



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

*Année 2019*

*n°44*

Etude descriptive des femmes enceintes  
en situation de précarité ayant consulté à la  
PASS du centre hospitalier de St Luc St Joseph  
de mai 2016 à mai 2018

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 2 mai 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Marine ANXIONNAZ

née le 17/05/1989

à Bourg Saint Maurice (73)

Sous la direction de Dr BAGES LIMOGES Florence

# Faculté de Médecine Lyon Est

## Liste des enseignants 2018/2019

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

|                |               |   |
|----------------|---------------|---|
| BLAY           | Jean-Yves     | Cancérologie ; radiothérapie  |
| BORSON-CHAZOT  | Françoise     | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;<br>gynécologie médicale            |
| COCHAT         | Pierre        | Pédiatrie   |
| ETIENNE        | Jérôme        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  |
| GUERIN         | Claude        | Réanimation ; médecine d'urgence  |
| GUERIN         | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la<br>reproduction ; gynécologie médicale |
| MORNEX         | Jean-François | Pneumologie ; addictologie  |
| NIGHOGHOSSIAN  | Norbert       | Neurologie  |
| NINET          | Jean          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  |
| OVIZE          | Michel        | Physiologie   |
| PONCHON        | Thierry       | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  |
| REVEL          | Didier        | Radiologie et imagerie médicale   |
| RIVOIRE        | Michel        | Cancérologie ; radiothérapie  |
| THIVOLET-BEJUI | Françoise     | Anatomie et cytologie pathologiques   |
| VANDENESCH     | François      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  |

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

|            |              |  |
|------------|--------------|--|
| BOILLOT    | Olivier      | Chirurgie digestive  |
| BRETON     | Pierre       | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  |
| CHASSARD   | Dominique    | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| CLARIS     | Olivier      | Pédiatrie  |
| COLIN      | Cyrille      | Epidémiologie, économie de la santé et prévention  |
| D'AMATO    | Thierry      | Psychiatrie d'adultes ; addictologie   |
| DELAHAYE   | François     | Cardiologie  |
| DENIS      | Philippe     | Ophthalmologie   |
| DOUEK      | Philippe     | Radiologie et imagerie médicale  |
| DUCERF     | Christian    | Chirurgie digestive  |
| DURIEU     | Isabelle     | Médecine interne ; gériatrie et biologie du<br>vieillessement ; médecine générale ; addictologie |
| FINET      | Gérard       | Cardiologie  |
| GAUCHERAND | Pascal       | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale   |
| GUEYFFIER  | François     | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie<br>clinique ; addictologie                            |
| HERZBERG   | Guillaume    | Chirurgie orthopédique et traumatologique  |
| HONNORAT   | Jérôme       | Neurologie   |
| LACHAUX    | Alain        | Pédiatrie  |
| LEHOT      | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| LERMUSIAUX | Patrick      | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire   |
| LINA       | Bruno        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière   |
| MARTIN     | Xavier       | Urologie   |
| MERTENS    | Patrick      | Anatomie   |
| MIOSSEC    | Pierre       | Immunologie  |
| MOREL      | Yves         | Biochimie et biologie moléculaire  |
| MORELON    | Emmanuel     | Néphrologie  |
| MOULIN     | Philippe     | Nutrition  |
| NEGRIER    | Claude       | Hématologie ; transfusion  |
| NEGRIER    | Sylvie       | Cancérologie ; radiothérapie   |

|        |               |  |
|--------|---------------|--|
| OBADIA | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire       |
| RODE   | Gilles        | Médecine physique et de réadaptation           |
| TERRA  | Jean-Louis    | Psychiatrie d'adultes ; addictologie           |
| ZOULIM | Fabien        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Première classe**

|                  |                 |  |
|------------------|-----------------|--|
| ADER             | Florence        | Maladies infectieuses ; maladies tropicales  |
| ANDRE-FOUET      | Xavier          | Cardiologie  |
| ARGAUD           | Laurent         | Réanimation ; médecine d'urgence   |
| AUBRUN           | Frédéric        | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| BADET            | Lionel          | Urologie   |
| BERTHEZENE       | Yves            | Radiologie et imagerie médicale  |
| BERTRAND         | Yves            | Pédiatrie  |
| BESSEREAU        | Jean-Louis      | Biologie cellulaire  |
| BRAYE            | Fabienne        | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;<br>Brûlologie                               |
| CHARBOTEL        | Barbara         | Médecine et santé au travail   |
| CHEVALIER        | Philippe        | Cardiologie  |
| COLOMBEL         | Marc            | Urologie   |
| COTTIN           | Vincent         | Pneumologie ; addictologie   |
| COTTON           | François        | Radiologie et imagerie médicale  |
| DEVOUASSOUX      | Mojgan          | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| DI FILLIPO       | Sylvie          | Cardiologie  |
| DUBERNARD        | Gil             | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale   |
| DUMONTET         | Charles         | Hématologie ; transfusion  |
| DUMORTIER        | Jérôme          | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie   |
| EDERY            | Charles Patrick | Génétique  |
| FAUVEL           | Jean-Pierre     | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  |
| FELLAHI          | Jean-Luc        | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence   |
| FERRY            | Tristan         | Maladie infectieuses ; maladies tropicales   |
| FOURNERET        | Pierre          | Pédopsychiatrie ; addictologie   |
| GUENOT           | Marc            | Neurochirurgie   |
| GUIBAUD          | Laurent         | Radiologie et imagerie médicale  |
| JACQUIN-COURTOIS | Sophie          | Médecine physique et de réadaptation   |
| JAVOUHEY         | Etienne         | Pédiatrie  |
| JUILLARD         | Laurent         | Néphrologie  |
| JULLIEN          | Denis           | Dermato-vénéréologie   |
| KODJIKIAN        | Laurent         | Ophtalmologie  |
| KROLAK SALMON    | Pierre          | Médecine interne ; gériatrie et biologie du<br>vieillessement ; médecine générale ; addictologie |
| LEJEUNE          | Hervé           | Biologie et médecine du développement et de la<br>reproduction ; gynécologie médicale            |
| MABRUT           | Jean-Yves       | Chirurgie générale   |
| MERLE            | Philippe        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie   |
| MICHEL           | Philippe        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention  |
| MURE             | Pierre-Yves     | Chirurgie infantile  |
| NICOLINO         | Marc            | Pédiatrie  |
| PICOT            | Stéphane        | Parasitologie et mycologie   |
| PONCET           | Gilles          | Chirurgie générale   |
| RAVEROT          | Gérald          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;<br>gynécologie médicale                       |
| ROSSETTI         | Yves            | Physiologie  |
| ROUVIERE         | Olivier         | Radiologie et imagerie médicale  |
| ROY              | Pascal          | Biostatistiques, informatique médicale et<br>technologies de communication                       |
| SAOUD            | Mohamed         | Psychiatrie d'adultes et addictologie  |
| SCHAEFFER        | Laurent         | Biologie cellulaire  |

|                 |            |   |
|-----------------|------------|---|
| SCHEIBER        | Christian  | Biophysique et médecine nucléaire                 |
| SCHOTT-PETHELAZ | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| TILIKETE        | Caroline   | Physiologie                                       |
| TRUY            | Eric       | Oto-rhino-laryngologie                            |
| TURJMAN         | Francis    | Radiologie et imagerie médicale                   |
| VANHEMS         | Philippe   | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VUKUSIC         | Sandra     | Neurologie  |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Seconde Classe**

|                    |                 |   |
|--------------------|-----------------|---|
| BACCHETTA          | Justine         | Pédiatrie   |
| BOUSSEL            | Loïc            | Radiologie et imagerie médicale   |
| BUZLUCA DARGAUD    | Yesim           | Hématologie ; transfusion   |
| CALENDER           | Alain           | Génétique   |
| CHAPURLAT          | Roland          | Rhumatologie  |
| CHENE              | Gautier         | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| COLLARDEAU FRACHON | Sophie          | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| CONFAVREUX         | Cyrille         | Rhumatologie  |
| CROUZET            | Sébastien       | Urologie  |
| CUCHERAT           | Michel          | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie      |
| DAVID              | Jean-Stéphane   | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| DI ROCCO           | Federico        | Neurochirurgie  |
| DUBOURG            | Laurence        | Physiologie   |
| DUCLOS             | Antoine         | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| DUCRAY             | François        | Neurologie  |
| FANTON             | Laurent         | Médecine légale   |
| GILLET             | Yves            | Pédiatrie   |
| GIRARD             | Nicolas         | Pneumologie   |
| GLEIZAL            | Arnaud          | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                               |
| GUEBRE-EGZIABHER   | Fitsum          | Néphrologie   |
| HENAINE            | Roland          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                |
| HOT                | Arnaud          | Médecine interne  |
| HUISSOUD           | Cyril           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| JANIER             | Marc            | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| JARRAUD            | Sophie          | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| LESURTEL           | Mickaël         | Chirurgie générale  |
| LEVRERO            | Massimo         | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| LUKASZEWICZ        | Anne-Claire     | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| MAUCORT BOULCH     | Delphine        | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MEWTON             | Nathan          | Cardiologie   |
| MILLION            | Antoine         | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire                              |
| MONNEUSE           | Olivier         | Chirurgie générale  |
| NATAF              | Serge           | Cytologie et histologie   |
| PERETTI            | Noël            | Nutrition   |
| POULET             | Emmanuel        | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                    |
| RAY-COQUARD        | Isabelle        | Cancérologie ; radiothérapie  |
| RHEIMS             | Sylvain         | Neurologie  |
| RICHARD            | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence  |
| RIMMELE            | Thomas          | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| ROBERT             | Maud            | Chirurgie digestive   |
| ROMAN              | Sabine          | Physiologie   |
| SOUQUET            | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| THAUNAT            | Olivier         | Néphrologie   |
| THIBAUT            | Hélène          | Physiologie   |
| WATTEL             | Eric            | Hématologie ; transfusion   |

## Professeur des Universités - Médecine Générale

|             |         |
|-------------|---------|
| FLORI       | Marie   |
| LETRILLIART | Laurent |
| ZERBIB      | Yves    |

## Professeurs associés de Médecine Générale

|         |         |
|---------|---------|
| BERARD  | Annick  |
| FARGE   | Thierry |
| LAMBLIN | Gery    |
| LAINÉ   | Xavier  |

## Professeurs émérites

|            |               |  |
|------------|---------------|--|
| BAULIEUX   | Jacques       | Cardiologie                                    |
| BEZIAT     | Jean-Luc      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie      |
| CHAYVIALLE | Jean-Alain    | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| CORDIER    | Jean-François | Pneumologie ; addictologie                     |
| DALIGAND   | Liliane       | Médecine légale et droit de la santé           |
| DROZ       | Jean-Pierre   | Cancérologie ; radiothérapie                   |
| FLORET     | Daniel        | Pédiatrie                                      |
| GHARIB     | Claude        | Physiologie                                    |
| GOULLAT    | Christian     | Chirurgie digestive                            |
| MAUGUIERE  | François      | Neurologie                                     |
| MELLIER    | Georges       | Gynécologie                                    |
| MICHALLET  | Mauricette    | Hématologie ; transfusion                      |
| MOREAU     | Alain         | Médecine générale                              |
| NEIDHARDT  | Jean-Pierre   | Anatomie                                       |
| PUGAUT     | Michel        | Endocrinologie                                 |
| RUDIGOZ    | René-Charles  | Gynécologie                                    |
| SINDOU     | Marc          | Neurochirurgie                                 |
| TOURAINÉ   | Jean-Louis    | Néphrologie                                    |
| TREPO      | Christian     | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| TROUILLAS  | Jacqueline    | Cytologie et histologie                        |

