

UNIVERSITÉ D'ANGERS
—
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Élodie CASSEGRAIN

Née le 17/10/1982 au MANS

—
Présentée et soutenue publiquement le : 13 mars 2013

—
***COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA COMMUNAUTÉ
URBAINE DU MANS SUIVENT-ILS LES GROSSESSES DES PATIENTES
QU'ILS DÉFINISSENT À RISQUE PAR LEURS CARACTÉRISTIQUES
PSYCHO-SOCIO-ÉCONOMIQUES ?***

—
Président : Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Élodie CASSEGRAIN

Née le 17/10/1982 au MANS

Présentée et soutenue publiquement le : 13 mars 2013

***COMMENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA COMMUNAUTÉ
URBAINE DU MANS SUIVENT-ILS LES GROSSESSES DES PATIENTES
QU'ILS DÉFINISSENT À RISQUE PAR LEURS CARACTÉRISTIQUES
PSYCHO-SOCIO-ÉCONOMIQUES ?***

Président : Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. BAUFRETON
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
MM	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophtalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
MM	VERNY Christophe	Neurologie

WILLOTEAUX Serge
ZANDECKI Marc

Radiologie et imagerie médicale
Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2011

Remerciements

Je remercie très sincèrement

Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES :

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Fédération de gynécologie obstétrique - CHU d'Angers

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Madame le Professeur Céline BARON :

Médecin généraliste - Professeur associé

Département de médecine générale – faculté de médecine d'Angers

Merci pour votre disponibilité et votre bonne humeur tout au long de notre travail.

Votre implication au sein du DMG contribue à valoriser notre discipline. Veuillez trouver ici le témoignage de mon admiration.

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER :

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Département de psychiatrie – Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – CHU d'Angers

Vous m'avez gentiment accordé votre temps pour faire partie du jury. J'en suis honorée.

Madame le Docteur Véronique JAGUELIN :

Médecin généraliste – Le Mans

Ces six mois passés dans votre cabinet ont été un plaisir. J'ai pu profiter de vos conseils avertis et de votre gentillesse. C'est un plaisir de vous compter dans mon jury.

MERCI...

...A tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail :

Dr LEMELE, Dr AUBRY, Dr FAMERY, Dr CORMIER, Dr PALMAS, Dr LAZARD-GARREAU, Dr DELANOY, Dr LORTHIOIR, Dr ROUSSIASSE, Dr JAGUELIN, Dr DEVAUX, Dr DENIS, Dr PATILLON, Dr KELMA, Dr PHAN

...Aux sages-femmes qui m'ont présenté les caractéristiques des maternités du Mans :

Mesdames Dominique DEVISSE et Chantal HUNDA, sages-femmes au centre de planification de l'hôpital du Mans, et Madame Sabine ARDELEAN, cadre sage-femme à la Clinique du Tertre Rouge.

...A mes maîtres de stage :

Le Dr Ouafae ALAOUI-LOTFI et le Pr François GARNIER, pour m'avoir apporté votre savoir et la diversité de vos pratiques.

Le Dr Sylviane DELMOTTE et le Dr Christian DELMOTTE, vous m'avez transmis le goût de la médecine générale. Merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés et pour votre immense gentillesse.

...A ma famille :

Mes parents : vous avez toujours cru en moi. Merci pour votre soutien sans faille durant ces longues années, un soutien matériel et affectif sans lequel je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci Maman pour tes corrections. Merci Papa pour ces midis en tête à tête. J'espère un jour vous donner autant que ce que vous m'avez donné.

Mes frères et sœurs : Merci pour votre soutien. Flo tu m'as offert avec Charlotte un si tendre cadeau pendant mes études...Ronan tu m'épates chaque jour par ta détermination et ton ambition dans tout ce que tu entreprends. Louloute, merci pour ton soutien, c'est maintenant à mon tour de t'encourager dans ta voie professionnelle.

Je suis fière de vous, de votre parcours, de ce que vous êtes.

Sam : tu m'as supportée dans tous les sens du terme. Merci pour ton intarissable soutien, ton amour inconditionnel et ta patience. Je t'aime.

Pacôme : mon petit ange, tu me donnes tant de bonheur par tes éclats de rire et ta joie de vivre.

Mes grands-parents : je suis heureuse de lire cette fierté dans vos yeux.

Mes beaux-parents et ma belle-famille : vous êtes arrivés en cours de route, mais quelle route ! Merci pour votre gentillesse, votre générosité, votre patience.

A mes amis : Merci pour ses moments passés à vos côtés, qui sont de vraies bouffées d'oxygène.

Ma meilleure amie Marilyn : tu es toujours là quand il le faut, j'espère te donner autant.

Gwladys, Aurélie et Florence : merci pour vos conseils, votre présence, votre gentillesse. 3 merveilleuses rencontres.

Romu et Christophe : merci pour votre aide de dernière minute, si précieuse.

Janice et Caro: et notre amitié éternelle.

Bernard : votre soutien est aussi grand que mon admiration pour vous.

...Merci

Liste des abréviations

COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CUM	Communauté Urbaine du Mans
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HLM	Habitation à Loyer Modéré
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
SOLIPAM	Solidarité Paris Maman
UGOMPS	Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale
UMPSP	Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Plan

Introduction	10
Matériel et méthode.....	13
Résultats	14
Discussion	27
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	34
Table des figures.....	37
Table des matières.....	38

Introduction

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du Père Wresinski de 1987 et affirme que « la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale¹ ».

L'HAS recommande que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptées et qu'ils exercent dans la cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité. Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes, acteurs de soins de santé primaires, ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens².

L'enquête nationale périnatale de 2003 a montré que les femmes enceintes en situation précaire présentaient des risques³ qu'il est important de prévenir, par une prise en charge médicale et un soutien social adaptés⁴. Elles ont un moindre suivi, plus de conduites addictives pendant la grossesse, et plus d'enfants prématurés et hypotrophes.

Les critères de précarité mis en évidence dans l'enquête périnatale de 2003 sont :

- La femme vivant seule.
- La catégorie socio-professionnelle défavorisée du couple.
- L'immigration.
- Les difficultés financières nécessitant des aides, car elles diminuent le recours aux consultations et majorent le taux de consommation du tabac⁵.

En 2009, lors de la 39^{ème} journée nationale de Médecine Périnatale en France, un travail a montré que le risque d'avoir un enfant trisomique vivant était d'autant plus élevé que la catégorie socio-professionnelle était plus basse. Cela s'explique par une nette différence dans la réalisation du dépistage, qui peut aller du simple au double selon le niveau d'études de la mère ou son origine géographique. Ces disparités seraient plurifactorielles : les problèmes de compréhension et d'autonomie, une acceptation différente du handicap et les difficultés financières retardant l'accès aux soins⁶.

Le plan de périnatalité 2005-2007 prévoyait des mesures fondées sur 4 notions : humanité, proximité, sécurité, qualité. Une d'elles⁷ visait à diminuer les inégalités, par la création de nouvelles PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) dans les zones déficitaires ou le renforcement de celles existantes. Il s'agissait aussi, d'une part, d'adapter les pratiques des professionnels par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs, et d'autre part, d'accompagner les patientes dans les démarches de soins.

Ce plan a pris tout son sens dans de nombreuses villes. Soixante-trois pour cent des structures ayant répondu à un audit de pratique faisaient part en 2009 d'une organisation spécifique avec des personnels dédiés de façon très variable suivant les structures⁸.

De nombreux réseaux de périnatalité, régionaux, départementaux ou de proximité se sont développés sur toute la France, comme le réseau SOLIPAM en Ile de France ou le réseau Sécurité Naissance-Naitre ensemble des Pays de Loire.

Localement il existe des unités spécifiques: à Nantes, l'UGOMPS (unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale), à Angers, la PASS périnatalité, en place depuis 2001. Cette dernière, pérennisée en 2006 grâce au financement officiel, permet de dépister et d'orienter les patientes vulnérables vers les professionnels adaptés. Elle assure un suivi pluridisciplinaire avec un intervenant référent, un numéro unique, une disponibilité des professionnels, un suivi cadré, une traçabilité, un lieu non stigmatisant car situé au sein de la maternité. Cette structure peut répondre aux besoins des médecins généralistes, des patientes et aux exigences des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

La création d'une unité spécifique appelée UMPSP (Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité) en 2007 a permis de renforcer ce système. Elle répond aux situations les plus complexes.

Au Mans dans le département de la Sarthe, il n'y a pas de système similaire.

Il existe 2 maternités où des plaquettes du réseau régional « Sécurité Naissance – Naitre ensemble » d'aide au dépistage et à la prise en charge des femmes enceintes vulnérables sont proposées aux professionnels de santé (annexe 1). Leur distribution n'est pas réalisable à l'échelle de l'ensemble des cabinets médicaux des pays de la Loire.

- L'hôpital, un établissement de niveau III, où il y a une consultation de tabacologie et 3 psychologues, dispose d'une PASS non spécifique à la périnatalité.
- La clinique du Tertre Rouge, une maternité de niveau II, est dotée d'une psychologue et d'une assistante sociale non spécialisée en périnatalité.

Les deux structures ont une unité d'hospitalisation, destinée à accueillir la maman et son bébé quand ce dernier nécessite une surveillance médicale particulière et pour favoriser l'établissement du lien parents-enfant.

- Des points d'accueil et des établissements de soins permettent une prise en charge « au coup par coup » des addictions, des lieux d'écoute existent pour les situations de violence ou les difficultés psychologiques, et les services sociaux pour les problèmes d'ordre socio-économique.

Face à ce constat, Il m'a ainsi semblé intéressant de connaître les moyens déployés par les médecins généralistes de la Communauté Urbaine du Mans (CUM) pour répondre aux problèmes parfois complexes des femmes enceintes en difficulté psycho-socio-économique.

