces femmes est hétérogène, à l'échelle de la société : 20 % appartiennent aux classes aisées, 30 % à la classe moyenne supérieure, 30 % à la classe moyenne basse et moins de 20 % aux classes défavorisées.

Cette professionnelle de santé a évoqué une patiente récemment suivie, de nationalité étrangère et bénéficiaire de l'AME. Cette situation a compliqué la prise en charge : les entretiens visant à lui expliquer le déroulement de la grossesse ont été très longs, la sage-femme n'a toujours pas été remboursée par l'Etat et la liaison effectuée avec les PMI a été complexifiée par les déménagements successifs de la patiente.

ACCESSIBILITE

Ses patientes viennent majoritairement du quartier. Le cabinet de cette sage-femme est facilement accessible : les patients s'y rendent le plus souvent à pied ou en bus.

DIFFICULTES DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Les femmes enceintes rencontrent plusieurs difficultés dans le suivi de leur grossesse. Les plus fréquentes sont : * la rupture dans le suivi lors du passage à l'hôpital (8e et 9e mois de grossesse). Les femmes se retrouvent alors suivies par des professionnels qu'elles ne connaissent pas. * la menace d'accouchements prématurés et l'hypertension en fin de grossesse.

Selon cette professionnelle, c'est l'accumulation de « plein de petites choses » (environnement, stress, isolement) qui peut rapidement conduire à basculer dans une grossesse pathologique.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU PROFESSIONNEL

Cette sage-femme observe les recommandations de la HAS, elle s'y réfère lorsqu'elle a un doute. Elle repère les risques concernant la situation de la femme enceinte pendant l'entretien prénatal du 4e mois, voire en amont. Si elle identifie par exemple que celle-ci va se trouver isolée, elle « met plus de choses autour d'elle », à savoir des consultations plus fréquentes, un accompagnement renforcé, une mise en contact rapide avec le bébé.

Elle reçoit également les pères qui viennent fréquemment. L'absence du père est le plus souvent constatée dans les catégories socio défavorisées. Après de ces catégories sociales, un grand travail de prévention et de pédagogie reste à faire.

Les femmes n'éprouvent en général pas de difficultés à suivre les recommandations de cette sage-femme. Ce paramètre est plutôt personnalité-dépendant, tous niveaux sociaux confondus. Cependant, les femmes issues des CSP défavorisées ne sont pas toujours en capacité d'être à l'écoute des conseils et de leur corps/santé face à leurs autres priorités.

LEVIERS D'ACTION POUR REDUIRE LES INEGALITES DE SUIVI DE GROSSESSE

La sage-femme interrogée souligne l'intérêt de l'entretien du 4e mois comme levier d'action pour réduire les inégalités de suivi de grossesse. La CPAM de Rennes autorise et finance un deuxième entretien si cela s'avère nécessaire. Une difficulté provient de la rémunération des consultations. Une sage-femme est payée 23 € pour une demi-heure de consultation, contre un quart d'heure de consultation pour un médecin généraliste. A ce tarif, il n'est alors pas motivant de consacrer une heure d'explications à une patiente. Un levier d'action pourrait alors être de revoir la rémunération des professionnels de santé périnatale. Un constat similaire est dressé quant à la rémunération des médecins généralistes pour faire de la prévention.

COORDINATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Une sage-femme est amenée à travailler en coordination avec d'autres professionnels de santé. En cas d'urgence (par exemple une tension très basse), elle envoie ses patientes aux urgences des maternités référentes (c'est-à-dire où elles ont prévu d'accoucher). Cette sage-femme suivant les femmes enceintes à bas risque (sans maladie chronique), elle les adresse très rarement à un gynécologue. La sage-femme peut arrêter la patiente dès 4 mois de grossesse, par exemple si cette patiente exerce une profession physiquement pénible telle qu'infirmière ou aide-soignante. Cette décision pose souvent des difficultés avec le médecin généraliste. Certains d'entre eux déprécient parfois le travail des sages-femmes. Or certaines femmes ne souhaitent pas être suivies par un médecin généraliste car ceux-ci ne pratiquent pas beaucoup en gynécologie. Ils ne disposent pas forcément du matériel adapté pour écouter le cœur du bébé, ou sont peu au fait de l'examen d'un col. Cela explique que 80 % des femmes se rendent chez un gynécologue pour leurs questions intimes et au sujet de leur bébé.

La coordination avec les gynécologues devrait être améliorée : la sage-femme interrogée souligne les délais d'attente importants pour une prise en charge en gynécologie (par exemple pour faire le point sur la contraception).

<p>ENTRETIEN PROFESSIONNEL SYNTHESE Sage-femme en CHU, maternité niveau III</p>

Le métier et le lien avec le suivi de la grossesse :

Cet entretien a été mené avec une sage-femme exerçant à l'hôpital Sud de Rennes (composante du CHU), qui comprend une maternité de niveau III (pour le suivi des grossesses pathologiques).

Une centaine de sages-femmes travaillent dans cette maternité qui a réalisé 4100 accouchements en 2013 et 3800 en 2014. Cette baisse s'explique par la baisse générale du taux de natalité français mais aussi par la concurrence de plus en plus rude des établissements privés.

Les missions des sages-femmes en CHU consistent :

* A gérer les grossesses physiologiques (sans complications) et à dépister les grossesses pathologiques afin de les transmettre aux médecins pour un suivi approfondi.

* De manière générale, elles s'assurent du bon déroulement de la grossesse. Elles réalisent des consultations de suivi de grossesse, font des cours de préparation à l'accouchement, s'occupent des activités post-opératoires et des tout-premiers soins du nourrisson et réalisent des consultations de suivi gynécologique.

Les profils traités et l'identification des facteurs expliquant des lacunes dans le suivi de la grossesse

Tous les types sociaux de femmes sont rencontrés à l'hôpital.

Certaines femmes viennent du département d'Ile et Vilaine, et même de la région Bretagne. Elles viennent pour des raisons médicales, pour faire suivre une grossesse pathologique.