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

|                 |                |  |
|-----------------|----------------|--|
| BENCHAIB        | Mehdi          | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| BRINGUIER       | Pierre-Paul    | Cytologie et histologie  |
| CHALABREYSSE    | Lara           | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| GERMAIN         | Michèle        | Physiologie  |
| KOLOPP-SARDA    | Marie Nathalie | Immunologie  |
| LE BARS         | Didier         | Biophysique et médecine nucléaire  |
| NORMAND         | Jean-Claude    | Médecine et santé au travail   |
| PERSAT          | Florence       | Parasitologie et mycologie   |
| PIATON          | Eric           | Cytologie et histologie  |
| SAPPEY-MARINIER | Dominique      | Biophysique et médecine nucléaire  |
| STREICHENBERGER | Nathalie       | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| TARDY GUIDOLLET | Véronique      | Biochimie et biologie moléculaire  |

## **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe**

|                   |           |   |
|-------------------|-----------|---|
| BONTEMPS          | Laurence  | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| CHARRIERE         | Sybil     | Nutrition   |
| COZON             | Grégoire  | Immunologie   |
| ESCURET           | Vanessa   | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| HERVIEU           | Valérie   | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| LESCA             | Gaëtan    | Génétique   |
| MENOTTI           | Jean      | Parasitologie et mycologie  |
| MEYRONET          | David     | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| PHAN              | Alice     | Dermato-vénérologie   |
| PINA-JOMIR        | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| PLOTTON           | Ingrid    | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| RABILLOUD         | Muriel    | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SCHLUTH-BOLARD    | Caroline  | Génétique   |
| TRISTAN           | Anne      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| VASILJEVIC        | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| VENET             | Fabienne  | Immunologie   |
| VLAEMINCK-GUILLEM | Virginie  | Biochimie et biologie moléculaire                                       |

## **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

|                 |                |  |
|-----------------|----------------|--|
| BOUCHIAT SARABI | Coralie        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| BUTIN           | Marine         | Pédiatrie                                      |
| CASALEGNO       | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| COUR            | Martin         | Réanimation ; médecine d'urgence               |
| COUTANT         | Frédéric       | Immunologie                                    |
| CURIE           | Aurore         | Pédiatrie                                      |
| DURUISSEAU      | Michaël        | Pneumologie                                    |
| HAESEBAERT      | Julie          | Médecin de santé publique                      |
| JOSSET          | Laurence       | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LEMOINE         | Sandrine       | Physiologie                                    |
| MARIGNIER       | Romain         | Neurologie                                     |
| NGUYEN CHU      | Huu Kim An     | Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie  |
| ROLLAND         | Benjamin       | Clinique Pharmacovigilance                     |
| SIMONET         | Thomas         | Psychiatrie d'adultes                          |
|                 |                | Biologie cellulaire                            |

## **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

|                |            |
|----------------|------------|
| PIGACHE        | Christophe |
| DE FREMINVILLE | Humbert    |
| ZORZI          | Frédéric   |

## **Maître de Conférences**

|           |            |  |
|-----------|------------|--|
| LECHOPIER | Nicolas    | Epistémologie, histoire des sciences et techniques |
| NAZARE    | Julie-Anne | Physiologie  |
| PANTHU    | Baptiste   | Biologie Cellulaire                                |
| VIALON    | Vivian     | Mathématiques appliquées                           |
| VIGNERON  | Arnaud     | Biochimie, biologie                                |
| VINDRIEUX | David      | Physiologie  |

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



# COMPOSITION DU JURY

## Président du jury :

Monsieur le Professeur TAZAROURTE

## Membres :

Madame le Professeur SCHOTT PETHELAZ

Monsieur le Professeur CALENDER

Monsieur le Docteur PIGACHE

Madame le Docteur BAGES LIMOGES

# Remerciements

Au président du jury :

**Monsieur le Professeur TAZAROURTE**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger ce travail. Mon futur poste d'assistante aux urgences de Mayotte puis de La Réunion n'aurait probablement pas été possible sans vous et pour cela je vous remercie également. Soyez assuré de mon grand respect et de ma reconnaissance.

A ma directrice de thèse :

**Dr BAGES LIMOGES Florence**

Merci d'avoir accepté de m'accompagner pour réaliser ce travail. Je te souhaite tout le meilleur dans tes futurs projets et un bon voyage !

Aux membres du jury :

**Madame le Professeur SCHOTT PETHELAZ**

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

**Monsieur le Professeur CALENDER**

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

**Monsieur le Docteur PIGACHE**

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

Je remercie tous les soignants qui au cours de mon internat m'ont vraiment permis de trouver ma voie et de m'épanouir dans un travail qui me passionne.

Plus particulièrement à l'équipe des urgences de St Luc St Joseph, sans qui je n'aurais peut-être pas eu ce déclic qui m'a fait adorer les urgences.

Et également à l'équipe de la PASS, Hélène, Claudine et les autres soignants de ce magnifique et indispensable service. Sans votre aide, ce travail n'aurait probablement jamais vu le jour, encore merci pour tout.

L'équipe de l'USIC du CH Alpes Léman qui m'a réconciliée avec la cardiologie et fait découvrir cette magnifique région qu'est la Haute Savoie.

## **A ma famille,**

A papy Chantal, mamie Odette et pépé Jeannot : j'espère que vous êtes fiers et que vous trinquez tous ensemble à ma réussite.

A ma mère, tu nous as toujours poussé dans les études et du coup moi, bête et disciplinée, j'en ai fait pendant 10 ans ! Je ne serai pas là où j'en suis sans toi, merci pour ton soutien et tes conseils (que j'entends et prend en compte même si je ne les applique pas toujours, probablement à tort ...).

A ma frangine Morgane, madame La Présidente, je suis tellement fière de toi. Merci d'avoir réussi à trouver autant de temps à m'accorder dans ton emploi du temps de ministre. Malgré la distance, tu pourras toujours compter sur moi.

A ma seconde frangine Lorène, tu as raison les situations auxquelles nous sommes confrontés à l'hôpital m'ont sûrement endurcie et fait réviser l'ordre de mes priorités. Savoir que tu vas bien et tout faire pour, fait partie de mes principales priorités ! Merci pour tes conseils et analyses (parfois même trop poussées pour moi).

A mémé Huguette, toujours fidèle au poste, merci pour ton écoute.

A Bernard, tu es un guide pour moi. Merci pour toutes ces randonnées, via ferrata et toutes ces discussions tellement enrichissantes. Garde ton pep's et tes convictions.

A tous mes cousins, cousines, oncles et tantes qui m'ont soutenu et accompagné durant toutes ces années.

Et enfin,

à mon père, mon exemple, tu me manques tellement. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et que tu recommences à faire petit à petit.

## **A mes amis,**

A la team pitchou Flo, Po, Co et Cam j'ai toujours pu compter sur vous dans les moments difficiles et pour cela je ne vous remercierai jamais assez.

A Nono, mon coloc, me amor merci de m'avoir supporté et fait autant marrer. Je t'attends pour venir réviser le CAPES dans la méga coloc à La Réunion maintenant !

A ma cheffe préférée, Mélanie, merci merci merci pour tes nombreuses relectures, ton optimisme et tes envies de voyage à foison. Heureusement que tu es là pour me guider dans mes multiples situations foireuses ...

A Clarinette, Madame Le Professeur, merci pour ton soutien et ton écoute mais surtout d'avoir toujours répondu présente quand j'ai eu besoin d'aide. Je pense que je ne pourrais jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait pour moi.

Aux amis lyonnais, Adrien, Claire, Lise, Annaëlle, Boubou merci pour tous ces bons moments partagés et les autres à venir !

A Mélinda, une véritable amie, merci de m'avoir soutenue et défendue durant nos virées nocturnes.

A mes co-internes et en particulier Isabelle, qui m'a remplacée au pied levé sans râler (enfin pas plus que d'habitude !).

A mes amies d'enfance, crapaud, paysou, chameau, Marina et tant d'autres que je ne vois pas autant que je le voudrais mais sûr que je peux compter à tout moment, merci d'être encore là.

Et à tous les autres, que j'oublie de citer ici mais qui m'ont permis d'en arriver là où j'en suis aujourd'hui, merci.

## Liste des abréviations :

ALD : affection longue durée  
AME : Aide médicale d'état  
ARHM : Action recherche handicap et santé mentale  
AURORE : Association des utilisateurs du réseau obstétrico-pédiatrique régional  
CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile  
CASO : Centre d'accueil et de soins  
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
CHLSJ : Centre hospitalier de Saint Luc Saint Joseph  
CMU : couverture maladie universelle  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DIU : Dispositif intra utérin  
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
DROM : Département et région d'Outre-Mer  
EMPP : Equipe mobile précarité psychiatrie  
ETP : équivalent temps plein  
FNDSA : Foyer notre dame des sans abris  
HCL : Hospices civils de Lyon  
HFME : Hôpital femme mère enfant  
HPST : Hôpital patient santé territoire  
IDE : infirmière diplômée d'état  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
IMG : Interruption médicalisée de grossesse  
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques  
IVG : Interruption volontaire de grossesse  
ONG : Organisation non gouvernementale  
ORS : Observatoire régional de santé  
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
PRAPS : Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins  
PRS : Programme régional de santé  
SA : Semaine d'aménorrhée  
SAU : Service d'accueil des urgences