Matériel et méthode

L'étude a été qualitative. Elle s'est déroulée de mai à juillet 2012, sous forme d'entretiens semi-structurés et individuels auprès de 15 médecins généralistes de la Communauté Urbaine du Mans.

Ils ont été sélectionnés selon des critères permettant un échantillonnage en variation maximale : année d'installation, nombre d'années de pratique de la gynécologie, sexe, âge et lieu d'exercice.

Les praticiens d'une commune relativement aisée sur les huit concernées n'ont pas souhaité répondre car ils n'assuraient pas les suivis de grossesse.

Le guide d'entretien comptait 9 questions. Il a été construit à partir de différentes définitions de la précarité: les critères de dépistage du réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble⁹ » et les critères d'inclusion de la PASS d'Angers (annexe 4), ces critères étant aussi validés par le score EPICES¹⁰. Le questionnaire (annexes 2 et 3) a été modifié après le deuxième entretien car trop long et trop directif.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des praticiens, après leur accord et la présentation du sujet proposé. Ils ont été enregistrés sur dictaphone puis le verbatim a été retranscrit à l'aide de Microsoft Word.

Les informations recueillies ont été doublement codées.

L'analyse des données a été effectuée sous forme thématique : la définition des critères psycho-socio-économiques de la femme enceinte selon les médecins, leurs moyens déployés pour suivre ces patientes, et leurs besoins pour faciliter leurs prises en charge.

Résultats

I- Caractéristiques de la population.

8 médecins avaient plus de 51 ans et les autres avaient entre 41 et 50 ans (figure 1).

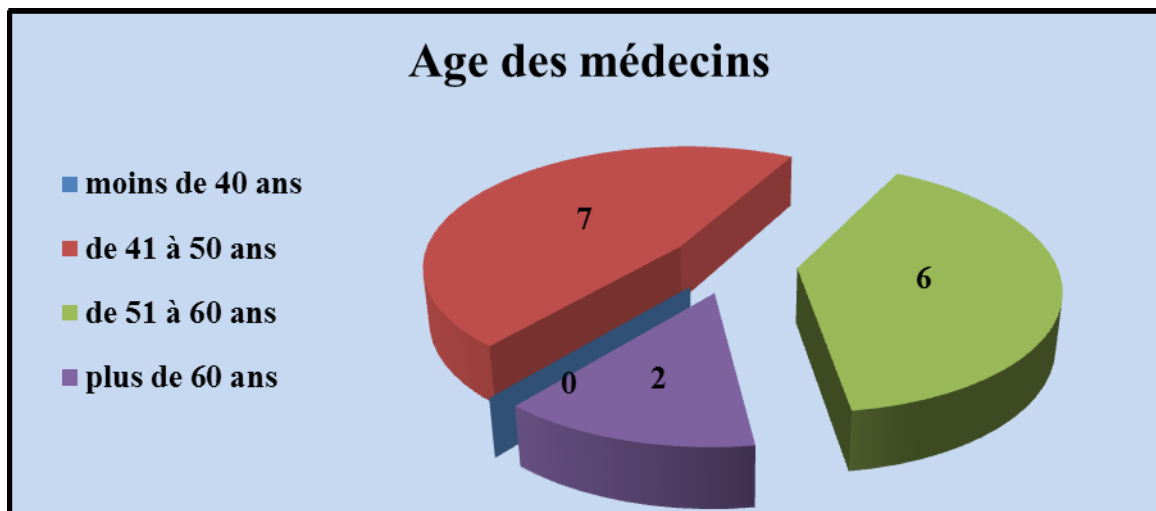


Figure 1 : Répartition des médecins interrogés en fonction de l'âge

9 femmes ont répondu au questionnaire et 6 hommes.

Leur cabinet se situait à moins de 15 minutes de l'hôpital pour la plupart, et ne dépassait jamais 30 minutes.

Ils pratiquaient la gynécologie depuis plus de 5 ans, et pour 13 d'entre eux, depuis plus de 15 ans.

L'ancienneté de leur installation était homogène puisque 4 s'étaient installés après 2000, 6 entre 1990 et 2000, et 5 avant 1990 (figure 2).

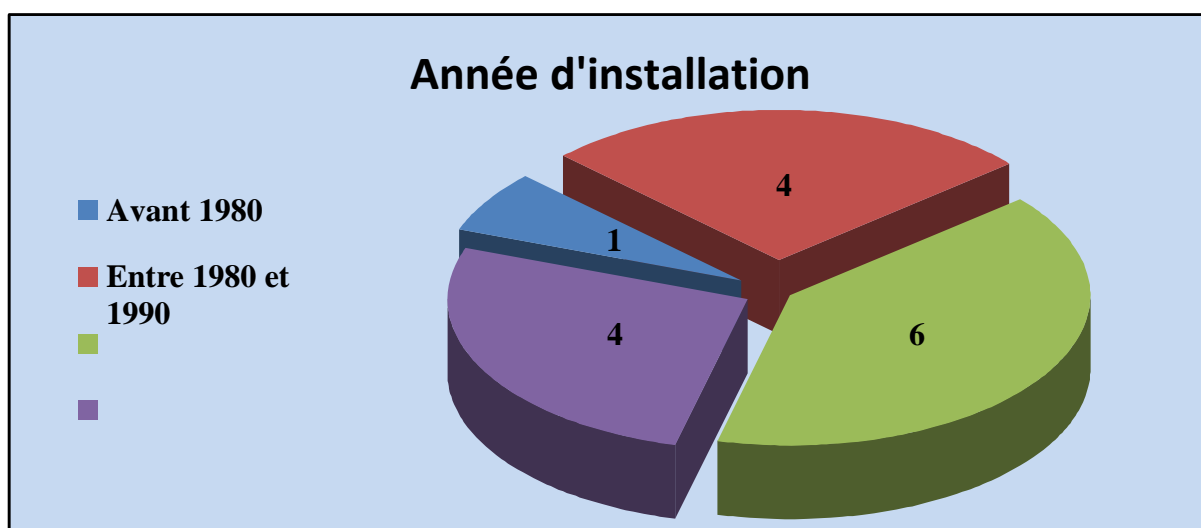


Figure 2 : Répartition des médecins interrogés en fonction de leur ancienneté d'installation

II- Les critères de précarité de la femme enceinte concernent son entourage, ses caractéristiques et son histoire socio-économique.

a- L'absence d'entourage ou sa fragilité, des facteurs d'insécurité.

Un entourage familial inexistant ou peu présent constitue un risque de vulnérabilité important. Un soutien de mauvaise qualité et l'éloignement de la famille y participent aussi. Cet isolement est majoré par le manque de support extérieur.

« Le fait qu'elle soit seule, en soit, ça peut ne pas poser de problème. Ça dépend de pourquoi elle est seule, quel est son entourage familial, euh...comment elle est épaulée » MG1

« je dirais aussi les difficultés relationnelles de façon générale avec la famille, quand il n'y a pas de support derrière » MG7

L'absence de conjoint altère la sécurité de la femme. Celle-ci est particulièrement mise en danger quand le père s'est enfui au cours de la grossesse ou quand il a des problèmes d'addiction.

« Femme seule évidemment, avec ami ou conjoint déjà parti. Ou bien précaire...dont le conjoint est fragile. Problèmes de boisson ou problèmes de drogue, cannabis, etc... » MG2

Cet isolement, qu'il soit familial, conjugal ou social, est d'autant plus dangereux si la femme le subit et l'assume mal.

« Il y a des femmes qui vont bien assumer et d'autre moins » MG3

« je trouve qu'il y a quand-même de plus en plus de femmes seules, et qui ne sont pas forcément affectivement seule involontairement » MG5

La complexité de la structure familiale par la fragilité du couple, les violences et ruptures conjugales ou les pères multiples majorent la vulnérabilité.

« si elle a plusieurs enfants du même père ou de pères différents » MG10

« j'ai l'impression d'avoir constaté que s'il y avait une stabilité dans le couple avec un travail fixe pour l'un ou les deux compagnons, euh, les femmes se prennent plus en charge ou sont plus à l'écoute de leur corps » MG10

b- Les caractéristiques personnelles de la femme, des critères modifiant l'investissement de la grossesse et son suivi.

Connaissance et appréhension des modalités de suivi, des notions indispensables à leur santé.

Le niveau de compréhension et le manque d'information sont à l'origine d'un suivi de grossesse mal structuré, insuffisant voire même parfois absent.

« les femmes qui n'ont pas vraiment conscience que leur pathologie ou leurs antécédents peuvent avoir des répercussions sur leur grossesse, et bien on sera évidemment plus attentif » MG8

Le schéma familial, un déterminant majeur pour la mère en devenir.

Le manque de repères dans l'inscription familiale pendant son enfance fragilise la femme enceinte.

« Et effectivement quand vous avez manqué de repères vous, et bien vous risquez de reproduire la même chose » MG13

Les situations où les enfants sont placés altèrent son identification maternelle.

« on sera forcément plus vigilant parce qu'on a cette notion. Oui » MG8

Les vécus de grossesse compliqués, des sources d'angoisse perturbantes.

Les antécédents de grossesse difficiles génèrent de l'angoisse qui peut être atténuée si elle est abordée en consultation.

« ça peut être un critère psychologique car ce sont des femmes fragilisées. Oui, c'est plus de l'angoisse là » MG10

« quand on discute le pourquoi du comment, ça se dégonfle » MG12

L'investissement difficile de la grossesse, une faille qui déstabilise.

Le vécu est un critère de risque si il y a non désir ou déni de grossesse, refus d'IVG ou encore déclaration tardive.

