UNIVERSITÉ DE NANTES

_____

FACULTÉ DE MÉDECINE

_____

Année 2017 N° 244

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Leslie Visage
Née le 14 avril 1989 à Talence (33)

_____

Présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2017

_____

Exploration des besoins des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Etude qualitative auprès de onze médecins généralistes de Loire-Atlantique.

_____

Président du jury	Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Directrice de thèse	Madame le Docteur Maud POIRIER
Membres du jury	Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU
	Madame le Docteur Maud JOURDAIN
	Madame le Docteur Véronique CARTON

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

À Monsieur le Professeur Rémy SENAND, vous avez accepté de présider ce jury, j'en suis très honorée. Je vous remercie pour votre engagement dans l'enseignement et la recherche en médecine générale, ainsi que pour la qualité de la formation proposée aux internes nantais. Recevez ici l'expression de ma très respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU, vous me faîtes l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de mes plus sincères remerciements et de ma respectueuse considération.

À Madame le Docteur Maud JOURDAIN, je suis très honorée que vous soyez membre de ce jury. Au cours de ma formation, j'ai pu apprécier votre implication dans l'enseignement de la médecine générale, et plus particulièrement dans le champ des inégalités sociales en santé. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Véronique CARTON, je te remercie pour l'excellente formation que tu m'as offerte en gynécologie, et pour m'avoir fait découvrir les spécificités de la prise en charge médico-psycho-sociale. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

À Madame le Docteur Maud POIRIER, je te suis sincèrement reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ton expérience, ton soutien, et le temps que tu m'as accordés ont été de précieux atouts pour mener à bien ce travail. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi, aussi bien dans le cadre de cette thèse, que lors de mon stage à l'UGOMPS.

À Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU, je tiens à te remercier sincèrement pour ton aide enthousiaste, précieuse dans la méthodologie de ce travail. Mille mercis pour tes relectures et conseils.

À Madame le Professeur Laure VAN WASSENHOVE, je te remercie pour ton œil expert en recherche qualitative, très utile à la réalisation de ce travail. Je tâcherai d'exercer la médecine avec humilité et écoute du patient, comme je l'ai si bien appris à tes côtés, ainsi qu'auprès de Marion, Nirin, et Selma.

À Monsieur le Docteur Louis JARNET, je tiens à te remercier pour ta participation à la double analyse des entretiens. Nos échanges enrichissants à Médecins du Monde resteront d'excellents souvenirs.

Aux onze médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour vos témoignages, et le temps que vous m'avez accordé. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

À tous les médecins rencontrés au cours de ma formation, et je pense notamment à Didier, Jean-Marc, Marie et François, qui chacun à leur façon, m'ont transmis leur amour de la médecine.

<u>À mes proches,</u>

À Samy, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien sans faille durant mes études de médecine, et pour le bonheur que je vis avec toi. La vie est belle et heureuse à tes côtés, depuis le premier jour.

À mes parents, une thèse ne suffirait pas à vous remercier pour votre amour et votre soutien indéfectible. Vous m'avez encouragée dans mon souhait de devenir médecin, et avez toujours cru en moi.

À mon frère, Florent, et à Magalie, merci pour votre soutien durant toutes ces années et pour tous les moments précieux partagés ensemble. À **Raphaël,** mon adorable neveu.

À mes grands-parents, la fierté que je peux lire dans vos yeux me touche énormément. Vous avez su m'encourager à chaque étape importante, depuis mon enfance.

À Nora, Michel, Lauren et Tracy, merci pour votre accueil si chaleureux au sein de votre famille. Je suis très heureuse de vous avoir à mes côtés.

À Lucie, ma plus vieille amie. La liste des souvenirs est longue à tes côtés, et c'est toujours un immense plaisir de te retrouver lorsque tu n'es pas aux quatre coins du Monde !

À Camille, je nous revois sur les bancs du lycée ou en vacances ensemble… Quel chemin parcouru depuis ! Je suis heureuse de te compter parmi mes amis, malgré le temps qui passe.

À Clara, de notre deuxième année de médecine jusqu'à notre thèse, nous avons traversé ensemble toutes les étapes. Ton amitié, notre complicité, nos fous rires sont précieux pour moi. **À Marien** qui te rend si heureuse.

Aux « meucs » nantais, Anna, Marie, Rémi et William. Notre quotidien partagé pendant le premier semestre d'internat fût mémorable. Je suis heureuse de vous avoir dans ma vie nantaise. Que notre amitié dure !

Aux amies bordelaises, et tout particulièrement **Angèle,** mon binôme d'externat, **Mary-Heïdi,** mon amie d'enfance, et **Fanny,** ma coéquipière de P1, vous comptez pour moi.

Aux co-internes, rencontrés durant les différents stages, merci pour la solidarité et l'entraide qui égaient la vie d'interne !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2
ABRÉVIATIONS 6
INTRODUCTION 7
MATÉRIEL ET MÉTHODES 9
1. Population 9
2. Type d'étude 9
3. Recueil des données 9
3.1. Caractéristiques du chercheur 9
3.2. Recherche bibliographique 9
3.3. Grille d'entretien 9
3.4. Mode de recrutement des MG 10
3.5. Mode de recueil 10
3.6. Consentement des MG 10
4. Analyse des données 11
4.1. Retranscription 11
4.2. Codage 11
5. Taille de l'échantillon 11
RÉSULTATS 12
1. Description des entretiens et caractéristiques de la population 12
2. Les critères de vulnérabilité d'une femme enceinte retenus par les MG 12
2.1. Le repérage des situations de vulnérabilité chez la femme enceinte 12
2.2. Les critères de vulnérabilité cités par les MG 13
3. La consultation avec la femme enceinte en situation de vulnérabilité 19
3.1. La relation avec la patiente 19
3.2. Le suivi biomédical de la grossesse : trois approches différentes 21
3.3. Des consultations chronophages liées à la prise en charge psycho-sociale 23
3.4. Des problématiques spécifiques à certaines situations de vulnérabilité 25
4. La coordination des soins par le MG 27
4.1. Se heurter aux freins à l'accès aux soins 27
4.2. Aider la patiente à accéder à ses droits 28
4.3. Une orientation fréquente vers les structures sanitaires et sociales non lucratives 29
4.4. Le travail en réseau 30
5. Un parcours de soins atypique 31
5.1. Un mésusage du système de santé 31
5.2. Un suivi décousu 31

5.3. La difficulté de relation entre certaines patientes et les institutions et professionnels 32
6. Les besoins des MG 32
6.1. Faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes vulnérables 32
6.2. Améliorer la coordination des soins 34
6.3. Améliorer la communication entre les intervenants de la périnatalité 36
6.4. Développer des structures de prise en charge 37
DISCUSSION 40
1. Rappel des principaux résultats 40
2. Forces et faiblesses de notre étude 42
2.1. Forces de notre étude 42
2.2. Faiblesses de notre étude 42
3. Comparaison avec la littérature 43
3.1. Comparaison des principaux résultats 43
3.2. La place privilégiée du MG dans le recueil des situations de vulnérabilité pendant la grossesse 45
4. Pistes d'amélioration 49
4.1. Améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes vulnérables 49
4.2. Améliorer la coordination du parcours de soins 53
4.3. Améliorer la communication entre les intervenants 55
4.4. Développer des structures de prise en charge 56
CONCLUSION 59
BIBLIOGRAPHIE 61
ANNEXES 67
SERMENT MÉDICAL 83

ABRÉVIATIONS

- **AME** : Aide Médicale d'Etat
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CMP** : Centre Médico-Psychologique
- **CMS** : Centre Médico-Social
- **CMU-C** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- **CNNS**E : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IPA** : Analyse par phénoménologie interprétative
- **ISS** : Inégalités Sociales de Santé
- **LMSS** : Loi de Modernisation du Système de Santé
- **MG** : Médecin généraliste
- **MSU** : Maître de Stage des Universités
- **NICE** : National Institute for Health and Clinical Excellence
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- **PMI** : Protection Materno-Infantile
- **PUMA** : Protection Universelle Maladie
- **RSN** : Réseau Sécurité Naissance
- **RSP** : Réseau de Santé en Périnatalité
- **UGOMPS** : Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale
- **URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) décrivent avec précision les modalités de prise en charge de la femme enceinte. Le choix du professionnel de santé pour le suivi de grossesse dépend des situations à risque identifiées. Ainsi, le médecin généraliste (MG) a la compétence d'assurer le suivi jusqu'au 7ème mois de grossesse si celle-ci entre dans les critères d'une grossesse à bas risque. Les situations de vulnérabilité psycho-sociale en font partie. (1)

La vulnérabilité est une caractéristique *« principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstances physique, psychologique ou sociologique »*. (2) Plusieurs outils d'aide au repérage des situations de vulnérabilité existent, cependant aucun n'est validé pour son utilisation en médecine générale. (2–4) Les situations de vulnérabilité chez la femme enceinte agissent comme facteur de risque de morbi-mortalité à part entière, aussi bien pour la future mère que l'enfant à naître. (5–9) La théorie de l' *« inverse care law »* fondée par J.T. Hart, postule que la disponibilité des soins est inversement proportionnelle aux besoins des populations. (10) Cette théorie se vérifie chez les femmes enceintes en situation de vulnérabilité qui, malgré des besoins accrus et des souhaits comparables à la population générale en termes de santé de leur enfant et d'investissement de leur grossesse, disposent de soins inégalitaires et déficitaires avec un recours tardif aux soins, des soins sub-optimaux, des décrochages dans le suivi et un recours fréquent aux urgences. (8,11) Agir sur la morbidité périnatale en agissant sur les facteurs psycho-sociaux est une priorité émise depuis 2003 par le Professeur D. Mahieu Caputo, fondatrice du réseau de périnatalité parisien SOLIPAM (Solidarité Paris Maman). (11,12)

Ainsi, le plan de périnatalité 2005-2007 a mis en avant la nécessité de considérer les situations de vulnérabilité de la femme enceinte, avec une volonté d'adaptation de l'offre de soins aux besoins des femmes et couples les plus démunis. Les objectifs de ce plan étaient d'améliorer simultanément l'accès au droit, l'accès aux soins, et l'accompagnement psycho-social, pour permettre aux parents en situation de vulnérabilité de mieux assumer leurs responsabilités, notamment de protection de leur enfant. (7)

Or, selon l'évaluation de ce plan datant de 2010, les moyens mis en œuvre pour répondre à ces objectifs ont été insuffisants. (13) Aussi, selon l'évaluation de 2014 du Projet Régional de

Santé élaborée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, celle-ci s'est à ce jour peu investie dans l'aide aux professionnels de santé du premier recours (MG en particulier) pour accompagner les populations en grande vulnérabilité. L'enquête réalisée dans le cadre de ce projet auprès des ligériens a révélé que 63 % d'entre eux et 81% des professionnels de santé pensaient que l'accès à la santé n'était pas le même pour tous les habitants, dépendant de leurs revenus ou de leur situation familiale. (14) En 2014, la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE) a élaboré des recommandations concernant la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité : un travail en pluridisciplinarité est nécessaire afin de proposer une prise en charge globale médico-psycho-sociale adaptée aux situations de vulnérabilité de chaque femme enceinte, le tout coordonné par un référent médical unique. (15)

À Nantes, il existe une unité au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui assure notamment le suivi des femmes enceintes vulnérables : l'Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS). Il s'agit de prises en charge complexes où la collaboration médico-psycho-sociale est essentielle pour une approche centrée sur la patiente. À l'occasion d'un stage dans cette unité, nous nous sommes interrogées sur les difficultés, et surtout les besoins des MG dans la prise en charge ambulatoire de ces femmes enceintes.

Les données bibliographiques sont limitées à ce sujet. Une thèse qualitative réalisée par E. Cassegrain en 2013 a montré que l'efficacité des interventions des MG était limitée par certaines situations de vulnérabilité, et leur souhait de travail en pluridisciplinarité était confronté à une difficulté de coordination des soins. (16)

Objectif

L'objectif principal de notre étude était d'explorer les besoins des MG de Loire-Atlantique dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population

La population étudiée était constituée de MG libéraux installés en Loire-Atlantique. Nous n'avons pas défini de critères en termes d'âge, de sexe, de territoire d'exercice et de nombre d'années d'installation. Nous sommes en effet parties du principe qu'en fonction de ces critères, les besoins concernant la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité pouvaient être différents. Ainsi, nous souhaitions obtenir une variation maximale de l'échantillon. (17)

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels à l'aide d'une grille d'entretien. Le choix de la méthodologie qualitative a été adopté dans la mesure où les besoins des MG qui prennent en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sont peu discutés dans la littérature. Les interviews individuelles permettaient ainsi de recueillir un témoignage sur leur expérience personnelle concernant un sujet sensible, afin d'élaborer des hypothèses répondant à notre objectif de recherche. Nous n'avions pas d'a priori sur leurs réponses potentielles. Ils étaient semi-dirigés, c'est-à-dire que la grille d'entretien comportait des questions ouvertes afin de permettre à l'interviewé de délier sa parole et de recueillir son opinion. (18) L'étude a été rapportée conformément aux recommandations COREQ (annexe 1). (19)

3. Recueil des données

3.1. Caractéristiques du chercheur

Tous les entretiens ont été réalisés par Leslie Visage qui n'avait pas d'expérience en recherche qualitative, au cours du dernier tiers de son internat de médecine générale.

3.2. Recherche bibliographique

Une étude de la littérature a été menée dès le début de ce travail pour préciser la question de recherche ; puis tout le long, au fur et à mesure du recueil des données et de l'analyse.

3.3. Grille d'entretien

La grille d'entretien a été construite à partir de la recherche bibliographique. La première version réalisée en janvier 2017 a comporté six questions (annexe 2). Les questions ont été triées du domaine le plus général au plus spécifique concernant le thème envisagé. Ainsi, après avoir fait définir la vulnérabilité et la fréquence des femmes enceintes qu'ils

considéraient en situation de vulnérabilité dans leurs patientèles, nous avons exploré les pratiques des MG en matière de prise en charge de ces patientes, les difficultés rencontrées, et leurs besoins éventuels. En effet, avant d'explorer les besoins des MG dans ces situations, il nous apparaissait indispensable d'étudier au préalable leur définition de la vulnérabilité d'une femme enceinte et les modalités de leurs prises en charge. Nous avons validé sa présentation auprès des Docteurs Véronique Carton, gynécologue responsable de l'UGOMPS, Anne-Sophie Coutin, médecin coordonnateur du Réseau Sécurité Naissance (RSN) des Pays de la Loire, Rosalie Rousseau, MG et chef de clinique au Département de Médecine Générale de l'Université de Nantes, et Françoise Oheix, MG et Maître de Stage des Université (MSU). Cette grille d'entretien a été modifiée après un premier entretien test (annexe 3). Les résultats de ce dernier ont été inclus car il a été réalisé en conditions réelles définies par le protocole élaboré au préalable. Une seconde modification après le troisième entretien, puis une troisième après le cinquième entretien ont eu lieu (annexes 4 et 5).

3.4. Mode de recrutement des MG

Les MG ont été recrutés au fur et à mesure de l'analyse de l'étude par différentes méthodes : trois à l'occasion d'une rencontre lors d'une réunion de formation, quatre rencontrés sur des terrains de stage ambulatoire, et quatre par téléphone via du bouche à oreilles. Trois cabinets ont été contactés au hasard via les pages jaunes mais les MG du cabinet ont indiqué ne pas avoir le temps de participer à l'étude. Il leur était précisé qu'il s'agissait d'une thèse concernant le suivi de grossesse par les MG. Le critère « femme enceinte vulnérable » n'était pas précisé.

3.5. Mode de recueil

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique après accord des MG. Le lieu dépendait de leur choix : chez eux ou à leur cabinet médical. Aucun tiers n'était présent durant l'entretien. Un cahier de terrain a été tenu tout le long de l'étude, avec des notes et des commentaires concernant les entretiens. Les thèmes n'étaient pas forcément abordés dans l'ordre. Néanmoins, la grille d'entretien permettait de faire des relances, au moment opportun, afin d'aborder tous les thèmes sans influencer les réponses de l'interviewé.

3.6. Consentement des MG

Après information concernant notre identité et l'objectif de notre étude, le consentement oral et écrit des MG était recueilli pour réaliser l'entretien et procéder à son enregistrement (annexe 5).

4. Analyse des données

4.1. Retranscription

Les entretiens ont été anonymisés et retranscrits mots pour mots sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Office Word®) après chaque séance. Un numéro a été attribué à chaque participant : M1, M2, M3 etc. La construction originale des phrases prononcées par les MG et l'intervieweur n'a pas été modifiée. Ils n'ont pas été retournés aux participants.

4.2. Codage

Une analyse par phénoménologie interprétative (IPA) a été effectuée. L'IPA est une approche de recherche qualitative qui étudie la manière dont les personnes donnent sens à leurs expériences de vie. Elle est phénoménologique car *« elle explore les expériences à partir de la personne et ne fixe pas de catégories d'expériences a priori »*. À partir du cas particulier, le chercheur peut explorer en détail les similarités et les différences entre chaque cas. Il s'agit donc d'une approche inductive à partir d'un phénomène et il n'y a pas d'hypothèses émises a priori. (20)

Les retranscriptions, les notes de discussion informelles et les conditions de réalisation des entretiens ont été la base de cette IPA. L'entretien contient en effet des informations qu'il faut repérer, classifier, analyser et interpréter pour extraire leurs significations. Le discours des personnes interviewées contient des données brutes dont il faut découvrir le sens.(21)

Dans un premier temps, le transcrit (verbatim) obtenu a été relu plusieurs fois dans sa totalité, puis analysé pour individualiser des « étiquettes » (ou unités minimales de sens ou occurrences). Ensuite, les étiquettes ont été regroupées en sous catégories et catégories. Puis des thèmes les reliant ont émergé. Ensuite, des connexions entre les différents thèmes ont été effectuées et les résultats principaux de l'étude sont ressortis au fur et à mesure. L'analyse a été réalisée à l'aide d'un tableur Excel® (annexe 7). Une deuxième analyse indépendante a été réalisée par les Docteurs Maud Poirier, Véronique Carton et Louis Jarnet. Tous ont été relus et discutés avec le Dr Maud Poirier.

5. Taille de l'échantillon

La saturation des données a été obtenue lorsqu'aucune nouvelle idée n'est ressortie d'un nouvel entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour la confirmer, puis le recueil s'est terminé. La taille de l'échantillon s'est déterminée ainsi. (21–23)

RÉSULTATS

1. Description des entretiens et caractéristiques de la population

11 entretiens ont été réalisés de janvier à juin 2017. Nous avons interrogé 8 femmes et 3 hommes. Les âges des MG allaient de 31 ans à 62 ans. La durée d'installation variait de 6 mois à 30 ans. La durée moyenne des entretiens était de 32 minutes (de 15 minutes à 1 heure 5 minutes). Les situations géographiques d'installation des MG étaient : Varades ; Blain ; Nantes ; Le Gâvre ; Sucé-sur-Erdre ; Saint-Jean-de-Boiseau ; Saint-Herblain ; Clisson ; Saint-Sébastien-sur-Loire ; Guérande ; Le Loroux-Bottereaux. Pour le respect de l'anonymat, les communes n'ont pas été citées dans l'ordre de réalisation des entretiens. Les caractéristiques urbain / semi-urbain / rural ont été appliquées en fonction de ce que considérait le MG interrogé.

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Sexe	F	F	H	F	F	F	F	H	F	H	F
Age	62	55	31	55	36	57	38	39	50	54	38
Nombre d'années d'installation	30	25	2	25	0,5	8	6	8	15	24	5
Mode d'exercice	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet individuel	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet individuel et MSP	Cabinet de groupe
Situation géographique	Semi-urbain	Semi-urbain	Urbain	Semi-urbain	Urbain	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Rural	Semi-urbain
Formation complémentaire en gynécologie	N	O	N	N	O	N	N	N	N	N	N
MSU	O	O	N	N	N	N	N	N	O	O	N

N : non ; O : oui ; F : femme ; H : homme

2. Les critères de vulnérabilité d'une femme enceinte retenus par les MG

2.1. Le repérage des situations de vulnérabilité chez la femme enceinte

Il n'y avait pas de définition consensuelle de la vulnérabilité : les MG n'avaient pas de listes de critères précis à rechercher.

« Tout ce qui gêne le suivi et puis après la… la possibilité d'accueil correcte d'un… heu… ben d'un enfant quoi ! » M3

« Je cherche pas des choses très précises, mais globalement heu… voilà, j'essaie de faire un p'tit check» M7

Le repérage se faisait principalement au fur et à mesure des consultations. La relation MG-patiente tissée sur la durée était un atout.

« La plus part j'les connais, heu… Voilà donc du coup là je sais un p'tit peu ce qu'il en est » M7

« Tout le temps... Dès qu'on les rencontre, dans le contact, dans la situation...» M11

Un MG considérait que ce n'était pas au MG de rechercher les critères de vulnérabilité psycho-sociaux mais à la patiente d'en parler si elle le souhaitait.

« C'est plus aussi aux patientes d'en parler, d'évoquer leurs problèmes […] Si les patientes, heu… n'en parlent pas de façon heu… spontanée, et n'évoquent pas leurs difficultés, c'est difficile de rentrer […] dans leur quotidien et dans leurs difficultés en fait.» M8

Un MG a parlé de l'entretien prénatal précoce comme outil facilitateur du repérage des situations de vulnérabilité.

« Mais, j'vais proposer heu… bé plus facilement l'entretien du 4ème mois » M9

2.2. Les critères de vulnérabilité cités par les MG

2.2.1. La vulnérabilité liée à l'état de santé

- **Les antécédents de grossesses compliquées**

Certains MG ont relevé que les antécédents de grossesses difficiles pouvaient générer de l'angoisse pour la patiente et ainsi être un facteur de vulnérabilité psychologique.

« Ça n'a pas été simple parce qu'il y avait un grand côté psychologique, beaucoup de stress… » M4

- **Le terrain médical**

Des facteurs de risque obstétricaux ou une maladie chronique devant conduire à prendre l'avis d'un gynécologue-obstétricien étaient recherchés dès le départ.