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Table des matières des tableaux et figures .....  | 15 |
| Liste des annexes .....   | 16 |
| INTRODUCTION .....  | 17 |
| <u>1<sup>ère</sup> partie : LES PASS, DISPOSITIFS D'ACCES AUX SOINS POUR LES PLUS DEMUNIS :</u> ..... | 19 |
| I.1. Historique et création des PASS .....  | 19 |
| I.2. Mission et organisation des PASS .....   | 20 |
| I.3. Etat des lieux et évolution des PASS en France .....   | 26 |
| I.4. Les PASS dans la région Auvergne Rhône Alpes .....   | 28 |
| I.5. La PASS du CHLSJ .....   | 31 |
| <br>  |    |
| <u>2<sup>ème</sup> partie : MATERIEL ET METHODES</u> .....  | 34 |
| II.1. Objectifs .....   | 34 |
| II.2. Matériel et méthodes .....  | 34 |
| II.3. Recueil de données .....  | 35 |
| <br>  |    |
| <u>3<sup>ème</sup> partie : RESULTATS</u> .....   | 37 |
| III. Caractéristiques de la population .....  | 37 |
| III.1. Données démographiques   |    |
| a) L'âge .....  | 37 |
| b) L'origine .....  | 38 |
| c) Gestité et parité .....  | 40 |
| d) Le trimestre de grossesse à l'arrivée à la PASS .....  | 41 |
| e) La situation familiale .....   | 41 |
| f) Délai entre l'arrivée sur le territoire français et la première consultation<br>à la PASS .....    | 42 |

|   |    |
|---|----|
| III.2. Le suivi de grossesse .....                                      | 43 |
| a) L'orientation en maternité après la PASS .....                       | 43 |
| b) Lieux de réalisation des échographies anténatales .....              | 44 |
| III.3. L'accouchement .....   | 44 |
| a) Nombre de semaines d'aménorrhée au moment de l'accouchement          | 44 |
| b) Le poids du nouveau-né .....   | 45 |
| c) Le score d'APGAR .....   | 46 |
| d) Le mode d'accouchement .....   | 46 |
| III.4. Le post partum .....   | 47 |
| a) La sortie de l'hôpital .....   | 47 |
| b) Le mode d'allaitement .....  | 48 |
| c) La contraception .....   | 48 |
| <u>IV. DISCUSSION</u> .....   | 50 |
| IV.1. Limites de l'étude .....  | 50 |
| IV.1.1. Etude monocentrique .....                                       | 50 |
| IV.1.2. Etude rétrospective .....                                       | 50 |
| IV.2. Résultats comparés à ceux de l'enquête périnatalité de 2016 ..... | 51 |
| IV.2.1 Concernant les indicateurs relatifs aux nouvelles mères .....    | 52 |
| a) L'âge .....  | 52 |
| b) L'origine .....  | 53 |
| c) Gestité et parité .....  | 54 |
| d) La situation familiale .....   | 54 |
| e) Le mode d'accouchement .....   | 55 |
| f) Le mode d'allaitement .....  | 55 |
| IV.2.2 Concernant les indicateurs relatifs aux nouveau-nés .....        | 56 |
| a) Le nombre de semaines d'aménorrhée au moment de l'accouchement       | 56 |

|  |    |
|--|----|
| b) Le poids du bébé .....  | 56 |
| c) Le score d'APGAR .....  | 57 |
| d) La sortie de l'hôpital .....  | 58 |
| IV.3. Autres résultats de notre étude .....  | 59 |
| IV.3.1. Le terme de grossesse à l'arrivée à la PASS .....                              | 59 |
| IV.3.2. Le délai entre l'arrivée en France et la première consultation à la PASS ..... | 59 |
| IV.3.3. Lieux de réalisation des échographies anténatales .....                        | 59 |
| IV.3.4. Lieux d'orientation en maternité après la PASS .....                           | 60 |
| IV.3.5. La contraception .....   | 60 |
| IV.4. Les projets en cours .....   | 61 |
| IV.4.1. Logiciel PIRAMIG .....   | 61 |
| IV.4.2. La PASS périnatalité .....   | 62 |
| IV.5. Autres facteurs intéressants à soulever .....                                    | 64 |
| IV.5.1. Le service interprétariat .....  | 64 |
| IV.5.2. La collaboration entre le service des urgences et la PASS .....                | 64 |
| CONCLUSIONS .....  | 66 |
| BIBLIOGRAPHIE .....  | 69 |
| ANNEXES .....  | 71 |



# Table des matières des tableaux et figures

|   |    |
|---|----|
| <b>Figure 1</b> : Projet régional de santé 2 .....  | 25 |
| <b>Figure 2</b> : Répartition des PASS dans la région Rhône Alpes en 2011 .....   | 30 |
| <b>Figure 3</b> : L'âge des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS de CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                            | 37 |
| <b>Figure 4</b> : L'origine des patientes des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS de CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....          | 38 |
| <b>Figure 5</b> : Origine en pourcentage des femmes enceintes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                                     | 39 |
| <b>Figure 6</b> : Répartition par pays des femmes originaires d'Afrique noire .....   | 40 |
| <b>Tableau 1</b> : Gestité et parité des femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                         | 40 |
| <b>Figure 7</b> : trimestre de grossesse lors de l'arrivée à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....   | 41 |
| <b>Tableau 2</b> : situation familiale des patientes en situation de précarité consultant à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                        | 41 |
| <b>Figure 8</b> : délai en jours entre l'arrivée sur le territoire français et la première consultation à la PASS du CHSLSJ .....                                 | 42 |
| <b>Figure 9</b> : Lieux d'orientation des femmes enceintes en situation de précarité après la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                         | 43 |
| <b>Tableau 3</b> : Lieux de réalisation des échographies anténatales chez les patientes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ .....                                  | 44 |
| <b>Tableau 4</b> : Nombre de semaines d'aménorrhée au moment de l'accouchement chez les patientes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 ..... | 44 |
| <b>Figure 10</b> : Poids des nouveau-nés à la naissance de mai 2016 à mai 2018 .....  | 45 |
| <b>Tableau 5</b> : Score d'APGAR des nouveau-nés entre mai 2016 et mai 2018 .....   | 46 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Tableau 6</b> : Mode d'accouchement des patientes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                                 | 46 |
| <b>Figure 11</b> : Délai moyen de sortie de l'hôpital en post partum chez les femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 ..... | 47 |
| <b>Tableau 7</b> : Mode d'allaitement chez les femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 .....                                | 48 |
| <b>Figure 12</b> : Type de contraception à la sortie de la maternité chez les femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSL de mai 2016 à mai 2018 ..... | 48 |

## Liste des annexes

|   |    |
|---|----|
| <b>Annexe 1</b> : Recommandations d'organisation et d'évaluation des PASS de 2008 par la DHOS ..... | 71 |
| <b>Annexe 2</b> : Les différentes aides en France pour la couverture santé .....                    | 73 |
| <b>Annexe 3</b> : Recommandations HAS sur le suivi de grossesse en France .....                     | 75 |
| <b>Annexe 4</b> : Les droits administratifs des étrangers en France .....                           | 78 |

# INTRODUCTION

La précarité est un vaste sujet que de nombreuses personnes ont tenté de définir.

La définition émise par Monseigneur Joseph Wresinski dans son rapport remis au Conseil social et économique français en février 1987 (1), reprise dans de nombreux textes et notamment par les Nations Unies dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, semble être la plus complète :

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

Dans ce rapport, les sécurités évoquées sont le logement, l'emploi, l'éducation et l'accès aux soins.

L'inégalité en matière de santé selon le milieu social fait partie des constats alarmants, allant jusqu'à de fortes disparités d'espérance de vie. A 35 ans, le nombre d'années de vie supplémentaire pour un professeur est en moyenne de 43 alors qu'elle n'est que de 34 pour un ouvrier. Aucune donnée n'est détaillée dans ce rapport concernant la grossesse.

En 2009-2010, le rapport sur l'état de santé de la population en France continue de mettre en évidence des disparités sociales évidentes en matière de santé (2). Et ce, malgré l'amélioration des conditions de vie et des progrès incontestables de la médecine moderne.

Voici quelques chiffres en exemple :

- 15 % de la population métropolitaine renonce aux soins pour raisons financières
- L'absence de couverture complémentaire est le principal facteur de renoncement : 29 % des personnes non protégées ont renoncé à des soins, contre 15 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (privée ou CMUc).

Au sein de cette population précaire, les femmes enceintes sont une population particulièrement à risque. Leur état de santé est dégradé. De plus, la grossesse entraîne des modifications physiologiques à risque de complications pour la future mère et l'enfant à venir.

En 2010, le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde indique que 10 % des femmes reçues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) étaient enceintes (soit environ 1150 patientes) (3).

Parmi elles, 8 % étaient sans domicile fixe et 94 % ne disposaient d'aucune couverture sociale le jour de la consultation. Les médecins estimaient que plus de la moitié de ces femmes présentaient un retard de suivi de grossesse et que seulement le tiers d'entre elles avaient accès à des soins prénataux ordinairement proposés aux femmes enceintes (3 échographies anténatales, des consultations mensuelles de suivi, la proposition de dépistage de certaines pathologies).

Ce rapport conclut à l'importance d'adapter les modalités de prise en charge pluridisciplinaire pour le parcours des femmes enceintes vulnérables, afin de pallier aux différents facteurs (l'absence de repérage d'un état de précarité lors de l'entretien préalable pouvant faire l'objet d'un accompagnement renforcé, difficultés de suivi pendant la grossesse et en sortie de maternité) conduisant à des situations dramatiques. Une des solutions proposées était de coordonner les soins entre les réseaux de périnatalité et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

La dernière enquête nationale périnatale datant de 2016, décrit de manière détaillée les caractéristiques des femmes enceintes, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et le post partum. Une partie est consacrée aux femmes enceintes en situation de précarité. (4)

La PASS du centre hospitalier de St Luc St Joseph (CHSLSJ) prend en charge de nombreuses femmes enceintes en situation de précarité au sein de son établissement.

L'objectif principal de ce travail était de présenter un état des lieux des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018.

Les objectifs secondaires étaient de comparer nos résultats à ceux de l'enquête périnatale de 2016 et de mettre en évidence les solutions mises en place, ainsi que celles en projet.

## 1<sup>ère</sup> partie :

# Les PASS, dispositifs d'accès aux soins pour les plus démunis

### 1°) Historique et création des PASS :

En 1986, l'ONG Médecins du monde a mis en place sa première structure mobile nommée « La Mission France » sur Paris. Pour cela, un camion parcourait la capitale pour distribuer des médicaments aux personnes les plus démunies. Initialement, cette mission devait être éphémère. L'objectif initial était d'alerter les pouvoirs publics sur la précarité en France.

Plus de 30 années se sont écoulées, la précarité ne cesse de croître et les moyens mis en œuvre pour lutter sont, de toute évidence, dépassés...

Voici le bilan que l'on pouvait dresser en 1998 ((5) et (6)) :

- Un taux de pauvreté monétaire, tel que défini par l'office statistique de l'Union européenne, avoisinait les 13,8 % de la population française représentant 7 873 000 de personnes vivant avec un revenu mensuel à 882 €/mois (soit 60% du seuil du revenu médian)
- 1 million de mal-logés (squats, caravanes...), 200 000 sans-abris (45 000 enabri de fortune, 59 000 en centre d'urgence de moyenne et longue durée, 98 000 SDF) (7)
- Environ 2 600 000 personnes étaient au chômage soit 10 % de la population active française (hors Mayotte) (8)

À la suite de ces constatations, le groupe de travail « pauvreté, précarité, exclusion » (9) a eu pour principale mission d'identifier les carences des dispositifs disponibles (notamment médicaux) mais surtout d'élaborer des propositions.

Concernant le domaine médical, ce rapport proposait :

- l'accès pour tous à une protection sociale (assurance maladie, couverture complémentaire), ce qui fut en partie facilité par l'élargissement des critères d'accès à l'AME depuis la loi de juillet 1992 (10)
- l'accès à des soins adaptés, l'accent était mis sur les difficultés dans le domaine de l'addiction et de la santé mentale
- la continuité des filières de soins, comprenant l'articulation médecine de ville et médecine hospitalière mais également le lien entre les secteurs sanitaire et social
- l'accès à la médecine préventive en proposant de s'appuyer sur des dispositifs existants tels que la PMI, la santé scolaire, la médecine du travail et les Centres d'examen de santé.