L'accessibilité de l'hôpital Sud est bonne puisqu'il est desservi par les transports en commun (bus, métro) et se situe au bord de la rocade rennaise. Toutefois, il y a un gros problème de place, les parkings dédiés ayant une capacité trop faible pour accueillir les véhicules des personnels et des patients.

Les critères déterminants dans les issues défavorables de grossesse sont notamment le défaut d'hygiène, le tabac et le manque d'information qui implique un moins bon suivi de grossesse car plus tardif.

C'est surtout le contexte social qui joue lors d'une grossesse et qui peut entraîner un non-suivi ou un déni.

Coordination des professionnels de santé

Il y a une réelle complémentarité des personnels médicaux. La couverture des gynécologues est bonne en Ile et Vilaine mais insuffisante pour qu'ils couvrent l'ensemble du suivi gynécologique des femmes. Les sages-femmes (surtout exerçant en libéral) et les médecins

traitant peuvent effectuer le suivi gynécologique et de grossesse des femmes. Les gynécologues ne devraient suivre que les femmes et les grossesses à risque.

A l'hôpital les sages-femmes sont en lien avec de nombreux professionnels. Elles travaillent en main dans la main avec les médecins gynécologues dans le suivi des grossesses pathologiques et pour les délivrances en urgence ou qui nécessitent un travail au bloc.

Elles font aussi le lien avec la sphère sociale quand des difficultés de cet ordre apparaissent

pour la future mère. Elles mettent les femmes en contact avec les assistantes sociales, la PMI, et le SAFED (service des femmes enceintes en difficultés). Il y a notamment une assistante sociale dédiée à la maternité employée par l'hôpital. Le SAFED s'occupe des femmes en détresse sociale comme les très jeunes filles,

Elles peuvent également demander un avis à un certain nombre de médecins spécialistes (en plus des gynécologues-obstétriciens) tels que psychiatre, nutritionniste, diabétologue, endocrinologue, pédiatre...

Enfin, elles peuvent recourir aux services d'interprétariat de l'hôpital lorsque la femme prise en charge ne parle pas français.

Les leviers permettant de réduire les inégalités de soins :

Dispositifs existants et éléments à améliorer : la prise en charge des patients pourrait être un peu plus globale.

La prise de rendez-vous est un point légèrement problématique puisqu'il est parfois long d'avoir une secrétaire au téléphone. De plus cela nécessite de faire la démarche de faire suivre sa grossesse à l'hôpital. Les femmes isolées qui sont celles qui ont les difficultés à se relier au système de santé peuvent voir leur suivi retardé.

Le métier et le lien avec le suivi de la grossesse :

Cet entretien a été mené avec une interne en anesthésie-réanimation actuellement en semestre en service d'obstétrique à l'hôpital Sud de Rennes (composante du CHU), qui comprend une maternité de niveau III (pour le suivi des grossesses pathologiques).

Nous voyons toutes les femmes enceintes au 8^o mois en vue de l'accouchement. Il s'agit d'une consultation périnatale afin de déterminer les risques éventuels liés à une anesthésie ou réanimation et pour savoir si la femme voudra une péridurale. Les médecins anesthésistes réanimateurs sont présents lorsque la femme accouche si elle veut une péridurale, si une césarienne est réalisée (qui peut être programmée ou effectuée en urgence) ou s'il y a une urgence.

Les femmes suivies sont donc celles qui présentent une grossesse pathologique, c'est-à-dire à haut risque, ce qui peut entraîner une naissance prématurée.

Les profils traités et l'identification des facteurs expliquant des lacunes dans le suivi de la grossesse

Une partie des femmes viennent des quartiers défavorisés du sud de Rennes. On note également une origine plus large que la simple ville de Rennes, en effet la maternité de niveau III de l'Hôpital Sud de Rennes attire des femmes de tout le département (voire de la région) pour le suivi de leurs pathologies.

On compte un certain nombre de femmes étrangères qui ne parlent pas français. Cela pose des problèmes de compréhension avec le personnel, généralement, les examens effectués sont alors plus poussés afin d'être sûr de ne manquer aucune information (échographies, prises de sang et tests biologiques).

Le facteur déterminant pour les grossesses à issue défavorable sont les pathologies personnelles de la maman (ex : maladies de la coagulation).

Sinon c'est le suivi tardif qui est souvent une cause d'une issue défavorable de grossesse.

On note aussi une augmentation de l'IMC de nombreuses mères (qui entraîne des problèmes de coagulation et de diabète gestationnel). Le non-suivi des règles d'hygiène et les problèmes de toxicomanie sont aussi remarqués (drogues dures, alcool, tabac).

Enfin, certaines femmes arrivent de l'étranger au 8^o mois avec un suivi préalable généralement inexistant. Pour les femmes résidant sur le territoire français, les personnes qui établissent tard un suivi de grossesse sont celles qui ont peur, ne parlent pas français, ne comprennent pas le suivi médical autour de la grossesse (qui n'est pas perçu de la même manière dans leur pays d'origine).

Coordination des professionnels de santé

La coordination et la communication entre les différents professionnels de santé qui suivent les femmes enceintes sont primordiales. Pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, le travail autour du suivi de grossesse se fait avec les médecins gynécologues-obstétricien et avec les sages-femmes. Il y a également des liens avec les puéricultrices concernant les réanimations néo-natales. Cette coordination et cette communication sont essentielles. Il y a une réelle interdépendance de ces professionnels de santé à la maternité dans la réalisation des actes chirurgicaux.

<p>ENTRETIENS PROFESSIONNELS DE SANTE <i>Assistantes sociales à l'Hôpital Tenon, maternité niveau II</i></p>
--

Le métier et le lien avec le suivi de la grossesse :

Cet entretien a été mené avec deux assistantes sociales exerçant à la maternité (niveau II) de l'Hôpital Tenon de Paris.

A l'Hôpital Tenon, trois assistantes sociales travaillent à la maternité. Leur rôle est d'accompagner les femmes inscrites à la maternité jusqu'à leur accouchement et de permettre une bonne sortie de maternité à la mère et son enfant. Elles les aident dans leur accès aux droits, les accompagnent dans de nombreuses démarches administratives et réalisent des actions de prévention. Elles travaillent avec un grand nombre de professionnels internes à l'hôpital mais aussi avec des partenaires extérieurs.