« Savoir s'il y a pas une pathologie sous jacente, à surveiller heu… en plus de la grossesse quoi, et qui pourrait heu… influer sur la grossesse.» M8

« Parce que ça, ça peut faire passer la main » M7

L'obésité pouvait être le reflet d'une précarité alimentaire selon deux MG.

« Tu les suis plus en fonction aussi de leur mode de vie ! Heu… l'obésité etc., 'fin… l'alimentation…» M8

La présence de mutilations sexuelles féminines était signalée par un MG.

« Les femmes qui ont eu des mutilations sexuelles ! […] Ça c'est aussi une vulnérabilité ! […] On sait que ça expose à des… à plus de problèmes pendant la grossesse aussi ! » M6

2.2.2. La vulnérabilité liée aux facteurs de risque psycho-sociaux

- **Les facteurs de vulnérabilité psychologiques et psychiatriques**

Le jeune âge

La majorité des MG considérait la personne mineure comme étant un critère de vulnérabilité à prendre en compte.

« Les grossesses évidemment des mineures… » M3

Deux MG ajoutaient que le jeune âge, au-delà de la minorité, devait retenir l'attention dans une société où les femmes ont des enfants plus tardivement.

« La vulnérabilité, j'pense que c'est l'jeune âge. J'ai des grossesses, on voit des grossesses, moi la plus jeune avait 19 ans, en moyenne 22-23 heu… qui étaient des âges classiques de grossesses pour nos mamans, qui n'sont plus des âges classiques de grossesses aujourd'hui» M10

Pour un MG ce critère devenait prépondérant lorsque le soutien socio-familial était défaillant ou qu'il y avait d'autres facteurs de risque de vulnérabilité associés.

« Tu vois là j'ai une grossesse jeune actuellement, le seul critère de vulnérabilité, c'est la jeunesse […] et elle a un entourage familial parfait, c'est une famille que je connais depuis 23 ans […] et finalement sa grossesse se déroule tout à fait bien ! » M10

Le vécu de la grossesse

Un désinvestissement de la grossesse était considéré comme un critère de vulnérabilité : la grossesse non désirée, puis subie, retenait en général l'attention des MG.

« Des femmes qui s'inquiètent pas beaucoup de c'qui s'passe dans leur ventre quoi. […] Ou quand il y a un déni finalement, un déni… le corps n'est pas habité quoi… On a l'impression qui s'passe rien dans l'corps… » M9

Le désaccord du couple sur le projet de grossesse était signalé par un MG.

« Des fois t'as des femmes qui viennent me voir pour des interruptions de grossesse, et puis qui finalement ne les font pas, parce qu'en discutant avec moi, elle se rendent compte que c'est pas elles qui veulent faire l'interruption, c'est le copain qui veut pas le bébé ! » M4

A l'inverse, trois MG ont aussi parlé des grossesses « surinvesties ». Il s'agissait là d'une absence de connexion avec la réalité. Malgré une situation socio-familiale précaire et un accueil pour l'enfant à venir incertain, la patiente était enjouée par sa grossesse et fermait les yeux sur tous les problèmes qui l'entouraient.

« Je pense à une jeune femme, là… j'veux dire heu… alors, elle, elle est vulnérable en plus psychologiquement, avec un… une petite touche d'arriération mentale… […] et… heu… je pense qu'elle est heu… absolument incapable de… s'projeter sur la réalité d'un enfant à la maison. Elle est dans… ah j'suis enceinte ! C'est l'bonheur ! C'est le…c'est la plus belle chose qui m'soit arrivée !» M1

« Ça m'est arrivé d'avoir une jeune fille qui avait quitté sa famille, qui était jeune, qui avait tous les critères justement, qui était avec un garçon qui était heu… en phase d'être emprisonné pour des vols successifs et qui était en liberté pour l'instant, et qui m'disait j'm'en vais avec lui et on va garder l'bébé ensemble, la vie va bien s'passer ! Et bien entendu heu… ça a pas été l'cas ! » M10

L'absence de repères familiaux solides en termes de guidance parentale

Certains MG ont mis en avant l'importance que revêtaient pour eux les repères familiaux de la patiente. Selon eux, les femmes enceintes ayant été confrontées à un désinvestissement du rôle maternel dans l'histoire familiale se retrouvaient fragilisées pour devenir mère à leur tour. Le modèle parental de la future mère était ainsi essentiel à comprendre et explorer.

« Sur des situations où on sent que les fondations sont pas très solides ou la mère heu… a été absente, la mère de la mère a été absente… […] ces situations de… d'enfants, qui n'ont pas connu l'amour maternel ou un amour maternel un peu ambivalent ou déficient, fin, voilà… on sait que, si elles deviennent mères, ça va être quand même compliqué ! » M9

La présence d'un syndrome dépressif ou d'une pathologie psychiatrique

Un syndrome dépressif pendant la grossesse était relevé par la majorité des MG.

« Des femmes par exemple dépressives, pendant la grossesse» M2

« Ça peut être des problèmes psychologiques... […] ou il peut y avoir ponctuellement à un moment donné un moment de détresse » M11

Il en était de même pour les pathologies psychiatriques. La prise en charge qui allait en découler ainsi que la surveillance du lien d'attachement mère-enfant étaient différentes.

« Elle était en sous poids… avec heu une anorexie sévère et une dépression sévère» M2

Aussi, les antécédents de dépression du post-partum étaient considérés comme un critère de vulnérabilité psychologique pour deux MG.

« j'ai une de mes patientes […] qui a des antécédents de dépression du post-partum, donc sa deuxième grossesse a été très compliquée » M11

Des ressources intellectuelles limitées

Des ressources intellectuelles limitées étaient ajoutées par deux MG car elles entravaient la compréhension et l'observance du suivi.

« Des gens qui ont des… des limitations intellectuelles heu… importantes, qui vont heu… malgré des explications répétées etc…. vont heu… jamais aller à leurs rendez vous… […] Ils vont pas avoir une observance très heu… ben très mauvaise… » M3

Les conduites addictives

Le tabagisme, l'alcool et la consommation de drogues pendant la grossesse ont été mentionnés par plusieurs MG.

« Heu alors tabac j'ai eu… drogue heu… alors j'en ai eu une pour l'cannabis» M2

« La patiente avec le problème d'alcool » M10

- **Les facteurs de vulnérabilité sociale**

Les caractéristiques du travail

L'absence de travail chez la femme enceinte était responsable d'une inquiétude concernant la capacité des parents à subvenir aux besoins de l'enfant à venir, surtout si le conjoint n'avait pas d'emploi non plus. Cette absence de travail pouvait être un frein à l'autonomie de la patiente.

« Des filles qui n'ont pas de boulot, pas de travail, qui sont dépendantes de leur famille, et puis qui, quand elles ont leur bébé et bien finalement elles les font élever par la mère...par la grand-mère, dans la fratrie familiale. […] L'absence de travail ça m'inquiète aussi parce que quelque part faire un bébé c'est bien, mais faut le nourrir après. » M4

La précarité du travail de part son instabilité, sa faible rémunération, ou des horaires décalés, pouvait assombrir une projection dans l'avenir avec un enfant.

« Ça m'est arrivé de dire à certaines femmes de ne surtout pas dire à l'employeur qu'elles étaient enceintes ! » M1

« Tous les emplois précaires où les femmes elles vont faire le ménage heu… Alors ça c'est une anticipation sur l'avenir… Voilà elles font le ménage de 20h à 24h, et qui va garder l'enfant ? 'Fin, ou elles vont s'lever tôt… Qui est-ce qui garde l'enfant ?» M6

La pénibilité du travail ou l'exposition à des toxiques professionnels entraînaient un risque materno-fœtal supplémentaire, des arrêts de travail prématurés plus fréquents, et le versement d'indemnités journalières parfois trop faibles.

« Le suivi de la grossesse c'est pas le même en fonction des conditions de travail. Une femme qui est secrétaire à Nantes et qui habite à 45 minutes de son travail, une femme qui est comment dire, à Super U dans la ville où elle vit, bon ben dans l'un il y a les transports, dans l'autre non, il y a la fatigabilité du travail. Les efforts dans l'un, et pas dans l'autre...» M4

« Des femmes qui travaillent dans des… pressings, des femmes qui travaillent dans des… où y a un risque heu… d'exposition professionnelle » M6

Les ressources financières et la couverture sociale

La précarité financière était un élément important dans la notion de vulnérabilité sociale. Elle constituait une difficulté à plusieurs niveaux : accès aux besoins essentiels (se nourrir, se loger) et accès aux soins (payer les consultations / accéder aux transports).

« Et quand j'entends ressources suffisantes ou non, c'est y compris des ressources pour heu… avoir un logement décent, 'fin suffisant, heu… de quoi se payer l'chauffage, heu… en hiver, et de quoi manger correctement… » M1

« Je gérais, alors, sans qu'elle puisse venir me voir, comme elle était à l'autre bout d'Nantes et que voilà, elle avait du mal à s'déplacer… » M6

L'accès à une couverture sociale efficiente était considéré comme une notion essentielle de l'accès aux soins par certains MG. L'absence de complémentaire santé constituait un frein majeur à l'accès aux soins.

« Si elles sont suffisamment précaires entre guillemets pour être à la CMU, il va pas y avoir de problème, mais cette tranche de population… qui… a la sécu mais pas d'mutuelle» M1

La Protection Universelle Maladie (PUMA [ancienne CMU]) et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) étaient considérées comme des marqueurs de vulnérabilité, essentiellement s'il y avait d'autres critères associés.

« Si une personne est en CMU et vient pour une grossesse et que je n'découvre… rien d'autre qu'une maman qui va avoir un enfant, j'dirais pas plus… Ça va pas être un critère qui va m'dire tiens on va creuser plus quoi. » M10

L'Aide Médicale d'Etat (AME) était retenue comme facteur de vulnérabilité à part entière par deux MG car elle était associée aux femmes enceintes en situation irrégulière.

« Est-ce qu'elles ont l'AME ? » M6

La femme enceinte migrante

Les trois MG qui avaient suivi des femmes enceintes migrantes relevaient des problématiques de vulnérabilité multiples : l'absence de connaissance des droits par manque d'accès à l'information, l'absence de connaissance du système de santé et l'éloignement familial en faisaient partie.

« Pas d'ouverture des droits… et puis aussi, connaissance du système de santé… » M3

« Une famille qui serait lointaine, ou dans un autre pays. » M6

L'absence de connaissance du français entraînait des défauts de compréhension entre la patiente et le MG : les problèmes psychologiques étaient difficiles d'accès.

« Les gens qui parlent pas français… heu… parce que du coup pour la compréhension c'est heu… c'est compliqué ! » M3

« Mais là c'est pareil c'est une précarité… mais c'est plus du coup par le langage, parce qu'alors en plus, parce que du coup là pas de traducteur, j'étais très embêtée ! » M9

La précarité de l'entourage, un facteur d'insécurité

L'isolement était un élément important dans la notion de vulnérabilité sociale pour les MG. Un entourage socio-familial peu présent, voire absent, constituait une situation de vulnérabilité importante, notamment l'absence du père.

« Le fait qu'elle soit, heu… éventuellement seule, sans soutien familial, sans réseau social ! Heu… Qu'elle soit complètement, voire même, isolée… C'est-à-dire, sans heu… Le père étant absent du suivi et du futur de cette femme ! » M1

« Les mères isolées heu… heu… Ben si y a pas de conjoint, heu… Ou si l'conjoint est pas présent ou est abandonnique… » M3

Avoir un entourage « toxique », non soutenant, voire maltraitant, était un critère de vulnérabilité majeur pour plusieurs MG. Les conflits voire les situations de violences intrafamiliales et conjugales fragilisaient de façon majeure la femme enceinte.

« On a des situations de violences intrafamiliales, heu… de violence dans l'couple» M3

« Enceinte, et avec heu… un bébé, enfin un jeune enfant, qui avait déjà, quelques mois, et où heu… le mari avait donné un coup à la femme. » M6

Un MG considérait que les antécédents d'unions qui n'avaient pas durées étaient un critère d'instabilité à surveiller.

« Déjà d'autres enfants, de précédentes unions qui n'ont heu… pas durées. » M5

La présence d'autres enfants

La présence d'enfants en bas âge au domicile allait augmenter les difficultés s'il y avait une ou des situations de vulnérabilité associées. Il s'agissait d'un critère important à relever.

« Je rajouterais en facteur de vulnérabilité […] la même chose avec déjà des enfants en bas âge à la maison, c'qui va encore augmenter les complications » M1

« Les difficultés ça va être les femmes qui sont seules, heu… qui ont déjà 2 enfants, ou 3 enfants en bas âge, qui vont s'retrouver avec un 4ème… » M6

Deux MG relevaient que les antécédents d'enfants placés engendraient une inquiétude majeure concernant la capacité des parents à accueillir un enfant.

« Un des premiers enfants avait été placé pour heu… hématome sous dural, suite sans doute à un enfant secoué » M9

3. La consultation avec la femme enceinte en situation de vulnérabilité

3.1. La relation avec la patiente

3.1.1. Une relation de confiance était un atout pour la prise en charge

Plusieurs MG ont mis en évidence qu'une relation de confiance tissée sur la durée préalable à la grossesse facilitait le repérage et la prise en charge des situations de vulnérabilité. La connaissance de l'entourage de la patiente facilitait l'appréhension du contexte social.

« La plupart j'les connais, heu… voilà donc du coup là je sais un p'tit peu c'qu'il en est » M7

« J'ai un cas d'une jeune qui devient mère là, et je suis moi détenteur d'un secret familial, à savoir que sa propre mère s'est poignardée le ventre dans une bouffée délirante à son 4ème mois de grossesse, mais la jeune fille ne le sait pas elle, donc heu… Des choses comme ça, où je suis peut être plus vigilante, et où effectivement, je proposerais peut être plus un suivi PMI en plus…» M9

Le MG disposait d'une place privilégiée pour le repérage des situations de vulnérabilité selon trois d'entre eux.

« Je suis médecin généraliste donc je sais des choses que ne savent pas toujours tous les médecins. » M4

La plupart considérait que ce lien fort était nécessaire pour que le suivi ultérieur de la mère et de l'enfant se fasse naturellement.

« Pour moi c'est important que ce lien là n'soit pas… rompu ! Et de telle sorte que quand elle va se retrouver avec son bébé… ça va… voilà, la continuité va s'faire tout simplement ! » M1

3.1.2. Une relation sur un mode paternaliste

Le jeune âge ou l'impression que la patiente ne pouvait pas se prendre en charge seule favorisait ce mode de relation selon deux MG. Pour l'un d'eux, le fait d'être soi-même parent entraînait cette attitude envers la patiente.

« Ce sont des patientes qu'on va… peut être qui vont moins se prendre en charge, donc peut être qu'on va être obligé de plus accompagner. […]Des consultations où il va falloir materniser un petit peu » M5

« Alors là c'est l'côté très éducatif du papa, ben qu'est ce que tu mets en place pour… est-ce que t'as du travail en sortie, ton ami s'en va bé tant pis, mais qu'est-ce que tu… comment tu vois la vie, qu'est-ce que tu feras dans 5 ans… » M10

3.1.3. Une vigilance accrue

Plusieurs MG étaient plus vigilants d'une manière générale concernant le déroulement de la grossesse par rapport au suivi d'une femme enceinte sans critère de vulnérabilité. D'une part pour s'assurer de la bonne réalisation du suivi, et d'autre part pour ne pas perdre de vue la patiente.

« C'est cette heu… obsession finalement, de pas les perdre de vue… de pas perdre le fil de cette grossesse et… heu… et qu'effectivement comme c'est une population qui a tendance à louper ses rendez vous » M9

Il fallait parfois relancer la patiente lorsqu'elle avait loupé le rendez vous.

« Des rendez vous peuvent parfois être non honorés, fin… voilà… la nécessité de les relancer » M7

3.1.4. Un sentiment de culpabilité, d'inquiétude voire d'agacement dans certaines situations

Deux MG ressentaient parfois de la culpabilité face à des situations sociales insolubles.

« Il m'est même arrivé d'me poser la question heu… un soir heu… j'ai une toute petite pièce dans mon local où il y a une douche, et j'me suis même demandée si j'allais pas lui dire de rester heu… dans mon cabinet quoi ! Parce que… j'ai appelé le 115 et elle était enceinte de 8 mois et elle avait heu… aucun logement ! […] Et ça prend du temps ! Ça prend du temps… et de l'énergie ! Et une certaine heu… bé culpabilité !» M6

Cette culpabilité était liée au fait de comparer la situation de la patiente à sa propre situation.

« C'est-à-dire, tiens ! Bé j'rentre chez moi… j'ai d'la place, j'ai d'l'espace, et elle, elle est enceinte et elle va dormir sous les ponts. » M6

Assurer l'arrivée de l'enfant dans un environnement sécure était le principal objectif des MG dans l'accompagnement psycho-social.

« Elle n'avait même pas d'argent pour acheter du lait… J'ai du appeler l'assistante sociale, pour le bébé. » M2

« J'avais une patiente heu… elle avait qu'une mobylette, donc dans son projet c'était de mettre le cosy heu… Enfin elle avait pas du tout réfléchi » M9

Les ruptures de suivi entraînaient une sensation de mise en échec.

« Une rupture dans le suivi ! Je trouve que c'est parfois ça qui est… qui est difficile ! […] Des fois ça m'met en colère… hein ? Donc je retiens ma colère… mais… Je… j'dis pas mais enfin ! Qu'est ce que vous avez fait ? Mais voilà, mais j'le pense…» M6

De l'agacement pouvait être ressenti face à des plaintes multiples et des venues fréquentes pour différents motifs « injustifiés ».

« Des patientes un p'tit peu énervantes, parce que heu… en demande affective constante ! Ou en demande… en besoin ! Heu donc pas forcément compréhensibles, heu, de la part des secrétaires ou des médecins, qui oh là là encore celle là» M9

3.2. Le suivi biomédical de la grossesse : trois approches différentes

3.2.1. La prise en charge biomédicale est commune pour toute femme enceinte

Selon trois MG, le suivi médical de grossesse était commun pour toute femme enceinte. Cette partie de la consultation consistait en la réalisation du suivi habituel, avec l'examen clinique et les examens complémentaires recommandés. Elle prenait moins de temps que la prise en charge psycho-sociale.

« Alors sur l'plan médical, je fais pas… voilà. Tu vois ? J'la pèse, j'prends sa tension, j'vérifie qu'il y ait pas de signes d'alerte ou d'choses comme ça, je mesure sa hauteur utérine… Mais, c'est surtout des temps de…d'échanges et de discussions. » M1

« J'vais pas m'dire, automatiquement, heu… c'est une grossesse à risque, elle va échouer, ou elle aura des problèmes de contractions ou autre parce qu'elle est dans une situation difficile. C'est plutôt, comment on gère cette situation psychologique, et la grossesse se déroulera comme elle se déroulera quoi. » M10

3.2.2. La partie médicale requiert une vigilance particulière du fait d'un risque accru de complications materno-fœtales

La plupart des MG considéraient que les situations de vulnérabilité chez la femme enceinte entraînaient un risque de morbidité materno-fœtale plus important.

« Alors si la partie médicale bien sur, puisque il y a un rebond des MST et tout ça» M6

« Elle a fait une hospitalisation, elle a été sous perf parce qu'elle mangeait plus rien, elle a perdu 10 kilos, il y a eu plein de choses données et il n'y a pas grand chose qui a marché […] il y avait un vrai rejet de cette grossesse » M11

Il fallait ainsi être vigilant.

« Il y a la grossesse qui est plus compliquée à gérer, parce que ce sont des femmes qui font peut être un petit peu moins attention aux risques potentiels qu'il peut y avoir pour le bébé » M5

L'enfant était selon un MG, plus à risque de développer des problèmes psycho-pathologiques ultérieurs dans les situations de vulnérabilité psycho-sociale.

« La mère a une anorexie boulimie sévère… et donc… y a des moments où elle a des crises telles, qu'elle laisse le bébé heu… qui… qui je pense est autiste […] Il est suivi en psy et donc il a quelque chose en tout cas… en cours de bilan avec des troubles du comportement... » M2

3.2.3. Une approche essentiellement biomédicale

Un MG considérait que son expertise était essentiellement d'ordre biomédical.

« On est quand même heu… centrés sur le médical » M8

3.3. Des consultations chronophages liées à la prise en charge psycho-sociale

3.3.1. La prise en charge psycho-sociale nécessite de la disponibilité

La plupart des MG mettaient en avant qu'il s'agissait de prises en charge chronophages et complexes où la dimension psycho-sociale prenait une place importante. Ils consacraient du temps à la prise en charge psychologique. Il fallait écouter, rassurer et soutenir la patiente.

« Le temps, l'écoute heu… les conseils… […] c'est très très chronophage» M6

« On parle beaucoup avec nos patientes, on prend le temps » M11

Le rôle du MG de préparation à la naissance et à la parentalité était plus important dans ces situations et allait se poursuivre en post-partum. La précarité de l'entourage appuyait ce rôle.

« Il faut préparer l'après… ce qui est pas toujours simple aussi. » M5

« On est prudent, sur la… sur les premiers temps à la maison, parce que le lien se crée à c'moment là, et que voilà, et qu'les pleurs du soir, 'fin tous ces éléments là, il faut aussi les entendre» M7

Une adaptation du discours du MG au contexte social de la patiente prenait du temps.

« Donner des conseils alimentaires dans… une culture où elles ne vont pas nécessairement manger comme nous aussi… Et j'trouve que ça c'est pas… ça prend du temps ! » M6

Un MG tentait de gérer parfois « tout » en une seule consultation lorsqu'il y avait un risque plus important que la patiente soit perdue du vue.

« Bon ben alors là il faut reprendre toutes les choses… Heu… Et… Et en fait comme on n'est pas sûr parfois qu'elles vont revenir, il faut faire en une consultation heu… le social, l'administratif, et… la clinique aussi ! » M6

Plusieurs MG se sentaient plus investis dans la gestion des situations psycho-sociales que les autres médecins spécialistes.