C'est dans ce contexte que les PASS ont vu le jour. La promulgation de la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions (11) et définies par la circulaire du 17 décembre 1998 (12) permettaient d'encadrer ce nouveau dispositif.

L'ambitieux projet est alors posé : 250 PASS devront être installées d'ici fin 1999 et 50 de plus courant 2000 avec un budget alloué aux établissements de santé sur 3 ans de 14 millions d'euros.

## 2°) Missions et organisation des PASS :

Les PASS sont un dispositif créé par l'article L6112.6 du code de santé publique. Ces structures sont adaptées aux personnes en situation de précarité et ont comme objectif de faciliter leur accès au système de santé et de leur fournir une aide dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Selon cet article, une PASS doit :

- « Offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale.

- dépister à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement les patients à risque de précarité afin de faciliter leur prise en charge et construire un partenariat institutionnel élargi » (13).

Il s'agit d'un véritable carrefour pour favoriser l'accès au soin global des personnes les plus démunies. Elles représentent le lieu privilégié permettant de créer un lien entre domaines social, paramédical et médical. Le but est non seulement de permettre un accès au secteur hospitalier pour ainsi enclencher le suivi médical mais également de favoriser l'accès au réseau associatif d'accueil et d'accompagnement social.

Elles répondent à de multiples missions de services publics, faisant écho aux problématiques soulevées par le rapport de mars 1998, et qui incombent aux établissements de santé (14), telles que :

*« La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination, (...),*

*Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ».*

Elles représentent actuellement un budget global de 60 millions d'euros par an. Ne pouvant être financées à l'activité, elles sont financées au titre de la dotation nationale mission d'intérêt générale et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ce budget est alloué de manière annuelle.

Pour encadrer le développement de ces PASS, la loi de 1998 confiait à chaque préfet de région la mission d'élaborer un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) s'articulant autour de 6 axes (15) :

- la prévention, promotion de la santé et éducation pour la santé
- la corrélation entre l'offre et la demande de soins en prenant en compte la spécificité des populations exclues
- la santé mentale et souffrance psychique
- l'accès aux droits (CMU, lien entre accès aux droits et démarche de santé...)
- le travail en réseau
- l'information et la communication

Ces programmes régionaux se déclinaient ensuite en volets départementaux mis en œuvre par les DDASS car, bien qu'élaborés au niveau régional, la mise en œuvre sur le terrain doit s'appuyer sur les compétences déjà acquises au niveau départemental par les acteurs locaux.

La circulaire, éditée 5 mois plus tard, en précisait le fonctionnement global ainsi que les objectifs principaux :

« (...) les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (...), notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale). Elles doivent également répondre à toutes les demandes des jeunes femmes démunies qui sont à la recherche de mesures de prévention en matière de contraception ou d'interruption volontaire de grossesse ou d'accueil pour leur enfant »

La circulaire médiatique de mars 1999 et rédigée par Me AUBRY (ministre de la solidarité et de l'emploi) et Mr KOUCHNER (secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale) en rappelait les enjeux :

« L'amélioration des réponses du système de santé (urgence, consultation, prévention, hospitalisation, suivi à domicile) aux besoins des populations en situation précaire. La loi vise à faire reculer les inégalités sociales en matière de santé et ainsi à améliorer le niveau de santé général des populations sur le territoire national » (16)

Une évaluation nationale de ces PRAPS de première génération, intitulée « synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la loi contre les exclusions » éditée en 2004 et réalisée par un prestataire externe sous la responsabilité d'un comité de pilotage, avait été réalisée dans le but de répondre à 3 questions principales (17) :

- Quelle était la pertinence des actions par rapport aux besoins réels de la population précaire ?
- L'accès au droit commun des personnes vivant en milieu précaire a-t'il été favorisé par le PRAPS ?
- Quelles étaient les modifications à apporter pour renforcer les impacts de ces politiques ?



Malgré l'absence de recueil national standardisé de données de l'action des PRAPS, il a cependant été noté de nettes disparités. En effet, les actions étaient essentiellement concentrées en Ile de France et en Bretagne (plus du quart des actions des 22 régions métropolitaines). De plus, il existait un manque de communication avec les acteurs locaux, ainsi qu'une absence très fréquente du secteur privé ou libéral du champ sanitaire.

Cette évaluation reconnaît « ce défaut de connaissance qualitative (effets constatés sur les publics touchés), mais aussi quantitative (nombre de personnes touchées par les actions), ne permet pas de valoriser comme il se doit les actions financées par les PRAPS ».

Les recommandations éditées pour l'élaboration des PRAPS de seconde génération permettaient d'homogénéiser les pratiques en proposant des « grilles communes » de type « arbre des objectifs », d'optimiser les liens entre les niveaux départementaux et régionaux afin d'améliorer la mise en œuvre de ces nouveaux programmes.

Tout en reconnaissant les inégalités encore présentes, l'évaluation de mai 2004 s'accordait à retenir « leur rôle (des PRAPS) dans le décloisonnement entre santé et social, entre les divers services de l'Etat concernés, entre les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion ».

Les PRAPS de seconde génération ont été mis en place de 2003 à 2006 avec des objectifs s'articulant autour de deux grands thèmes (18) :

- Réduire les inégalités grâce à un meilleur état des lieux sur les besoins de la population en situation de précarité avec des objectifs spécifiques et adaptés aux contextes départementaux et locaux
- Améliorer la mise en œuvre en misant sur un meilleur échange entre niveaux régional et départemental et une formalisation plus claire du suivi des actions

« Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique. Tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention ».

C'est en ces termes que la DHOS introduisit ces nouvelles recommandations en 2008 (19) ayant pour objectifs d'instaurer une nouvelle organisation des PASS, pouvoir en mesurer l'efficacité pour adapter le plus rapidement possible les actions aux besoins évolutifs des personnes en situation de précarité.

A chaque recommandation d'organisation ou d'évaluation est attribuée un niveau minimal puis un niveau optimal de mise en œuvre. Il existe 7 recommandations d'organisation et 5 recommandations d'évaluation (cf. annexe 1). Parmi lesquelles, on retrouve l'importance d'un rapport d'activité annuel pour adapter au mieux les besoins secondairement.

La loi HPST (hôpital patient santé territoire) du 21 juillet 2009 (20) ne faisait que confirmer le rôle clé de ces PRAPS et a conduit à une restructuration du système régional de santé. Elle a introduit le PRS dont le PRAPS est une des composantes.

Selon le décret du 18 mai 2010, relatif au programme régional de santé (PRS), les programmes (notamment les PRAPS) devaient prévoir les actions et les financements permettant la mise en œuvre du PRS. Ils devaient déterminer les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Ils devaient également définir les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions (art. R. 1434-7 du CSP) (21).

Le système se perfectionne d'années en années pour aboutir au premier projet régional de santé (PRS) Rhône Alpes 2012-2017. Et, plus récemment, au second PRS Auvergne-Rhône Alpes 2018-2028 adopté par arrêté du directeur général de l'ARS le 25 mai 2018 après une concertation de plusieurs mois et qui a été publié le 14 juin 2018.

Le nouveau cadre réglementaire définit les 3 documents constitutifs du PRS (22) :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.

- le schéma régional de santé (SRS), établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé, qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social. Il a une durée de 5 ans.

- le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), qui est une déclinaison spécifique du SRS et vue de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

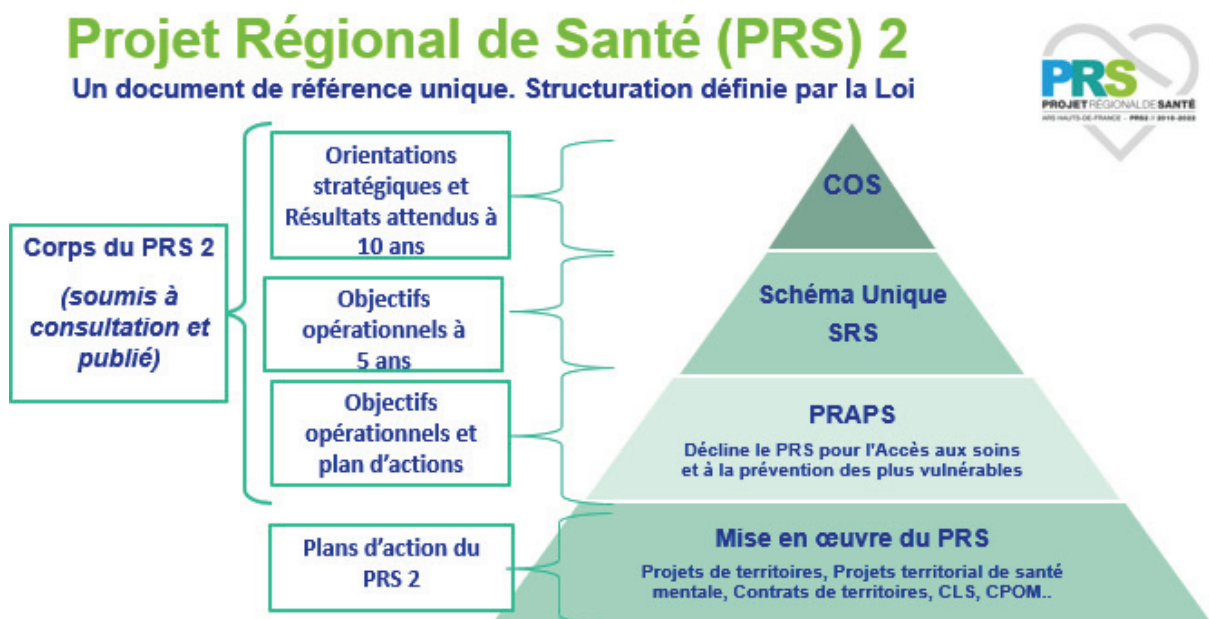


Figure 1 : Projet régional de santé 2

Ce dernier PRAPS 2018-2023 s'articule autour de 6 objectifs principaux (23) :

« - Développer les actions de prévention et de promotion de la santé en direction des jeunes plus particulièrement sur des thèmes tels que le surpoids et l'obésité, la santé bucco-dentaire et les addictions, qui sont des marqueurs d'inégalités sociales de santé.

- Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire en direction des patients souffrant de pathologies chroniques afin de les impliquer davantage dans leur prise en charge.

- Garantir, pour tous, l'accès aux soins de 1er recours y compris aux soins non programmés. Ceci implique un double enjeu : réduction des inégalités géographiques de santé et maintien à domicile.

- Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée.

- Promouvoir un parcours de soins hospitalier adapté à la personne âgée et renforcer les démarches d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard.

- Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions. »

### 3°) Etat des lieux et évolution des PASS en France :

Au-delà de ces grands principes communs, les PASS se sont développées de manière très hétérogène. Ceci peut être expliqué par leurs localisations, activités et spécialités modulées en fonction des patients, de leurs prises en charge ainsi qu'à la démographie des professionnels de santé à proximité.