Elles travaillent sur divers terrains : l'accès aux soins et droits en santé (CMU, AME notamment), l'hébergement d'urgence, l'accès à une alimentation, la protection de l'enfance.

Les assistantes sociales voient des femmes enceintes généralement à partir du 2^o voire 3^o trimestre de grossesse. Les consultations ont normalement lieu tous les mois. Les assistantes sociales font le point avec les femmes sur leur hébergement, leur alimentation, leurs médicaments, leur préparation à la naissance, les démarches administratives.

Les profils traités et l'identification des facteurs expliquant des lacunes dans le suivi de la grossesse

Les assistantes sociales s'occupent du suivi des femmes fragiles sur le plan social ou psychologique, comme des femmes victimes de violences conjugales, mineures, sans-papiers, étrangères, avec des difficultés de logement ou avec très peu de ressources.

La maternité de Tenon accueille toutes les femmes sans aucune condition pour leur suivi de grossesse et leur accouchement (sans ouverture de droit de sécurité sociale, pas d'implantation géographique dans le quartier, sans limite de terme de grossesse). Les femmes viennent donc de Paris mais aussi des départements voisins 93, 94, 95.

Certaines sont notamment amenées par le SAMU social.

Les patientes se rendent à la maternité par les transports en commun (métro, bus).

Les difficultés les plus fréquentes et les plus graves que rencontrent les femmes enceintes vues par les assistantes sociales sont l'isolement, le fait d'être à la rue ou privée de toutes ressources.

Les situations de protection de l'enfance sont aussi difficiles (une quarantaine de placements de nourrissons annuels environ).

De nombreuses déclarations de grossesse sont tardives (au-delà du 1^o trimestre) notamment car dans le cadre de l'AME la déclaration de grossesse n'est pas nécessaire.

Beaucoup de femmes ont des difficultés à suivre les recommandations des assistantes

sociales du fait de la barrière de la langue et de la culture (méconnaissance et méfiance du système français). Il y a également des problèmes liés à la mobilité géographique de ces femmes. Enfin, la mauvaise volonté de certaines peut être un frein à leur suivi.

Les consultations avec les assistantes sociales sont gratuites et non-obligatoires. Beaucoup de femmes ne se présentent pas à leur rendez-vous. Les délais pour obtenir un rendez-vous, d'un mois, sont jugés trop longs par un certain nombre de femmes qui cherchent à régler une situation en urgence. Il est à noter que les situations relatives à la protection de l'enfance font l'objet d'un suivi plus poussé avec des rappels de rendez-vous.

Coordination des professionnels de santé

Les assistantes sociales en maternité travaillent avec de nombreux professionnels médicaux et sociaux internes à l'hôpital ou externes. Leur partenaire le plus important est la PMI.

En interne, elles travaillent avec les sages-femmes de la PMI qui consultent au sein de l'hôpital, avec les psychologues et psychiatres, les médecins (lorsque les femmes sont hospitalisées), les agents du bureau des inscriptions et bien sûr avec les sages-femmes.

En externe, elles travaillent avec la PMI, avec les services sociaux du secteur, avec l'ASE, avec les milieux associatifs (comme les Restos du cœur) et le Samu social.

Les leviers permettant de réduire les inégalités de soins :

Les femmes enceintes devraient être stabilisées dans leur vie. Celles qui n'ont ni hébergement stable ni de nourriture garantie ne peuvent que très difficilement se projeter dans le futur avec leur enfant. Un logement et une alimentation stables leur permettraient de se libérer l'esprit pour suivre leur grossesse.

Commentaires complémentaires :

Les pères sont très absents. Les 8/10ème du temps on ne voit pas les pères. Ils peuvent être des « papas papiers », juste des géniteurs, ou s'être séparés de la mère du fait de la grossesse.

La discussion sur le désir de grossesse dans le couple mais également sur la contraception est généralement absente. Les grossesses suivies par les assistantes sociales sont peu désirées. Néanmoins peu de femmes interrompent leur grossesse. Cela s'explique par la découverte tardive de la maternité ou la fatalité ressentie vis-à-vis d'une grossesse.

ENTRETIEN PROFESSIONNEL
SYNTHESE
Interne aux urgences gynécologiques

Le métier et le lien avec le suivi de la grossesse :

La personne rencontrée est actuellement interne en gynécologie.

* Aux urgences gynécologiques, sont accueillies les femmes dans leur premier trimestre de grossesse (contractions, saignements, douleurs), ou celles qui réalisent des fausses couches. Au-delà des trois premiers mois, elles seront accueillies par le service d'obstétrique.

* Elle traite aussi les patientes dans les blocs d'accouchements notamment pour des extractions d'urgence.

A l'hôpital, il est très difficile d'avoir un suivi complet de la grossesse. Généralement, les patientes sont orientées vers des structures de ville.

Les profils traités et l'identification des facteurs expliquant des lacunes dans le suivi de la grossesse

L'hôpital Sud est la seule maternité publique de Rennes (il y en a 2 autres : une semi-privée et une privée).

* De là, l'accueil de personnes très défavorisée, qui ne parlent souvent pas la langue. De plus, les femmes en situation irrégulière savent qu'en étant enceintes, elles ne peuvent plus être expulsées du pays.

* Le pôle accueille aussi des femmes jeunes (- de 30 ans) qui manquent souvent d'éducation. Beaucoup viennent aux urgences gynécologiques pour savoir si elles sont enceintes (bénéficier des premiers tests gratuits). Certes ce n'est pas un motif d'admission en urgences gynécologiques, mais si elles invoquent un « mal de ventre », l'équipe médicale n'a d'autres choix que de les admettre, et elles le savent. Beaucoup bénéficient de la CMU

* Enfin, il y a une part importante de personnes issues de la classe moyenne.

En termes d'accessibilité, l'hôpital Sud est bien desservi (bord de rocade, métro) mais il draine majoritairement les populations des cités Sud et des femmes en provenance de l'extérieur de la ville. Ces dernières sont attirées par le caractère de maternité de niveau III.