« Les gynécologues ont toujours leur vision heu… très technique quand même, hein, on va pas… voilà ! Heu, et donc la femme vulnérable, c'est presque heu… je pense que c'est une patiente quasiment comme une autre » M7

« On pourrait espérer avoir un côté un petit peu moins technique dans les cliniques, un petit peu plus versé sur l'humain […] bon voilà les gens sont pris en charge mais il y a des choses qui sont très très techniques, voire banalisées...» M11

Plusieurs MG prenaient plus souvent les rendez vous avec les autres intervenants à la place de la patiente. S'ils ne le faisaient pas, ils craignaient que ces rendez vous n'aient pas lieu.

« Bon ben là si tu lui dis d'appeler le secrétariat heu… ben voilà … C'est cuit ! Donc voilà, là tu décroches et tu décris la situation» M3
« J'leur dis, bé voilà j'pense que pour vous un accompagnement plus rapproché ça serait intéressant, est ce que vous acceptez que j'appelle la PMI ? » M9
Certains MG avaient parfois du mal à positionner leur rôle par rapport à la patiente. Les limites à leur champ d'action étaient floues et il leur arrivait d'avoir le sentiment que leur champ de compétence était dépassé.
« Des consultations où il va falloir […] faire du social. » M5
« Jusqu'où j'dois aller… Et heu… j'trouve que c'est pas… ouais, c'est pas simple ! » M6

3.3.2. Le problème du temps

Certains MG s'adaptaient à ces prises en charge chronophages en prévoyant un temps de consultation plus long.
« Nous on prend l'temps, on fait des consults d'une demi-heure » M3
« Je prévois heu… 2 consultations […] j'en ai réellement besoin quand j'ai une grossesse qui… qui pose des questions sociales» M5
D'autres faisaient revenir les patientes plus souvent que mensuellement.
« Les revoir du coup un p'tit peu plus… fréquemment que mensuellement » M7
D'autres MG n'adaptaient pas la durée de consultation et « un retard chronique » était entraîné par les situations de difficultés psycho-sociales.
« Ben j'm'organise heu… pas trop ! Ça déborde ! […] ça fait heu… un retard un peu chronique !» M6
« Je prends des consultations d'un quart d'heure que je dépasse régulièrement !» M11
Des MG ajoutaient que le temps passé dans la gestion de ces situations l'était du fait de leur « rareté ».
« Et puis l'côté rare, aussi, entre guillemets fait aussi que c'est quand même heu… entre guillemets plus facile» M7
« Parce qu'il y a aussi des médecins qui refusent de les prendre en charge… Heu… après moi-même, ne faire que ça, je pense que je pourrais pas ! » M9
Certains regrettaient que ce temps de consultation plus long ne soit pas rémunéré.
«Tout ce temps heu… chronophage, heu… non payé, non rémunéré » M6
« Parce que c'est ça qui prend du temps, qui est pas rémunéré… » M9

3.4. Des problématiques spécifiques à certaines situations de vulnérabilité

3.4.1. Les patientes migrantes allophones

Les trois MG qui avaient eu l'occasion de réaliser le suivi de femmes enceintes migrantes allophones mettaient en avant le problème de la barrière linguistique. Sans interprète, les consultations étaient difficiles et les MG réalisaient parfois eux-mêmes la traduction à l'aide d'internet, ce qui augmentait encore plus le temps de consultation.

« Réexpliquer derrière avec internet, la traduction en arabe, la traduction dans d'autres langues (rire), réexpliquer derrière… qu'est ce qu'on leur fait comme piqûre… le timing… […] Ça, ça va être très chronophage aussi ! Je trouve.» M6

Parfois une personne tierce non professionnelle était présente pour réaliser l'interprétariat. Cette présence pouvait être ressentie comme gênante, surtout si cette relation était un homme. Le MG se sentait alors dans une position délicate avec des questions difficiles à poser dans le respect du secret médical.

« Ça m'est arrivé pour des femmes soudanaises qui étaient heu… seules… et heu… d'avoir une relation, cette relation c'était un homme qui parlait français…heu… et c'est très compliqué de heu… Ou… ou même si c'est leur mari… […]Parfois il y a une… une pudeur… Et c'est compliqué d'être obligé d'avoir un intermédiaire… voilà… qui fait la traduction… pas toujours très bonne non plus! » M6

L'arrivée récente sur le territoire français à un terme avancé entraînait une prise en charge bâclée, dans l'urgence, avec des problématiques multiples, médicales, sociales et psychologiques.

« On a des gens […] qui arrivent sur le territoire français avec une grossesse déjà heu… déjà avancée ! […] y a rien d'organisé… ! » M3

3.4.2. Les violences conjugales

Le dépistage n'était pas systématique.

« Alors d'abord est ce que je dépiste bien les violences conjugales ? » M6

Il s'agissait de situations difficiles à gérer, et ce, d'autant plus pendant la grossesse.

« Mais pendant la grossesse, je trouve ça particulièrement difficile. Déjà voilà, en dehors de la grossesse c'est compliqué, mais pendant la grossesse, moi j'ai tendance à vouloir mettre une ambiance quand même heu… sereine et apaisée ! Faut vraiment être sûr, 'fin, si vraiment elles sont en danger » M9

Ces rencontres souvent considérées comme peu fréquentes limitaient leur champ d'action et les intervenants ressources étaient mal connus.

« Ça reste quelque chose de… […] nébuleux» M9

3.4.3. Les problématiques en santé mentale

Le manque de psychiatres en ambulatoire compliquait les prises en charge des patientes avec une problématique de santé mentale. Plusieurs MG se sentaient isolés dans ces situations.

« C'est compliqué d'avoir des rendez-vous, des prises en charge […] j'essaie de gérer par moi-même beaucoup de choses... » M4

« Donc voilà, on essaye de… de voilà, de pallier… et d'faire une psychothérapie d'soutien dans ces cas là » M7

De ce fait, l'adaptation de la thérapeutique dans certaines pathologies psychiatriques s'avérait parfois délicate.

« Après c'est dommage qu'on n'ait pas d'moyens et heu… le psychiatre renvoie ou voit trop loin… et que nous… on sache pas la thérapeutique heu… est ce qu'il faut vraiment le maintenir ou pas…» M2

3.4.4. Les conduites addictives

Souvent les MG se heurtaient à un refus à la seule proposition de sevrage. Ils étaient en difficulté pour faire adhérer la patiente aux différentes méthodes de sevrage, et les structures d'orientation semblaient mal connues.

« M2 : Y en a d'autres qui ont continué d'fumer pendant la grossesse. »« Enquêtrice : D'accord, et quand elles poursuivaient malgré les substituts, est ce que tu faisais appel à d'autres structures ? » « Non, non. » M2

3.4.5. Le travail à risque materno-fœtal

La difficulté était parfois d'informer la femme enceinte sur les risques liés à l'exposition à des toxiques professionnels sans la culpabiliser, lorsque sa marge d'amélioration était très étroite.

« Donc j'leur donne d'un côté des informations qui disent que, bon ben c'est p't'être pas très bon pour la santé du bébé, du fœtus, l'exposition qu'elles subissent au travail, et ce qui les met parfois dans un embarras, puisqu'elles ne peuvent pas non plus, financièrement, arrêter de travailler… » M6

4. La coordination des soins par le MG

Selon deux MG, le « tri » entre une prise en charge globale hospitalière et ambulatoire se faisait au « feeling », selon les ressources qu'ils estimaient de la patiente.

«On n'envoie pas toutes les situations de précarité à l'UGOMPS, parce que sinon… 'fin voilà ! Alors je sais pas comment exactement on fait l'tri… Alors je pense que c'est au feeling… C'est-à-dire quand on ressent des ressources en fait… chez les personnes quoi ! Bé la capacité à agir, à s'organiser, à aller à la CAF, à aller faire les papiers, à aller aux rendez vous ! Et puis quand on voit qu'ça cafouille heu… bon ben éventuellement on adresse ! » M3

4.1. Se heurter aux freins à l'accès aux soins

Plusieurs MG se sentaient en difficulté concernant la coordination des soins chez les patientes ayant des difficultés financières ou sans complémentaire santé.

« *Si elles ont pas d'mutuelle… […] l'écho de datation […] elle est pas remboursée correctement ! La prise de sang, si elles n'ont pas d'mutuelle, pareil ! La prise de sang de départ…» M1*

« Faut aller au labo, faut avancer l'argent… » M9

L'accès aux spécialistes de secteur 2 et aux professionnels de santé non pris en charge par l'assurance maladie (psychologues) était compromis.

« Alors il y a les psychologues, mais l'problème avec les psychologues c'est pas remboursé ! » M4

Le tiers payant intégral de grossesse n'arrivant qu'à partir du 6ème mois pour tout motif de consultation, un suivi rapproché était parfois difficile à mettre en place avant ce terme. L'observance du suivi pouvait être mauvaise du fait de difficultés financières ou de l'absence de mutuelle.

« *Le remboursement 100% va intervenir tardivement, par rapport au délai de grossesse. » M1*

« Et comme souvent la vulnérabilité… n'est pas que financière… mais y a quand même souvent les sous qui sont limites hein… Donc du coup on va la voir régulièrement, mais encore faut il qu'elle le veuille et qu'elle l'accepte. » M7

Plusieurs MG s'adaptaient face à ces difficultés en sélectionnant le lieu des examens complémentaires, en réalisant le tiers payant sur la part obligatoire, ou en différant l'encaissement d'un chèque.

«Le frein pour elles aussi, c'est que parfois elles sont pas en CMU et que du coup elles doivent payer la consultation […] on fait déjà facilement le tiers payant pour ces personnes là, c'est pas le souci, mais même y a la part mutuelle…» M9

« Si une personne me dit, Docteur ça vous dérange pas d'encaisser mon chèque dans 3 semaines, j'vais l'encaisser dans 1 mois ! » M10

Il était arrivé à un MG de réaliser le tiers payant intégral en faisant passer le motif de consultation de la patiente pour son suivi d'affection longue durée.

« Tiens, j'en ai une autre qui est vulnérable, j'ai d'la chance elle est diabétique, donc je fais tout sur son 100% diabète ! Mais bon… c'est… ce n'est pas top je trouve ! M1

Un certain nombre de consultations restaient impayées du fait des difficultés financières.

« Et à chaque fois heu… Elle me dit qu'elle va me rapporter les 6 euros 90 et elle me les rapporte jamais ! » M6

4.2. Aider la patiente à accéder à ses droits

Les MG avaient globalement le souci d'aider la patiente à accéder à ses droits lorsque celle-ci avait une couverture sociale inadaptée ou lorsqu'elle présentait des difficultés financières.

Un MG avait l'habitude d'orienter vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en l'absence de couverture sociale.

« Quand on n'a pas les droits […] voilà on est très limité donc heu… on a besoin d'aller à la PASS ! » M3

Plusieurs MG orientaient vers l'hôpital public pour une prise en charge sociale complémentaire de la prise en charge médicale lorsque les situations de vulnérabilité étaient cumulées chez une même patiente.

« Voilà, c'est-à-dire qu'il va y avoir une assistante sociale… ou qu'elles vont être prises en charge à l'UGOMPS… 'fin voilà… leurs droits vont être vérifiés… leurs droits vont être réactualisés, réévalués ou… vont être ouverts très rapidement, parce que elles sont enceintes et que heu… voilà. Donc y a heu… une prise en charge plus globale ! » M6

Lorsque le suivi était ambulatoire, les MG orientaient préférentiellement vers un assistant social de secteur.

« L'assistante sociale de son secteur» M2

« Le centre médico-social en face » M9

Deux MG aidaient parfois eux-mêmes dans les démarches sociales.

« Il faut aider dans les démarches… » M5

« Souvent, on doit faire aussi l'assistante sociale » M6

4.3. Une orientation fréquente vers les structures sanitaires et sociales non lucratives

L'hôpital public était majoritairement considéré par les MG comme un partenaire privilégié dans les situations de vulnérabilité. L'intégralité de la prise en charge était réalisée au sein d'un même lieu, facilement repérable, notamment pour les femmes enceintes migrantes connaissant mal le territoire. Aussi, il n'y avait pas d'avance de frais pour les patientes en situation de difficulté financière.

« C'est vrai qu'on travaille beaucoup avec le CHU sur les situations de précarité…» M3

« Alors qu'à l'hôpital, elles vont y aller… elles vont avoir… une échographie, puis on va leur dire de revenir à tel moment… […] ou de revoir un autre médecin qui sera dans le service, ça sera le même lieu […] ça va être coordonné dans le même lieu. » M6

Les Centres Médico-Sociaux (CMS) étaient souvent sollicités que ce soit pour la prise en charge sociale, ou pour le suivi complémentaire par une sage-femme ou une puéricultrice de Protection Materno-Infantile (PMI).

« Ben du coup c'est un travail médico-social, avec plutôt heu… les assistantes sociales du quartier… on a la PMI qui est juste à côté… donc heu… voilà parce qu'en plus eux après ils calent les rendez vous… heu juste après… enfin après la naissance…» M3

Le suivi proposé à domicile en PMI permettait d'aider la patiente à anticiper l'arrivée de l'enfant au domicile. Elle était facilement sollicitée pour la présence de puéricultrices, lorsqu'il y avait déjà des enfants en bas âge au domicile. Néanmoins, les MG pensaient peu à la sage-femme de PMI en anténatal.

« Finalement heu… autant j'pense à la PMI pour les enfants… […] la puéricultrice… autant j'pense pas toujours à la PMI heu… pendant la grossesse. […] ah mais ça me vient pas à l'idée… ! » M6

« Et puis le fait qu'ils aillent à domicile aussi ! Donc heu… quand on va à domicile on s'rend plus compte !» M9

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) étaient des structures de prise en charge en santé mentale de choix, du fait de l'absence d'avance de frais, pour les femmes enceintes ayant des difficultés financières associées.

« Pendant la grossesse, j'ai eu des contacts réguliers avec l'infirmière du CMP parce que bé y a eu une période où… voilà… y avait des propos qui étaient vraiment heu… des idées noires, y a eu des propos suicidaires […] donc on avait des échanges réguliers » M7

Plusieurs MG ont ajouté qu'il fallait du temps pour trouver le CMS ou le CMP de secteur de la patiente.

« Tu vois par exemple, il m'est arrivé d'chercher sur internet la PMI à Nantes, et là on tombe sur le site… c'est le conseil général (Rire) alors heu… puis après faut aller fouiller dans le site du conseil général pour trouver le numéro… 'fin, j'trouve ça assez complexe, heu… et c'est pareil pour les assistantes sociales ! » M6

Les associations étaient également une béquille importante selon trois MG.

« Par le biais du secours populaire etc., du réseau là beaucoup plus associatif» M7

« Les associations en fait, elles font un boulot monstrueux… » M9

4.4. Le travail en réseau

Tous les MG ont appuyé le fait qu'ils ne souhaitaient pas rester isolés dans la prise en charge des femmes enceintes en situations de vulnérabilité psycho-sociale. Le travail en équipe (assistants sociaux, psychologues, psychiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, entourage socio-familial de la patiente…) était selon eux essentiel pour une prise en charge globale adaptée et pour minorer l'inquiétude du MG dans ces situations complexes.

« Sur des patientes en difficultés heu…, ou des patientes qui sont compliquées d'un point de vue social heu…, même d'un point de vue médical, c'est important de pouvoir en discuter à plusieurs » M5

« Et puis j'pense que ça m'rassurait peut être aussi moi ! […] Chacun va apporter ce qu'il peut, et puis heu… ba le côté social, le côté un petit peu plus psychologique, heu… la sage-femme qui va rassurer » M7

Un MG ajoutait qu'il fallait être attentif à ne pas non plus multiplier inutilement les intervenants pour ne pas perdre de vue la patiente. Il fallait *« rester raisonnable ». M1*

Mais ce souhait de travail en pluridisciplinarité se heurtait à un manque de connaissance du réseau autour de la femme enceinte en situation de vulnérabilité.

« qu'on soit au courant en fait, de ce qui existe, de ce qui est possible, ce qui me permettrait justement, de bien orienter, de bien conseiller » M8

L'obstacle à ce souhait de travail en réseau était aussi lié à un manque de communication entre les intervenants.

« Elle a été sous traitement pendant toute sa grossesse, sans aucun lien… Alors le psy ne m'appelait jamais, alors que j'avais essayé de l'contacter, et l'obstétricien avait laissé le côté psy. » M2

« Parfois je me dis mais on est en doublon ! C'est-à-dire elles ont fait une analyse, une prise de sang, alors que moi je leur ai prescrite de mon côté… Donc y a des choses qui sont faites en doublon, et j'sais pas c'qui a été fait d'autre, enfin voilà. Et… donc plus une femme est vulnérable, plus elle va subir ce manque de coordination ! » M6

Un MG parlait des staffs pluri-professionnels organisés dans les situations de grande vulnérabilité. *« C'est pour ça qu'du coup on fait la réunion d'synthèse » M1*

5. Un parcours de soins atypique

5.1. Un mésusage du système de santé

Des recours fréquents aux urgences pour des consultations qui relevaient du suivi et non de l'urgence avaient été constatés par deux MG.

« Elle va la faire son écho ! Quitte d'ailleurs à aller aux urgences gynécos en disant qu'elle a mal au bide pour avoir son écho hein ! Parce qu'elle vit ça comme, toute façon, ça va être gratuit ! » M1

« Ca va être heu… des gens qui connaissent pas du tout l'organisation… qui vont aux urgences heu… tout l'temps ! « M3

5.2. Un suivi décousu

Le parcours de soin était atypique, façonné par les critères de vulnérabilité de la patiente.

Des délais de consultations étaient parfois trop tardifs par rapport au début de grossesse.

« On a des gens qui arrivent […] avec une grossesse déjà heu… déjà avancée ! » M3

Le problème des ruptures dans le suivi participait aussi à cette atypie.

« Énormément de pas venues pas prévenues heu voilà ça fait partie du truc… » M3

« Des rendez vous peuvent parfois être non honorés» M7

Un MG expliquait que ces ruptures dans le suivi pouvaient être liées à la présence d'autres priorités pour la patiente que le suivi de grossesse : celui-ci pouvait être parasité par des problématiques liées à l'existence.

« C'est parce qu'il y a d'autres priorités dans l'existence heu… que heu… le suivi précis de la grossesse heu… à c'moment là quoi ! » M3

Pour un autre MG, il s'agissait plutôt d'une négligence du suivi recommandé.

« Elle avait pas d'argent pour le lait mais elle devait avoir la sécu pour la couverture sociale… C'était plus une négligence de suivi quoi. » M2

La réalisation d'un suivi rapproché était parfois nécessaire.

« Bon je l'ai vue tous les quinze jours » M11

5.3. La difficulté de relation entre certaines patientes et les institutions et professionnels

Parfois les antécédents de la patiente avec les services sociaux, l'hôpital ou d'autres professionnels étaient trop douloureux et elle acceptait de n'être suivie que par le MG.

« J'voulais qu'elle soit suivie par un gynécologue très rapidement, heu voilà hein, ça fait partie des critères des grossesses normalement qui n'sont pas à suivre en ville… Et en fait elle n'y est allée qu'au 7ème mois mais malgré toutes mes… elle continuait d'me voir chaque mois et d'prendre ses rendez vous… 'fin de n'pas aller à ses rendez vous pris » M7

Parfois, les intervenants sollicités eux-mêmes ne souhaitaient pas intervenir dans la prise en charge.

« J'en ai beaucoup moins maintenant [de patientes migrantes], Dr C. en a beaucoup plus que moi. Tu sais ils se passent le mot les uns aux autres, ils se disent va voir tel médecin tu sais il est conciliant... » M4

« La PMI ne veut plus aller chez eux… Donc c'est super complexe ! Il restait juste un petit lien pendant la grossesse avec une des sages-femmes avec qui ça avait bien fonctionné» M9

6. Les besoins des MG

6.1. Faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes vulnérables

6.1.1. Développer le métier de médiateur de santé

Un MG souhaitait le développement du métier de médiateur de santé : *« Des médiatrices heu… de… de santé » M3*

Il s'agit d'une *« personne du quartier […] qui accompagnent les gens qui sont en difficulté et qui connaissent pas parfois le quartier, donc j'pense notamment aux migrants heu… pour aller accompagner chez l'assistante sociale, heu… il y a un rendez vous là bas, ah bé j'sais pas comment on fait, ah bé tiens regarde y a l'bus machin… Enfin c'est d'la petite débrouille… mais qui fait que y a quelqu'un du quartier […] qui a la culture de c'bassin de population là… » M3*

L'intérêt principal était selon lui d'apporter une aide aux patientes en situation de grande vulnérabilité, principalement les femmes enceintes migrantes, ou ayant des difficultés de relation avec les différentes institutions.

« Il y a un besoin, parfois, d'accompagnement physique et d'accompagnement… D'un p'tit peu heu… de cocooning un peu heu… face aux institutions qui sont pas… 'Fin c'est… c'est… j'parle du CHU c'est heu… ça peut paraître un mur quoi !» M3

6.1.2. Avoir un accès à l'interprétariat professionnel en ambulatoire

L'accès à l'interprétariat professionnel en ambulatoire était un besoin mis en évidence par les trois MG qui suivaient des femmes enceintes migrantes.

« Qu'est ce qui nous manque ? Il nous manque la possibilité d'avoir des traducteurs heu… en ville heu… parce qu'on peut en avoir qu'à l'hôpital… » M6

« Parce que du coup, là pas de traducteur, j'étais très embêtée ! » M9

Selon eux, cela lèverait la problématique du secret médical avec des interprètes non professionnels.

« Et c'est compliqué d'avoir… d'être obligé d'avoir un intermédiaire… voilà. Qui fait la traduction… pas toujours très bonne non plus ! » M6

Cela participerait au désengorgement de l'hôpital.

« C'est-à-dire, il va y avoir (au CHU) des interprètes […] et assez vite, j'essaie de heu… de voir si le CHU pourrait être un… un interlocuteur de meilleur choix ! » M6

6.1.3. Obtenir le tiers payant intégral dès le début de la grossesse

Un MG souhaitait obtenir la réalisation du tiers payant intégral pour toute femme enceinte, dès le début de grossesse, dès les B-HCG positives et ce, pour n'importe quel motif de consultation.