« C'est forcément pour moi un critère, parce que des fois on voit arriver des jeunes filles ou des jeunes femmes, euh...qui sont à un stade déjà très avancé de leur grossesse, il y a un déni...Forcément ça veut dire qu'il y a eu une période de plusieurs mois ou il n'y a eu aucun examen, rien du tout. En soi c'est forcément à risque, autant sur le plan médical que sur le plan psychologique » MG10

La minorité, un critère pas toujours à risque, qui dépend du contexte.

La minorité est retenue systématiquement quand la jeune fille est déscolarisée ou rejetée par sa famille.

« Là où c'est plus difficile, c'est si il n'y a pas d'aide de la famille tout simplement parce que la famille la rejette et est contre la grossesse. Oui, ça c'est plus à risque évidemment » MG8

« si en plus de la grossesse il y a une déscolarisation, c'est encore plus compliqué. Alors que quand il y a scolarisation, il y a un cheminement qui se fait, ça ne part pas dans tous les sens » MG5

La fragilité psychique et l'immatunité, des manques d'assise dangereux.

Les moins de 17 ans sont plus à risque, d'autant plus que le degré d'immatunité est important.

« elle avait un tel degré de maturité que ça a été un suivi de grossesse normal » MG15

Les addictions et la fragilité psychologique sont toujours retenues comme facteurs de risque.

« Ah oui, toutes les addictions. Ce sont des grossesses à risque, c'est évident » MG7

« S'il y a une fragilité psychologique, là effectivement...s'il y a d'autres facteurs à côté... » MG9

c- Les conditions de vie précaires ou pénibles, les comportements peu conformes, des contextes altérant les soins.

Le bas revenu, un problème dépendant du contexte et de la population.

Il est d'autant plus à risque :

- si la situation financière est instable ou le travail est précaire.
- si ce n'est pas un choix.
- si c'est une patiente immigrée sauf s'il s'agit d'une patiente foraine.
- s'il est associé à d'autres critères de risque.
- si la femme est seule.

« si elle est célibataire et qu'elle est RMI, ou au RSA actuellement, effectivement ça va être un facteur de risque » MG14

« c'est plutôt le contexte global qui fait que la patiente devient à risque » MG15

Les conditions de logement précaires, un facteur de risque déterminant.

La vie dans un squat ou dans la rue, par son manque de sécurité, entraîne une situation à risque important, alors que l'accueil dans l'entourage n'est pas considéré comme tel.

« j'avais une patiente qui était immigrée, qui était logée chez d'autres patients suivis ici. Donc elle n'avait peut-être pas de logement mais elle était logée quand-même. On savait qu'elle était en sécurité » MG10

Le manque d'hygiène et la précarité du logement interviennent aussi.

« c'est plus l'organisation du domicile en fait et les conditions de vie au niveau hygiène du domicile, au niveau alimentation, voilà » MG9

Les freins d'accès aux soins, des causes de prises de risques et d'incidents.

L'absence de couverture sociale, le manque d'information et les situations irrégulières peuvent freiner l'accès aux soins.

« il y a aussi les patientes venant de pays étrangers, qui sont parachutées en France » c'est-à-dire sans papiers, sans parler le français » MG7

La barrière linguistique avec absence d'interprète est relevée.

« si on ne peut pas faire passer son message, oui ça va être un problème » MG8

Les attitudes ancrées dans l'histoire culturelle, des écarts avec les normes médicales

Les habitudes culturelles et surtout alimentaires sont citées.

« Elle est française, convertie à l'islam, et alors je n'ai pas de problème avec le cholestérol pour elle, mais alors par contre avec le diabète. Parce que tous les après-midis, c'est le thé avec les petits gâteaux, les loukoums et compagnie. Donc prise de poids et on a du mal à leur dire...euh...elles répondent : « c'est notre vie, c'est la vie sociale, on vit comme ça » MG8

Le travail, un mode de vie parfois à risque.

La pénibilité du travail quotidien peut mettre la grossesse en danger.

« si elle conduit souvent, si elle soulève des charges...Par exemple si elle est femme de ménage dans un hôtel, déjà euh... » « c'est aussi son métier quoi, c'est aussi une façon de vivre » MG11

III- Devant la précarité des femmes, les médecins adoptent une attitude vigilante.

a- Ils s'entourent de professionnels de la périnatalité et proposent leur intervention pour assurer un suivi rapproché et complémentaire.

De façon globale, les médecins ne travaillent pas seuls : *« je ne veux pas être toute seule. Enfin je ne suis jamais seule pour une grossesse, mais là encore moins » MG13.*

Ils assurent les consultations en alternance avec les gynécologues et/ou les sages-femmes pour avoir 2 points de vue et pour un suivi plus rapproché. La visite de la sage-femme à domicile est favorisée pour apprécier le contexte de vie.

« Je partage la surveillance, avec ou une sage-femme, ou un gynéco en fait, en alternant une consultation sur deux en moyenne. Oui j'aime bien partager dans ce cas-là, un mois sur deux » MG9

« on travaille avec les sages-femmes, évidemment. Ça peut être pour la surveillance de la grossesse, voir à la maison ce qui se passe. Ça permet d'avoir un suivi plus rapproché et de multiplier éventuellement les consultations : si je sens qu'une patiente dérive » MG7

Ils proposent fréquemment une rencontre avec les psychologues pour assurer un soutien.

« là on va quand-même demander un suivi psychologique peut-être plus facilement » MG3

b- Ils orientent vers les structures de soins publiques et les services sociaux pour proposer des modes de résolution adaptés aux problèmes socio-économiques.

La majorité oriente vers l'hôpital, à cause du contexte socio-économique pour éviter l'avance des frais, pour structurer le suivi en diminuant le risque de les perdre de vue, et pour assurer les soins coordonnés.

« En fait je vois en fonction du revenu, c'est vrai que dès que je vois un peu le revenu et les difficultés financières, j'adresse spontanément au centre hospitalier. Voilà, elles ne paient pas » MG2

« ce qui joue, c'est...je dirais...l'accroche qu'on a avec elle, si elle adhère au médecin, ce qui permet de la revoir régulièrement, sinon on la perd. Si je le pressens, je l'adresse à l'hôpital... » MG4

Certains soulignent l'importance du choix de la patiente, condition nécessaire au bon suivi : *« Le bon suivi, c'est là où la femme veut être suivie » MG15*

Ils font appel aux assistantes sociales pour régler les problèmes d'ordre socio-économique et faciliter les démarches.

« Elle voit à quoi ma patiente a droit, comment elle peut être aidée...Moi je n'y connais rien ! » MG7

c- Ils mettent en place un suivi plus cadré et soutenant pour améliorer la vigilance des ratés du suivi et la compréhension des consignes.

Ils incitent la patiente à les consulter facilement.

« avec une femme qui a pour moi des critères de risque, je préfère lui dire : « dès que vous avez un souci, vous me téléphonez, vous venez » MG13

Ils expliquent d'une manière pédagogique, avec des dessins, ils répètent et font reformuler par la patiente.

« je leur explique beaucoup, je dessine beaucoup » « je vérifie qu'elles ont compris en faisant reformuler » MG12 « plein de points sur lesquels je reviens systématiquement » MG7

Ils prennent les rendez-vous pour elle et vérifient qu'elle y soit bien allée. Ils la rappellent si elle n'honore pas un rendez-vous.

« je prends moi-même le rendez-vous d'écho, en espérant qu'elle va y aller. Je les assiste. Ça marche, en gros » MG6 *« Si elles ne se sont pas présentées au rendez-vous, je les rappelle, je leur dis : « moi je veux vous revoir, il faut qu'on revoie les choses » MG5*

Ils sont vigilants à laisser des traces des consultations dans l'ordinateur, écrivent dans le carnet de suivi de grossesse et demandent à la patiente de toujours venir avec celui-ci.

« je note tout dans mon dossier, absolument tout » M6

Certains font l'entretien prénatal précoce. Il s'agit d'un entretien élaboré dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007¹¹, et dont l'objectif est de consacrer un temps spécifique, sans examen médical, axé sur la prévention et l'éducation. Il est destiné à la femme ou au couple, et est réalisé dans un climat de confiance, d'écoute et d'échange. Il dure 45 minutes, et doit être fait par des professionnels formés : une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste. Il n'est pas obligatoire mais conseillé et doit être proposé pour chaque grossesse.

« ça permet encore plus de se dire « bah tiens il y a des petites choses là, il va falloir que je fasse attention » ou bien « avec cette dame, ce serait peut-être bien que je lui propose qu'elle soit vue par le psychologue parce que je pense qu'il y a des petites choses qui peuvent être compliquées ». C'est fait pour ça normalement cet entretien » MG5

d- Ils construisent une relation de confiance et témoignent d'une écoute bienveillante, attentive aux particularités de la femme.

« Je pense que je m'adapte mais je n'ai pas une stratégie...Je navigue à vue, en fonction de comment ça se passe. Je ne me dis pas « avec celle-là, je vais faire ça, ça et ça ». Non je n'ai pas réfléchi à ça » MG7.

Ils écoutent, échangent.

« je discute beaucoup avec les patients : je pense que discuter c'est aussi important qu'examiner les gens » MG12

Ils rassurent.

«elles se sentent rassurées, on leur donne des repères qu'elles n'ont plus, des supports... » MG10

Ils valorisent et sont attentifs à ne pas mépriser.

« il faut essayer de leur faire confiance et ne pas commencer à être méfiant et les traiter comme des futures mères qui ne vont pas être à la hauteur » MG13

Ils prennent le temps.

« Il faut aller lentement, à leur rythme » MG6

IV- Dans les situations complexes, les médecins s'impliquent dans le champ psycho-social.

a- Dans les situations d'addiction ils interviennent facilement dans les propositions de sevrage.

Ils anticipent l'arrêt du tabac avant la grossesse.

« le tout c'est d'anticiper, d'en parler avant, quand on les suit. Par exemple quand on renouvelle la pilule, on peut déjà en parler » MG1

Si ce n'est pas le cas, ils motivent la patiente à faire un sevrage.