En 2003, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en association avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) ont réalisé un premier état des lieux portant sur 364 PASS fixes et 4 PASS mobiles en France. Cette étude a permis de mettre en exergue cette hétérogénéité avec :

- une couverture géographique sanitaire et sociale jugée globalement satisfaisante, même si des améliorations restent à apporter (11,35% des PASS sont implantées en zone rurale)

- une activité moyenne faible (4,8 patients par jour) mais extrêmement variée (de 0 à 37 patients)
- des rôles différents à adapter selon l'implantation géographique : les grandes agglomérations prennent en charge plus de pathologies infectieuses, dentaires ou dermatologiques quand les petites ou moyennes agglomérations reçoivent des patients souffrant plutôt de pathologies traumatologiques, addictives ou psychiatriques
- des moyens personnels aussi extrêmement divers : la moitié des centres sont pourvus d'un médecin, d'une infirmière et d'une psychologue. Seulement un quart bénéficie de l'aide d'un interprète.

Pour tenter de répondre au mieux à cette hétérogénéité de besoins, les PASS ont acquis des spécificités dès 2009 :

- les « PASS spécialisées » notamment pour le domaine de la psychiatrie, pédiatrie ou de l'odontologie
- les « PASS mobiles » intervenant à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital
- les « PASS transversales » permettent une prise en charge par une assistante sociale rattachée à la structure dans les différents services de l'hôpital
- les « PASS dédiées » bénéficient de leurs propres locaux

Un rapport d'août 2010 réalisé par Médecins du monde (3) décrivait l'activité de 37 PASS dans 23 villes différentes (dont 4 situées à Lyon).

Les constats reflètent toujours ces inégalités :

- la plupart des PASS n'acceptent que les patients éligibles à l'assurance maladie ou à l'Aide Médicale d'Etat (pour que les coûts soient rapidement recouverts), seule 8 acceptent tous les patients, quelque soient leurs droits
- on note une amélioration quant aux recours aux interprètes professionnels, un établissement qui fait appel à une société de médecine transculturelle
- des moyens humains très disparates : l'absence de consultations de médecine générale dans la moitié des PASS mais toutes ont un temps de travailleur social
- près de la moitié des PASS mènent des actions à l'extérieur, de prévention en lien avec les partenaires du réseau, dans les lieux de vie ou d'hébergement des personnes en situation de précarité

- des plages horaires insuffisantes dans 3 PASS sur 10, pas d'accueil l'après-midi, horaires inadaptés au vu de la file active, une signalisation au sein de l'hôpital inefficace dans plus d'un tiers des cas (alors que certains établissements bénéficient de personnel dédié à l'accueil qui accompagnent les usagers).

Selon une étude de 2013 de la Direction générale de l'offre de soins, seul un quart des PASS satisfaisait les critères d'exigence fixés. Qui étaient de disposer d'un mi-temps de travailleur social, d'au moins 10 % de temps médical dédié, d'un accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, de la possibilité de recourir à l'interprétariat, d'une signalétique au sein de l'établissement, de protocoles entre les services de l'établissement.

Rappelons brièvement les « critères » requis chez les patients pour pouvoir bénéficier de cette aide, précisés dans la circulaire du 18 juin 2013 (13) :

« C'est un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder : en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude, ou pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins. ».

On voit bien dans cette définition que l'absence de couverture sociale ne représente pas le seul critère d'accès à la PASS et que c'est bien une prise en charge de la précarité dans sa globalité qui est proposée au sein de ces structures.

A ce jour, il existe en France environ 430 PASS dont les  $\frac{3}{4}$  ont été créés entre 1998 et 2001. Les objectifs fixés en 1998 ont été atteints.

#### 4°) Les PASS dans la région Auvergne Rhône Alpes :

A l'occasion des travaux relatifs à ce second PRS de 2018, un travail important a été réalisé sous l'égide de l'ARS et de l'Observation Régional de santé (ORS) pour permettre de dresser un portrait de la santé en Auvergne Rhône Alpes (24).

Cette région abrite 12 % de la population nationale soit 7.9 millions d'habitants avec un rythme annuel moyen de progression de 0.8 % (la moitié due au « solde naturel », l'autre aux mouvements migratoires). La part de la population urbaine est estimée à 80 %.

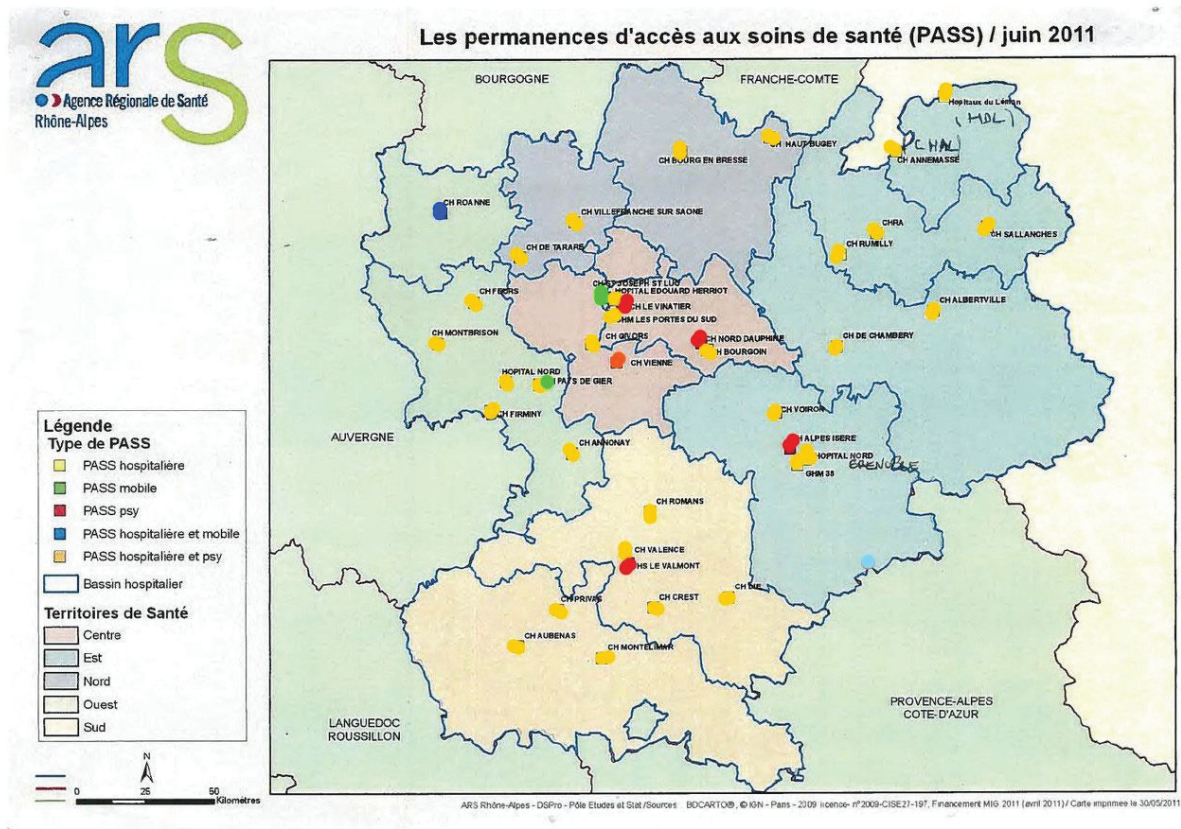
Le dynamisme de cette région est important. Il suffit d'observer le taux de chômage qui est parmi les plus bas de France (8,7 % en 2016), le 2<sup>ème</sup> revenu disponible médian régional le plus élevé estimé à 20 900€ (50% de la population a un revenu inférieur et 50% supérieur) et le troisième taux brut de natalité (11,9 naissances pour 1000 habitants).

Il existe de fortes disparités entre les grandes agglomérations à forte attractivité pour les jeunes actifs (Lyon, Saint Etienne, Clermont Ferrand et les régions transfrontalières de Haute Savoie et de l'Ain) et les zones plus rurales (Cantal, l'Allier, l'Ardèche et la Haute-Loire) où la population est vieillissante ou sans emploi. On note également des disparités intra départementales. Le revenu médian des 10 % des Rhodaniens les plus aisés est 3,7 fois plus élevé que celui des 10 % les moins aisés.

Ce faible taux de chômage rend très attractive cette région, notamment pour les personnes en situation de précarité en quête d'un emploi.

En 2011, les PASS étaient au nombre de 34 et réparties équitablement entre les 8 départements de la région Rhône Alpes.

Suite au regroupement des régions, il en existe 59 dans la région Auvergne- Rhône Alpes dont 7 dans la métropole de Lyon.



**Figure 2 : Répartition des PASS dans la région Rhône Alpes en 2011**

Au sein de cette vaste région, un regroupement de professionnels a été créé en décembre 2005 sous le nom d'APPASSRA (Association des Professionnels des PASS Rhône Alpes). Cette association est indépendante des laboratoires pharmaceutiques et des institutions de Santé Publique et intégralement financée par les adhésions.

La vocation principale de cette association est de réunir les différents professionnels engagés (à savoir travailleurs sociaux, médecins et infirmières) afin d'échanger et de réfléchir ensemble sur le développement des PASS, de transmettre aux pouvoirs publics et aux institutions les difficultés rencontrées et de tendre à homogénéiser les pratiques. (25)

Un cahier des charges a été élaboré en 2012 pour établir de manière claire les objectifs des PASS de l'ARS Rhône Alpes. L'accent est mis sur la nécessité d'une évaluation annuelle de l'activité transmise à l'ARS.



Dans ce contexte, la difficulté de prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité est un sujet au cœur du débat.

De récents travaux réalisés par des professionnels de l'ARS et la coordinatrice régionale des PASS soulèvent la problématique de l'inscription à la maternité :

- des délais d'attente qui s'allongent de plus en plus
- des femmes enceintes suivies par les PASS jusqu'au terme (et ce malgré les recommandations HAS de mai 2016 qui préconisent un suivi régulier par un gynécologue obstétricien pour les femmes enceintes en situation de précarité)
- l'absence de régulation de la répartition de ces patientes entre les différentes maternités de la métropole.

#### 5°) La PASS du CHSLSJ :

Dès 2001, le CHSLSJ a disposé d'une équipe mobile intégrant le « réseau social rue hôpital ». Initialement, cette équipe était composée d'un médecin, d'une secrétaire à mi-temps, d'une infirmière et d'une assistante sociale à plein temps.

A l'origine, l'équipe intervenait sur les lieux d'hébergement ou dans la rue. Le but était de créer un lien sur le lieu de vie des personnes, une accroche permettant de travailler la question du soin et du prendre soin pour pouvoir les accompagner vers un lieu de soins adapté.

Une collaboration avec les autres PASS de Lyon a été mise en place, notamment les PASS du Vinatier, des Portes du Sud, la PASS dentaire à HEH et la PASS pédiatrique à l'HFME.

En 2014, du fait de sa situation d'unique hôpital de centre-ville, de l'importante activité de son service de médecine d'urgence et de son engagement dans le cadre du RSRH, l'ARS sollicite le CHSJSL pour l'ouverture d'une PASS fixe.

La proposition du CHSJSL de rassembler l'équipe mobile du RSRH et la PASS fixe en une PASS unique rattachée au Service de Médecine d'Urgence (SMU) est validée par l'ARS.

Les locaux de la PASS fixe ouvrent leurs portes à 300 mètres du CHSLSJ dès fin mars 2016.