Concernant le suivi de grossesse, les équipes sont très maternantes. Si avant d'arriver aux urgences ou aux consultations les femmes n'en savent que peu sur les actes à réaliser, il leur est expliqué toutes les étapes à suivre. L'assistante sociale ou la psychologue de l'hôpital peuvent être contactées en cas de situations délicates. De plus, l'hôpital dispose d'un service d'interprètes pour toutes les langues. Il faut juste faire une demande d'interprète. Ce service, essentiel, est très coûteux pour l'hôpital public.

Sur les issues défavorables de grossesses, il faut distinguer deux situations :

* les pathologies organiques qui sont complètement déconnectées du social

* le contexte social lequel induit des conduites à risques (tabacologie), un nombre souvent plus important d'enfants dont il faut s'occuper durant la grossesse, un non-arrêt du travail lorsque l'état le nécessiterait.

La coordination des professionnels est une réalité. Sont souvent évoqués les assistantes sociales, les psychologues, les médecins traitants. En effet, si le médecin traitant a orienté la femme vers les urgences gynécologiques, un courrier lui est adressé en retour. Il en est de même si la femme est venue d'elle-même. A noter que certains médecins généralistes adressent systématiquement des

Catégories de patientes (qui ne parlent pas la langue par exemple) au service de l'hôpital...

Lorsque la femme est enceinte mais vient aux urgences gynécologiques sans raisons valables (volonté de bénéficier d'un plus large nombre d'échographies, ou pour d'autres pathologies indépendantes de la grossesse), elles sont réorientées vers leurs médecins traitants. De même, l'établissement a des liens étroits avec la PMI et la SAFED (suivi des femmes enceintes en difficultés : souvent des personnes très jeunes, des anciennes toxicomanes, des personnes dont il est présumé qu'il y aura un placement à la naissance). La coordination semble une réussite.

Les leviers permettant de réduire les inégalités de soins :

Selon l'interne, à partir du moment où le suivi de grossesse a été expliqué, les femmes le respecte généralement, et ce qu'elle que soit la catégorie socioprofessionnelle. L'hôpital, pour les personnes les plus démunies socialement, sera la porte d'entrée pour comprendre les démarches impliquées par la grossesse. Peut-être que ce biais pourrait être évité avec une information simplifiée et diffusée

Synthèse de la rencontre avec un professionnel de l'Institut Régional d'Education et de Promotion de la santé.

Les freins identifiés sont relatifs à la diffusion des messages à destination des femmes enceintes. Les professionnels sont encore trop dans la diffusion d'informations généralistes sur les comportements à adopter ou non au cours d'une grossesse.

Aujourd'hui, ces messages sont encore trop alarmistes et jouent sur le registre de la peur ce qui a pour conséquence de culpabiliser les femmes qui ne se sentent pas capable de répondre aux préconisations (ou injonctions) des médecins. Celles-ci sont très nombreuses et parfois les professionnels se contredisent ou ont des seuils de tolérance différents par rapport à un comportement. La représentante de l'IREPS donne pour exemple le conseil de manger des fruits et des légumes ce qui est impossible pour certaines femmes qui n'en ont pas les moyens. Se développent alors en elles le sentiment d'être de « mauvaises mères » ce qui peut, par la suite, être facteur de stress.

De même, lorsque les professionnels questionnent la femme enceinte sur son comportement elle préfère mentir que de se voir faire la morale par le professionnel (exemple de l'alcool ou du tabac est emblématique).

Ainsi, par peur du jugement, les femmes ne vont pas consulter ou reportent au maximum leur consultation.

Concernant **les freins culturels**, elle souligne qu'il faut d'abord faire s'exprimer les personnes sur leur représentation de la grossesse pour savoir d'où on part. A été évoqué la représentation de la grossesse vue tantôt comme un risque, tantôt comme un évènement naturel et les conséquences que cette représentation peut avoir sur le suivi de grossesse (moins ou pas de suivi dans le second cas).

Pour la personne interrogée, l'un des **leviers** sur lesquels agir est celui de la diffusion des messages qui doivent être positifs et adaptés pour pousser les femmes à consulter. En effet, selon elle, il est important de répondre avant tout aux inquiétudes des femmes. Par exemple, lorsqu'une femme alcoolique consulte, il ne sert à rien de lui dire qu'il ne faut pas boire du tout mais essayer de minimiser les risques en la poussant à une moindre consommation (lui dire que si elle peut limiter sa consommation à un ou deux verres par semaine c'est mieux...). Il faut que le professionnel ait, à la fois, une approche globale de l'environnement de la personne et une approche plus individualisée. Par exemple, avant de dire à une femme qu'elle pourra consulter en PMI, il faut, au préalable, vérifier si cela est réellement possible au regard des distances qui la séparent d'un tel centre. Il faut partir des préoccupations de la femme pour construire les messages. Ceux-ci devraient faire l'objet d'une appropriation par les femmes. Elle précise, enfin, qu'une femme qui n'est pas prête à entendre un message ne l'entendra pas même si celui-ci est délivré.

<p>Synthèse de la rencontre avec un MISP, Directeur adjoint prévention promotion de la santé – ARS Bretagne</p>

Ce médecin inspecteur de la santé public insiste sur la fiabilité des indicateurs permettant d'objectiver le non recours au système de santé des femmes enceintes. Selon lui l'indicateur le plus sensible est le retard de croissance intra utérin correspondant à un petit poids de naissance. Pour comprendre le non recours il faut croiser les données. la difficulté consiste dans le fait que la grossesse correspond à « un trou noir » au niveau du recueil de données.

L'entretien prénatal précoce est un indicateur particulier car il n'est pour le moment réalisé qu'à hauteur de 30 à 40%. Cet EPP est parfois confondu par les sages-femmes comme la 1^{ère} consultation prénatale alors que cet entretien devrait avoir lieu lors du 4^{ème} mois et que la consultation prénatale a lieu à partir du 8^{ème} mois. L'EPP devrait être réalisé dès la déclaration de grossesse.