« Moi je trouve que… il devrait y avoir le tiers payant complet pour toute femme enceinte. Dès qu'on sait qu'elle est enceinte. Dès qu'elle a un BHCG positif ! […] C'est-à-dire, non seulement un TP, mais aussi que la prise en charge soit à 100% dès le début de la grossesse…» M1

Cela permettrait de lever *« une partie du frein financier »* à l'accès aux soins pour les femmes enceintes en situation de précarité financière ou sans mutuelle.

6.1.4. Sortir du paiement à l'acte

Un MG a évoqué le besoin de changer de mode de rémunération. Selon lui, le paiement à l'acte favorisait l'épuisement professionnel. Sortir du paiement à l'acte dégagerait du temps pour la prévention et des actions de santé publique, notamment l'accès à la contraception, pour éviter les grossesses non désirées.

« Ça favorise le curatif heu… le travail à la chaîne où t'as pas l'temps […] donc heu, ça favorise aussi l'épuisement, 'fin ça crée de l'épuisement professionnel… avec une espèce de cadence, où t'as une demande permanente… […] j'ai la représentation qu'il y a un certain nombre de grossesses non prévues heu… qui peuvent être subies […] c'est malheureusement pas au médecin, dans le cadre, de la consultation payée à l'acte… Ça il faudrait qu'on ait du temps dégagé… […] pour parler de la contraception… et peut être qu'on éviterait les grossesses adolescentes» M3

6.2. Améliorer la coordination des soins

6.2.1. Améliorer la connaissance du réseau autour de la femme enceinte vulnérable

Le principal besoin des MG était de mieux connaître le réseau existant autour de la femme enceinte en situation de vulnérabilité et d'être intégré au sein de ce réseau. La finalité était de faciliter et d'améliorer l'accompagnement médico-psycho-social ambulatoire de ces patientes.

« Informer les médecins sur ce qui existe, qu'on soit pas tout seul dans notre coin à gérer… » M5

« Ce dont on a besoin c'est d'un réseau. 'Fin c'est clair heu… On manque d'un réseau […] Est-ce qu'on est heu… suffisamment partie prenante dans ces réseaux ? Est-ce qu'on vient nous chercher aussi ?» M6

Avoir un guide papier ou un format plaquette, facilement accessible en consultation, avec un rappel des critères de vulnérabilité d'une femme enceinte, les intervenants ressources existants en Loire-Atlantique, leurs champs d'action, les adresses et les numéros de téléphones étaient les principaux modes de communication souhaités par les MG.

« Les contacts, les personnes ressources, les numéros heu… voilà. Quelque chose d'assez basique finalement, mais… avoir un nom pour telle situation, un nom un téléphone…» M5

« Une meilleure diffusion de, déjà qu'est ce que la vulnérabilité ? Les critères, ça j'pense que c'est assez important […] si y a un guide, c'est peut être aussi heu… Il y a ça, vous pouvez vous tourner vers ça… 'fin, quelque chose d'un p'tit peu concret» M7

Un MG indiquait qu'il serait intéressant d'y ajouter une carte du département localisant les différents intervenants et structures.

« Et une carte où sont les lieux aussi ! » M6

Un MG aimerait avoir des flyers avec les contacts des intervenants à remettre aux patientes pour qu'elles puissent éventuellement les joindre de leur côté.

« Ce qui nous manque c'est des solutions simples. Voilà. Soit moi j'ai la possibilité de contacter quelqu'un, soit j'ai quelque chose à remettre à la patiente qui lui permette de contacter de son côté » M4

Trois MG ajoutaient qu'un guide informatique en complément d'un guide papier permettrait d'avoir des liens pour accéder directement aux sites des structures ou aux numéros des intervenants.

« Après l'informatique c'est bien parce qu'on peut cliquer sur un lien, on peut tomber sur le site, on peut tomber sur des vidéos… » M9

« Sinon ça peut être un truc, une plateforme en ligne par exemple. C'est quand même plus pratique je pense à l'heure actuelle à mettre en place. » M11

L'idée de ces guides était aussi de gagner du temps en consultation.

« Et que ça puisse être vu heu… toujours dans une gestion du temps, donc assez rapidement, qu'on puisse vraiment, gérer ça plus facilement. » M5

Selon plusieurs MG, avoir des formations avec des cas cliniques et des rencontres avec les différents intervenants de la périnatalité permettrait de mieux connaître le réseau et les champs d'action de chacun.

« Faire des formations et que les associations justement, qui s'occupent des femmes enceintes en situation de vulnérabilité, puissent organiser dans l'année, je sais pas, 2-3 réunions […] et je pense que ça intéresserait les médecins. » M5

« J'pense qu'en fait, il faudrait penser les formations, en nous permettant de visiter les locaux ! On pourrait imaginer, par exemple, d'aller visiter les locaux… pour voir sur place » M9

Un MG proposait qu'une personne du Conseil Départemental vienne directement au cabinet du MG pour lui présenter les intervenants et leurs champs d'action.

« Donc est ce qu'il pourrait y avoir une sorte de… de… personne du conseil général par exemple, qui viendrait nous expliquer heu… les différents services sociaux, les différentes PMI, leurs rôles, leurs téléphones, qu'est ce qu'on peut attendre d'elles, et qu'est ce qu'elles attendent de nous ? Ca serait bien, je trouve… » M6

Ce MG ajoutait qu'une rémunération des formations pour inciter les MG à y participer serait efficace.

« Si on était payé pour aller à ces formations, ça inviterait les médecins à lâcher leurs consultations pour participer à des formations… » M6

6.2.2. Avoir un coordonateur des soins rattaché à une maternité

Avoir un coordonateur des soins rattaché à une maternité a été évoqué par deux MG. Il s'agirait d'une personne chargée de coordonner la réalisation pratique du suivi psycho-social dans les situations de vulnérabilité complexes.

« Après faudrait un peu un numéro unique quoi… Faudrait quelqu'un au bout du fil qui serait capable de gérer ça… […] Quelqu'un qui coordonnerait un peu… heu… ce qui est organisation pratique du suivi […] un coordinateur des soins. Un numéro unique que le médecin aurait dans son répertoire.» M2

«Qu'il puisse y avoir une coordination ! Donc ça, ça pourrait être intéressant » M7

6.2.3. Les réunions de cas complexes entre médecins

Organiser davantage de réunions de cas complexes entre MG était nécessaire selon 2 MG. Elles permettaient de confronter les points de vue et ouvraient des perspectives dans les prises en charge complexes auxquelles le MG n'avait pas pensées. Un MG relevait que les situations en rapport avec la précarité y étaient majoritairement exposées.

« Les médecins sont pas assez supervisés, enfin personnellement j'trouve que c'est… C'est fou quoi […] Tout le monde a des groupes d'analyse de pratiques, mais les médecins non ! […] C'est hyper complexe, et du coup oui, les histoires que ramènent les médecins généralistes dans ce groupe, on se rend compte que ce sont souvent des histoires en rapport avec la précarité.» M9

« Les réunions de cas complexes sont un excellent moyen, c'est-à-dire, on s'rencontre, lors du repas du midi, et dire voilà, j'ai un problème, qu'est ce que vous en pensez ? Déjà ça me déculpabilise moi, de dire est-ce que j'ai vraiment fait tout ce qu'il fallait ? Ça ouvre des perspectives » M10

6.3. Améliorer la communication entre les intervenants de la périnatalité

6.3.1. Réintégrer le carnet de maternité dans la prise en charge

Plusieurs MG souhaitaient réintégrer le carnet de maternité dans la prise en charge. Ce carnet était considéré comme un élément important pour favoriser le lien entre les différents

intervenants. Il permettait une centralisation des données du suivi de grossesse au sein d'un carnet en possession de la femme enceinte.

« Le carnet de maternité… Alors ça je regrette qu'il n'y en ait plus […] J'trouvais qu'c'était un outil vachement bien ! […] puisque c'est la femme qui l'a... Qu'elle l'emmène partout avec elle... Ah... Elle voit le médecin de garde, tout est dedans... Elle voit la sage-femme, tout est dedans... Enfin tu vois ! Toutes les informations sur sa grossesse sont résumées là» M1

« Je pense qu'on avait un carnet de suivi de la maternité qui était très bien qui a été supprimé, je ne comprends pas ! Pourquoi il a été supprimé ? Parce que ça nous permettait de communiquer […] si elle consultait un dimanche, elle allait voir le médecin de garde, elle allait aux urgences et toutes les données elle les avait avec elle.» M4

Cela permettait d'éviter les doublons dans les prises en charge. Un MG ne comprenait pas pourquoi il avait été supprimé.

« Et je trouve qu'on pourrait vraiment avoir un carnet de la grossesse. Un carnet de suivi de la grossesse. Ce serait vraiment intéressant. […] ça permet un échange avec les sages-femmes, avec les assistants sociaux, avec les échographistes, avec heu… On pourrait y mettre la biologie dedans… etc.… Ça serait super ça !» M6

6.3.2. Avoir un retour

Recevoir un retour systématique des intervenants de la périnatalité vus par la patiente, et ce dans des délais rapides, par mail ou courrier, était un impératif selon plusieurs MG. Cela permettrait d'améliorer les ratés du suivi avec les patientes perdues de vue et les doublons dans la prise en charge. Il y aurait une adaptation rapide de la prise en charge et le travail en équipe prendrait tout son intérêt.

« J'pense que ce serait important qu'il y ait...heu... Ne serait-ce que votre patiente est bien venue et son suivi est programmé... ou... que si elle vient pas, un petit courrier : votre patiente ne s'est pas présentée. Voilà... qu'on ne la perde pas...» M1

« À l'hôpital ou ailleurs d'ailleurs, j'ai parfois un compte rendu, mais la plupart du temps j'en ai pas, et du coup elle revient m'voir et puis je sais pas ce qui a été fait. » M6

6.4. Développer des structures de prise en charge

6.4.1. Renforcer des structures de prise en charge médico-sociale

Un MG mettait en avant le besoin de renforcer les structures médico-sociales : avoir plus de salariés et limiter leur turn-over favoriserait le lien avec les MG et soutiendrait ces structures

qui sont débordées avec des délais trop longs de prise en charge dans les situations d'urgence sociale.

« Ça va pas sans renforcer heu… le statut des travailleurs sociaux qui doivent être présents sur le quartier un certain temps… […] s'ils changent tous les 6 mois… ben… c'est pareil, t'as pas la légitimité, t'as pas la confiance qui va avec… heu… voilà c'est le travail social quoi ! […] Le renforcement des structures médico-sociales par des moyens supplémentaires... » M3

6.4.2. Développer des structures de prise en charge en santé mentale

Plusieurs MG souhaitaient un accès plus simple aux psychiatres en ambulatoire.

« Il faudrait des gens qui sont un peu spécialisés, et qui acceptent de prendre en urgence » M4

« Ce qui est parfois compliqué, du point de vue psychologique, c'est d'arriver à trouver les bons interlocuteurs pour arriver à avoir une prise en charge psychologique quand il y a besoin. C'est là où on galère le plus ! » M11

6.4.3. Développer des structures de prise en charge globale

Des MG exerçant loin de Nantes, souhaitaient le développement au sein du centre hospitalier de leur secteur d'une structure semblable à l'UGOMPS.

« On n'a pas d'unité comme au CHU, où il y a vraiment quand même, des gens un peu plus heu… voilà, spécialisés, alors, voilà, leur adresser peut être, donc c'est pas notre quotidien, mais des fois, voilà, de savoir qu'on peut prendre un avis, ou… voilà, parce que eux ils ont un réseau» M7

L'un des deux MG signalait même qu'elle serait prête à y travailler.

« Comment favoriser aussi une équipe locale en fait ? Comment… Parce que j'pourrais pas envoyer les patientes à Nantes par exemple. Ce serait pas possible ! Comment donner les mêmes chances à tout le monde sur un territoire ? Alors qu'ici j'pense qu'il y a de quoi ! […]On pourrait peut être imaginer de monter une consultation! Moi j'serais tout à fait partante pour faire partie de ce genre de projet ! Heu… Une consultation dédiée aux femmes enceintes vulnérables… » M9

Un MG qui avait réalisé son internat à Rennes ne connaissait pas l'UGOMPS située près de son lieu d'exercice. Elle souhaitait avoir une structure semblable au Service d'Accompagnement des Femmes Enceintes en Difficulté à Rennes avec qui elle travaillait en réseau dans les situations de difficultés psycho-sociales pendant la grossesse.

« On travaillait en réseau avec eux, ils nous envoyaient des plaquettes d'information, ils communiquaient pas mal, ils faisaient aussi des journées d'information pour les médecins généralistes, donc c'était le SAFED, S-A-F-E-D, enceintes et en difficulté heu… » M5

DISCUSSION

1. Rappel des principaux résultats

L'objectif principal de notre étude était d'explorer les besoins des MG concernant la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Concernant la vulnérabilité, les MG n'avaient pas de définition consensuelle. L'analyse au fil du temps de la situation psycho-sociale de la femme enceinte était privilégiée. Les MG étaient plus ou moins impliqués dans son repérage. Voici les principaux critères qu'ils ont retenus :

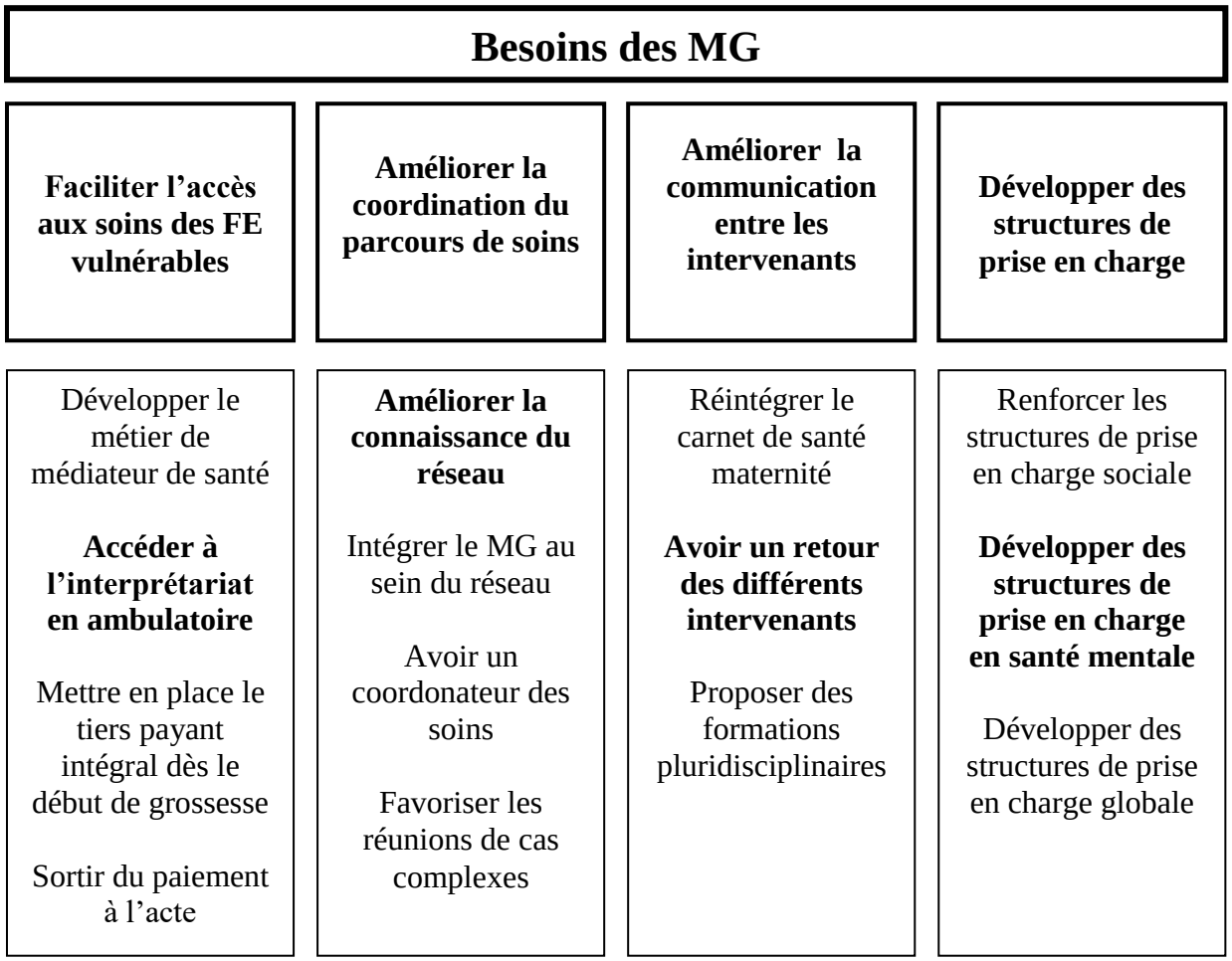
- **Les ressources financières** : logement ; alimentation ; transports ; accès aux soins.
- **L'entourage** : l'isolement ; les violences conjugales et intrafamiliales ; la présence d'enfants en bas âge au domicile.
- **Le contexte psychologique** : les pathologies psychiatriques ; les conduites addictives ; un désinvestissement dans le vécu de grossesse.
- **Le jeune âge**.
- **La FE migrante** en situation de précarité.
- **La couverture sociale** : absence de complémentaire santé ; absence de couverture sociale ; AME.
- **Le travail** : l'absence d'emploi ; la précarité du travail ; les horaires décalés ; la pénibilité du travail ; l'exposition à des toxiques professionnels.

Lorsque des situations de vulnérabilité étaient détectées, les MG avaient globalement le souci d'assurer le suivi de grossesse dans des conditions de droit commun et de préparer l'arrivée de l'enfant dans un environnement sécure. La difficulté était de trouver un équilibre entre un suivi « standard » de grossesse et une prise en charge spécifique aux situations de vulnérabilité. La dimension psycho-sociale prenait une place importante de la prise en charge. A l'unanimité, les MG ne souhaitaient pas rester isolés lors du suivi. Cependant, ce souhait de travail en collégialité se heurtait à un manque de connaissance du réseau et à un manque de communication entre les intervenants. De plus, certaines situations de vulnérabilité étaient assorties de difficultés spécifiques : les freins à l'accès aux soins (particulièrement pour les patientes sans complémentaire santé ou sans couverture sociale, les patientes en difficulté financière, et les femmes enceintes migrantes) ; le déficit en structures de soins en santé mentale dans les situations de pathologies psychiatriques ; la gestion difficile des situations de violences conjugales ; le problème de l'interprétariat avec les patientes allophones.

L'orientation se faisait principalement vers les structures de prise en charge non lucratives : hôpitaux publics de proximité, CMS, et CMP. Les intervenants qu'ils sollicitaient le plus étaient le gynécologue-obstétricien, la sage-femme libérale, et l'assistant social. Tous les temps de la prise en charge étaient qualifiés de chronophages. Enfin, façonné par des ruptures dans le suivi et un mésusage du système de santé, le parcours de soin de la femme enceinte en situation de vulnérabilité était qualifié d'atypique.

De ces difficultés ont découlé plusieurs besoins résumés dans la figure 1.

Figure 1 : besoins des MG dans la prise en charge des FE en situation de vulnérabilité



En gras : besoins les plus fréquemment émis par les MG

Après avoir exposé les forces et faiblesses de notre étude, nous comparerons les résultats principaux avec les données de la littérature. Ensuite, nous réfléchirons à la place du MG concernant le recueil des situations de vulnérabilité d'une femme enceinte. Enfin, nous interpréterons les besoins émis par les MG en tant que pistes d'amélioration pour le futur.

2. Forces et faiblesses de notre étude

2.1. Forces de notre étude

Une des principales forces de notre étude est l'originalité de notre travail :

- D'une part du fait de l'abord d'une thématique peu étudiée, à savoir, les suivis de grossesses par les MG dans le contexte des inégalités sociales en santé (ISS). Nous n'avons pas trouvé d'étude explorant les besoins des MG dans ces situations, hormis la thèse d'E. Cassegrain, mais qui s'intéressait davantage aux modalités du suivi de ces grossesses par les MG. (16)
- D'autre part, en raison du choix de la méthode qualitative pour faire émerger des données peu explorées, à la différence d'un questionnaire.

Aussi, la triangulation des chercheurs (la recherche a eu recours aux points de vue de plus d'un chercheur), la triangulation des sources (les données ont été recueillies auprès de plusieurs sources différentes) et la triangulation environnementale (différents lieux [cabinets ou domiciles des MG] et différents moments [matin, midi, après-midi, soirée] utilisés pour le recueil) renforcent la validité de notre étude. L'analyse des entretiens de MG ayant réalisé rarement des suivis de femmes enceintes vulnérables, voire n'ayant jamais rencontré de patientes vulnérables (M8), pouvant être considérés comme « cas négatifs », participent aussi à sa validité.

Nous avons tenté d'avoir un échantillon en variation maximale. Celui-ci disposait en effet d'un large éventail en termes d'âge du MG (de 31 à 62 ans), du nombre d'années d'installation (de 0.5 à 30 ans), du mode d'exercice (cabinet seul, de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle), et des lieux d'exercice (zones ouest, est, sud, nord, centre du département de Loire-Atlantique). Nous avons interrogé des hommes et des femmes. Cela a permis d'élargir suffisamment le champ d'investigation pour produire de nouveaux faits et un maximum d'informations.

2.2. Faiblesses de notre étude

L'interprétation des résultats de notre étude doit néanmoins prendre en compte quelques limites. Tout d'abord, l'intervieweur était novice dans la réalisation d'entretiens semi-directifs de ce type. Le respect des temps de silence, l'éviction d'un climat d'évaluation (éviter les « parfait », « d'accord »), ainsi que la reformulation étaient donc perfectibles.

Aussi, l'intérêt pour le sujet de notre étude est un biais inévitable. Même s'il leur était seulement précisé qu'il s'agissait d'un entretien concernant *« les suivis de grossesses par les MG »*, ceux ayant répondu favorablement à la demande de participation étaient probablement plus intéressés par la question. D'ailleurs, nous pouvons nous interroger sur les motifs liés aux refus des trois cabinets de MG contactés par téléphone : n'étaient-ils pas intéressés par les suivis de grossesse ? Ou bien, cela était-il lié à des contraintes de temps ?