Elle revêt différentes missions afin d'accompagner les patients dans leurs parcours de soin et leurs démarches sociales jusqu'à la mise en place d'un relai dans les dispositifs de droits communs. La prise en charge peut comporter :

- Un entretien social : évaluation sociale, ouverture de droits (annexe 2), recherche d'hébergement, orientation et lien partenaire
- Une consultation médicale
- Une consultation, entretien et soins infirmiers
- Un accompagnement aux consultations spécialisées et aux examens complémentaires (échographie de grossesse, radiologie...) sur le centre hospitalier mais également sur le réseau libéral
- Une coordination des soins en fonction de la demande des partenaires ou du patient

Un lien étroit est également assuré avec les urgences de SLSJ. Un binôme assistante sociale/infirmière assiste aux relèves du matin et de la mi-journée le lundi et vendredi pour ainsi identifier les patients pouvant relever d'une prise en charge à la PASS. Elles restent joignables ensuite aux heures ouvrables sur leur propre DECT.

Ce fin maillage avec ces différents intervenants permet une prise en charge plus complète et rapide de ces personnes.

En pratique, la PASS fixe est ouverte au public tous les mardis et jeudis de 8h30 à 16h30. Les patients peuvent se présenter sans rendez-vous les matins. Le reste de l'emploi du temps est consacré aux travaux administratifs, aux soins infirmiers et au suivi social. C'est également l'occasion d'accompagner les patients à des examens, consultations et autres rendez-vous.

Actuellement, l'équipe se compose de 2 équivalents temps plein (ETP) infirmiers, 2 ETP assistants sociaux, 0,5 ETP secrétariat médical, 0,7 ETP médical et 0,5 ETP encadrement. Cette équipe intervient également aux urgences, en activité mobile et lors des consultations.

La prise en charge du patient est pluridisciplinaire. Les entretiens avec une infirmière, un travailleur social et un médecin se succèdent. L'aide d'un interprète est possible. Dans ce cas, les entretiens peuvent se faire de manière conjointe entre les différents professionnels de santé afin d'optimiser au mieux le temps de recours à cet interprétariat et d'en réduire les coûts\*.

Les critères retenus pour être éligible à un suivi par la PASS du CHSLSJ sont :

- couverture sociale incomplète ou absente
- isolement ou désaffiliation
- rupture ou discontinuité des soins
- difficultés d'accès aux dispositifs de santé de droit commun
- hébergement non stable ou errance
- majorité

Concernant les années 2016 et 2017, on peut lire dans le cahier des charges remis à l'ARS que le nombre de femmes consultant à la PASS du CHSLSL a augmenté de 17% en 1 an. Elles représentent 35,7% des patients en 2016 et 41% en 2017.

\* En 2017, le budget interprétariat dépensé était de 4852 euros (13 580€ pour la PASS des HCL).

## 2<sup>ème</sup> partie : Matériel et méthodes

### 1°) Objectifs

L'objectif principal de ce travail était de recueillir les caractéristiques démographiques des femmes enceintes consultant à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018 et d'analyser leur suivi médical.

Les objectifs secondaires étaient de comparer ces résultats à ceux de l'enquête périnatale réalisée en 2016 et de discuter des différents projets en cours pour améliorer la situation.

### 2°) Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique de mai 2016 à mai 2018. Les patientes incluses étaient issues des dossiers de la PASS du CHSLSJ.

Les critères d'inclusion étaient :

- âge de plus de 18 ans
- ET une grossesse évolutive
- ET date de la première consultation à la PASS du CHSLSJ entre mai 2016 et mai 2018.

Le critère d'exclusion était l'absence de précarité, définie comme :

- Couverture sociale complète
- ET accès aux dispositifs de santé de droit commun
- ET hébergement stable

### 3°) Recueil de données

Un travail de recensement a été effectué par l'équipe de la PASS avec la réalisation d'un tableau regroupant l'ensemble des Identifiants Permanents Patient (IPP) des femmes enceintes ayant consulté à la PASS.

L'analyse détaillée des dossiers a été faite à l'aide du logiciel *ORBIS*, dossier informatisé patient permettant la gestion des circuits du médicament, des demandes d'examens externes et de la biologie. Il prend en compte la gestion des soins infirmiers, la saisie de l'activité et du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ainsi que la prise de rendez-vous. Il intègre aussi un module spécifique pour les urgences.

Ce travail a été effectué sur des ordinateurs situés dans le service des urgences, du service social du CHSLSJ et à la PASS afin de garantir le secret médical des patientes.

Les données ont été recueillies sur des dossiers de patientes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018.

Les données recueillies étaient les suivantes :

- les données démographiques :
  - l'âge
  - le pays d'origine
- gestité et parité
- le terme de grossesse à l'arrivée à la PASS
- la situation familiale
- le délai de consultation entre l'arrivée sur le territoire français et la première consultation à la PASS.
- le suivi de grossesse
  - le suivi antérieur
  - le lieu de réalisation des échographies anténatales
  - l'orientation après la PASS
- l'accouchement
  - le nombre de semaine d'aménorrhée lors de l'accouchement
  - le poids du bébé

- le score d'APGAR
- le mode d'accouchement (césarienne ou accouchement voie basse)
- le post partum
  - le délai moyen de retour à domicile
  - le mode d'allaitement
  - la contraception.

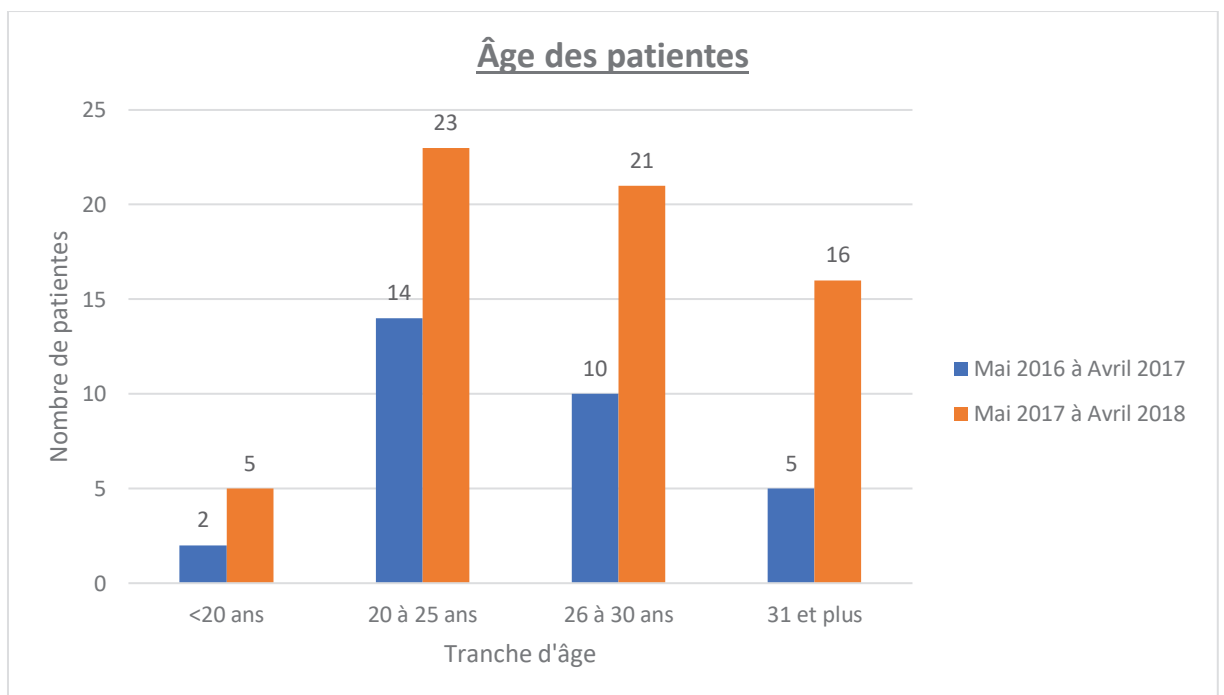
## 3<sup>ème</sup> partie : Résultats

Quatre-vingt-seize patientes ont été incluses dans cette étude entre mai 2016 et mai 2018.

### 1°) Caractéristiques de la population

#### 1°) Données démographiques

##### a) L'âge



**Figure 3** : L'âge des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS de CHLSJ de mai 2016 à mai 2018

Trente et une patientes ont consulté de mai 2016 à fin avril 2017 à la PASS du CHLSJ. Voici la répartition des âges de manière croissante :

- 2 patientes (6,5 %) avaient moins de 20 ans,
- 14 patientes (45,1 %) avaient entre 20 et 25 ans,
- 10 patientes (32,3 %) avaient entre 26 et 30 ans,
- Et 5 patientes (16,1 %) avaient plus de 31 ans

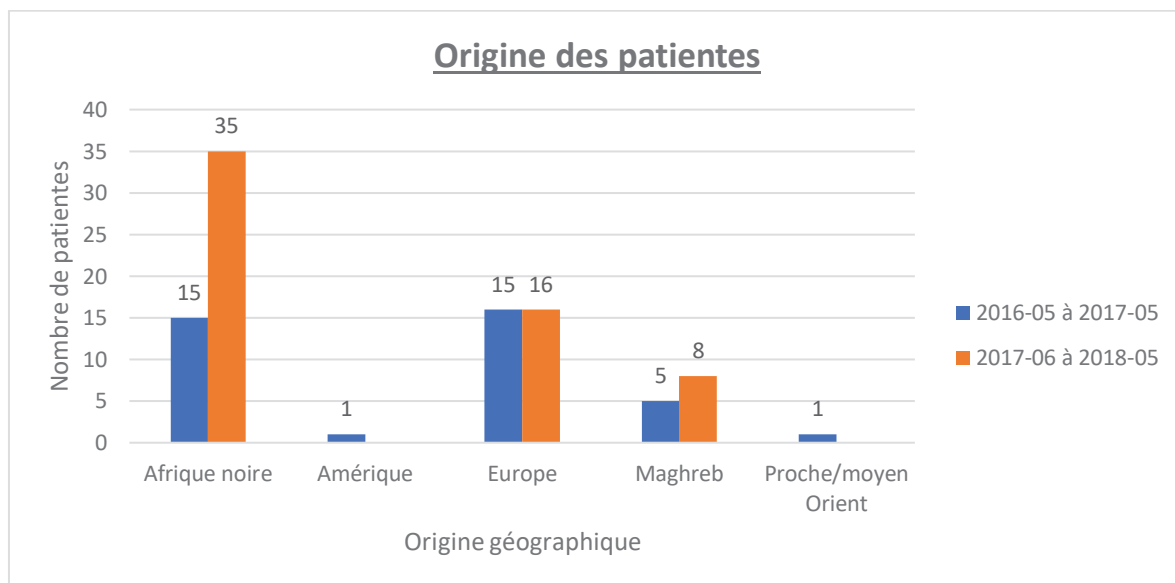
La moyenne d'âge était de 26,1 ans.