Il souligne l'impact du gradient social comme cause expliquant le non recours aux soins. Les femmes multipares peuvent également faire le choix de moins consulter que les femmes primipares.

Aujourd'hui le nombre de professionnels gravitant autour de la prise en charge de la femme enceinte est conséquent ce qui nuit à la lisibilité du système. On note également un manque de travail en équipe. En conséquence, les réseaux de périnatalité œuvrent pour une coordination des professionnels et une cohésion entre eux afin que les messages délivrés soient concordants et complémentaire.

Enfin, M. Joseph souligne l'importance de changer les représentations de la grossesse dans notre société. Un projet est actuellement en cours pour aller vers une approche plus promotrice de santé plutôt que orientée autour du risque.

Afin d'optimiser l'offre de prise en charge des femmes enceintes, l'un des axes pourrait être de recentrer le travail des gynécologues sur les grossesses à risque et laisser le suicides grossesse physiologiques aux sages-femmes. Les sages-femmes libérales se situent plus en milieu isolé ou absence de gynéco.

Synthèse de la rencontre avec la sage-femme responsable du réseau de périnatalité sur le territoire rennais

Le réseau de périnatalité a pour objectif de coordonner les professionnels de santé autour de la prise en charge des femmes enceintes via l'utilisation d'un langage et d'outils communs. Si cette coordination existe au niveau des établissements de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires, elle ne se structure que progressivement dans le secteur libéral.

Aujourd'hui, beaucoup de professionnels interviennent dans la prise en charge de la grossesse : médecins généralistes, échographes, sages-femmes, biologistes, sages-femmes après accouchement, PMI suite à la naissance de l'enfant pour son poids. La diversité des interlocuteurs nécessite pour les femmes de répéter plusieurs fois leur histoire et leurs antécédents, ce qui ne crée pas un climat de confiance.

S'agissant des PMI, malgré une organisation coordonnée des professionnels et du développement de missions recentrées davantage sur la prévention, l'image de « contrôleur social » de cette structure demeure chez certaines femmes ce qui peut dès lors constituer un frein au recours aux services de PMI.

Profession et rôle dans le suivi de la grossesse :

Pédopsychiatre à mi-temps à la maternité de type III du Kremlin Bicêtre. Intervient sur alerte de professionnels lorsqu'une situation de grossesse complexe est identifiée. Les sages-femmes de PMI ou de l'hôpital font souvent fonction d'alerte lors de réunions pluri professionnelles avec les sages-femmes, les médecins et les psychologues du service.

Une rencontre avec les femmes enceintes est planifiée afin d'analyser la situation de la femme ainsi que son projet parental. Il est à noter que c'est l'équipe médico-sociale qui vient à la femme et non l'inverse. La plupart des femmes enceintes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas conscientes de leur état.

Profil des femmes enceintes suivies :

Sur 25 femmes suivies pendant 6 mois en 2014 25% ont fait des études supérieures, 50% ont le bac et 25% ont un niveau inférieur au baccalauréat. Beaucoup de femmes rencontrées sont déficientes intellectuelles ou mineures.

Elles proviennent des départements 94, 91,92. La prise en charge pédopsychiatrique des femmes enceintes de la maternité du CHU de Bicêtre n'est pas sectorisée. Les femmes choisissent la maternité de leur choix et elles sont ensuite repérées par les services pour obtenir un suivi pédopsychiatrique.

Le profil des femmes enceintes suivies est très variable.

Difficultés mentales rencontrées et incidence sur la grossesse :

Problèmes rencontrés multiples :

La psychose du post partum.

Une grande détresse sociale à lier avec les troubles psychologiques de la mère

Le multi traumatisme et l'errance des femmes migrantes

Une situation familiale préoccupante qui remet davantage en cause l'environnement de la femme que son équilibre psychique personnel (femmes battues).

Les deux pathologies les plus fréquentes sont le déficit intellectuel et la psychose chronique (schizophrénie).

L'errance psycho sociale est souvent une conséquence de ces pathologies.

Il n'y a pas d'incidence médicale directement liée aux maladies mentales. Les femmes atteintes de troubles psychiatriques ont des risques obstétricaux plus importants à cause d'un suivi plus erratique. Ces populations ont moins facilement recours à l'aide car n'ont pas de conscience des besoins qu'elles ont. Le risque maximal est la prénatalité liée à des comportements (mauvaise alimentation ou toxicomanie par exemple).

L'HAS et la santé mentale

L'HAS fait des recommandations précises aux professionnels dans le suivi de la grossesse mais pas pour les maladies mentales. Il y a un plan périnatal qui attire l'attention sur la prise en charge des populations vulnérables.

Leviers d'actions pour faire correctement face aux problèmes de santé mentale des femmes enceintes

Augmenter les places dans les unités mères-bébés

Intensifier les cours en DU de psychiatrie ou d'obstétrique pour sensibiliser les professionnels.

Prévoir des consultations mensuelles remboursées à partir de 4/ 5 mois de grossesse, pour les femmes ayant des troubles psychiatriques

Action de santé publique à faire pour sensibiliser à la prévention.

Développer les réseaux de périnatalité mobile tel que le réseau PUMAS dans le 92 dont le siège est à Erasme.

La coordination des professionnels

Les professionnels mobilisés:

Les centres médico-psychologiques périnataux sont des relais très importants en amont.

La maternité du CHU comprend une unité mères-bébés qui propose des places aux mères ayant des troubles psychiatriques. Il existe par ailleurs des unités spéciales mères-enfants pour les femmes connaissant des situations sociales graves et non psychiatriques.

Les sages-femmes libérales orientent rapidement vers les PMI lorsqu'elles détectent des troubles psychiatriques.

La question du placement de l'enfant se pose, ce qui nécessite une concertation étroite avec les services sociaux de la PMI (5 ou 6 enfants sont placés par an).

Une coordination s'impose aussi avec les psychiatres qui travaillent dans les unités de psychiatrie adulte du Kremlin Bicêtre. Il arrive que ce soit eux qui alertent la maternité en signalant qu'une de leur patiente est enceinte.