« Il n'y a pas plus belle motivation que d'attendre un enfant » MG8

Ils hospitalisent pour un sevrage alcoolique ou ils orientent vers les associations ou les centres d'addictions.

« Ou alors au besoin, je leur conseille d'aller dans des associations, si ça peut les aider, je leur donne des adresses » MG5

Dans certaines situations d'alcoolisme, ils en abordent les conséquences morbides et l'éventualité de l'IVG.

« Si la dame m'annonce qu'elle est enceinte et que je sais qu'elle boit beaucoup d'alcool, déjà là je discute avec elle pour savoir s'il faut garder la grossesse » MG1

b- Face aux difficultés socio-économiques ils sollicitent activement les structures médico-sociales, les associations et les institutions publiques.

Ils facilitent l'accès au logement en rédigeant des certificats pour des organismes de logements HLM, ou bien ils orientent la patiente vers la mairie.

« en fait il m'est arrivé de faire des courriers par exemple à Sarthe Habitat, des organismes de logement HLM, pour essayer de les aider à avoir un autre logement, un logement plus grand, etc...je leur fais des attestations précisant avec leur accord leur état de santé qui pourrait éventuellement les aider » MG9

Ils incitent la patiente qui ne parle pas le français à venir accompagner d'un traducteur à chaque consultation.

« on a l'habitude ici : on appelle l'association qui va servir de relais. Ça nous permet d'avoir un interprète » MG5

Ils travaillent avec les services de PMI soit pour anticiper la prise en charge de la fratrie au moment de l'accouchement, soit pour alerter de la naissance de l'enfant à venir, notamment quand le reste de la fratrie est déjà placée : *« appel en PMI, signalement au service de gynéco, etc., de manière à ce que l'enfant soit hyper-protégé dès le jour où il met le nez dehors » MG6*

c- Devant les problèmes psychologiques et psychiatriques, ils développent des attitudes prévenantes et collaborent avec les professionnels de santé mentale et de périnatalité.

Dans les situations de pathologies psychiatriques lourdes, ils travaillent avec le psychiatre pour l'accompagnement de la patiente, le suivi de la pathologie, et la gestion du traitement. Ils alertent la maternité de la situation pour que la patiente soit déjà connue avant son accouchement, et éventuellement au besoin, ils rencontrent le tuteur.

« Je les confie assez tôt à l'hôpital pour qu'elles soient connues du service » MG1

Ils anticipent l'angoisse dès le projet de grossesse, en parlant avec le couple et en n'hésitant pas à faire des arrêts de travail quand il y a eu des antécédents de grossesse compliquée (IMG, pré-éclampsie).

« Et puis souvent, on peut anticiper, parce qu'elles en parlent avant... » MG5

« je l'ai vue très souvent, il y a eu des arrêts de travail » MG13

d- Devant les grossesses non désirées, ils proposent l'IVG et éventuellement dans les cas de refus total de la grossesse, ils discutent d'un accouchement sous X.

« J'ai eu des jeunes filles enceintes à quatorze ans, des grossesses non désirées...elles ont toutes choisies l'IVG » MG2

V- Dans certains contextes, les propositions des médecins sont limitées par leur champ d'intervention.

a- Les situations d'addiction génèrent des résistances aux seules propositions de sevrage.

Ils éprouvent des difficultés à faire adhérer ces patientes aux méthodes de sevrage, que ce soit les substituts nicotiniques, la consultation anti-tabac, l'hypnose ou la mésothérapie.

« je ne crois pas avoir eu de succès total, non. Cela ne marche pas à tous les coups, pas dans ce cadre-là, de difficulté socio-économique » MG12

La programmation des rendez-vous est peu opérante :

« Chez les femmes avec des addictions, ça ne marche pas très bien les rendez-vous. J'ai remarqué cela. Chez les autres ça marche, au contraire » MG12

b- Les modes de vie et parfois la religion rendent difficile la modification des comportements qui s'inscrivent dans les habitudes culturelles.

Bien que les médecins incitent à la modification de certains comportements, notamment alimentaires, ils y parviennent mal car les codes culturels et religieux restent trop ancrés.

« Elle est française, convertie à l'islam, et alors je n'ai pas de problème avec le cholestérol pour elle, mais alors par contre avec le diabète. Parce que tous les après-midis, c'est le thé avec les petits gâteaux, les loukoums et compagnie. Donc prise de poids et on a du mal à leur dire...euh...elles répondent : « c'est notre vie, c'est la vie sociale, on vit comme ça ». Là c'est difficile à faire avancer les choses. Parce qu'il y a le poids des habitudes du reste de la famille ou des amis. Ça on a du mal. Mais on a la même chose avec notre bon sarthois et ses rillettes ! Et vous savez très bien que les nutritionnistes ça ne marche pas » MG6

« au moment du ramadan, c'est sûr que ça pose problème. Ça c'est évident. Je comprends très bien qu'elle veuille suivre ce que dit sa religion, mais il faut essayer de concilier ça avec une grossesse » MG8

c- Dans le cadre du suivi de la mineure, les aides au soutien se heurtent aux types de liens familiaux existants et au nécessaire respect de la confidentialité.

Ils rencontrent parfois des difficultés à voir la famille et à l'impliquer dans un rôle de soutien. Si ce n'est pas le cas, ils suggèrent au moins à la jeune fille de se faire accompagner par une personne référente de confiance.

« Quand c'est une ado, il faut voir si la famille adhère ou pas, est ce que ça pose souci » MG7

d- Les situations de violence conjugale, des rencontres peu fréquentes qui limitent les interventions des médecins.

« C'est un sujet où je n'ai pas une grande expérience, qui à mon avis reste sous-estimé et on passe sûrement à travers » MG8

Quand ils repèrent ces situations, ils incitent la patiente à venir faire des certificats médicaux au cabinet et à porter plainte.

« si elle a des traces d'hématomes, des choses comme ça, qu'elle me raconte des choses, je fais le certificat illico » « je lui conseille de porter plainte » MG2

VI- Devant les limites de leurs interventions, les médecins ont des propositions pour améliorer l'accompagnement.

a- Ils élaborent et explicitent une organisation plus structurée du suivi pluridisciplinaire.

Prévoir un entretien avec l'assistante sociale paraît pertinent pour faire lien plus tôt et être plus réactif si besoin.

Ils souhaitent favoriser le lien avec les assistantes sociales souvent débordées, et proposent de prévoir un entretien systématique avec elle, par téléphone, en début de grossesse pour échanger sur la situation de la femme.

« un lien plus facile avec l'assistante sociale, un dialogue plus facile [...] si on pouvait avoir ce dialogue plus facilement, oui, ce serait bien. Ce serait important. Alors peut-être même que ça pourrait être prévu dans la surveillance de la grossesse : éventuellement [...] ça pourrait être aussi un coup de téléphone à l'assistante sociale et on fait un point sur la patiente... » MG6

Avoir des traces écrites des différents intervenants facilite la coordination centrée sur la femme.

Dans ces situations de suivi pluridisciplinaire, ils souhaitent améliorer le lien entre tous les intervenants et proposent que chacun y laisse systématiquement une trace à chaque fois qu'il voit la patiente.

« Il y a un truc, un carnet de suivi de grossesse, et je pense que si on collige tout dedans [...] Je trouve que c'est bien. On voit qu'elle a vu la sage-femme par exemple. En fait, c'est le lien qui est difficile avec ces gens. Parce que des fois elles ne nous disent pas qu'elles ont consulté, qu'elles ont vu le gynéco, cela ne leur paraît pas évident » MG10

Améliorer l'accessibilité aux professionnels facilite la prise en charge et la résolution des problèmes médicaux et sociaux.

Ils souhaitent des rendez-vous plus rapides et plus fréquents avec les spécialistes et l'assistante sociale.

« une disponibilité plus rapide, au niveau des spécialistes...parce que là ça a l'air facile mais ce n'est pas toujours facile d'avoir les rendez-vous, etc. » MG3

Constituer un annuaire médico-social augmente l'efficacité des démarches de soin.

Pour gagner du temps et faciliter les démarches, ils utiliseraient volontiers une plaquette regroupant tous les numéros utiles à ces situations.

« pourquoi pas une plaquette avec pleins de numéros (rires) administratifs » MG2

« Voilà on perd du temps...Et donc ce serait bien d'avoir un annuaire de secteur médico-social » MG1

Créer un réseau spécifique comme la PASS répond à l'ensemble des problèmes rencontrés.

Ils proposent la création d'un pôle spécialement destiné à ces femmes.

« à Angers il y a une prise en charge...j'ai entendu ça à la réunion de décembre dernier. Donc euh...ce qui peut nous aider, c'est d'installer quelque chose comme ça, sur Le Mans, c'est-à-dire un numéro de téléphone : pendant la consultation, on peut les appeler, et ils donnent tout de suite un rendez-vous à cette personne pour qu'elle soit aidée. Ça ce serait utile ici. Avoir un seul numéro et qui gère tous les problèmes, que ce soit les problèmes psychologiques, les problèmes sociaux. J'ai trouvé ça vraiment formidable » MG6

b- Ils relèvent l'intérêt de l'entretien prénatal précoce pour permettre la prise en compte du contexte psycho-social.

Faire l'entretien pour mieux connaître la patiente et être prévenant.

C'est un moyen précieux de dépistage des critères de risque et un temps propice à l'écoute et l'échange.

« comment vous abordez votre grossesse, la naissance au sein de la famille, qu'est ce que vous en connaissez, avec qui vous en parlez autour de vous » « ça permet encore plus de se dire «il va falloir que je fasse attention » ou bien « avec cette dame, ce serait peut-être bien que je lui propose qu'elle soit vue par le psychologue » MG5

« je pense que c'est vraiment très important, en tous les cas dans un contexte psycho-social un peu compliqué » MG5

Inciter à faire cet entretien avec un autre professionnel pour permettre une parole plus libre et introduire un autre interlocuteur non médecin.