Soixante-cinq patientes ont consulté entre mai 2017 et fin avril 2018, parmi lesquelles :

- 5 patientes (7,7 %) avaient moins de 20 ans,
- 23 patientes (35,4 %) avaient entre 20 et 25 ans,
- 21 patientes (32,3 %) avaient entre 26 et 30 ans,
- 16 patientes (24,6 %) avaient plus de 31 ans

La moyenne d'âge était de 27 ans.

b) L'origine



**Figure 4** : L'origine des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS de CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

Cinquante patientes (52,1 %) sur les deux années étudiées sont issues de pays d'Afrique noire, avec une augmentation de 233 % entre les deux années étudiées.

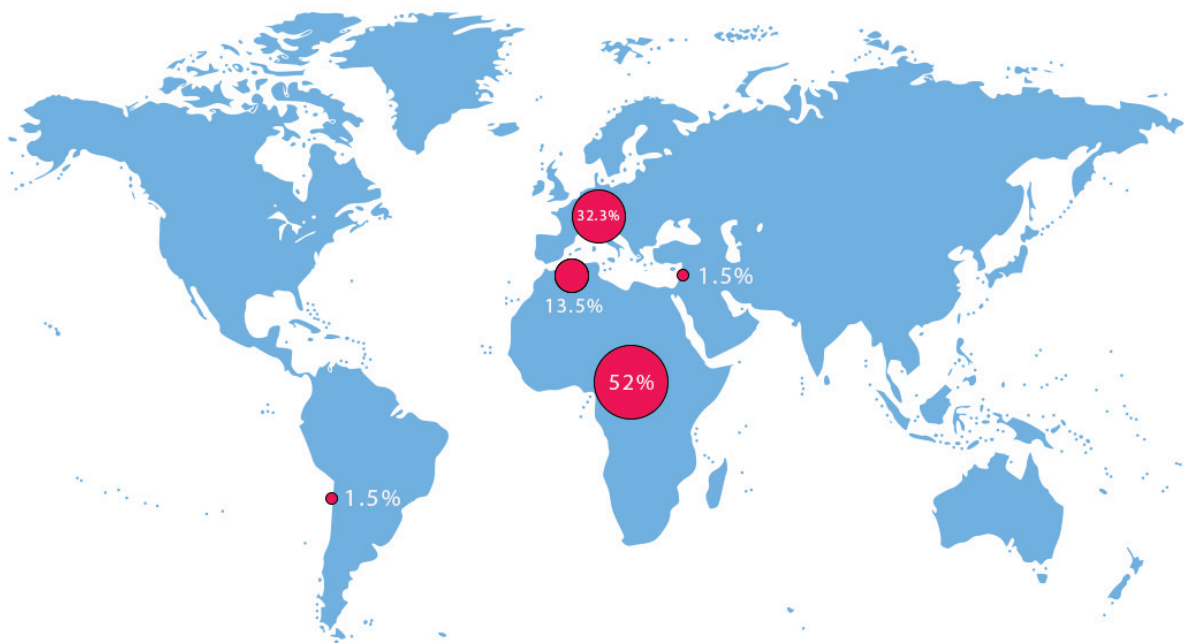
Parmi les pays d'origine, on retrouve le Nigéria (28 % des patientes africaines), la Guinée Equatoriale (16 %), le Cameroun (12 %) puis le Congo et la Côte d'Ivoire (10 %). Les autres pays étaient l'Angola (4 patientes), le Mali (3 patientes), le Soudan (1 patiente), la Mauritanie (1 patiente), Madagascar (1 patiente), Le Bénin (1 patiente), le Tchad (1 patiente).



Trente et une patientes (32,3 %) étaient issues d'un pays européen. Parmi lesquelles, 8 patientes (25,8%) proviennent de Roumanie et 8 autres d'Albanie. Les autres pays représentés étaient l'Ukraine (3 patientes), Mayotte (3 patientes), l'Arménie (2 patientes), la Géorgie (2 patientes), la Bosnie Herzégovine (1 patiente), la Turquie (1 patiente), la Macédoine (1 patiente) et une patiente venait de France.

Treize patientes (13,5 %) des patientes étaient originaires d'un pays du Maghreb : 7 patientes d'Algérie (53,8 %), 5 patientes de Tunisie et une patiente du Maroc.

Une seule patiente provenait du Proche Orient (1,05 %), plus précisément du Liban et une autre du Chili (1,05 %).



**Figure 5 :** *Origine en pourcentage des femmes enceintes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018*

**Figure 6 : Répartition par pays des femmes originaires d'Afrique noire**



c) Gestité et parité

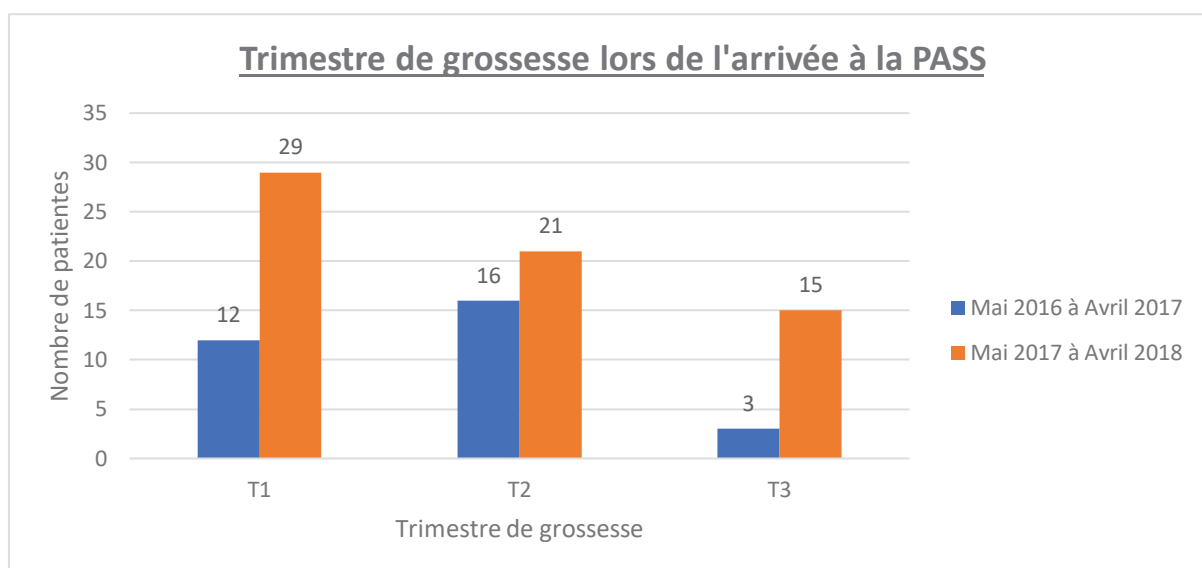
| Période               | ATCD de grossesse |           |           |           |           |
|-----------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                       | G1                | G2        | G3        | G4 à G10  | Total     |
| Mai 2016 à Avril 2017 | 13                | 5         | 7         | 6         | 31        |
| Mai 2017 à Avril 2018 | 24                | 19        | 5         | 17        | 65        |
| <b>Total</b>          | <b>37</b>         | <b>24</b> | <b>12</b> | <b>23</b> | <b>96</b> |

**Tableau 1 : Gestité et parité des femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018**

Trente-sept patientes (39 %) consultaient pour leur première grossesse, 24 patientes (25 %) pour leur seconde, 12 patientes (11 %) pour leur troisième et 23 patientes (24 %) avaient déjà eu au moins 4 grossesses.

La proportion de femmes enceintes pour, au moins la quatrième fois, augmente entre les 2 périodes étudiées de 283 %.

d) Le trimestre de grossesse à l'arrivée à la PASS



**Figure 7 :** trimestre de grossesse lors de l'arrivée à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

Quarante et une patientes (42,7 %) ont consulté au cours de leur premier trimestre de grossesse avec une augmentation de 241 % entre la période mai 2016/avril 2017 et mai 2017/avril 2018.

Trente-sept patientes (38,5 %) ont consulté au cours de leur second trimestre de grossesse.

Dix-huit patientes (18,75 %) ont consulté au cours de leur troisième trimestre. Le nombre de ces patientes a été multiplié par 5 entre les 2 années étudiées.

e) Situation familiale

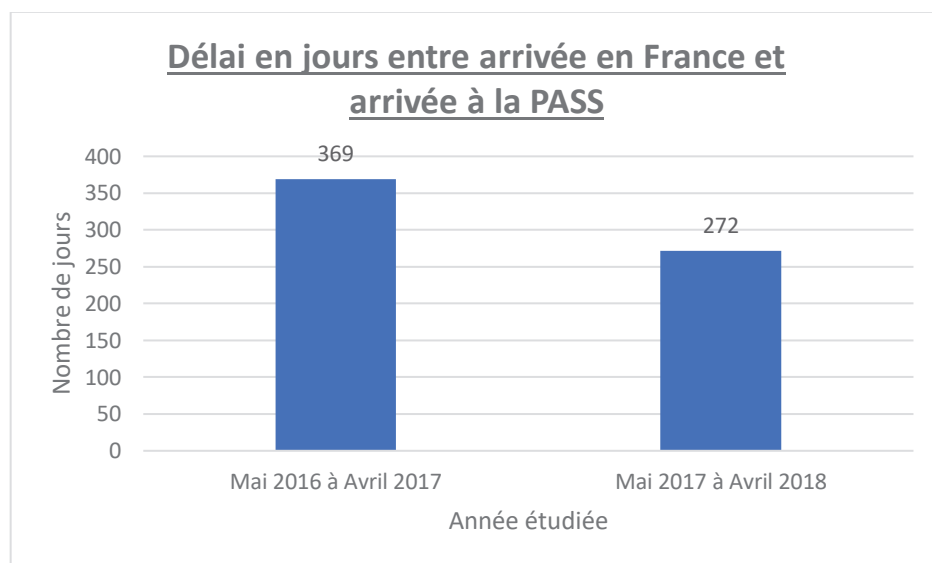
| Période               | Situation familiale |                   | Couple sans enfant | Couple avec enfants | Total     |
|-----------------------|---------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------|
|                       | Seule sans enfant   | Seule avec enfant |                    |                     |           |
| Mai 2016 à Avril 2017 | 14                  | 3                 | 8                  | 6                   | 31        |
| Mai 2017 à Avril 2018 | 21                  | 9                 | 19                 | 16                  | 65        |
| <b>Total</b>          | <b>35</b>           | <b>12</b>         | <b>27</b>          | <b>32</b>           | <b>96</b> |

**Tableau 2 :** situation familiale des patientes en situation de précarité consultant à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

Lors de la première consultation à la PASS, 47 patientes (49 %) sont célibataires. Parmi lesquelles, 35 sont sans enfants (soit 74,5 %) et 12 (25,5 %) ont déjà au moins un enfant.