La qualité de la coordination :

L'accès aux dossiers obstétricaux des femmes pour tous les professionnels et la possibilité d'y enregistrer des données pédopsychiatriques est très important pour assurer la coordination.

Avec les assistantes sociales, les psychologues et les sages-femmes qui sont en 1er ligne il n'y a aucun problème car habitudes médico-sociales et langage commun.

Avec les professionnels qui font des interventions techniques (obstétriciens, anesthésistes, psychiatres adultes qui sont beaucoup dans le médicamenteux.) c'est plus difficile.

Pas de lien avec les médecins généralistes.

CONCEPTION DU MÉTIER

Ce médecin libéral et PH, ayant appartenu à "médecins du monde" a été à l'origine d'initiatives sur l'accès aux soins des personnes précaires et plus particulièrement les femmes enceintes. En tant que généraliste, il se situe dans une approche de soins primaires avec les femmes enceintes qu'il reçoit au sein du Lit Halte Soins Santé (femmes aux grossesses pathologiques) et du Centre d'Hébergement d'Urgence (femmes aux grossesses normales). Il prend en charge les femmes enceintes jusqu'à leur accouchement. Il a participé au « projet Roms » et à la construction réseau de périnatalité.

ROLE DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Le rôle de ce professionnel de santé dans le CHRS et plus particulièrement dans les LHSS est notamment de prendre en charge la femme enceinte et de lui assurer une prise en charge suffisante pour son enfant. Le centre Leydet dispose d'une sage-femme de la PMI une demi journée par semaine pour qu'elle puisse rencontrer ces mamans.

Il explique les étapes de la grossesse ainsi que les changements corporels liés à cet événement. Il s'occupe des grossesses complexes et traite des pathologies connexes. Il explique l'intérêt d'un suivi de grossesse (3 échographies, analyses fréquentes, rencontres avec des spécialistes). Il informe ses patientes sur les pratiques à adopter pour la protection de l'enfant à naître.

ACCESSIBILITÉ

Une thèse sur le thème des femmes enceintes en situation de précarité est actuellement traitée par un étudiant en médecine. Les femmes enceintes envoyées au CHRS Leydet sont identifiées par des travailleurs sociaux. Le CHRS dispose de 25 places, le Centre d'hébergement d'Urgence de 40 places en accompagnement et de 24 places d'urgence et du Lit Halte Soins Santé. Ce centre accueille des femmes de toute la métropole bordelaise.

Au CHU de Bordeaux, sur un an, 100 à 150 accouchements concernent des femmes en situation de pauvreté et d'exclusion.

DIFFICULTÉS DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Pour ce médecin généraliste, il n'existe pas de problème de suivi de grossesse. Selon une étude menée sur le LHSS Leydet, le profil des femmes enceintes accueillies se résume ainsi : en majorité, elles ont plus de 30 ans, elles viennent d'Afrique subsaharienne, elles sont célibataires, globalement pauvres, victimes de maltraitance et sans logement. Elles ont vécu une partie de leur grossesse dans la rue et pour leur sortie une courte majorité a une possibilité de logement. Elles n'ont pas de revenus mais possèdent majoritairement une couverture sociale. La plupart d'entre elles ont déclaré leur grossesse durant le premier trimestre. Le suivi de grossesse reste très bon car elles procèdent à tous les examens nécessaires durant les neuf mois de grossesse.

Néanmoins, ce professionnel de santé attire notre attention sur le fait que ces femmes consultent des professionnels d'une même catégorie plusieurs fois sur des sites géographiques différents.

Aussi, pour la très grande précarité, il existe de nombreux dispositifs. Les cas les plus extrêmes bénéficient donc d'un suivi de grossesse adapté.

LEVIERS D'ACTION POUR RÉSUIRE LES INÉGALITÉS DE SUIVI DE GROSSESSE

Dans le médico-social, le principal problème est de ne pas avoir d'analyse fine des situations. Il n'existe pas de modèle pour voir l'impact des initiatives du réseau qui est en train de se mettre en place.