« peut-être qu'elles auraient intérêt à voir une tierce personne et pas forcément leur médecin, pour que ce soit l'occasion de discuter de problèmes dont elles ne discutent pas d'ordinaire » MG15

Discussion

I- Matériel et méthode.

a- les biais et limites du travail.

Les biais d'inclusion.

La CUM regroupait Le Mans et 8 communes avoisinantes (annexe 5). Certaines d'entre elles ayant une population relativement aisée, 3 médecins n'ont pas répondu au questionnaire et d'autres n'ont pas renseigné tous les items.

Aucun médecin avait moins de 40 ans et seulement 4 s'étaient installés il y a moins de 6 ans. Il aurait été intéressant de rencontrer de jeunes médecins qui sont peut-être plus en difficultés avec ce type de patientes. Ce biais s'explique en partie par la démographie médicale sarthoise où la moyenne d'âge était de 55 ans au 1^{er} janvier 2011. Il aurait alors été judicieux de rencontrer aussi des médecins remplaçants, généralement plus jeunes que ceux installés.

9 médecins sur les 15 interrogés étaient des femmes. Certains hommes avaient refusé de participer à notre étude parce qu'ils ne pratiquaient pas la gynécologie.

Les biais de perte d'informations.

Le questionnaire a été modifié après les deux premiers entretiens car trop long et trop directif. Cela a permis des questions plus ouvertes avec des réponses spontanées, nouvelles et inattendues.

Certaines données ont été ininterprétables car la réponse du médecin interrogé était trop vague. Il aurait fallu faire des relances dans l'entretien pour préciser le propos.

La durée des entretiens n'était pas homogène. Certains médecins étant moins disponibles, le recueil de données a parfois été limité.

b- les forces du travail.

Les critères de repérage pour constituer la grille d'entretien se basaient essentiellement sur des dispositifs de référence : ceux de la PASS périnatalité d'Angers et ceux du réseau régional des Pays de Loire Sécurité Naissance-Naitre ensemble.

Le score individuel de précarité, dénommé Epices¹⁰ (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) valide l'ensemble de ces critères. Il est utilisé dans les centres d'examen de santé de l'assurance maladie.

Les entretiens ont été effectués jusqu'à saturation des données, permettant ainsi une certaine validité de leur recueil.

Le double codage du verbatim a permis de limiter les erreurs d'interprétation et de les enrichir.

II- Les résultats.

a- Les critères de risque psycho-socio-économique retenus comprenaient de nouveaux éléments, non retrouvés dans les références.

Les critères d'inclusion de la PASS d'Angers, des éléments communs.

Une partie des patientes de la PASS d'Angers sont repérées d'abord par les médecins généralistes, qui les orientent ensuite vers cette structure. Cela explique que PASS et médecins généralistes aient une définition commune du risque psycho-socio-économique.

La situation d'immigrée, majoritairement citée, entraîne effectivement un retard d'accès aux soins dans cette population sans distinction de sexe. Ce retard est lié à l'absence de couverture sociale par ignorance des droits, à la méconnaissance des structures de soins, aux difficultés financières et à la barrière linguistique¹².

Les addictions, que ce soit l'alcoolisme, le tabagisme ou les toxicomanies, sont aussi un critère pour l'HAS² mais ne sont pas un critère constant dans le reste de la littérature. Néanmoins pour le tabac, une étude montre que les femmes enceintes percevant uniquement des aides non publiques consomment plus de cigarettes et arrêtent moins de fumer que celles ayant des ressources issues de leurs revenus³ (9.8% versus 15.2%).

La situation de femme seule était toujours évoquée. Ce critère est le témoin de l'évolution de la structure familiale. Les études montrent que le nombre de familles monoparentales augmente de façon

significative, passant ainsi de 16,9% des familles avec enfants de moins de 18 ans en 1999 à 20,6% des familles en 2008, et concerne la plupart du temps la femme¹³.

Les problèmes de logement étaient cités de façon quasi-systématique. En effet les difficultés de confort de logement concernent 53% des ménages en 2010¹⁴. Ce taux témoigne d'une problématique actuelle, même si le critère « logement trop petit » retenu par l'INSEE ne constitue pas toujours un danger pour la grossesse.

Les facteurs de risque de l'HAS, des notions précisées par les médecins.

Les médecins retenaient les addictions, la minorité et la fragilité psychique. Ces critères sont en accord avec l'HAS².

L'étude a permis d'étayer ce que recouvrait la notion de « facteurs individuels et sociaux » proposé par l'HAS. L'isolement, le vécu et l'investissement de la grossesse, les capacités de la femme à comprendre les informations et le schéma familial, illustrent parfaitement l'item « facteurs individuels ». Les conditions de vie précaires ou pénibles identifiées par les médecins clarifient le terme « facteurs sociaux ».

Des critères nouveaux, centrés sur les caractéristiques personnelles de la femme et la famille.

La mineure de moins de 17 ans très immature, isolée ou déscolarisée constituait un critère sensible de précarité. Le caractère global de la consultation en médecine générale permet de pointer des éléments fragilisant, dans une population potentiellement à risque.

Le conjoint perturbé par une addiction, la fragilité du couple, les familles recomposées (avec plusieurs pères) ou les enfants placés sont de nouvelles notions introduites dans ce travail. Elles découlent de la connaissance qu'ont les médecins généralistes de leurs patientes. Elle est liée à l'attention portée à la femme vue dans son contexte de vie et suivie au fil du temps. Le médecin de famille devient un dépositaire des confidences intimes qui le sensibilise à un accompagnement prévenant.

b- En accord avec les grandes lignes des recommandations, les médecins élaborent des stratégies et des attitudes construites.

La collaboration ville-hôpital recommandée par l'HAS² était appliquée. Elle précise qu'un groupe restreint de professionnels du secteur médico-social, dont l'un d'eux, y compris le médecin généraliste, doit jouer le rôle de coordonnateur dans le suivi. Les médecins tentaient de l'assurer mais éprouvaient des difficultés par méconnaissance des interlocuteurs à contacter ou par un manque de leur disponibilité. Ce constat est corrélé par l'évaluation du plan de périnatalité 2005-2007 qui affirmait que « les liens [étaient] encore ténus entre les différents acteurs (ville/hôpital, psychiatrie, obstétrique) et

que le temps de coordination était insuffisamment valorisé pour faciliter l'investissement des professionnels¹⁵ ».

La relation de confiance et d'échange était un des points clés du suivi. L'HAS rappelle qu'il faut être à l'écoute de la femme enceinte, fragilisée ou non, ou du couple, et leur permettre de poser leurs questions¹⁶.

L'attitude plus cadrée développée au fil du temps et de leurs expériences s'ajustait à la connaissance de leurs patientes. Ils déployaient des petits moyens bien à eux: reformulations par la patiente, dessins, prises et rappels des rendez-vous, relances, répétitions des informations. Ces attitudes sont chronophages mais ont le mérite d'être opérantes. Elles sont communes à celles préconisées par le réseau Sécurité Naissance-Naitre ensemble⁹ ou l'HAS¹⁶, mais prennent une forme plus élaborée.

L'entretien prénatal précoce était plébiscité par ceux qui le pratiquaient. Le plan de périnatalité 2005-2007 envisageait de le développer davantage⁷. Il n'est pas obligatoire mais doit être proposé et effectué par un professionnel de la périnatalité. Dans notre étude, l'intérêt parfois de le dispenser par un autre intervenant que le médecin traitant était mis en avant. C'est une notion nouvelle, qui introduit la question de la neutralité de l'interlocuteur pour permettre un autre recueil d'informations.

Il y a peu de recommandations sur les modalités de prise en charge des problèmes sociaux, que ce soit pour le logement ou la protection de l'enfant à venir. L'HAS conseille néanmoins dès la première consultation de tenir compte du mode de vie et de la situation psycho-sociale de la femme pour lui apporter des réponses adaptées¹⁶. Les médecins sollicitaient activement les structures publiques et médico-sociales, qui sont des réponses concrètes apportées à cette préconisation. Ces attitudes méritent d'être soulignées car témoignent de leurs capacités d'intervention à chaque situation.

Au-delà de la collaboration avec le psychiatre validée dans la littérature¹⁶, les médecins développaient une attitude prévenante face à la souffrance psychique par un accompagnement attentif.

c- Par l'attitude bienveillante et la relation de confiance qu'ils instaurent, les médecins répondent aux attentes des femmes.

Cette attitude que les médecins adoptaient à l'unanimité est en accord avec les attentes des patientes, comme le montre la thèse d'Alice Mathieu chez les migrants¹⁷. Elle fait ressortir leurs attentes avant une consultation de PASS adulte : ils souhaitent une prise en charge générale, une écoute, un respect et une reconnaissance en tant qu'être humain, de l'échange et une réassurance. Une autre étude retrouve

les mêmes attentes chez les femmes enceintes : le médecin doit « s'inscrire dans une écoute active, faire preuve d'empathie et utiliser des techniques favorisant le dialogue¹⁸ ».

En plus de correspondre aux attentes des patientes, cette relation est reconnue dans la littérature comme spécifique au médecin généraliste : « De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués¹⁹ ».

d- Dans les situations d'addiction, de barrière linguistique et de symptomatologie psychiatrique chez les migrantes, les médecins peuvent affiner leur attitude avec des guides.

Devant des problèmes d'addiction, ils proposaient des méthodes de sevrage. Pour l'alcool, ils discutaient aussi de la possibilité de poursuite de la grossesse.