Sur les onze MG, quatre étaient MSU. Or, la maîtrise de stage est connue pour avoir des effets psychoaffectifs (plaisir, enthousiasme, fierté à transmettre son savoir et à exercer, valorisation du métier et relation améliorée avec le patient), cognitifs (stimulation intellectuelle et motivation pour son propre développement professionnel) et métacognitifs (pratique plus réflexive, avec un nouveau sens donné au métier) qui semblent positifs et significatifs. (24) Trois MG ont été recrutés au cours d'un groupe de formation. Ils étaient également probablement plus sensibilisés à l'intérêt de la recherche en soins primaires. Des biais liés à la relation intervieweur-interviewé ont également pu être entraînés, car quatre MG étaient connus de l'intervieweur : ils ont ainsi pu adapter leurs réponses pour se rapprocher de ce qu'ils pensaient être les opinions de l'intervieweur. La principale faiblesse de notre étude est donc liée à un biais de recrutement, et au vu de ce biais, certains autres profils de MG auraient sûrement pu faire émerger de nouvelles données.

Un biais de mesure peut être aussi mentionné. Les ISS sont un sujet sensible : un discours « politiquement correct » a pu minimiser certains des ressentis des MG lorsqu'ils exposaient leurs difficultés (notamment concernant les suivis de femmes enceintes migrantes). Afin de minimiser ce biais, il leur était préciser avant l'enregistrement, que les entretiens étaient anonymes et qu'il ne s'agissait pas de juger leurs pratiques.

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Comparaison des principaux résultats

La comparaison des besoins des MG concernant la prise en charge des femmes enceintes vulnérables est délicate du fait de la variabilité de l'offre de soins au sein même du territoire français, et de l'intérêt des MG dans la prise en charge des populations vulnérables. (25) Les échantillons des études, même s'il s'agit de MG, comportent inévitablement des différences. Nous avons néanmoins sélectionné trois études permettant une comparaison sur les pistes d'améliorations « générales » évoquées par les MG.

Dans sa thèse qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de MG de la Communauté Urbaine du Mans en 2012, E. Cassegrain a exploré leurs modalités de suivi des femmes enceintes considérées à risque par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques. Trois besoins principaux ressortaient de cette étude :

- avoir un carnet d'adresse des intervenants médico-sociaux de leur territoire afin d'améliorer la coordination des soins
- promouvoir l'utilisation du carnet de santé maternité par les professionnels de santé pour faciliter la communication entre eux
- développer des structures dédiées aux femmes enceintes vulnérables, semblables à la PASS d'Angers, au sein des autres maternités de proximité. (16)

Ces trois besoins rejoignent les résultats de notre étude. La comparaison est pertinente du fait de la même méthodologie utilisée et nos deux études ont été réalisées au sein d'une même région. Nous constatons que les besoins en termes d'amélioration de la connaissance du réseau sont semblables. Le RSN des Pays de la Loire a pourtant développé des plaquettes adaptées aux différents territoires de la région, avec des intervenants en fonction de différentes situations de vulnérabilité de la femme enceinte (annexe 8). Ceci nous amène à l'interrogation suivante : le RSN communique t-il suffisamment avec les MG ? Les MG ont besoin d'être organisés a priori afin de pouvoir coordonner la prise en charge en cas de repérage de situations de vulnérabilité psycho-sociale. Mieux connaître le réseau existant participerait probablement à une amélioration du repérage actif par les MG.

Une thèse quantitative, par entretiens téléphoniques auprès de 120 MG de Loire-Atlantique, réalisée par J. Lanoë en 2011, portait sur leur exploration du contexte psycho-social des femmes enceintes. À la fin du questionnaire, une question ouverte explorait les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer lorsqu'ils s'étaient informés de la situation psycho-sociale. Il ressortait que plusieurs MG se sentaient en difficulté concernant la coordination et souhaitaient mieux connaître les structures existantes pour la femme enceinte en situation de vulnérabilité psycho-sociale.(26) La méthodologie utilisée dans cette thèse était quantitative et donc non directement comparable à la notre. La réponse à la question ouverte qui nous intéresse doit ainsi être interprétée prudemment. Il est tout de même intéressant de remarquer que les MG exposaient, de la même façon que ceux de notre étude, le besoin de mieux connaître le réseau existant pour ne pas rester isolés.

Au Canada, une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de MG, a exploré leurs points de vue concernant le suivi des femmes enceintes non assurées. Des interviews ont été réalisées auprès de 8 MG entre 2004 et 2007. Il est ressorti que dans ces situations, les prises en charge étaient complexes du fait d'un frein à l'accès aux soins, responsables d'un stress psychologique pour le MG, d'une augmentation de sa charge de travail, et de tensions parfois dans ses relations aux autres professionnels. Deux besoins ressortaient de cette étude :

- un souhait de travail en pluridisciplinarité
- le développement d'une Assurance Maladie publique pour toute femme enceinte. (27)

Le travail en pluridisciplinarité est donc une notion majeure pour une prise en charge adaptée à la femme enceinte en situation de vulnérabilité. Ceci rejoint d'ailleurs les recommandations de la CNNSE et de la HAS qui préconisent un accompagnement global médico-psycho-social pluridisciplinaire et spécifique à chaque femme enceinte vulnérable, le tout coordonné par un professionnel référent. (2,15) Afin de les appliquer, il semble nécessaire de réfléchir à une amélioration de la connaissance du réseau et de la communication entre les différents intervenants. Aussi, le besoin de développer une Assurance Maladie Publique peut être rattaché au souhait émis par un MG de notre étude de développer le tiers payant intégral pour toute femme enceinte.

3.2. La place privilégiée du MG dans le recueil des situations de vulnérabilité pendant la grossesse

3.2.1. « Grossesse + précarité = urgence médicale » (11)

Les études se rejoignent sur le fait que les situations de vulnérabilité psycho-sociales pendant la grossesse constituent un facteur de risque de morbi-mortalité materno-fœtale, de troubles psycho-pathologiques chez l'enfant, et d'altération du lien parents-enfant.

Une étude rétrospective du CHU de Toulouse réalisée en 2001/2002 par Gayral-Taminh *et al*, a montré que le taux de pathologies était significativement plus élevé chez les femmes enceintes en situation de précarité : elles présentaient plus d'anémies, d'infections urinaires et génitales et de menaces d'accouchements prématurés. Le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour en suites de couche étaient aussi significativement plus élevés. (6) L'enquête périnatale de 2010 a également montré que le taux de prématurité, et la proportion de poids inférieurs à 2500 grammes, étaient significativement plus élevés chez les patientes ayant des ressources provenant d'aides publiques ou aucune ressource que chez celles ayant

des ressources provenant d'une activité professionnelle. Les taux de transferts en néonatalogie ou d'hospitalisations étaient également plus importants. (8) Réalisée en 2016 par N. Lagadec et G. Ibanez, une revue de la littérature a montré que des liens existaient entre la dimension positive de la santé mentale des femmes enceintes et des issues de grossesse plus favorables : il y a moins de retards de croissance intra-utérins, moins d'accouchements prématurés, moins de pré-éclampsies et un meilleur développement psychomoteur de l'enfant, chez les femmes ayant les scores les plus élevés d'optimisme. Une association statistiquement significative entre des perturbations émotionnelles comme le stress et la dépression durant la grossesse, et des problèmes comportementaux et relationnels chez l'enfant a pu être montrée. (28)

Suite à notre étude, nous avons pu distinguer 3 typologies de MG : ceux qui ont conscience des répercussions des situations de vulnérabilité aussi bien sur la santé materno-fœtale que sur celle de l'enfant à venir ; ceux qui ont une approche essentiellement biomédicale ; et ceux qui ont conscience de la nécessité d'une prise en charge psycho-sociale mais ne font pas le lien entre vulnérabilité psycho-sociale et risque materno-fœtal : le suivi biomédical est similaire pour toute femme enceinte dans ce dernier cas.

3.2.2. Les femmes enceintes vulnérables parlent peu spontanément de leurs difficultés et le MG est un témoin majeur des ISS

Une étude menée en France en 2015 par G. Ibanez, à partir des résultats de l'enquête périnatale de 2010, a montré que seulement 20% des femmes enceintes qui présentaient un mal être en parlaient aux professionnels de santé. Les femmes enceintes en situation sociale défavorisée étaient plus à risque de mal être, avec un gradient social, en lien avec le niveau d'études ou les revenus. Une mesure active du mal être pendant la grossesse par le MG peut être un moyen simple pour aborder la situation psycho-sociale de la patiente. (29) Au Royaume-Uni par exemple, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) propose de poser systématiquement les questions suivantes : *« Au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie déprimée ou désespérée ? Au cours du dernier mois, avez-vous été gênée par le fait d'avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? »*. Si la réponse à une des deux questions est *« oui »*, ils proposent de demander *« Est-ce que vous sentez que vous avez besoin ou envie d'aide ? »*. (30) L'inconvénient de cette option est d'explorer uniquement la pathologie dépressive, et non la santé mentale dans son ensemble, qui selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) correspond à *« un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*. (31) Le MG,

du fait des spécificités de sa pratique, a un large accès à la population et à toutes les catégories sociales. Il est souvent le premier responsable des soins au sein des populations défavorisées. La région des Pays de la Loire est sous dotée en gynécologues par rapport à la moyenne française : 82% des MG de cette région voient des patientes pour un suivi de grossesse contre 57% concernant la moyenne nationale. (32) Ils sont donc très bien placés pour repérer les situations de vulnérabilité des femmes enceintes. Depuis 2014, en France, le Collège de la Médecine Générale recommande d'enregistrer systématiquement la position sociale des patients dans le dossier médical. Ainsi, sept indicateurs du groupe A sont à recueillir dès la première consultation, et sont qualifiés d'indispensables : *« date de naissance », « sexe », « adresse », « statut par rapport à l'emploi », « profession éventuelle », « assurance maladie », « capacités de compréhension du langage écrit »*. Neuf indicateurs complémentaires du groupe B, peuvent être recueillis au cours de consultations successives : *« le fait d'être en couple », « le nombre d'enfants à charge », « le fait de vivre seul », « le pays de naissance », « le niveau d'études », « la catégorie socioprofessionnelle INSEE », « le fait de bénéficier de minima sociaux », « les conditions de logement », et « la situation financière perçue »*. (33)

3.2.3. L'histoire de vie de la patiente recueillie au fil du temps semble être la manière de recueil privilégiée par les MG

La commission *« parentalité – vulnérabilité »* du RSN a proposé en 2006 cinq questions à réponse binaire (oui/non) pour repérer les situations de vulnérabilité pendant la grossesse : *« Avez-vous la CMU (de base ou complémentaire) ou l'AME ? », « Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ? », « Vivez-vous seule ou en couple ? », « Avez-vous un emploi à l'heure actuelle ? A temps plein ? A temps partiel ? Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi à l'heure actuelle ? », « Avez-vous un logement stable ? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?»*. (3) Ces critères rejoignent certaines recommandations du Collège de la Médecine Générale citées précédemment. En 2005, l'HAS a proposé une liste de critères de vulnérabilité à rechercher, après revue de la littérature : *« les antécédents obstétricaux mal vécus », « les problèmes de type relationnel, et en particulier, le couple », « la violence domestique, en particulier conjugale », « le stress et l'anxiété », « les troubles du sommeil », « un état dépressif pendant la grossesse et la dépression du post partum », « les addictions », « la précarité, c'est-à-dire l'absence d'une ou plusieurs des sécurités notamment celle de l'emploi permettant aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités », « le risque social, lié à des événements dont la survenue incertaine et la*

durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources financières ou autres », « la naissance à haut risque psychoaffectif après l'annonce en pré et post natal d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap ». (2) Ils sont plus exhaustifs et explorent davantage le vécu de la grossesse et l'entourage de la femme enceinte. De plus, sont ajoutées *« les conduites à risque »* et *« les naissances à haut risque psychoaffectif ». « La précarité »* et *« le risque social »* englobent cependant des situations vastes et non précisées. La couverture sociale, n'est quant à elle, pas mentionnée. Dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie, le score EPICES est validé depuis 2004, pour le repérage des situations de vulnérabilité sociale en population générale. Il comporte 11 questions qui prennent en compte plusieurs dimensions de la vulnérabilité : les revenus, le logement, la couverture maladie, les liens sociaux, et le bien être. Il permet de déterminer un score allant de 0 (pas de vulnérabilité) à 100 (vulnérabilité maximale). Le seuil discriminant les personnes socialement vulnérables est fixé à 30. (4,34)

Malgré tous ces outils, seul l'entretien prénatal précoce est validé pour le repérage des situations de vulnérabilité en périnatalité. Il s'agit d'une consultation à proposer systématiquement aux parents, le plus tôt possible après la confirmation de la grossesse. Elle permet au professionnel d'anticiper les difficultés psycho-sociales qui pourraient advenir. Cet entretien est réalisé par un professionnel choisi par la patiente, qui peut être : une sage-femme, un MG, un gynécologue-obstétricien, un gynécologue. Sa durée est de 45 minutes. Il bénéficie d'une cotation spécifique pour le MG de 2.5 C, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Même si une formation à cet entretien est préconisée par le ministère de la Santé et la HAS, il ne s'agit pas d'une condition légale pour que cet acte coté par le MG soit pris en charge par l'assurance maladie. (2,35–37) Cependant, les études montrent qu'il est peu pratiqué par les MG. (8, 26,39) Si nous observons de plus près les recommandations de la HAS le concernant, nous constatons qu'aucun MG n'a participé au groupe de travail. (2) Ceci nous amène à envisager que cette absence de participation pourrait expliquer en partie que cet entretien ne soit pas adapté à leur pratique.

Le recueil des situations de vulnérabilité par les MG de notre étude se faisait principalement au fil du temps. L'approche des situations de vulnérabilité par l'histoire de vie semble en effet être la plus appropriée à la pratique de la médecine générale. (39) L'entretien prénatal ne semblait également pas leur convenir et n'a été cité que par un MG qui le déléguait à la sage-femme de l'hôpital. Comme les outils précédemment cités, le travail, les ressources financières, la qualité de l'entourage socio-familial, la présence d'une pathologie

psychiatrique et les addictions étaient des critères retenant particulièrement leur attention. Ils ajoutaient le jeune âge et la femme enceinte migrante, également retenus par la NICE. (40) Il est intéressant de noter que le vécu de grossesse par le père était essentiellement abordé par l'intermédiaire de la femme enceinte. Les MG ne cherchaient pas activement à le rencontrer. Pourtant le vécu de la grossesse par les hommes est essentiel à évaluer. Ainsi, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé recommande d'inciter le père à venir en consultation. Plusieurs études ont montré que les hommes ressentaient un désintérêt des professionnels concernant leur vécu et que les réintégrer dans la prise en charge renforçait leur « estime de soi ». Or, leur rôle est crucial dans le bon développement de l'enfant. Rencontrer le père lorsqu'il est présent, est donc indispensable, particulièrement dans les situations de vulnérabilité où le travail du lien parents-enfant est primordial. (41–43) Enfin, l'approche essentiellement biomédicale d'un MG de notre étude nous permet de faire le lien avec les résultats de la thèse de C. Ernst Toulouse et de C. Nollet de 2015. Elles ont en effet distingué trois typologies de MG concernant leur recueil de la position sociale des patients: les « réticents » au recueil, les « mobilisables », et les « favorables ». (25) Elles proposent un levier d'action pour les « réticents » qui serait de sensibiliser les médecins au modèle bio-psycho-social et au rôle des déterminants sociaux sur la santé des patients.

4. Pistes d'amélioration

4.1. Améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes vulnérables

4.1.1. Développer le métier de médiateur de santé

La médiation en santé est une interface de proximité entre des personnes éloignées du système de santé et des professionnels/ou institutions qui interviennent dans leur parcours de soins. Le médiateur en santé est une personne ressource dont le rôle est de faciliter l'accès aux droits et à la prévention des personnes en situation de vulnérabilité. Son rôle doit être temporaire puisque l'objectif est l'autonomisation de la personne et le rétablissement du lien de confiance entre les deux publics. (44) Plusieurs études ont montré son efficacité vis-à-vis de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité, mais il s'agit d'un métier peu développé en France. (45–47) La Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) a introduit en 2016, dans le Code de la Santé Publique, un nouvel article qui aborde le sujet de la médiation sanitaire. (48) Suite à cette loi, une saisine de la HAS a eu lieu et une version provisoire de recommandations concernant la médiation en santé a été soumise à la consultation publique en 2017. La version finale reste à venir. (44) Le

besoin d'avoir des médiateurs de santé dans les situations de vulnérabilité des femmes enceintes a été mentionné par un MG. Nous pouvons expliquer cela par la méconnaissance de ce métier et par le fait qu'il s'agissait d'un MG fréquemment confronté à des patients en situation de précarité, donc probablement sensibilisé aux solutions existantes. Il pourrait s'agir d'une idée intéressante pour pallier le problème des patientes perdues de vue, des femmes enceintes migrantes allophones, ou des patientes ayant la crainte d'aller voir d'autres professionnels. Un projet de médiation en santé financé par l'ARS auprès des populations Roms est en cours d'élaboration au niveau de l'agglomération nantaise, en lien avec l'association Forges-Médiation. Une fois mis en place, il sera intéressant de recueillir le point de vue des patients et des professionnels y ayant eu recours.

4.1.2. Avoir un accès à l'interprétariat professionnel en ambulatoire

En France, la Charte de l'interprétariat professionnel médical et social affirme que l'interprétariat représente un intérêt aussi bien pour le patient que pour les professionnels de santé depuis 2012. L'interprétariat ambulatoire en France est très peu développé. En Alsace, son efficacité a pourtant été prouvée tant du point de vue des MG que des patients, où il a été mis en place depuis 2007. (49) Comme pour la médiation en santé, la reconnaissance de l'interprétariat professionnel depuis 2016 dans le Code de Santé Publique suite à la LMSS constitue une avancée. La HAS a élaboré des recommandations provisoires le concernant, soumises à la consultation publique en 2017. Elles concernent les professionnels de santé prenant en charge des patients allophones. L'objectif du recours aux interprètes professionnels est de disposer d'un moyen de communication dans le respect du patient, en garantissant des conditions d'accès dans tout le parcours de l'usager. (50) En Loire-Atlantique, l'Association Santé Migrants Loire-Atlantique (ASAMLA) est la seule association d'interprétariat professionnel. (51) Tous les MG de notre étude ayant réalisé le suivi de femmes enceintes allophones ont parlé des difficultés liées à la barrière linguistique et au respect du secret médical en présence d'un interprète non professionnel. Avoir accès à des interprètes professionnels en médecine générale est indispensable pour favoriser l'accès aux soins ambulatoires des femmes enceintes allophones. Depuis juin 2017, une expérimentation d'interprétariat professionnel en médecine générale, financée par l'ARS et l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) a débuté sur l'agglomération nantaise. Un développement est prévu dans plusieurs autres territoires des Pays de la Loire d'ici 2018 (annexe 9). Des études d'évaluation de ses effets sont en cours. (52)

4.1.3. Obtenir le tiers payant intégral pour toute femme enceinte

La prise en charge de la grossesse par l'Assurance Maladie est différente selon que la femme enceinte se situe avant ou après le 6ème mois. Avant le 6ème mois, seuls les examens médicaux obligatoires de suivi de grossesse sont pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais possible. L'échographie des 1er et 2ème trimestres est remboursée à 70 %. A partir du 6ème mois et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement, tous les frais médicaux remboursables sont pris en charge à 100 % avec dispense d'avance des frais, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse. La 3ème échographie est à ce titre prise en charge à 100 %. (53) Il existe 3 complémentaires santé gratuites en France : la CMU-C, l'AME et la prise en charge au titre des soins urgents et vitaux. La CMU-C et l'AME, pour y avoir droit, nécessitent d'avoir des ressources annuelles inférieures à un plafond (8723 euros pour une personne sur la dernière année). Les deux ont l'avantage de prendre en charge le ticket modérateur (7.50 euros pour une consultation standard de médecine générale) et de dispenser son bénéficiaire de l'avance des frais. (54) (56) La prise en charge des soins urgents et vitaux permet aux personnes en situation irrégulière, résidant en France depuis moins de 3 mois, d'avoir une prise en charge hospitalière avec exonération du ticket modérateur et dispense d'avance des frais. Sont considérés comme urgents, les soins dispensés à la femme enceinte et au nouveau né. (56)

En 2012, l'enquête française sur la Santé et la Protection Sociale a montré que le renoncement aux soins pour raisons financières concernait 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie, et majoritairement les personnes sans complémentaire santé. (57) Les dispositifs tels que la CMU-C sont réellement efficaces pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins pour raisons financières : toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent significativement moins de renoncement aux soins que les personnes sans complémentaire santé ou celles qui ne jugent pas « très bons » les remboursements de leur assurance complémentaire. (58) En se replaçant dans la perspective de l'OMS, l'universalité de l'accès aux soins passe notamment par l'absence de barrières financières à ce qui constitue le plus souvent la première porte d'accès au système de santé : la médecine générale. (59) Plusieurs MG de notre étude mettaient en avant qu'un suivi rapproché était nécessaire dans les situations de vulnérabilité de la femme enceinte. Ceci n'a pas été retrouvé dans les recommandations françaises, mais un suivi soutenu est reconnu efficace dans ces situations au Canada par exemple. (1,15,60) Le développement d'un lien significatif médecin-patiente favorise la résilience et peut avoir une incidence importante sur la trajectoire de vie des familles et le développement des enfants. (61,62) Ainsi, proposer le tiers payant intégral pour

toute femme enceinte, que les soins relèvent ou non de la grossesse, peut être une solution intéressante pour lever une partie du frein financier à l'accès aux soins de santé.