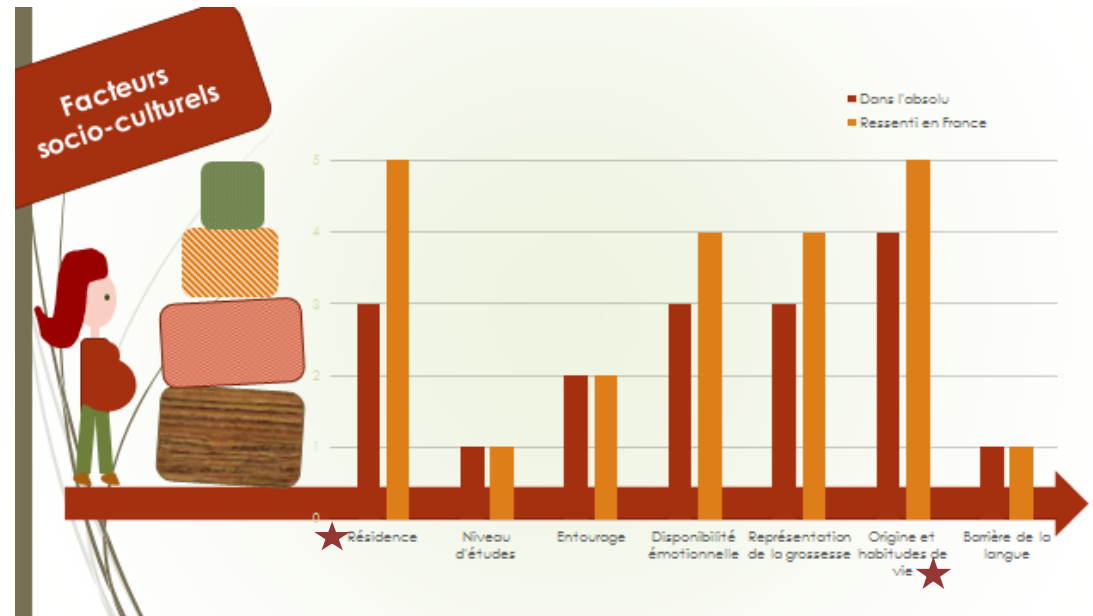
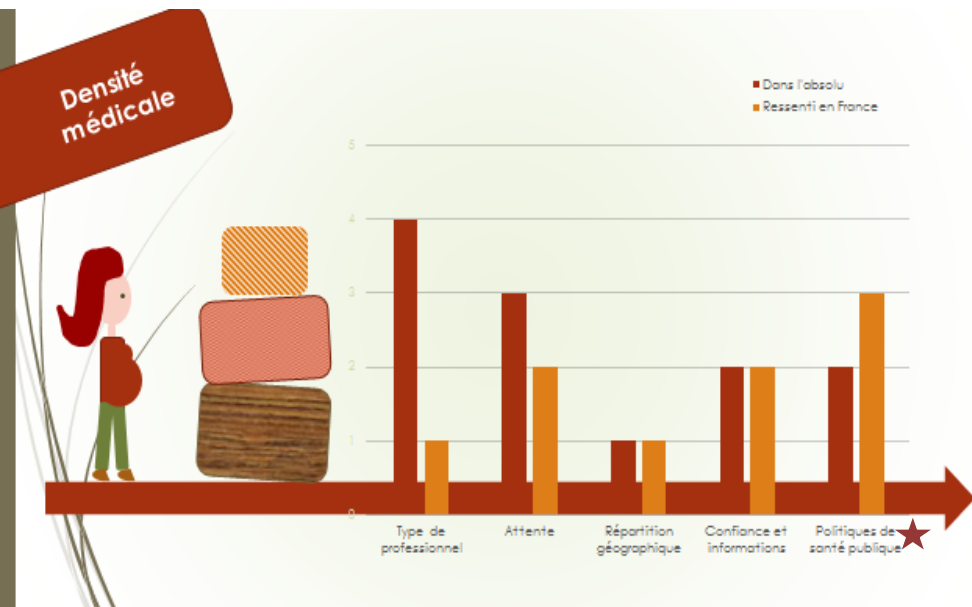
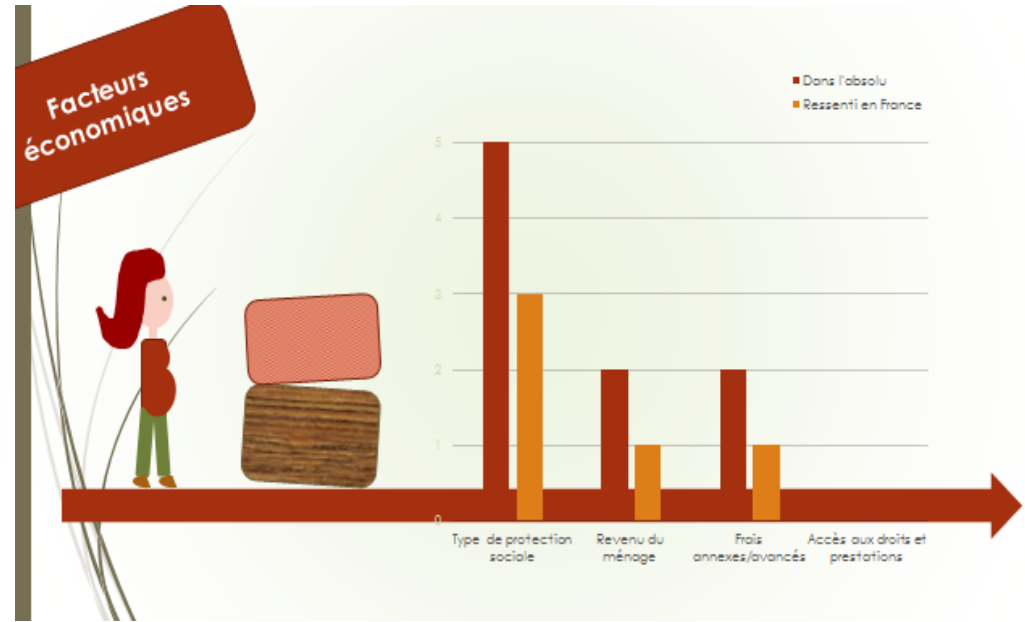
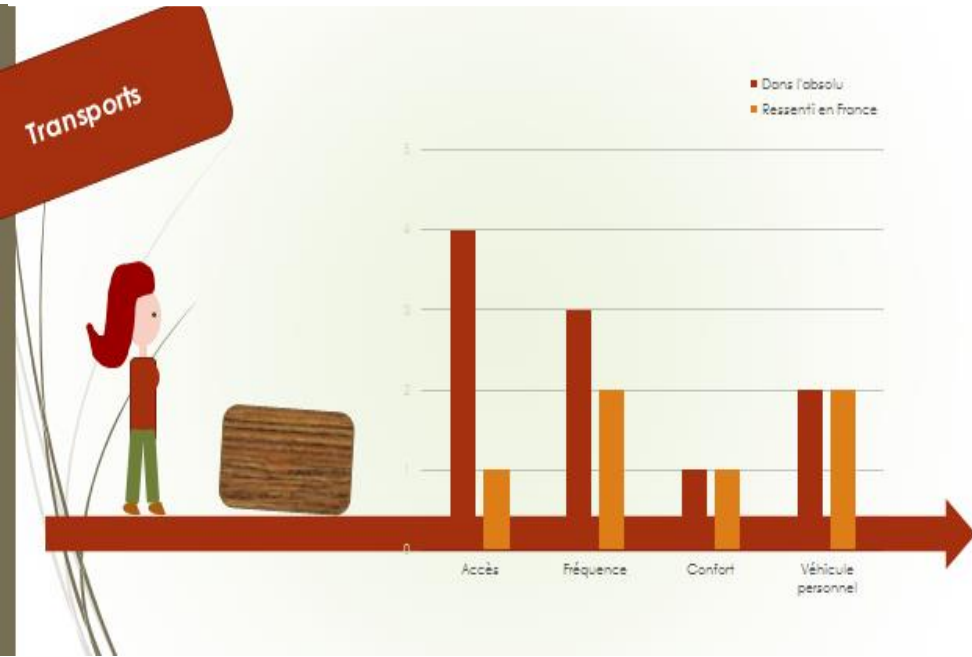
Pour ce professionnel de santé, il est important de respecter « l'imaginaire de la grossesse ». Il ne faut pas imposer notre vision de la femme enceinte et de la grossesse.