Le guide pratique d'aide au suivi de grossesse de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Pays de Loire (URPS) suggère en plus²⁰ la prise en charge du conjoint.

Dans les situations d'alcoolisme, il propose un dépistage sanguin avec accord de la patiente repérée ou en cas de signes manifestes d'alcoolisation chez une patiente non coopérante, ce qui n'a jamais été cité dans notre étude. Si la notion du conjoint correspond en effet à une prise en charge globale de la femme enceinte, et semble légitime, le dépistage biologique n'aurait pas un grand intérêt si ce n'est peut-être de lui faire prendre conscience de la toxicité de son comportement sur son bébé.

Les médecins relevaient leur difficulté face à l'impact de la culture sur les changements de mode de vie. Dans l'ouvrage *Maternités en exil*²¹, les auteurs considèrent que « la mise au monde d'un enfant est un moment de vulnérabilité » majoré par le contexte culturel qui entoure la femme immigrée. Ils proposent de s'appuyer sur ses représentations et ressources et de rétablir son enveloppe culturelle.

C'est une piste pour répondre à une symptomatologie psychiatrique chez les immigrées. Elle impose de garder à l'esprit cette notion de transparence culturelle, de représentations, pour encore plus d'empathie et pour une écoute différente.

Les médecins faisaient en sorte que la femme ne parlant pas le français soit toujours accompagnée d'un interprète. Le Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) fait des propositions pour améliorer la consultation en présence d'un interprète²². Il donne de petites astuces qui peuvent améliorer l'échange, la compréhension, et la construction d'une relation de confiance.

e- Leurs interventions étaient limitées ; ils proposaient des pistes pour pouvoir réaliser ces actions.

Le carnet d'adresse des correspondants médico-sociaux souhaité existe sous forme de plaquette proposée par le réseau Sécurité naissance-Naître ensemble (annexe 1). Elle est remise aux maternités, mais pas aux médecins généralistes, et est par contre disponible sur internet.

Le carnet de suivi de grossesse était cité comme un outil pertinent pour favoriser le lien entre les intervenants. C'est un livret d'accompagnement remis aux femmes enceintes par le conseil général de chaque département²³. Il comporte des informations destinées à la patiente : déroulement de son suivi médical, ses droits et les aides diverses possibles. Les femmes peuvent inscrire leurs remarques ou questions dans des espaces d'annotations prévus à cet effet. Pour chaque consultation et échographie, les médecins ont un espace réservé. A l'échelle nationale, les patientes se sont bien appropriées le carnet. Par contre, le volet médical est peu utilisé par les professionnels¹⁵. Il pourrait être intéressant de savoir ce qu'il en est au niveau de la Sarthe, pour le promouvoir davantage si nécessaire.

La création d'un dispositif semblable à la PASS périnatalité d'Angers était proposée. Il permettrait de répondre aux difficultés des médecins généralistes et aux besoins des femmes. Pour cela, il devrait satisfaire certains critères :

- être un dispositif d'accompagnement et pas uniquement de soins²⁴.
- se situer au sein de la maternité pour ne pas être stigmatisant²⁵.
- être facile d'accès grâce à un numéro unique, un fléchage dans la maternité et un intervenant référent²⁴⁻²⁶.
- proposer un parcours de soin personnalisé²⁶.
- avoir un partenariat solide avec le secteur médico-social²⁴, y compris avec le médecin généraliste.

Conclusion

Les médecins généralistes repéraient les patientes à risque psycho-socio-économique et retenaient des critères supplémentaires à ceux déjà connus. Ils relevaient la fragilité du conjoint ou du couple, le placement des enfants, la notion de plusieurs pères dans une fratrie, ou la mineure de moins de 17 ans immature, déscolarisée ou isolée. Ils citaient les violences conjugales en notant qu'elles pouvaient leur échapper. Leur définition, à la fois large et précise, était étroitement liée à la diversité des situations rencontrées en médecine générale et à leur proximité avec les patients, incitant aux confidences.

Leurs attitudes, construites, nourrissaient le contenu du cadre des recommandations. Leur suivi était plus cadré, soutenant et rassurant, basé sur une relation de confiance.

L'efficacité de leurs interventions était limitée dans les contextes d'addiction ou d'habitudes culturelles très ancrées. Chez les mineures isolées, l'implication de la famille n'était pas toujours évidente et rendait le suivi plus compliqué. Quel que soit le contexte, ils recommandaient la réalisation de l'entretien prénatal précoce, y compris par un autre professionnel.

Ils favorisaient la prise en charge pluridisciplinaire mais étaient parfois en difficulté pour coordonner les soins. Pour cela ils avaient besoin de dispositifs favorisant l'établissement du lien entre les intervenants: facilité de prise de rendez-vous, carnet d'adresses, traçabilité des consultations. Une structure dédiée à ces patientes, comme celle de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé en périnatalité mise en place à Angers il y a plus de 10 ans, pourrait y répondre.

Bibliographie

1. Haut comité de la santé publique. Avis du HCSP Précarisation sociale et santé. Actualité et dossier en santé publique. mars 1998 ; (22): 29-32.
2. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.
3. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003. Paris : Inserm, 2005.
4. Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (39 ; 2009 ; Angers). Rueil-Malmaison: Arnette, 2009. p. 16.
5. Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (39 ; 2009 ; Angers). Rueil-Malmaison: Arnette, 2009. p. 3-17.
6. Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (39 ; 2009 ; Angers). Rueil-Malmaison: Arnette, 2009. p.19-33.
7. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Mesure 1.5. 2004.
8. Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (39 ; 2009 ; Angers). Rueil-Malmaison: Arnette, 2009. p. 53-66.
9. Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble Pays de la Loire. Propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité (ou en situation de vulnérabilité sociale). [en ligne] Disponible sur : <http://www.reseau-naissance.fr>. [consulté le 8 février 2013]
10. Cetaf. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie. [en ligne] Disponible sur : <http://www.cetaf.fr> [consulté le 8 février 2013].
11. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004. p. 1-2.

12. Accès aux soins en France : des difficultés croissantes pour les plus démunis. Cinquième partie. Autres obstacles. Rev Prescrire. 2012 ; 32(347):700-1.
13. INSEE. Territoire – Population. Troisième partie, Ménages - Familles. Tableaux de l’Economie Française. Paris : 2012, 250 p.
14. INSEE. Part des ménages connaissant des difficultés de confort de logement dans leur résidence principale en 2010. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.insee.fr>. [consulté le 9 février 2013].
15. Ministère de la Santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 - Rapport final. Paris : 2010, 140 p.
16. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005.
17. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d’accueil et de soins pour migrants). Thèse d’exercice en médecine. Lille, 2011, 83 p.
18. Karrer M, Buttet P, Vincent I. Comment pratiquer l’éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie? Résultats d’une expérimentation auprès de femmes enceintes, d’adolescents et de personnes âgées. Santé Publique. 2008;20(1):69-80.
19. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 2008;20(5):489-500.
20. URPS Pays de Loire. Guide pratique pour la surveillance d’une grossesse à bas risque – du projet de naissance à l’accouchement. 2011.
21. Moro MR, Neuman D, Réal I. Naissance et fonctionnement de la consultation transculturelle périnatale en maternité. Maternités en exil : mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Grenoble: la Pensée sauvage éd.; 2008, p. 51-82.
22. COMEDE. Exil et santé, interprétariat. Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. 2008, p. 28-30. [en ligne] Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr> [consulté le 8 février 2013].

23. Ministère de la Santé et des Solidarités. Carnet de santé de maternité. [en ligne] Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf [consulté le 10 février 2013].
24. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Groupe de travail « Santé et accès aux soins » Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. 2012, 53 p.
25. Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (39 ; 2009 ; Angers). Rueil-Malmaison: Arnette, 2009. p. 75-91.
26. Sylvie Boudier – Addictions et grossesse. 2012. [en ligne] Disponible sur <http://www.resaad49.asso.fr> [consulté le 10 février 2013].

Table des figures

Figure 1 : Répartition des médecins interrogés en fonction de l'âge.....	14
Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de leur ancienneté d'installation.....	14

Table des matières

Liste des abréviations.....	8
Plan.....	9
Introduction.....	10
Matériel et méthode.....	13
Résultats.....	14
I- Caractéristiques de la population.....	14
II- Les critères de précarité de la femme enceinte concernant son entourage, ses caractéristiques et son histoire socio-économique.....	15
a- L'absence d'entourage ou sa fragilité, des facteurs d'insécurité.....	15
b- Les caractéristiques personnelles de la femme, des critères modifiant l'investissement de la grossesse et son suivi.....	16
c- Les conditions de vie précaires ou pénibles, les comportements peu conformes, des contextes altérant les soins.....	17
III- Devant la précarité des femmes, les médecins adoptent une attitude vigilante.....	18
a- Ils s'entourent de professionnels de la périnatalité et proposent leur intervention pour assurer un suivi rapproché et complémentaire.....	18
b- Ils orientent vers les structures de soins publiques et les services sociaux pour proposer des modes de résolutions adaptés aux problèmes socio-économiques.....	19
c- Ils mettent en place un suivi plus cadré et soutenant pour améliorer la vigilance des ratés du suivi et la compréhension des consignes.....	19
d- Ils construisent une relation de confiance et témoignent d'une écoute bienveillante, attentive aux particularités de la femme.....	20
IV- Dans les situations complexes, les médecins s'impliquent dans le champ psycho-social.....	21
a- Dans les situations d'addictions ils interviennent facilement dans les propositions de sevrage	21
b- Face aux difficultés socio-économiques ils sollicitent activement les structures médico-sociales, les associations et les institutions publiques.....	21
c- Devant les problèmes psychologiques et psychiatriques, ils développent des attitudes prévenantes et collaborent avec les professionnels de santé mentale et de périnatalité.....	22