4.1.4. Sortir du paiement à l'acte

Le paiement à l'acte est la perception d'une somme directement versée par le patient au médecin, selon le (ou les) acte(s) effectué(s) : clinique(s) et/ou technique(s). Ces actes sont uniformisés au sein de la nomenclature générale des actes professionnels, qui leur fixe un tarif national. Celle-ci est complétée par une classification plus technique : la classification commune des actes médicaux. Il s'agit du mode de rémunération principal concernant la médecine libérale en France. (35,63) A l'étranger, la capitation est le mode de rémunération des médecins du Royaume-Uni par exemple : le MG perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit au sein de son cabinet indépendamment du volume de soins qu'il lui prodigue dans l'année. Les principaux avantages de ce mode de rémunération sont le nivellement des ISS entre les différents territoires d'un pays et le renforcement de la démarche de prévention. Dans le salariat, un contrat de travail est établi auprès d'un employeur public ou privé. La rémunération mensuelle est calculée selon le temps de travail passé, indépendamment de l'intensité de l'activité. C'est notamment le mode de rémunération principal au Portugal ou en Suède. Selon une étude Canadienne les médecins salariés passent plus de temps que ceux rémunérés à l'acte pour les activités de coordination de soins et sont plus satisfaits de leurs conditions de travail : moins de stress, temps de travail plus favorable, meilleure protection sociale. (64) Dans sa thèse réalisée en 2016, JB Lintanf a montré que la position des MG concernant le paiement à l'acte était ambivalente. D'un côté, ils étaient réticents à changer leur mode de rémunération par peur de l'inconnu ; d'un autre côté, il était selon eux nécessaire de sortir d'une « course à l'acte » qui déshumanise la relation médecin-patient, n'encourage pas la réalisation d'actions de prévention, et ne prend pas en compte les consultations complexes et le temps passé avec un patient. (65) Le souhait de sortir du paiement à l'acte a été émis par un MG de notre étude. Les systèmes de salariat ou de capitation semblent intéressants pour réaliser plus de prévention et pour faciliter l'accès aux soins des femmes enceintes ayant des difficultés financières. Il serait intéressant d'explorer l'opinion des MG à échelle nationale concernant le paiement à l'acte.

4.2. Améliorer la coordination du parcours de soins

4.2.1. Deux leviers d'action pour améliorer la connaissance du réseau autour de la femme enceinte en situation de vulnérabilité

- Le levier Réseau de Santé en Périnatalité (RSP) :

Depuis 2015, l'implication des RSP est particulièrement attendue dans la réduction des ISS et notamment dans l'amélioration du parcours de soins des femmes enceintes vulnérables qui nécessitent *« l'intervention coordonnée d'acteurs sanitaires et médico-sociaux»*. (66) Le RSP parisien SOLIPAM mérite d'être présenté car il répond pleinement à cette feuille de route. Il a en effet pour principal objectif d'assurer l'accès aux soins des femmes enceintes vulnérables et de leurs enfants, en les réintégrant dans le droit commun. Chaque patiente incluse est suivie par un binôme sage-femme / assistante sociale, qui coordonne et personnalise son suivi en fonction des problématiques posées. Ce *« suivi du suivi »* permet de maintenir la continuité du parcours de soins de la femme enceinte. (11) Un partenariat solide avec des professionnels de proximité, dont des MG, renforce son efficacité. Depuis 2015, un numéro vert permet une aide à la coordination des soins pour les patientes non incluses. Son rapport d'activité de 2016 a montré une efficacité en termes de taux de prématurité et de nouveaux nés de petits poids. (67,68) La commission *« parentalité – vulnérabilité »* du RSN des Pays de la Loire est composée d'un groupe de travail qui propose une journée de formation chaque année sur ce thème et élabore des outils d'aide à la prise en charge. Peuvent y participer tous les soignants des maternités, les professionnels de PMI, les pédopsychiatres et psychologues de secteur. Ainsi, nous constatons que les MG n'y figurent pas. (69) Si le principe de l'ouverture vers la ville et les professionnels libéraux est acquis, dans les faits, les réseaux peinent à associer pleinement le secteur libéral. De plus, de fortes disparités existent entre les catégories professionnelles représentant le secteur libéral : proportionnellement, les MG constituent la catégorie la plus faiblement représentée par rapport à son importance numérique sur le territoire. (13) Une piste d'amélioration serait donc d'intégrer les MG au sein du groupe de travail, afin de favoriser la diffusion du réseau existant auprès des MG, à l'instar de ce qui est fait pour le réseau de suivi des enfants nés prématurés ou hospitalisés en période néonatale. Aussi, les MG de notre étude étaient tous demandeurs d'un annuaire des structures et intervenants existants dans les situations de vulnérabilité de la femme enceinte. L'enrichissement de l'annuaire en ligne du réseau avec les intervenants du champ psycho-social et les médecins exerçant en secteur 1 pourrait faciliter la coordination du parcours de

soin des femmes enceintes en situation de vulnérabilité par les MG. (70) Les plaquettes du RSN, quant à elles, semblent intéressantes pour éveiller les MG aux situations de vulnérabilité chez la femme enceinte ; cependant, dans leur état actuel, le peu de coordonnées qui y figurent ne peut pas constituer une réponse suffisante au besoin de mieux connaître le réseau. Enfin, comme ce qui est fait à SOLIPAM, une fonction de coordination des soins des femmes enceintes vulnérables pourrait être assurée par le réseau.

- Elaborer son réseau personnel pour lever l'isolement (71) :

Les MG de notre étude fonctionnaient avec les intervenants de leur réseau personnel, fondé sur les retours positifs des patientes, les conseils par un collègue, les connaissances, en privilégiant ceux de secteur 1. Afin de pouvoir réaliser une prise en charge spécifique à chaque femme enceinte vulnérable, la CNNSE recommande aux professionnels de repérer au sein de leur territoire d'exercice les structures ressources suivantes : *« le RSP », « l'hôpital public de proximité, notamment les PASS », « la PMI », « les professionnels de secteur 1», « la Caisse d'Allocations Familiales et le Centre Communal d'Action Social (CCAS) », « les structures d'addictologies », « les centres de planification et d'éducation familiale », « le 39-19 pour les violences conjugales », « les services d'interprétariat professionnel », « le secteur associatif», « le Conseil général et les Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation via le 115, les CMS, ou la Maison de la Veille Sociale pour l'hébergement»*. Aussi, un groupe de travail de l'URML des Pays de la Loire a élaboré en 2017 un guide destiné aux MG accueillants en ambulatoire des personnes en situation de précarité. Il comporte des informations médico-sociales sur l'accompagnement des personnes en situation de précarité avec les structures d'orientation en fonction des situations. Il y a un chapitre concernant la femme enceinte : l'orientation à réaliser pour son suivi médical en fonction de sa couverture sociale, y est précisée. Un annuaire détaillé des partenaires ressources existants pour l'agglomération nantaise a été créé en deuxième partie du guide. Il est accessible via le site de l'URML des Pays de la Loire, dans l'onglet « précarité ». (15,72) Il pourrait être intéressant de tester l'efficacité de ce guide pour améliorer la coordination des soins de la femme enceinte en situation de vulnérabilité par les MG, puis d'adapter l'annuaire détaillé aux autres territoires de Loire-Atlantique.

4.3. Améliorer la communication entre les intervenants

4.3.1. Avoir un dossier périnatal commun

Relancé suite au 2ème plan de périnatalité 2005-2007, le carnet de santé maternité a pour objectif d' *« apporter une information claire concernant le déroulement de la grossesse, les droits, les obligations, les aides diverses et d'améliorer le suivi et la communication avec et entre les professionnels de santé et sociaux qui suivront la grossesse ».* (73) Il se présente en 3 parties dont un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnels de santé. (74) Toute femme enceinte en bénéficie gratuitement à l'issu du premier examen prénatal. Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de femmes enceintes déclarant l'avoir reçu était de 59 % en France et de 80 % en Pays de la Loire. (75) Cependant, plusieurs études ont montré que son volet médical était insuffisamment rempli : les professionnels considèrent que cela fait redondance avec leur propre dossier médical et ce carnet papier ne correspond pas à leurs logiciels de suivi, qui sont pour la plupart informatisés. (13, 76,77) Pourtant, une revue de la littérature établie par la Cochrane Library en 2015 a montré que le niveau de satisfaction des femmes était élevé concernant l'acquisition de leur carnet de santé maternité. (78) Dans sa thèse de 2016, R. Voisin, a interviewé deux focus groupes pluridisciplinaires, dont des MG, concernant leurs visions du dossier périnatal comme outil de liaison. Tous prônaient un dossier périnatal informatisé, plus adapté à leur pratique. (76) Ceci rejoint les résultats d'une étude australienne qui concluait qu'un outil informatique universel et accessible par tous les intervenants devait être développé pour rassembler toutes les informations provenant de différentes sources. (79) L'Occitanie dispose d'un dossier périnatal commun informatisé destiné gratuitement à tous les professionnels de la région intervenant dans le suivi et adhérents au RSP. Ce dossier est jugé positivement par ses utilisateurs et contribue à l'amélioration de la prise en charge des patientes dans la région. (80,81) Trois MG de notre étude souhaitait réintégrer le carnet de santé maternité dans la prise en charge. Cependant, un dossier commun informatisé semble donc être plus adapté. Il pourrait être intéressant de recueillir le point de vue des professionnels de périnatalité de Loire-Atlantique concernant le format souhaité d'un dossier commun partagé.

4.4. Développer des structures de prise en charge

4.4.1. Renforcer les structures de prise en charge sociale et clarifier le réseau social

Un MG de notre étude a dénoncé un contexte politique qui offrait peu de moyens alloués au système social. Ceci était selon lui responsable d'un manque de reconnaissance du métier d'assistant social, d'un important turn-over des salariés, assortis d'un nombre insuffisant de salariés ne favorisant pas la communication entre MG et assistants sociaux. Ceci rejoint les résultats de la thèse de 2015 de L. Doerflinger dans laquelle plusieurs MG se plaignaient d'un manque de moyens accordés au système social et d'une communication insuffisante avec les assistants sociaux. (82) Aussi, S. Sauvage, dans sa thèse réalisée en 2013 en Loire-Atlantique a montré que les MG étaient demandeurs d'une clarification du réseau médico-social. Une confusion était présente concernant le rôle des différentes structures sociales existantes et un annuaire des structures sociales était souhaité. (83) Les résultats de la thèse d'A. Moutel appuient ces résultats : les MG se sentaient en difficulté concernant les aides sociales existantes et l'orientation à proposer aux patients en situation de vulnérabilité sociale. Ils regrettaient le manque de lien avec les assistants sociaux. (84) Les MG de notre étude ont essentiellement cité les CMS comme interlocuteur social privilégié. Les CCAS qui sont des structures d'accompagnement, d'orientation, et de soutien des personnes qui rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne ont par exemple été très peu cités. Les structures de prise en charge sociale sont nombreuses et peuvent être sources de confusion. Or, la prise en charge sociale est primordiale dans ces situations. Il semble indispensable qu'un annuaire d'aide à la coordination mentionne les différentes structures sociales existantes avec les champs d'action de chacune. Après clarification du réseau social, utiliser les ressources disponibles, ne serait-il pas suffisant pour répondre aux problématiques sociales des femmes enceintes vulnérables ?

4.4.2. Développer des structures de prise en charge en santé mentale

Les MG de notre étude avaient besoin d'être soutenus dans les problématiques en santé mentale des femmes enceintes. La plupart du temps, ils réalisaient seuls une psychothérapie de soutien et une adaptation du traitement. Lorsqu'ils souhaitaient recourir à un avis supplémentaire ou compléter la prise en charge, ils se plaignaient de délais longs de prise en charge par les psychiatres libéraux de secteur 1 et dans les CMP. Ce manque d'intervenants en santé mentale était compliqué d'une communication avec ces professionnels insuffisante, voire inexistante. Ceci rejoint les résultats de l'étude de 2013 de l'Observatoire Régional de la

Santé des Pays de la Loire qui a montré que les pratiques des MG des Pays de la Loire dans le domaine de la santé mentale apparaissaient liées aux questions de disponibilité et de proximité des professionnels spécialisés en santé mentale. 80 % des MG des Pays de la Loire considéraient que l'accès à ces professionnels était difficile sur leur zone d'exercice. Ce constat faisait écho à des densités régionales en psychiatres et en psychologues très inférieures à la moyenne nationale. Aussi, la faible disponibilité des psychiatres et psychologues dans les CMP conduisait souvent à une prise en charge par des infirmiers, ce qui, associée aux délais longs d'obtention de rendez vous, constituaient des freins à l'orientation pour les MG, en demande d'expertise. De ce fait, 91 % des MG des Pays de la Loire déclaraient assurer eux-mêmes la prise en charge du patient dépressif.(85) Développer des structures de prise en charge en santé mentale en Pays de la Loire, ou réfléchir à une facilitation du parcours de soin du patient dépressif semble donc être une nécessité.

4.4.3. Développer des structures de prise en charge globale

La création d'unités de prise en charge globale semblables à l'UGOMPS au sein des maternités éloignées de Nantes était proposée par plusieurs MG. L'idée était d'offrir une prise en charge globale, au sein d'un lieu unique, lorsque les situations de vulnérabilité se cumulaient et que la prise en charge ambulatoire devenait trop compliquée.

A Montréal, la Maison Bleue est un lieu ambulatoire qui propose des services en périnatalité aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Le suivi y est partagé et soutenu par une équipe pluridisciplinaire composée de MG, sages-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues et éducateurs spécialisés. La précocité de l'intervention, le dépistage en continu, l'intensité, la globalité, la durée du suivi et le travail en pluridisciplinarité sont les déterminants de son efficacité. Une étude évaluant les effets de cette structure a montré que ce modèle favorisait une expérience positive de la grossesse et de la parentalité : le lien parents-enfant en était amélioré ; l'isolement brisé ; et les familles étaient outillées pour prendre en charge leur mieux-être et celui de leurs enfants. Une diminution de la morbidité a pu être mesurée concernant le poids de naissance de l'enfant et le taux de prématurité. Le taux d'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital était plus élevé. La réplication d'un lieu similaire en France pourrait être une idée intéressante. (86,87)

Le souhait des MG de notre étude de développer des structures de prise en charge globale, l'exemple de l'UGOMPS, et de la Maison Bleue au Canada sont donc en faveur du déploiement de services accessibles et de qualité, modulés en fonction des besoins des femmes et de leur famille. Ces modèles d'intervention globale fondés sur une conception

intégrative des problématiques visent ultimement à atténuer les effets des ISS sur la mère et l'enfant à naître. (11, 68,87–89)

CONCLUSION

La vulnérabilité d'une femme enceinte renvoie à des problématiques multiples susceptibles de se répercuter sur la santé de la mère et de l'enfant à naître. Le principe de l'équité en matière de santé prend tout son sens dans ces situations : il est nécessaire de viser l'égalité, pour toute femme enceinte, dans les résultats du suivi de grossesse et non dans les moyens. Une prise en charge collégiale, médico-psycho-sociale, et spécifique à chaque femme enceinte vulnérable a d'ailleurs montré son efficacité en matière de diminution de la morbi-mortalité materno-fœtale. Or, une situation de vulnérabilité repérée nécessite d'être organisé a priori afin de proposer une prise en charge adaptée. À ce propos, l'aide aux professionnels de santé en soins primaires a été pour l'instant insuffisante. Pourtant, les médecins généralistes sont des acteurs importants du suivi de grossesses en Pays de la Loire, et des témoins privilégiés des inégalités sociales en santé. Notre étude leur a donné la parole afin d'explorer leurs besoins dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Nous avons constaté que leur définition des situations de vulnérabilité n'était pas consensuelle. Globalement, les médecins généralistes retenaient des critères de vulnérabilité semblables à ceux mentionnés dans différents outils d'aide au repérage. Ils ajoutaient des éléments supplémentaires, tels que « la femme enceinte migrante » ou « le jeune âge», et une place importante était accordée au vécu de la grossesse. Qualifiées de difficiles et chronophages, ces prises en charge ont permis de faire émerger différents besoins autour de quatre thématiques :

- améliorer l'accès aux soins
- améliorer la coordination des soins
- améliorer la communication entre les différents intervenants
- développer des structures de prise en charge

L'accent doit particulièrement être mis sur l'amélioration de la connaissance du réseau. En effet, les réseaux de proximité associant les professionnels ambulatoires, hospitaliers, de PMI, et les associations, peuvent apporter une réponse adaptée à la prise en charge de ces femmes enceintes. L'établissement de relations de confiance mutuelle entre professionnels est un élément de réussite majeure. L'intégration des médecins généralistes au sein de la commission *« vulnérabilité-parentalité »* du Réseau Sécurité Naissance constituerait une première étape. Aussi, il conviendrait probablement d'enrichir l'annuaire en ligne du réseau, et de diffuser le

guide de l'accompagnement de la personne en situation de précarité en Pays de la Loire auprès des médecins généralistes. Il serait nécessaire d'engager une réflexion autour d'un dossier commun partagé, adapté à la pratique des différents professionnels, pour favoriser leurs échanges.

Il sera intéressant d'analyser les propositions du prochain Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des Pays de la Loire pour la période 2018-2022, dont l'un des enjeux majeurs concernera la réduction des inégalités sociales en santé. Il est actuellement en cours de rédaction avec les professionnels de premier recours, médecins généralistes notamment.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour 2016.

2. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005.

3. Philippe H. Propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité (ou en situation de vulnérabilité sociale) [Internet].2006. Disponible sur: http://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/rx/si2939woawgtm7tnewx4om2t9m1tx3-org.pdf (consulté le 3 septembre 2017)

4. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires. 2007 Jan;(53):3-49.

5. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. 2004 Jan.

6. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité. J de Gynecol Obstet Hum Reprod. 2002;34(1):23-32.

7. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité. 2004 nov.

8. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai.

9. Scoazec C. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam. [Mémoire]. Université Paris Descartes. 2011.

10. Hart J. The inverse care law. J Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.

11. Mahieu-Caputo D. Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale : quelle prise en charge ? In: Roegiers L, Molénat F Stress et grossesse. ERES. 2011;p. 183-8.

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

13. Ministère de la santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final. 2010 mai ; p. 6-7.

14. ARS Pays de la Loire. Evaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé - Santé des populations en grande vulnérabilité. 2014 Juil.

15. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. 2014.

16. Cassegrain E. Comment les médecins généralistes de la communauté urbaine du Mans suivent-ils les grossesses des patientes qu'ils définissent à risque par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques ? [Thèse]. Université d'Angers. 2013.

17. Frappé P. Initiation à la recherche. GM Santé DL. Paris: Neuilly-sur-Seine. 2011.

18. Pellacia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. 2010;10(4):293-304.

19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la revue. 2015 Jan 9;15(157):50-4.

20. Gelin Z. Introduction à l'Interpretative Phenomenological Analysis. Power Point présenté en Belgique. 2013 Oct 16.

21. Bardin L. L'analyse de contenu. 2ème édition « quadrige ». Paris Presses Universitaires de France. 2013, 296 p.

22. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf (consulté le 10 Juillet 2017)

23. Temporal F, Larmarange J. Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives. [Internet]. 2006. Disponible sur : https://www.google.fr/search?q=d%C3%A9roulement+des+enqu%C3%AAtes+quantitatives+et+ou+qualitatives&oq=d%C3%A9roulement+des+enquetes+quantitat&aqs=chrome.1.69i57j0.5100j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8. (consulté le 9 mars 2017)

24. Jarno-Josse A. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire. Résultats d'une revue systématique et méthodique de la littérature. [Thèse]. Université de Brest.2016.

25. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. [Thèse]. Université de Nantes. 2014.

26. Lanoë J. Exploration du contexte social et psychologique des femmes enceintes : quelles sont les pratiques des médecins généralistes ? [Thèse]. Université de Nantes. 2012.

27. Munro K, Jarvis C, Kong LY. Perspectives of Family Physicians on the Care of Uninsured Pregnant Women. J Obstet Gynaecol Can. 2013;35(7):599-605.

28. Lagadec N, Ibanez G. Prendre en compte la qualité de vie des femmes enceintes en médecine générale. Exercer. 2016;27(124):72-84.

29. Ibanez G. Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant. [Thèse]. Université Pierre et Marie Curie Paris. 2014.

30. NICE. Antenatal ant postnatal mental health : clinical management and service guidance. 2014.

31. OMS. Santé mentale. [Internet]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/mental_health/fr/ (consulté le 15 août 2017)

32. Observatoire Régional de la Santé. Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. 2016.

33. Groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Collège de la Médecine Générale. 2014.

34. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Saint-Etienne Cetaf. 2005.

35. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Version juin 2017.

36. Circulaire n°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

37. Talbot R. Vous suivez des grossesses ? Cotez donc l'EPP ! [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/vous-suivez-des-grossesses-cotez-donc-l-epp.html (consulté le 19 août 2017)

38. Richou E. L'entretien prénatal précoce. Connaissance et réalisation par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Thèse]. Université de Nantes. 2014.

39. Lognos B, Carbonnel F, Million E, Badin M, Boulze I, Bourrel G, et al. L'approche centrée patient améliore et facilite la détection de la vulnérabilité sociale. Analyse qualitative phénoménologique. Ethique et santé. 2016;228-34.

40. NICE. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. Clinical guideline. 2010.

41. INPES. Le vécu de grossesse par les hommes. 2010, 4 p.

42. Bolzinger E. Sur le chemin de la paternité, les premiers pas du père. La parole donnée aux hommes. [Mémoire]. Université de Nancy. 2012.

43. Le Camus J. Une place pour le père, déjà dans la petite enfance. Montréal. 2002.

44. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Version provisoire soumise à la consultation publique. 2017.

45. Programme National de Médiation Sanitaire en direction des populations en situation de grande précarité. [Internet]. Disponible sur: http://www.mediation-sanitaire.org (consulté le 3 août 2017)

46. Evaluation du Programme National de Médiation sanitaire. Rapport final. 2016.

47. Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms. Rapport final d'évaluation. 2013.

48. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 90. [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=463E473324D913764ADED7F0429E0C25.tpdila16v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=LEGIARTI000031916282&dateTexte=20160127 (consulté le 8 août 2017)

49. Migrations Santé Alsace. L'interprétariat, un outil d'accès aux droits et aux soins . [Internet]. Disponible sur: https://www.migrationssante.org/axes-dintervention/interpretariat/linterpretariat-un-outil-dacces-aux-droits-et-aux-soins/ (consulté le 8 août 2017)

50. HAS. Interprétariat dans le domaine de la santé. Version provisoire soumise à la consultation publique. 2017.

51. Association Santé Migrants Loire-Atlantique. Les partenaires. [Internet]. Disponible sur: http://www.asamla.fr/partenaire/ (consulté le 8 août 2017)

52. URML des Pays de la Loire. Interprétariat. [Internet]. URML Pays de la Loire. 2017 Disponible sur: http://urml-paysdelaloire.org/precarite-et-interpertariat/interpretariat/ (consulté le 8 août 2017)

53. Grossesse : démarches et accompagnement. [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/grossesse (consulté le 18 juillet 2017)

54. CMU complémentaire : conditions et démarches [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/cmu-complementaire (consulté le 14 août 2017)

55. Aide médicale de l'État (AME) : vos démarches [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame (consulté le 14 août 2017)

56. L'accès aux droits et aux soins [Internet]. Disponible sur: http://www.cpam-vo.fr/missionsociale/ads/index5.html (consulté le 14 août 2017)

57. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. 2014. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: 556.

58. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. 2012.

59. OMS. Couverture sanitaire universelle et accès universel. [Internet]. Disponible sur: http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/fr/ (consulté le 25 juillet 2017)

60. URPS Pays de la Loire. Guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risque. Du projet de naissance à l'accouchement. 2011.

61. Rutter M, Collishaw S, Pickles A, Messer J, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. Child Abuse Negl. 2007;211-29.

62. Shonkoff J, et al. Center on the Developing Child. Children's Emotional Development is built into the Architecture of their Brains. 2011.

63. L'Assurance Maladie. CCAM en ligne. [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/index.php (consulté le 23 août 2017)

64. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, Cartier T, Vanmeerbeek M, Widmer D, et al. Mode de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? Exercer. 2015;26(119):52-61.

65. Lintanf J. Opinions des médecins généralistes des Pyrénées Orientales face au paiement direct à l'acte et ses alternatives. [Thèse]. Université de Montpellier. 2016.

66. Ministère de la santé. Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. 2015.

67. Rapport d'activité du réseau SOLIPAM. 2016.

68. SOLIPAM. Qui sommes nous ? [Internet]. Disponible sur: http://solipam.fr/-Qui-sommes-nous,9- (consulté le 2 février 2017)

69. Réseau Sécurité Naissance. Parentalité - Vulnérabilité. [Internet]. Disponible sur: http://www.reseau-naissance.fr/parentalite-vulnerabilite/ (consulté le 15 janvier 2017)

70. Annuaire des professionnels [Internet]. [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: http://www.reseau-naissance.fr/annuaire-des-professionnels/

71. Falcoff H. Le dilemne de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Réduire les inégalités sociales en santé. INPES Editions. 2010.

72. URML des Pays de la Loire. Guide pour les médecins généralistes accueillant en ambulatoire des personnes en situation de précarité. [Internet]. Disponible sur: http://urml-paysdelaloire.org/precarite/precarite/ (consulté le 14 août 2017)

73. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse). [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365 (consulté le 14 août 2017)

74. Journal Officiel de la République Française. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 7 juillet 2016 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité ».

75. Observatoire Régional de la Santé. Réseau Sécurité Naissance. La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport. 2013.

76. Voisin R. La coordination du suivi de grossesse à travers le dossier de suivi prénatal. [Thèse]. Faculté de Lyon Est. 2016.

77. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés. [Thèse]. Faculté de Rouen. 2013.

78. Brown H, Smith H, Mori R, Noma. Giving women their own case notes to carry during pregnancy (review). Cochrane Libr. 2015.

79. Toohill J, Soong B, Meldrum M. Risk management considerations and the pregnancy handhed record. Women Birth. 2006;(19):113-6.

80. Raffier L. Etude sur la sécurisation du recueil et des échanges de données en périnatalité. Rapport final. 2015.

81. Naître en Languedoc-Roussillon. Dossier informatisé. [Internet]. Disponible sur: http://www.nglr.fr/les-actions-naitre/dcpi-naitre (consulté le 14 août 2017)

82. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie. [Thèse]. Faculté de Nancy. 2015.

83. Sauvage S. Analyse qualitative des difficultés, des pratiques et des attentes des médecins généralistes et des assistantes sociales de secteur autour de la prise en charge des situations médico-sociales complexes. [Thèse]. Université de Nantes. 2013.

84. Moutel A. Précarité et médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes du secteur de Redon. [Thèse]. Université de Rennes. 2009.

85. Observatoire Régional de la Santé. La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire. 2013.

86. La Maison Bleue [Internet]. Disponible sur: http://www.maisonbleue.info/fr/ (consulté le 14 août 2017)

87. Dubois N, Brousselle A, Ghayda H, Laurin I, Lemire M, Tchouaket E. Evaluation de la mise en oeuvre, des effets et de la valeur économique de la Maison Bleue. 2015.

88. Marsh GN, Channing DM. Comparison in use of health services between a deprived and an endowed community. Arch Dis Child. 1987 Apr;4(62):392-6.

89. Marsh GN. Clinical medicine and the healt divide. 1988 Jan;5-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : traduction française de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 2 : 1ère version de la grille d'entretien

1) **Pouvez-vous vous présenter ?**

Relance :

- âge
- lieu d'exercice
- mode d'exercice : en cabinet de groupe / MSP / cabinet seul
- nombre d'années d'installation
- formation complémentaire en gynécologie

2) **Comment définiriez-vous la vulnérabilité d'une femme enceinte ?**

Relance : quelle est votre représentation de la vulnérabilité en général ?

3) **Dans votre pratique, vous arrive t-il de prendre en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?**

Relance : jamais ? Rarement ? Souvent ?

4) **Avez-vous déjà ressenti des difficultés dans la prise en charge de femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?**

Relance : si oui, pouvez-vous me citer des exemples de difficultés rencontrées ?

5) **Quels intervenants avez vous déjà sollicité pour vous aider dans la prise en charge de femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?**

Relance : quelle est votre vision concernant vos expériences de travail en pluridisciplinarité pour la prise en charge de femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?

6) **Quelles seraient vos besoins dans la prise en charge de femmes enceintes en situation de vulnérabilité ?**

ANNEXE 3 : 2ème version de la grille d'entretien

1) **Pouvez-vous vous présenter ?**
    - âge
    - lieu d'exercice
    - mode d'exercice : cabinet de groupe / MSP / cabinet seul
    - nombre d'années d'installation
    - formation complémentaire en gynécologie
2) **Quels sont les critères de vulnérabilité d'une femme enceinte que vous retenez habituellement ?**
    - Pouvez vous me citer des exemples de patientes enceintes que vous suivez ou avez suivies et que vous considérez vulnérables par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques ?
3) **Dans votre pratique, vous arrive t-il de prendre en charge des femmes enceintes que vous jugez en situation de vulnérabilité ?**

    Relance : jamais ? Rarement ? Souvent ?
4) **D'une manière générale, comment suivez-vous les grossesses de ces patientes ?**
    - Qu'est ce qui a marché dans le suivi ?
    - Qu'est ce qui n'a pas marché ?
5) **Avez-vous déjà ressenti des difficultés dans la prise en charge de ces patientes ?**
    - Pouvez-vous me citer des exemples de difficultés rencontrées ?
6) **Comment résolvez-vous ces difficultés de prise en charge ?**
    - Travaillez-vous avec d'autres intervenants ou structures pour la prise en charge de ces patientes ? Si oui, lesquels ?
    - Quelle est votre vision de travail en pluridisciplinarité avec les autres intervenants pour la prise en charge de ces patientes ?
7) **Quelles seraient vos besoins dans la prise en charge de femmes enceintes en situation de vulnérabilité?**

ANNEXE 4 : 3ème version de la grille d'entretien

1) **Pouvez-vous vous présenter ?**
    - âge
    - lieu d'exercice
    - mode d'exercice : cabinet de groupe / MSP / cabinet seul
    - nombre d'années d'installation
    - formation complémentaire en gynécologie
2) **Quels sont les critères de vulnérabilité d'une femme enceinte que vous retenez habituellement ?**
    - Pouvez vous me citer des exemples de patientes enceintes que vous suivez ou avez suivies et que vous considérez vulnérables par leurs caractéristiques psycho-socio-économiques ?
3) **Dans votre pratique, vous arrive t-il de prendre en charge des femmes enceintes que vous jugez en situation de vulnérabilité ?**

    Relance : jamais ? Rarement ? Souvent ?
4) **D'une manière générale, comment suivez-vous les grossesses de ces patientes ?**
    - Qu'est ce qui a marché dans le suivi ?
    - Qu'est ce qui n'a pas marché ?
5) **Avez-vous déjà ressenti des difficultés dans la prise en charge de ces patientes ?**
    - Pouvez-vous me citer des exemples de difficultés rencontrées ?
6) **Comment résolvez-vous ces difficultés de prise en charge ?**
    - Travaillez-vous avec d'autres intervenants ou structures pour la prise en charge de ces patientes ? Si oui, lesquels ?
    - Quelle est votre vision de travail en pluridisciplinarité avec les autres intervenants pour la prise en charge de ces patientes ?
7) **Quelles seraient vos besoins dans la prise en charge de femmes enceintes en situation de vulnérabilité?**
8) **Ajout de la question 7 si dans la réponse à la question 6 était cité le besoin d'améliorer la connaissance du réseau. Pensez-vous qu'un guide d'accompagnement médico-psycho-social des femmes enceintes en situation de vulnérabilité par les médecins généralistes de Loire-Atlantique serait-utile?**
    - Si oui, quelles informations aimeriez-vous avoir sur ce guide ?
    - Quel format imagineriez-vous ? Informatique ? Papier ? Données sur une page unique ?

ANNEXE 5 : formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Projet de recherche :

Exploration des besoins des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Personnes responsables du projet :

Leslie Visage, interne en médecine générale, dans le cadre de sa thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine.

Madame le Dr Maud Poirier, directrice de la thèse.

Raison et nature de la participation

Votre participation sera requise pour une rencontre d'environ 30 minutes. Cette rencontre aura lieu à votre lieu de travail, ou ailleurs selon votre convenance, en fonction de vos disponibilités. Vous aurez à répondre des questions ouvertes concernant le thème de la thèse, préparées au préalable. Cette entrevue sera enregistrée sur une bande audio.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de pouvoir vous exprimer et donner votre avis sur une problématique de médecine générale. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité par les médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de

recherche sera conservée par les chercheurs responsables du projet de recherche. Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre à l'objectif scientifique du projet de recherche décrit dans ce formulaire d'information et de consentement.

Résultats de la recherche

Vous serez informé des résultats de la recherche. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet. Signature de la participante ou du participant :

_____ Fait à _____, le _____.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que ma directrice de thèse et moi sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement. Signature du chercheur principal de l'étude :

_____

ANNEXE 6 : tableaux d'analyse

Thème	Catégories	Sous catégories	Etiquettes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nb d'occurrences
Critères de vulnérabilité : une définition qui n'est pas consensuelle	La vulnérabilité liée à l'état de santé	Antécédents obstétricaux	Les antécédents de grossesses difficiles.				M4		M6	M7	M8				4
		Terrain	Les facteurs de risque obstétricaux.				M4			M7	M8			M11	4
			La présence d'une maladie chronique à surveiller.						M6	M7	M8				3
			La présence d'un handicap physique.				M4								1
			L'obésité.						M6		M8				2
			Les mutilations sexuelles féminines.						M6						1
	La vulnérabilité liée aux facteurs de risque psycho-sociaux	Repérage de la vulnérabilité.	Situation connue dès le début de grossesse : facilite la prise en charge psycho-sociale ultérieure.	M1	M2		M4	M5	M6	M7			M10	M11	8
			Pas de renseignement sur la situation psycho-sociale sauf si la patiente en parle.								M8				1
			Analyse répartie sur plusieurs consultations.			M3	M4	M5	M6			M9	M10	M11	7
		Facteurs de vulnérabilité psychologiques	Le jeune âge.	M1	M2	M3	M4	M5	M6			M9	M10		8
			Une grossesse non désirée.	M1	M2	M3	M4			M7		M9	M10		7
			Une grossesse surinvestie avec l'absence de connexion avec la réalité.	M1			M4						M10		3
			Le renoncement à une IVG.	M1		M3	M4								3
			Les conduites addictives.		M2	M3			M6	M7		M9	M10		6
			La souffrance psychologique de la patiente au travail.							M7					1
			La présence d'un syndrome dépressif.		M2	M3	M4	M5		M7			M10	M11	7
			La présence d'une pathologie psychiatrique.		M2	M3	M4			M7			M10		5
			ATCD de dépression du post partum.							M7				M11	2
			L'absence de repères familiaux solides en termes de guidance parentale.				M4					M9	M10		3
		Facteurs de vulnérabilité sociale	La catégorie socio-professionnelle défavorisée.		M2	M3	M4	M5	M6	M7		M9			7
			La présence d'horaires décalés au travail.						M6						1
			L'absence de travail chez la patiente.	M1		M3	M4	M5	M6	M7					6
			L'absence de travail chez le conjoint.							M7					1
			Un travail précaire.	M1	M2	M3	M4		M6				M10		6
			L'exposition professionnelle à des toxiques.	M1					M6						2
			La pénibilité du travail.	M1	M2		M4		M6						4
			Des ressources financières insuffisantes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7		M9	M10		9
			Un accès insuffisant à la nourriture	M1	M2		M4								3
			Des conditions de logement précaires voire l'absence de logement	M1			M4		M6	M7		M9			5
			Une difficulté d'accès aux transports			M3			M6	M7		M9			4
			La CMU, l'AME, des marqueurs de précarité.	M1		M3	M4	M5	M6						5
			L'absence de complémentaire santé.	M1		M3			M6						3
			L'absence de couverture sociale.			M3			M6						2
			Un manque de connaissance des droits.			M3			M6						2
			L'absence de connaissance du système de santé français.			M3									1
			La femme migrante.			M3			M6			M9		M11	4
			La personne qui ne parle pas français.			M3			M6			M9			3
			Des ressources intellectuelles limitées.	M1		M3									2
			Un entourage socio-familial précaire.	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7		M9	M10		9
			L'absence du père	M1		M3	M4	M5	M6				M10		6
			Le refus de reconnaissance de paternité			M3	M4		M6						3
			Un père qui est lointain						M6						1
			Un père abandonnique, non aidant	M1		M3	M4								3
			Les violences conjugales et intra-familiales.	M1	M2	M3		M5	M6						5
			Antécédents d'union qui n'ont pas durées					M5							1
			La présence d'enfants en bas âge au domicile.	M1	M2		M4	M5	M6	M7		M9			7
			Un antécédent d'enfant(s) placé(s)									M9		M11	2

Thème	Catégories	Sous catégories	Etiquettes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nb d'occurrences
Le temps de la consultation	La relation avec la patiente	Une relation de confiance	Facilitée par les rencontres préalables à la grossesse.	M1	M2		M4	M5	M6	M7		M9	M10		8
			Facilitée par la connaissance de l'entourage.				M4					M9	M10		3
			Un lien fort nécessaire pour le suivi du post-partum.	M1	M2		M4	M5	M6	M7		M9	M10		8
			La patiente, rapporteur principal des consultations avec les autres intervenants de la périnatalité.	M1											1
			La patiente se confie plus facilement au MG qu'aux autres intervenants.		M2		M4			M7					3
			Un atout pour la gestion des situations de vulnérabilités psycho-sociales.	M1	M2		M4		M6	M7		M9	M10		7
		Une relation sur un mode paternaliste.	Accompagner la patiente qui ne peut pas se prendre en charge seule.					M5							1
			Pour les jeunes patientes, être soi-même parent entraîne ce mode de relation.										M10		1
		Quel que soit le mode de relation : une vigilance accrue.	Ne pas perdre de vue la patiente.	M1		M3		M5	M6	M7		M9			6
			S'assurer du bon déroulement du suivi de grossesse.	M1		M3	M4	M5	M6	M7		M9			7
		Un sentiment de culpabilité.	Des problématiques sociales insolubles.				M4		M6						2
			Comparer sa propre situation avec celle de la patiente.						M6						1
		Un sentiment d'agacement dans certaines situations.	Des patientes exigentes aux plaintes multiples.									M9			1
			Un sentiment de mise en échec.			M3			M6	M7		M9			4
		Un sentiment d'inquiétude.	L'arrivée d'un enfant dans un environnement non sécure.	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7		M9	M10		9
	Des problématiques spécifiques à certaines situations de vulnérabilité.	Les patientes migrantes allophones.	Le problème du respect du secret médical en présence d'une personne tierce interprète non professionnelle.						M6						1
			L'absence d'interprète professionnel en ambulatoire.						M6			M9			2
			Des problèmes psychologiques difficiles d'accès.			M3			M6						2
			La barrière linguistique augmente le temps de consultation.			M3			M6			M9			3
			La non connaissance de l'organisation du système de santé.			M3									1
		Les violences conjugales	La gestion de ces situations est d'autant plus complexe pendant la grossesse.									M9			1
		Les conduites addictives.	Souvent un refus à la seule proposition de sevrage.		M2	M3									2
		En cas de travail à risque materno-foetal	Négocier avec la sécurité sociale la garantie d'une rémunération en cas d'arrêt de travail avant le congés maternité (allocation						M6						1
			Donner des conseils adaptés sans faire culpabiliser la patiente.						M6						1
	Le suivi médical de grossesse	La surveillance biomédicale habituelle.	La prise en charge biomédicale prend moins de temps que la prise en charge psycho-sociale.	M1								M9	M10		3
			Réalisée en première partie de consultation pour finir sur la partie psycho-sociale.									M9	M10		2
		La partie médicale requiert une attention particulière.	Un risque de morbidité materno-foetale plus important.				M4	M5	M6	M7		M9		M11	6
			Plus de troubles psycho-comportementaux chez l'enfant à naître.		M2										1
		Une approche essentiellement biomédicale.	Le suivi bio-médical avant tout.								M8				1
			C'est à la patiente d'exposer au médecin ses difficultés psycho-sociales, pas au médecin de les rechercher.								M8				1
	Un champ d'action limité ou aux limites incertaines.	Un manque de formation dans certains domaines.	Les situations de violences conjugales et familiales.									M9			1
			La gestion des traitements antidépresseurs pendant la grossesse (manque de psychiatre pour les avis).		M2										1
			La prise en charge spécifique des personnes en situation de précarité.					M5	M6	M7		M9			4
		La place du MG.	Jusqu'où le MG doit aller dans la prise en charge.					M5	M6			M9			3
			Dépasser son champ de compétences : faire du social		M2			M5	M6						3
	Des consultations chronophages.	La prise en charge psycho-sociale prend du temps et nécessite de la disponibilité.	Etre à l'écoute.	M1		M3	M4	M5	M6	M7		M9	M10	M11	9
			Rassurer.				M4		M6	M7		M9	M10	M11	6
			Soutenir.	M1			M4	M5	M6	M7		M9	M10	M11	7
			Rôle renforcé de préparation à la naissance et à la parentalité.	M1			M4	M5	M6	M7		M9	M10		7
			Adapter son discours à la situation sociale.			M3			M6						2
			Rechercher les intervenants vers qui orienter en fonction du contexte psycho-social.		M2	M3	M4	M5	M6	M7		M9			7
			Essayer de "tout" gérer en une seule fois par peur de perdre de vue la patiente.						M6						1
			Les autres spécialistes se concentrent sur le biomédical.		M2		M4			M7				M11	4
			La prise en charge sociale est surtout réalisée en post partum.										M10		1
		Le médecin généraliste, intermédiaire dans ces situations.	Prise de rendez vous ou contact des intervenants à la place de la patiente.	M1	M2	M3			M6		M8	M9			6
			Contact des intervenants de la périnatalités que la patiente a vus.	M1				M5	M6	M7			M10		5
		Le problème du temps.	Un retard chronique.						M6					M11	2
			Faire revenir la patiente plus souvent.			M3				M7					2
			Prévoir un temps de consultation plus long.			M3	M4	M5				M9			4
			Contacter les différents intervenants sur le temps non travaillé.						M6	M7					2
			Ce temps peut être pris du fait de la rareté des patientes en situation de vulnérabilité.							M7		M9			2
			Un temps non rémunéré.			M3			M6			M9			3

Thème	Catégories	Sous catégories	Etiquettes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nb d'occurrences
La coordination et le parcours de soin.	La coordination	L'accompagnement médico-psycho-social ambulatoire n'est pas simple à assurer.	Un "tri" entre une prise en charge médico-psycho-sociale ambulatoire ou hospitalière fait au "feeling" selon les ressources de la patiente.			M3			M6						2
			Se heurter au frein à l'accès aux soins	M1	M2	M3	M4		M6	M7		M9	M10		8
			Un manque de coordination entre les différents intervenants de la périnatalité : difficulté à avoir du lien inter-personnel.	M1	M2	M3			M6			M9	M10	M11	7
			Les structures médico-sociales sont débordées.			M3									1
			Se heurter à un déficit en structures de soins psychiatriques et psychologiques.		M2		M4			M7				M11	4
		Se heurter au frein à l'accès aux soins.	L'absence de tiers payant maternité intégral avant le 4ème mois de grossesse.	M1											1
			Les difficultés financières et le problème des patientes sans mutuelle/	M1	M2	M3			M6	M7		M9	M10		7
			Parfois consultation ou part mutuelle non payée au médecin par la patiente.		M2	M3			M6						3
			Accès aux spécialistes de secteur 2 et aux professionnels de santé non pris en charge par l'assurance maladie (psychologues).	M1			M4			M7		M9			4
			Une orientation parfois d'emblée à l'hôpital public du fait de l'absence d'avance des frais.	M1		M3	M4		M6			M9			5
			Pour les patientes connaissant mal le territoire (patientes migrantes) : expliquer comment se rendre aux différents endroits.						M6						1
			Les patientes ayant des difficultés de transport.						M6	M7		M9			3
		Aider la patiente à accéder à ses droits	Orienter vers la PASS en l'absence de couverture sociale.			M3									1
			Orienter vers l'hôpital pour une prise en charge psychosociale complémentaire de la prise en charge médicale.			M3		M5	M6		M8	M9		M11	6
			Orienter vers un (e) assistant (e) social (e)		M2	M3		M5	M6		M8	M9	M10		7
			Aider soi même dans les démarches sociales.					M5	M6						2
		Une orientation fréquente vers les structures de soins non lucratives sanitaires et sociales.	L'hôpital public, un partenaire privilégié dans les situations de vulnérabilité.	M1		M3		M5	M6	M7	M8	M9		M11	8
			Les centres médico-sociaux : assistant (e) social (e) et PMI	M1		M3			M6	M7	M8	M9		M11	7
			Les centres médico-psychologiques.				M4			M7		M9	M10		4
			Les associations.						M6	M7		M9			3
		Le problème du déficit en structures de soins en santé mentale.	Manque ressenti de psychiatres avec des délais longs de prise en charge.		M2		M4			M7				M11	4
			Solitude du médecin généraliste dans de nombreuses situations de prise en charge psychologiques/psychiatriques.		M2		M4			M7				M11	4
			Délais longs de prise en charge dans les CMP.				M4			M7					2
		Le travail en réseau.	Les MG ne souhaitent pas rester isolés dans la prise en charge des situations de vulnérabilité.	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	11
			Manque de connaissance du réseau autour de la femme enceinte en situation de vulnérabilité.		M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	10
			Ne pas multiplier inutilement les intervenants pour ne pas perdre la patiente.	M1											1
			Manque de communication entre les intervenants de la périnatalité.	M1	M2		M4	M5	M6		M8	M9	M10	M11	9
	Le parcours de soin de la femme enceinte en situation de vulnérabilité	Une mes-utilisation du système de santé.	Passage fréquent aux urgences pour des consultations qui relèvent du suivi et non de l'urgence.	M1		M3									2
			Education sur le système de santé lors des consultations pour palier sa mésutilisation.			M3			M6						2
		Un parcours de soin atypique.	Ruptures de suivi.	M1	M2	M3			M6	M7		M9			6
			Un suivi rapproché par le MG.	M1		M3				M7		M9	M10	M11	6
			Délais de consultations tardifs par rapport au début de grossesse.			M3									1
			D'autres priorités pour la patiente que le suivi de grossesse.			M3									1
			Négligence du suivi recommandé par certaines patientes.		M2										1
			Les critères de vulnérabilité de la patiente façonnent son parcours de soin.	M1	M2	M3		M5	M6			M9			6
		Des obstacles à une coordination adaptée.	Une difficulté de relation entre les institutions/certains professionnels et les personnes en situation de vulnérabilité.		M2	M3				M7		M9			4