Les leviers d'action existant, à son sens, sont la lutte contre l'exposition à la violence, la maîtrise de la langue, la dépendance à des substances toxiques et psychoactives, l'absence de droit et la précarité du logement. Il apparaît nécessaire de stabiliser la mère et établir un lien de confiance avec elle. Le centre Leydet dispose d'une interprète.

En parallèle, ce professionnel nous explique que le système actuel souhaite se mettre à la place des femmes enceintes et ne fait pas confiance en leur capacité à se créer un réseau ou leur capacité à sublimer.

COORDINATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

La coordination avec les autres professionnels reste un problème majeur dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Trop de professionnels s'occupent de ces femmes enceintes notamment lorsqu'elles concentrent plusieurs pathologies majeure (HIV, diabète, hypertension ...). Le LHSS se concentre sur les grossesses complexes (hypertension, violence HIV, psychiatrie) et sur des profils particuliers (femmes enceintes issues de la traite de personnes et trafic de migrant, prostitution, Roms).



LEGENDE DU SCHEMA CONCEPTUEL

TRANSPORTS

VEHICULE PERSONNEL

Existence ou non d'un véhicule personnel pour se rendre aux consultations

FREQUENCE

Fréquence des transports

ACCES

Facilité d'accès aux professionnels de santé par des moyens de transports divers et variés (accessibilité + proximité).

CONFORT

Confort des transports

FACTEURS ECONOMIQUES

ACCES AUX DROITS AUX PRESTATIONS SOCIALES

Respect des conditions d'éligibilité, complexité des démarches et délais d'obtention

FRAIS

Avance des frais, ticket modérateur, dépassement d'honoraires, franchises, frais médicaux hors examens médicaux obligatoires remboursés au tarif habituel.

REVENUS DES MENAGES

Impact du faible revenu des ménages sur le suivi de grossesse

TYPE DE PROTECTION SOCIALE

Existence ou non d'une couverture sociale de qualité

DENSITE MEDICALE

TYPE DE PROFESSIONNELS

Répartition territoriale par spécialité

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

existence de disparités territoriales

LISTE D'ATTENTE

Importance des délais d'attente ayant pour conséquence un retard de prise en charge.

POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

Démarche de prévention - promotion

CONFIANCE - INFORMATION

Relation de confiance avec les professionnels, qualité de l'information, bonne orientation

FACTEURS SOCIO-CULTURELS

RESIDENCE

Statut de la femme enceinte (propriétaire, locataire, hébergement par un tiers, squat, rue...).

NIVEAU D'ETUDE

impact sur le suivi de grossesse

ENTOURAGE

isolement social de la femme enceinte, présence d'un conjoint ou non

REPRESENTATION DE LA GROSSESSE

Grossesse perçue comme un événement heureux, une fatalité, un risque.

DISPONIBILITE EMOTIONNELLE

Grossesse désirée ou non, anxiété, stress, capacité à prendre de soins de soit et de son enfant

ORIGINE-HABITUDES DE VIE

Influence des modes de vie culturels, religieux, pratique linguistique

Résumé de l'étude

La prise en charge des femmes enceintes, quel que soit leur catégorie sociale ou leur environnement, est influencée par des mécanismes ayant un impact sur leur suivi et l'issue de la grossesse.

Ainsi, malgré une multitude de dispositifs et une densité géographique des soins relativement bonne, des inégalités de suivi de grossesse persistent, un bon suivi de grossesse ne parvenant pas toujours à compenser le poids des déterminants de santé.

Géographiquement, il existe localement des disparités liées à une mauvaise répartition des professionnels et à la fermeture de petites maternités. De plus, proximité ne signifie pas nécessairement accessibilité par exemple si les moyens de transports sont insuffisants.

Concernant les freins liés à l'accessibilité financière, plus une femme est en situation de précarité, plus son nombre de consultations sera faible et ses hospitalisations fréquentes. L'image de gratuité des centres de PMI entraîne leur saturation et par voie de conséquence un retard de prise en charge. Enfin, un manque d'information sur la couverture sociale des femmes migrantes, marginalisées ou très jeunes, peut impliquer un retrait volontaire des soins.

Au sujet des freins socioculturels, la barrière de la langue entraîne un manque d'information et les traditions ou les représentations de la grossesse dans certaines cultures incitent à ne pas recourir systématiquement à un suivi médical, ou à en parler tardivement. D'autres femmes ayant des comportements identifiés comme déviants craignent d'être stigmatisées. De façon générale, les informations délivrées sont peu personnalisées, et les nombreuses recommandations peuvent paraître insurmontables pour certaines femmes.

Identifiée comme un enjeu de santé publique, l'amélioration du suivi de grossesse a fait l'objet de plusieurs plans périnatalités. Le dépistage des situations de vulnérabilité a été ainsi introduit, l'accent a été mis sur l'information des patientes et sur la coordination des professionnels au sein de réseaux de santé.

Devant la persistance des problèmes identifiés, les professionnels interrogés proposent plusieurs leviers d'action. Ceux-ci peuvent être d'ordre :

- organisationnel : développer des réseaux de périnatalité et revaloriser les honoraires des sages-femmes pour consacrer davantage de temps aux explications
- conceptuel : délivrer une information plus individualisée et moins basée sur le risque
- médical et social : prioriser les actions à mener sur les femmes les plus vulnérables, comme celles souffrant de troubles psychiatriques
- pédagogique : valoriser l'entretien prénatal précoce

Les efforts faits sur le suivi de grossesse doivent également intégrer la prise en charge des nourrissons lors des premiers mois, afin de faire diminuer le taux de mortalité infantile, qui demeure malheureusement stable depuis les années 2000. Cet objectif s'inscrit non seulement dans la volonté des pouvoirs publics en France, mais à l'échelle mondiale également puisqu'il a été priorisé par l'OMS.