d- Devant les grossesses non désirées, ils proposent l'IVG et éventuellement dans les cas de refus total de la grossesse, ils discutent d'un accouchement sous X.....	22
V- Dans certains contextes, les propositions des médecins sont limitées par leur champ d'intervention.....	23
a- Les situations d'addictions génèrent des résistances aux seules propositions de sevrage.....	23
b- Les modes de vie et parfois la religion rendent difficile la modification des comportements qui s'inscrivent dans les habitudes culturelles.....	23
c- Dans le cadre du suivi de la mineure, les aides au soutien se heurtent aux types de liens familiaux existants et au nécessaire respect de la confidentialité.....	24
d- Les situations de violence conjugale, des rencontres peu fréquentes qui limitent les interventions des médecins.....	24
VI- Devant les limites de leurs interventions, les médecins ont des propositions pour améliorer l'accompagnement.....	24
a- Ils élaborent et explicitent une organisation plus structurée du suivi pluridisciplinaire.....	24
b- Ils relèvent l'intérêt de l'entretien prénatal précoce pour permettre la prise en compte du contexte psycho-social.....	26
Discussion.....	27
I- Matériel et méthode.....	27
a- les biais et limites du travail.....	27
b- les forces du travail.....	28
II- Les résultats.....	28
a- Les critères de risque psycho-socio-économique retenus comprenaient de nouveaux éléments, en plus de ceux proposés par la littérature.....	28
b- En accord avec les grandes lignes des recommandations, les médecins élaborent des stratégies et des attitudes construites.....	29
c- Par l'attitude bienveillante et la relation de confiance qu'ils instaurent, les médecins répondent aux attentes des femmes.....	30
d- Dans les situations d'addictions, de barrière linguistique et de symptomatologie psychiatrique chez les migrantes, les médecins peuvent affiner leur attitude avec des guides.....	31
e- Leurs interventions étaient limitées ; ils proposaient des pistes pour pouvoir réaliser ces actions.....	32
Conclusion.....	33

Bibliographie.....	34
Table des figures.....	37
Table des matières.....	38
Annexes.....	41
Annexe 1 : Plaquette de dépistage proposée par le réseau Sécurité naissance – naïtre ensemble...	41
Annexe 2 : Le premier guide d’entretien.....	43
Annexe 3 : Le deuxième guide d’entretien.....	46
Annexe 4 : Les critères retenus par la PASS périnatalité d’Angers.....	48
Annexe 5 : La Communauté Urbaine du Mans en 2012.....	49
Annexe 6 : Entretiens CD-rom.....	50

Annexes

Annexe 1 : Plaquette de dépistage proposée par le réseau Sécurité naissance – naître ensemble

ÉCHELLE EVA

(cotation de 0 à 10 au dos)

CONSCIENCE D'UN PROBLÈME
ou
MOTIVATION AUX SOINS

↑ Énormément

↓ Pas du tout

Conditions de vie


- Vivez-vous **seule** ou en **couple** ?
- Avez-vous un **logement** stable ?
Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?
- Avez-vous un **emploi** ?
 - > À temps plein ?
 - > À temps partiel ?
 - > Sinon, votre *compagnon* a-t-il un emploi ?
- Avez-vous la Couverture Médicale Universelle (**CMU**) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'État (**AME**) ?
- Avez-vous une **mutuelle** ou une **assurance** complémentaire ?

Stress, violences

- Vous sentez-vous en **sécurité** dans votre vie de couple ?
- Vous sentez-vous parfois **surmenée** ou **débordée** ?

Contacts :

- **Appui 72** Le Mans 02 43 14 15 44
- **ASAV** Le Mans 02 43 83 78 22
- **Centre de planification** Le Mans 02 43 43 25 47
- **CIDFF** Le Mans 02 43 54 10 37
- **Femmes Relais Sarthe** Le Mans 02 43 75 98 98
- **Femmes solidaires** Le Mans 02 43 85 77 00
- **Le Mouvement du Nid** Le Mans 02 43 85 89 98
- **Planning familial 72** Le Mans 02 43 24 91 84
- **SOS Femmes Accueil 72** Le Mans 02 43 78 12 75
- **Violences conjugales Info Service** 39 19 / 02 41 87 97 22
- **SOS Femmes** 02 41 87 97 22



Vulnérabilité de la femme enceinte

CONDUITES ADDICTIVES
REPÉRER ♥ **ORIENTER**

> Territoire de la Sarthe
> Plaquette à destination des professionnels
Version du 4 août 2011

Le Réseau Sécurité Naissance Naître Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.



Boissons

- Qu'avez-vous l'habitude de **boire** (eau, sodas...) ?
- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres **boissons alcoolisées** ?
- Et depuis la grossesse, comment a **évolué** votre consommation ?

Contact :

- **Ecoute Alcool**
0 811 91 30 30



Aliments

- Quelles sont vos **habitudes alimentaires** (poissons, viandes, fruits...) ?
- Avez-vous eu des variations importantes de **pois** dans votre vie ? Si oui, à quelles occasions ?
- Vous arrive-t-il de **vomir** ?

Contacts :

- **ELSA CH Le Mans** 02 43 43 27 18
- **Clinique Prémartine - Le Mans** 02 43 76 09 09
- **ELSA CHS Le Mans, CH La Ferté Bernard, Château du Loir, St Calais, Pôle Sarthe et Loir** 02 43 78 57 82
- **CH MAMERS** 02 43 31 31 14
- **CH Pôle Santé Sarthe et Loir - Le Bailleul - La Flèche** 02 44 71 31 92
- **CH Château du Loir** 02 43 44 77 77
- **CSAPA Molière** (Le Mans, Sille le Guillaume, Pôle Sarthe et Loir, La Ferté Bernard) 02 43 50 32 43
- **Contr'addictions** (Le Mans, La Flèche) 02 43 54 24 65
- Pour info, **Resaad 72** (Réseau Sarthois des Addictions) Le Mans 02 43 88 60 04



Tabac et cannabis

- Fumez-vous du **tabac** ?
- Vous arrive-t-il de fumer du **cannabis** ou d'autres toxiques ?
- Avez-vous déjà eu envie d'**arrêter** ?

Contacts :

- **ELSA CH Le Mans** 02 43 43 27 18
- **Maternité Pôle Femme Mère Enfant - CH Le Mans - Sage-femme tabacologue** 02 43 43 43 50
- **CH MAMERS** 02 43 31 31 14
- **CH Pôle Santé Sarthe et Loir - Le Bailleul - La Flèche** 02 44 71 31 92
- **CH Château du Loir** 02 43 44 77 77
- **CSAPA Molière** (Le Mans, Sille le Guillaume, Pôle Sarthe et Loir, La Ferté Bernard) 02 43 50 32 43
- **Tabac Info Service** 0 825 309 310
- **Ecoute Cannabis** 0 811 91 20 20

Sigles utilisés :

ELSA : Réseau d'addictologie de liaison en addictologie
CH : Centre hospitalier



Autres drogues et médicaments

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des **somnifères** ou des **calmants** ?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : **héroïne, cocaïne, ecstasy** ?

Contacts :

- **ELSA CH Le Mans** 02 43 43 27 18
- **Clinique Prémartine - Le Mans** 02 43 76 09 09
- **CH Pôle Santé Sarthe et Loir - Le Bailleul - La Flèche** 02 44 71 31 92
- **CH Château du Loir** 02 43 44 77 77
- **CSAPA Molière** (Le Mans, Sille le Guillaume, Pôle Sarthe et Loir, La Ferté Bernard) 02 43 50 32 43
- **CSAPA Montjoie** (Le Mans, La Ferté Bernard, St Calais, Sablé sur Sarthe, La Flèche) 02 43 14 15 40
- **Contr'addictions** (Le Mans, La Flèche) 02 43 54 24 65
- **Drogue Info Service** 0 800 23 13 13

Propositions du soignant

- "Nous pouvons vous aider"
- "Je pense que c'est important pour vous et votre bébé"
- "Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler"
- "... ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé"



Annexe 2 : Le premier guide d'entretien

Questionnaire thèse

Comment les médecins généralistes de la CUM suivent-ils les grossesses des patientes qu'ils définissent à risque par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques ?

Age et sexe du praticien interrogé

Expérience (année d'installation, et années de pratique de la gynécologie)

Distance du cabinet par rapport à l'hôpital du Mans

1 - Nous nous rencontrons aujourd'hui pour évoquer le suivi des femmes enceintes à risque psycho-socio-économique par les médecins généralistes exerçant dans la Communauté Urbaine du Mans. Quels sont les critères de précarité psycho-socio-économique que vous reprenez habituellement ?

- la toxicomanie, l'alcoolisme ou le tabagisme pendant la grossesse.
- la femme seule.
- les difficultés financières.
- l'immigration.
- l'absence de couverture sociale.
- la patiente mineure.
- l'absence de logement ou logement précaire et/ou insalubre.
- les troubles psychiatriques, les difficultés intellectuelles.
- la grossesse non désirée, l'accouchement sous X.
- les violences conjugales.

2 - A propos des grossesses des femmes alcooliques :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
 - *les difficultés d'organisation du suivi.*
 - *les difficultés d'accompagnement de ces patientes.*
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
 - *en prenant plus de temps avec ces patientes.*
 - *en déléguant à une structure (hôpital, etc).*
 - *en travaillant avec une structure.*
 - *en travaillant avec des professionnels indépendants, au cas par cas.*
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

3 – A propos des grossesses des femmes toxicomanes :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

4 - A propos des grossesses des femmes qui fument :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

5- A propos des grossesses des femmes seules:

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

6 –A propos des grossesses des femmes en difficultés financières :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

7 – A propos des grossesses des femmes immigrées :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

8 – A propos des grossesses chez les mineures :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

9 – A propos des grossesses des femmes vivant dans un logement insalubre/précaire ou n’ayant pas de logement :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

10 – A propos des grossesses des patientes présentant des troubles psychiatriques :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

11 – A propos des grossesses des femmes présentant des difficultés intellectuelles :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

12 – A propos des grossesses non désirées :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

13 - A propos des grossesses chez les femmes victimes de violence conjugale :

- Quel ressenti avez-vous sur leur suivi?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Comment résolvez-vous ces difficultés ?
- Quelles propositions pourriez-vous faire pour faciliter le suivi de ces patientes ?