Intervenants et structures cités		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nb d'occurrences
Les soins : le suivi de grossesse et l'IVG													
	L'hôpital public de proximité	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9		M11	10
	UGOMPS	M1	M2	M3			M6					M11	5
	La PASS du CHU de Nantes			M3									1
	Gynécologue-obstétricien de la maternité	M1	M2	M3	M4			M7	M8		M10	M11	8
	Sage femme de maternité					M5	M6			M9		M11	4
	Les urgences gynécologiques et obstétriques	M1		M3	M4		M6						4
	Centre Nantais de la périnatalité	M1								M9			2
	Les CMS : la PMI	M1		M3			M6	M7		M9		M11	6
	Sage femme libérale		M2					M7	M8		M10		4
	Centre Simone Veil du CHU de Nantes.			M3							M10		2
Les soins : psychologie, psychiatrie et conduites addictives.													
	UGOMPS	M1	M2	M3			M6						4
	Service d'addictologie de l'hôpital public de proximité.						M6			M9			2
	Psychologues de la maternité									M9		M11	2
	CMP				M4		M6	M7		M9	M10		5
	Psychiatres libéraux		M2					M7					2
Les soins : violences conjugales et mutilations sexuelles féminines.													
	Signalement de maltraitance d'un enfant.						M6						1
	SOS femme.						M6						1
	L'hôpital.									M9			1
	UGOMPS						M6						1
	Les associations									M9			1
Les soins : Lieu d'accouchement : les maternités.													
	L'hôpital public de proximité	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9		M11	10
	Clinique Jules Verne				M4				M8				2
	Polyclinique de l'Atlantique				M4				M8		M10	M11	4
	Clinique Brétéché								M8				1
Orientation et accompagnement social.													
	Les assistants sociaux du CCAS							M7					1
	CADA			M3								M11	2
	Les assistants sociaux de secteur (CMS)		M2	M3	M4	M5	M6			M9	M10		7
	Les assistants sociaux de la sécurité sociale.						M6						1
	Les assistants sociaux de l'hôpital public de proximité.	M1		M3		M5	M6			M9			5
	Les associations							M7		M9			2
La vie quotidienne.													
	Se restaurer : le secours populaire							M7					1
	Dormir : le 115						M6						1

Thème	Catégories	Sous catégories	Etiquettes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nb d'occurrences.
Besoins des MG.	Faciliter l'accès aux soins aux FE vulnérables.	Développer le métier de médiateur de santé.	Proposer un accompagnement physique aux différents rendez vous en rapport avec la prise en charge médico-psycho-sociale.			M3									1
			Il faut une personne qui connaissent à la fois la culture de la patiente, le système de santé français et le territoire.			M3									1
			Pourrait palier le problème des patientes perdues de vue.			M3									1
			Apporterait une aide aux patientes dans les démarches sociales.			M3									1
			Intéressant pour les personnes en situation de grande vulnérabilité.			M3									1
			Rester dans la proposition d'aide et non imposer comme un éducateur.			M3									1
		Accéder à l'interprétariat professionnel en ambulatoire.	Permettrait de désengorger l'hôpital.						M6						1
			Permettrait une prise en charge en ville pour les patientes ne parlant pas le français.			M3			M6			M9			3
			Lèverait la problématique du secret médical avec des interprètes non professionnels.						M6						1
			Permettrait à la patiente de se livrer plus facilement.						M6						1
		Sortir du paiement à l'acte.	Pour éviter les grossesses non désirées.			M3									1
			Pour éviter l'épuisement professionnel du MG.			M3									1
			Dégagerait du temps pour la prévention auprès des FE en situation de vulnérabilité.			M3									1
		Obtenir le tiers payant intégral dès le début de la grossesse.	Dès les B-HCG positives.	M1											1
			Léverait une partie du frein financier à l'accès aux soins.	M1											1
			Pour n'importe quel motif de consultation pendant la grossesse.	M1											1
			Permettrait de faire plus de prévention : grossesses non désirées.			M3									1
	Améliorer la coordination des soins.	Améliorer la connaissance du réseau autour de la FE vulnérable.	Par le biais de guide papier ou de plaquettes avec les contacts des intervenants.				M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	8
			Par le biais d'un guide informatique						M6			M9		M11	3
			Par le biais de formations.			M3		M5	M6			M9	M10		5
			Proposer des formations rémunérées pour inciter les médecins à y aller.						M6						1
			Faciliterait l'accompagnement médico-psycho-social ambulatoire de ces patientes.			M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	9
			Favoriserait l'intégration du MG au sein du réseau.				M4	M5	M6						3
		Avoir un coordinateur des soins rattaché à une maternité.	Un numéro unique rattaché à la maternité de proximité.		M2					M7					2
			Coordonnerait ce qui est réalisation pratique du suivi en fonction du contexte de vulnérabilité de la femme		M2					M7					2
		Les réunions de cas complexes entre médecins.	Permettent de parler de situations complexes à d'autres médecins généralistes et de confronter les points de vue.									M9	M10		2
			Ouvrent des perspectives sur la prise en charge de la patiente auxquelles le médecin n'aurait pas pensé.									M9	M10		2
			Déculpabilise le médecin dans la prise en charge, rôle de réassurance.										M10		1
			Lève la solitude du médecin dans des situations complexes.									M9	M10		2
			Les situations de vulnérabilité/précarité sont souvent exposées.									M9			1
	Améliorer la communication entre les différents intervenants de la périnatalité.	Réintégrer le carnet de santé maternité dans la prise en charge.	Elément important pour favoriser le lien entre les différents intervenants.	M1			M4		M6						3
			Centralisation des données sur le suivi de grossesse sur un carnet en possession de la femme enceinte.	M1			M4		M6						3
			L'intérêt est que chaque intervenant y mette une note sur le suivi.	M1			M4		M6						3
			Eviterait de perdre du temps à écrire des courriers ou téléphoner aux intervenants.				M4		M6						2
			Incompréhension sur son abandon en Pays de la Loire.				M4								1
		Avoir un retour.	Recevoir systématiquement un courrier court attestant que la patiente s'est présentée ou non au rendez vous.	M1											1
			Eviterait de perdre la patiente de vue.	M1											1
			Eviterait les doublons dans la prise en charge.						M6						1
			Eviterait au médecin de rappeler trop systématiquement les intervenants.		M2		M4								2
			Pour adapter correctement la prise en charge		M2										1
		Avoir des échanges directs.	Formations inter-professionnelles			M3		M5				M9	M10		4
	Développer des structures de prise en charge.	Renforcer les structures de prise en charge sociales.	Limiter le turn over des salariés y travaillant pour favoriser le lien inter-personnel.			M3									1
			Avoir plus de salariés pour éviter les délais longs de prise en charge.			M3									1
			Revaloriser les salaires et le métier des assistants sociaux.			M3									1
		Développer des structures de prise en charge en santé mentale.	Avoir plus de psychiatres libéraux pour avoir des avis rapides, des prises en charge en urgence.		M2		M4			M7				M11	4
			Renforcer les CMP.				M4			M7					2
		Développer des structures de prise en charge globales.	Semblables à l'UGOMPS dans plusieurs hôpitaux.					M5		M7		M9			3
			Un lieu semblable à la maison des adolescents pour les femmes enceintes vulnérables.									M9			1

ANNEXE 7 : exemple de plaquette du RSN pour l'agglomération nantaise

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 :

- ***Maternité :*** assistante sociale
- ***PMI :*** voir carnet de santé
- ***UGOMPS :*** 02 40 08 30 32
- ***SOS Femmes :*** 02 40 12 12 40

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

Vulnérabilité de la femme enceinte

CONDUITES ADDICTIVES
REPÉRER • ORIENTER

> *Territoire de santé de **Nantes***

> *Plaquette à destination des professionnels*

Version du 1er octobre 2013

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 ?

Contacts :

- ***Écoute Alcool***
  0 811 91 30 30

Aliments

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

Contacts :

- ***Addictologie de liaison***
  02 40 84 65 21
- ***UGOMPS*** 02 40 08 30 32

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 :

- ***Addictologie de liaison***
  02 40 84 65 21
- ***UCT*** 02 40 16 52 37
- ***UGOMPS*** 02 40 08 30 32
- ***Tabac Info Service***
  0 825 309 310
- ***Écoute Cannabis***
  0 811 91 20 20

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 :

- ***Addictologie de liaison***
  02 40 84 65 21
- ***UGOMPS***
  02 40 08 30 32
- ***Drogue Info Service***
  0 800 23 13 13

Ressources dans la maternité : référents

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 8 : plaquette de l'expérimentation d'interprétariat en médecine générale

URML Pays de la Loire : RÔLE ET MISSIONS

5800 médecins libéraux qui élisent leurs représentants tous les 5 ans (60 élus)

4 missions prioritaires dans le champ de la santé publique et de l'organisation des soins :

- Représenter les 5800 médecins libéraux de la région (interlocuteur de l'ARS, des collectivités locales, des URPS d'autres professions)
- Informer les médecins libéraux sur les sujets professionnels (accessibilité, démographie, retraite, mesures de santé, comptabilité, nomenclature…)
- Accompagner les projets des médecins libéraux
- Etudier et expérimenter de nouveaux modèles d'organisation des entreprises médicales libérales

Interprétariat en médecine générale libérale en Pays de la Loire

GUIDE D'UTILISATION

Objectifs de l'expérimentation

Donner accès à l'interprétariat téléphonique et physique aux médecins généralistes libéraux qui prennent en charge des populations non francophones afin :

- D'améliorer l'accès et la qualité des soins,
- De faciliter la prise en charge de ces patients en médecine générale ambulatoire.

Pour quelles consultations ?

Pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, 1ère consultation, cas complexes.

Durée de l'expérimentation

de Juin 2017 à Décembre 2018

Le coût

Durant toute l'expérimentation le service sera gratuit pour les patients et les médecins généralistes utilisateurs (financement par l'URML et l'ARS).

Le **secrétariat de l'Union** est disponible pour toute question au sujet de l'expérimentation

Tél. 02.51.82.23.01
Mail : contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

Commission Précarité de l'Union :

La Commission Précarité de l'URML se réunit depuis plusieurs années afin d'aider les médecins libéraux à améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Plusieurs axes de réflexion sont en cours :

- Accès à l'interprétariat professionnel
- Création d'un Guide pratique d'aide à l'accompagnement des patients en situation de précarité (cf. site de l'URML)
- Mise en place de la Médiation en Santé (cf. recommandations HAS)
- Lien avec la Formation Médicale Initiale et Continue
- Travail en réseau…

A ce titre la Commission remercie :
L'ARS, Médecins du Monde, l'ASAMLA, ISM Paris.

Les membres de la Commission Précarité :

Drs RAIMBAULT, LECOMTE, COULANGE, ROUSSEAU, ROUSSELLE, BAUDRY, CHEIX, SAVAGE, MORIN, GABILLAT, FEUILLETTE, FESSARD, ROLLAND, LE GUERE, GALLON, LEGEAY, FALLAI, GHAFIR, PELLETIER, TREGOUET, HERAULT, les Drs DUCROZ, DAMIANO, ALBERT (retraités en MG) et Mme RETIERE.

13 rue de la Loire - Bât. C2
44 230 St SEBASTIEN sur LOIRE
Tél. : 02 51 82 23 01 - Fax : 02 51 82 23 16
Email : contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

www.urps-ml-paysdelaloire.fr

URML UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DES PAYS DE LA LOIRE
UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

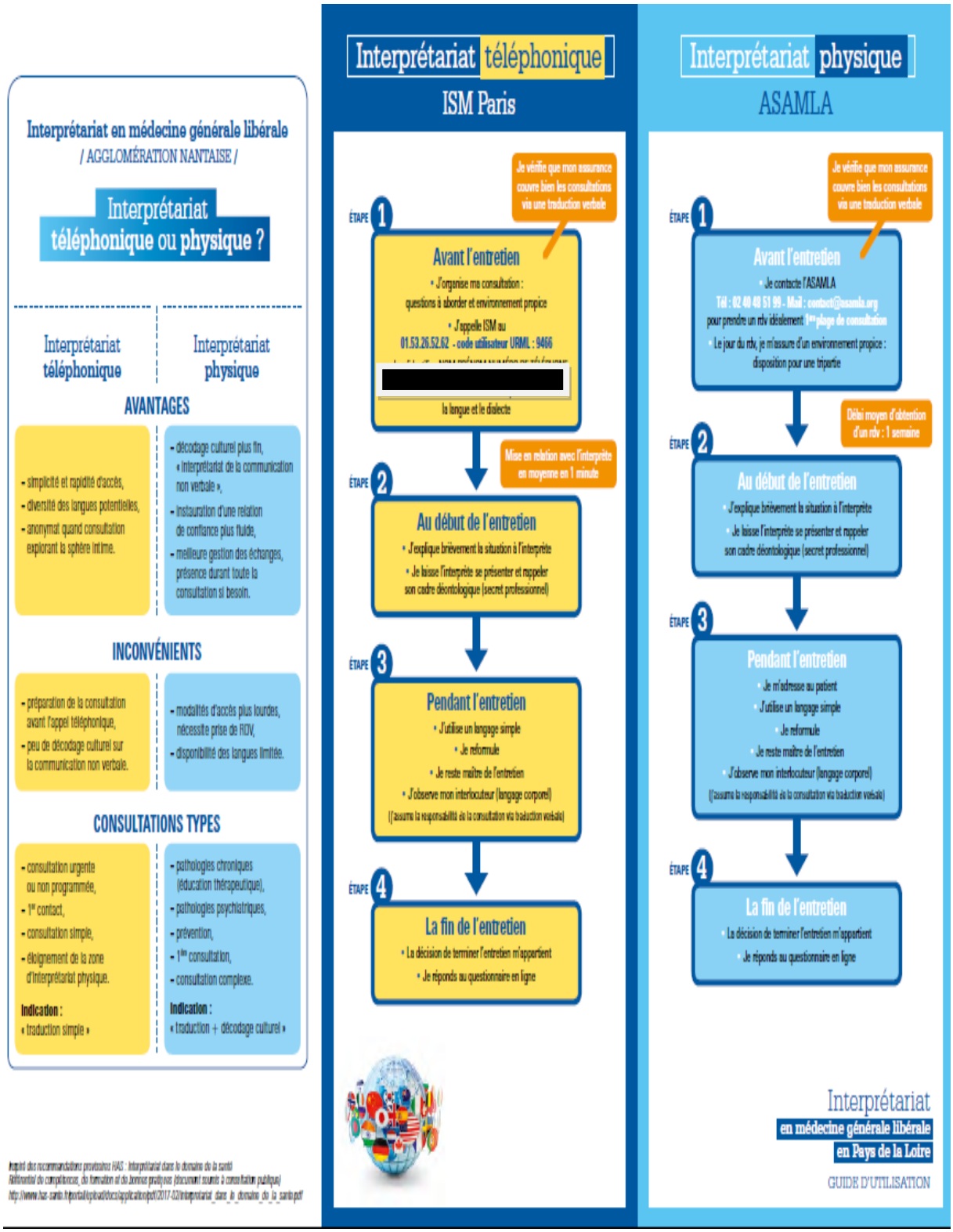
ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Expérimentation Agglomération Nantaise

L'URML Pays de la Loire vous propose de participer à **une expérimentation** sur la mise en place d'un **service d'interprétariat** en médecine générale.

URML UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DES PAYS DE LA LOIRE
UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire


Interprétariat en médecine générale libérale
/ AGGLOMÉRATION NANTAISE /
Interprétariat téléphonique ou physique ?
Interprétariat téléphonique
Interprétariat physique
AVANTAGES
- simplicité et rapidité d'accès,
- diversité des langues potentielles,
- anonymat quand consultation explorant la sphère intime.
- décodage culturel plus fin, « interprétariat de la communication non verbale »,
- instauration d'une relation de confiance plus fluide,
- meilleure gestion des échanges, présence durant toute la consultation si besoin.
INCONVÉNIENTS
- préparation de la consultation avant l'appel téléphonique,
- peu de décodage culturel sur la communication non verbale.
- modalités d'accès plus lourdes, nécessite prise de RDV,
- disponibilité des langues limitée.
CONSULTATIONS TYPES
- consultation urgente ou non programmée,
- 1re contact,
- consultation simple,
- éloignement de la zone d'interprétariat physique.
Indication :
« traduction simple »
- pathologies chroniques (éducation thérapeutique),
- pathologies psychiatriques,
- prévention,
- 1ère consultation,
- consultation complexe.
Indication :
« traduction + décodage culturel »
Rapport des recommandations provisoires HAS : Interprétariat dans le domaine de la santé
Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques (document soumis à consultation publique)
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-02/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante.pdf
Interprétariat téléphonique
ISM Paris
Je vérifie que mon assurance couvre bien les consultations via une traduction verbale
ÉTAPE 1
Avant l'entretien
• J'organise ma consultation : questions à aborder et environnement propice
• J'appelle ISM au 01.53.26.52.62 - code utilisateur URML : 9466
[redacted]
la langue et le dialecte
Mise en relation avec l'interprète en moyenne en 1 minute
ÉTAPE 2
Au début de l'entretien
• J'explique brièvement la situation à l'interprète
• Je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique (secret professionnel)
ÉTAPE 3
Pendant l'entretien
• J'utilise un langage simple
• Je reformule
• Je reste maître de l'entretien
• J'observe mon interlocuteur (langage corporel)
(j'assume la responsabilité de la consultation via traduction verbale)
ÉTAPE 4
La fin de l'entretien
• La décision de terminer l'entretien m'appartient
• Je réponds au questionnaire en ligne
Interprétariat physique
ASAMLA
Je vérifie que mon assurance couvre bien les consultations via une traduction verbale
ÉTAPE 1
Avant l'entretien
• Je contacte l'ASAMLA
Tél : 02 40 48 51 99 - Mail : contact@asamla.org
pour prendre un rdv idéalement 1re plage de consultation
• Le jour du rdv, je m'assure d'un environnement propice : disposition pour une tripartie
Délai moyen d'obtention d'un rdv : 1 semaine
ÉTAPE 2
Au début de l'entretien
• J'explique brièvement la situation à l'interprète
• Je laisse l'interprète se présenter et rappeler son cadre déontologique (secret professionnel)
ÉTAPE 3
Pendant l'entretien
• Je m'adresse au patient
• J'utilise un langage simple
• Je reformule
• Je reste maître de l'entretien
• J'observe mon interlocuteur (langage corporel)
(j'assume la responsabilité de la consultation via traduction verbale)
ÉTAPE 4
La fin de l'entretien
• La décision de terminer l'entretien m'appartient
• Je réponds au questionnaire en ligne
Interprétariat
en médecine générale libérale
en Pays de la Loire
GUIDE D'UTILISATION

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Vu, le Président du Jury, Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Vu, la Directrice de Thèse, Madame le Docteur Maud POIRIER

Vu, le Doyen de la Faculté, Madame le Professeur Pascale JOLLIET

Leslie VISAGE

EXPLORATION DES BESOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les situations de vulnérabilité pendant la grossesse sont un facteur de risque de morbi-mortalité materno-fœtale. Témoins privilégiés des inégalités sociales en santé et acteurs importants du suivi des grossesses, les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patientes ont été peu explorés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels réalisés entre janvier et juin 2017 a été conduite. L'objectif était d'explorer les besoins des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

RÉSULTATS : Le recueil au fil du temps des situations de vulnérabilité via l'histoire de vie de la patiente était privilégié. Il s'agissait de prises en charge complexes et chronophages où le travail en collégialité était essentiel. Les besoins des médecins généralistes se situaient autour de 4 axes : améliorer l'accès aux soins ; améliorer la coordination du parcours de soins ; améliorer la communication entre les différents intervenants ; développer des structures de prise en charge.

CONCLUSION : La difficulté dans la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité est de trouver un équilibre entre une prise en charge spécifique et « standard » dans des conditions de droit commun. Entendre les besoins des médecins généralistes dans ces situations est une étape indispensable pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes vulnérables, et assurer l'arrivée de l'enfant dans un environnement sécure.

Mots-clés
Femme enceinte – grossesse – vulnérabilité – inégalités sociales en santé – soins primaires – médecin généraliste.