14 - Avez-vous des commentaires ?

Annexe 3 : Le deuxième guide d'entretien

Questionnaire thèse

Comment les médecins généralistes de la CUM suivent-ils les grossesses des patientes qu'ils définissent à risque par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques ?

Age et sexe du praticien interrogé

Expérience (année d'installation, et années de pratique de la gynécologie)

Distance du cabinet par rapport à l'hôpital

1- Nous nous rencontrons aujourd'hui pour évoquer le suivi des femmes enceintes à risque psycho-socio-économique par les médecins généralistes exerçant dans la Communauté Urbaine du Mans. Quels sont les critères de précarité psycho-socio-économique que vous retenir habituellement ?

- la toxicomanie, l'alcoolisme ou le tabagisme pendant la grossesse.
- la femme seule.
- les difficultés financières.
- l'immigration.
- l'absence de couverture sociale.
- la patiente mineure.
- l'absence de logement ou logement précaire et/ou insalubre.
- les troubles psychiatriques.
- les difficultés intellectuelles.
- la grossesse non désirée, l'accouchement sous X.
- les violences conjugales.

2-Dans la littérature, on retrouve d'autres critères tels que : (critères ci-dessous non cités). Qu'en pensez-vous ? Sont-ils pour vous des critères de précarité chez la femme enceinte ?

3-Globalement, comment suivez-vous les grossesses de ces femmes enceintes ?

- comme les autres
- seul ou avec d'autres ?
- êtes-vous satisfaits de ce que vous avez mis en place dans le suivi ?
- qu'est ce qui n'a pas marché ?
- qu'est ce qui marche bien ?

4 - Rencontrez-vous des difficultés avec ces patientes ?

- des difficultés d'organisation du suivi.
- des difficultés d'accompagnement de ces patientes.

5 - Comment résolvez-vous vos difficultés ?

- en prenant plus de temps avec ces patientes.
- en déléguant à une structure (hôpital, etc.).
- en travaillant avec une structure.
- en travaillant avec des professionnels indépendants, au cas par cas.

6 - Quelle(s) proposition(s) pourriez-vous faire pour améliorer le suivi de ces femmes enceintes à risque psycho-social ou économique?

7 - Pour chacun des critères de précarité que vous avez retenus, que pouvez-vous rajouter ou préciser ?
Qu'est ce qui marche bien ?

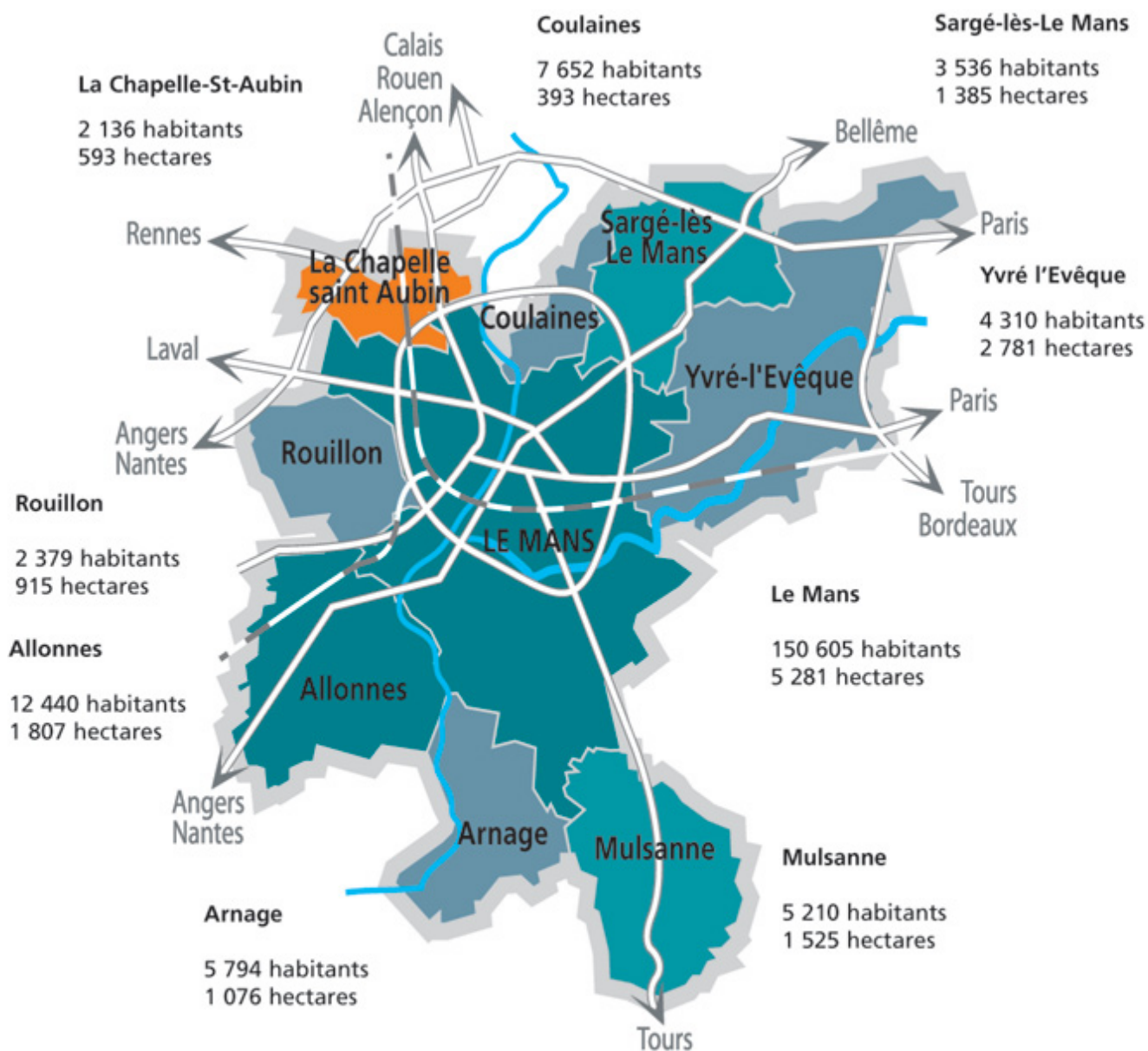
8 - Pour les critères cités au début de l'entretien et que vous ne retenez pas comme critères de risque, que pouvez-vous rajouter ?

9 - Avez-vous des commentaires ?

Les problématiques

- Les critères de précarité
(isolement, minima sociaux, logement inadapté
pas de couverture sociale)
- Les critères de vulnérabilité
(mineure, troubles psychiatriques, difficultés intellectuelles,
violences conjugales, migrantes, addictions maternelles,
grossesse non désirée, accouchement sous x)

Annexe 5 : La Communauté Urbaine du Mans en 2012



Annexe 6 : Entretiens CD-rom

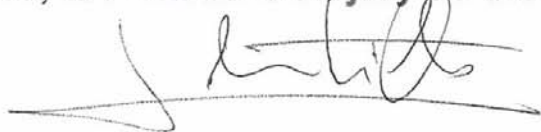
PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Mademoiselle CASSEGRAIN
Elodie**

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD



Vu et permis d'imprimer

COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES DE LA COMMUNAUTE URBAINE DU MANS SUIVENT-ILS LES GROSSESSES DES PATIENTES QU'ILS DEFINISSENT A RISQUE PAR LEURS CARACTERISTIQUES PSYCHO-SOCIO-ECONOMIQUES?

RÉSUMÉ

La précarité constitue un risque pour les grossesses. Les médecins généralistes sont directement impliqués dans leur dépistage et leur prise en charge. Quelle est leur définition des femmes à risque psycho-socio-économique et comment les suivent-ils? Quels sont les freins à leurs interventions? Comment proposent-ils de les perfectionner?

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 15 médecins de la Communauté Urbaine du Mans, choisis pour un échantillonnage en variation maximale. Les entretiens, semi-structurés, ont été retranscrits, doublement codés et analysés sous forme thématique.

Ils retenaient les critères habituels de la littérature, et en citaient de nouveaux : la fragilité du conjoint ou du couple, le placement des enfants, la notion de plusieurs pères dans une fratrie, ou la femme de moins de 17 ans immature, isolée ou déscolarisée. Ils citaient les situations de violence conjugale en notant qu'elles leur échappaient sûrement.

Leurs attitudes étaient élaborées et précisaient le cadre des recommandations. Leur suivi était plus cadré, soutenant et basé sur une relation de confiance. Ils préconisaient l'entretien prénatal précoce. Ils travaillaient avec les autres intervenants du secteur médico-social et coordonnaient le suivi. Leurs interventions étaient limitées dans les situations d'addiction, les contextes où les habitudes culturelles étaient très présentes et les mineures isolées. L'établissement du lien avec les autres professionnels était souvent difficile. Ils proposaient alors des perspectives telles qu'un carnet d'adresse, une facilité dans la prise des rendez-vous et pourquoi pas la création d'une PASS dédiée à la périnatalité.

MOTS-CLÉS

médecine générale

précarité

suivi de grossesse

vulnérabilité

grossesses à risque

socio-économique

pluridisciplinaire

PASS

FORMAT

Mémoire

Article¹ : à soumettre soumis accepté pour publication publié

suivi par : Madame le Professeur Céline BARON, directrice de thèse

¹ statut au moment de la soutenance