Cinquante et un pourcents sont accompagnées au moment de leur premier passage par un conjoint, un membre de leur famille ou un aidant extérieur.

f) Délai entre l'arrivée sur le territoire français et la première consultation à la PASS



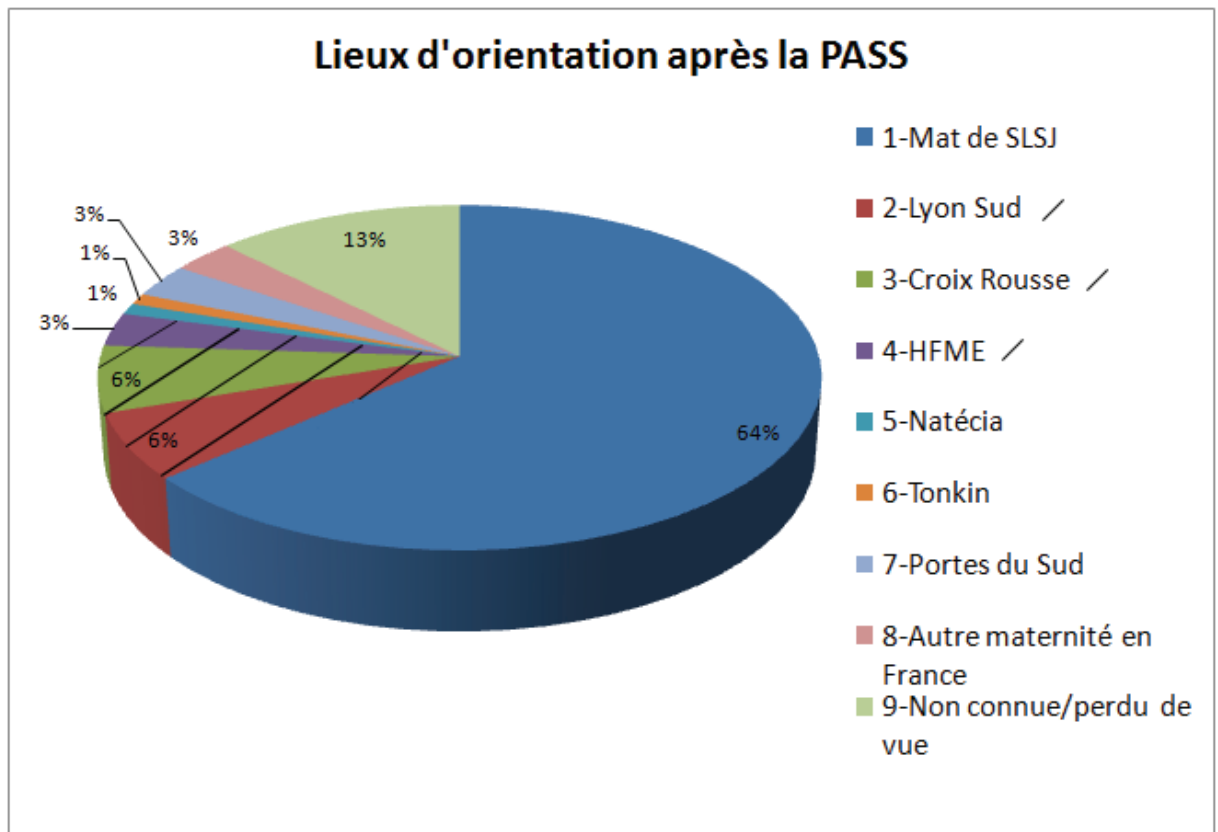
**Figure 8** : délai en jours entre l'arrivée sur le territoire français et la première consultation à la PASS du CHSLSJ

Durant la première année étudiée, le délai moyen entre la date d'arrivée en France et la première consultation à la PASS du CHSLSJ était d'un an et 4 jours.

Durant l'année suivante, le délai a diminué à 272 jours soit environ 9 mois.

## 2°) Le suivi de grossesse

### a) L'orientation en maternité après la PASS



**Figure 9** : Lieux d'orientation des femmes enceintes en situation de précarité après la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

Sur les 96 patientes, 63,5 % ont été orientées dans les suites à la maternité de SLSJ.

Quinze patientes (15,6 %) ont été suivies au sein des maternités des HCL (Croix Rousse, HFME et Lyon Sud).

b) Lieux de réalisation des échographies anténatales

| Période               | Lieux des échographies | Centre    |           |          | Centre   |          | Total     |               |
|-----------------------|------------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|---------------|
|                       |                        | SLSJ      | Lafayette | Vinatier | HFME     | Sévigné  |           | Perdue de vue |
| Mai 2016 à Avril 2017 |                        | 19        | 7         | 0        | 0        | 1        | 4         | 31            |
| Mai 2017 à Avril 2018 |                        | 24        | 16        | 1        | 2        | 0        | 22        | 65            |
| <b>Total</b>          |                        | <b>43</b> | <b>23</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>26</b> | <b>96</b>     |

**Tableau 3** : Lieux de réalisation des échographies anténatales chez les patientes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ

Vingt-six patientes (27,1 %) ont été perdues de vue ou l'information n'a pas été retrouvée dans les dossiers.

Parmi les dossiers où l'information a été retrouvée (72,9 % des dossiers) :

- 43 patientes (61,4 %) ont réalisé leurs échographies anténatales à la maternité du CHSLSJ.
- 23 patientes (32,9 %) ont fait leurs échographies anténatales au Centre d'Imagerie Médicale Lafayette Lyon (CIML)

Les autres échographies ont été réalisées au centre hospitalier du Vinatier, à l'HFME ou au centre de Sévigné (1 patiente).

3°) L'accouchement

a) Le nombre de semaines d'aménorrhée au moment de l'accouchement

| Période               | Terme accouchement | Terme         |              |          | Total     |           |
|-----------------------|--------------------|---------------|--------------|----------|-----------|-----------|
|                       |                    | Moins de 37SA | De 37 à 41SA | En cours |           | Non connu |
| Mai 2016 à Avril 2017 |                    | 0             | 18           | 2        | 11        | 31        |
| Mai 2017 à Avril 2018 |                    | 3             | 24           | 2        | 36        | 65        |
| <b>Grand Total</b>    |                    | <b>3</b>      | <b>42</b>    | <b>4</b> | <b>47</b> | <b>96</b> |

**Tableau 4** : Nombre de semaines d'aménorrhée au moment de l'accouchement chez les patientes ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

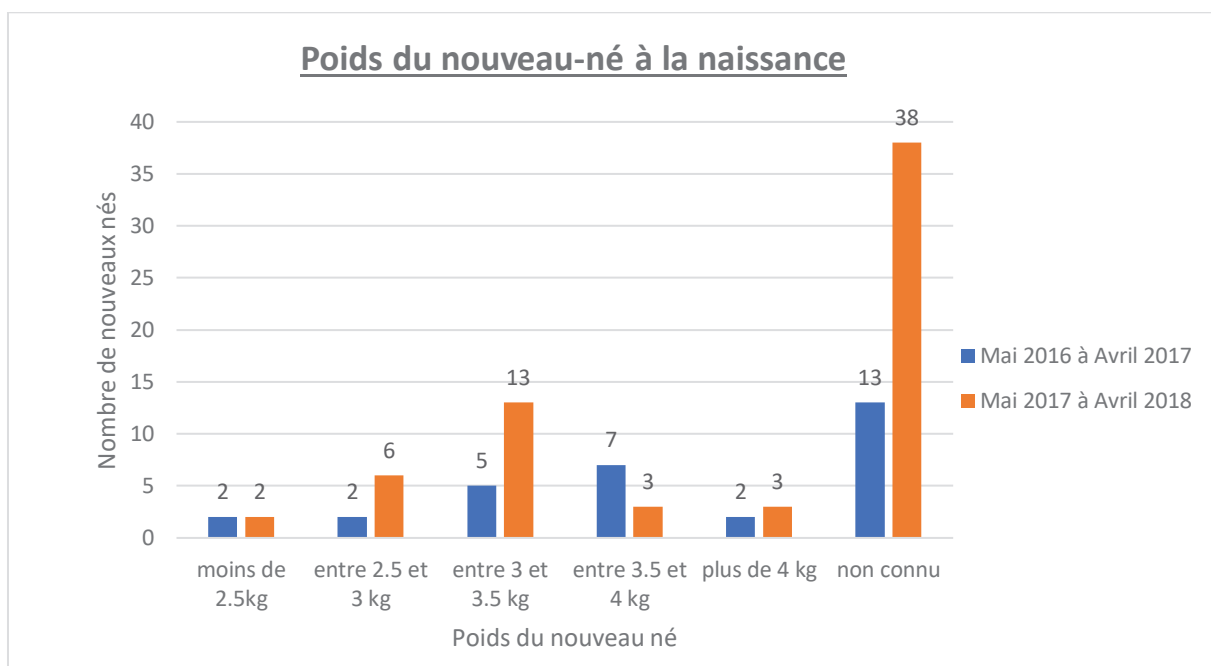
Au sein des 96 dossiers étudiés, le terme de l'accouchement n'est pas retrouvé pour 47 (49 %) d'entre eux. Il s'agit de patientes perdues de vue, suivies dans d'autres établissements en France ou de dossiers incomplets.

Trois enfants (6,6 %) sur les 45 où le terme de l'accouchement était mentionné sont nés prématurément, c'est-à-dire à moins de 37 semaines d'aménorrhée (SA).

Quarante-deux enfants (93,3%) sont nés à terme.

Aucun post terme n'est dénombré (naissance au-delà de 41 SA).

#### b) Le poids du nouveau-né



**Figure 10** : Poids des nouveau-nés à la naissance de mai 2016 à mai 2018

Dans 51 dossiers (53,1 %), le poids du nouveau-né à la naissance n'était pas renseigné.

Parmi les 45 dossiers (46,9 %) dans lesquels le poids du nouveau-né a été renseigné :

- 4 nouveau-nés (8,9 %) avaient un poids de naissance inférieur à la norme (inférieur à 2,5 kilogrammes)
- 5 nouveau-nés (11,1 %) étaient macrosomes (poids supérieur à 4 kilogrammes)

Soit 80 % des nouveau-nés ayant un poids de naissance dans les normes.

c) Le score d'APGAR

| Période               | APGAR     |          |           | Total     |
|-----------------------|-----------|----------|-----------|-----------|
|                       | 10/10/10  | Autre    | Non connu |           |
| Mai 2016 à Avril 2017 | 16        | 2        | 13        | 31        |
| Mai 2017 à Avril 2018 | 19        | 7        | 39        | 65        |
| <b>Total</b>          | <b>35</b> | <b>9</b> | <b>52</b> | <b>96</b> |

**Tableau 5** : Score d'APGAR des nouveau-nés entre mai 2016 et mai 2018

La colonne « autre » représente les scores d'APGAR initialement bas revenant à la normale de 10 au bout de maximum 5 minutes.

Dans 52 dossiers (54,2 %), le score d'APGAR n'a pas été retrouvé.

Parmi les dossiers où l'information a été retrouvée : 44 nouveau-nés (100 %) ont un score d'APGAR normal en moins de 5 minutes. Pour 79,5 %, le score était maximum dès la naissance.

d) Le mode d'accouchement

| Période               | Mode d'accouchement |            |           | Total     |
|-----------------------|---------------------|------------|-----------|-----------|
|                       | AVB                 | Césarienne | Non connu |           |
| Mai 2016 à Avril 2017 | 10                  | 4          | 17        | 31        |
| Mai 2017 à Avril 2018 | 23                  | 5          | 37        | 65        |
| <b>Total</b>          | <b>33</b>           | <b>9</b>   | <b>54</b> | <b>96</b> |

**Tableau 6** : Mode d'accouchement des patientes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

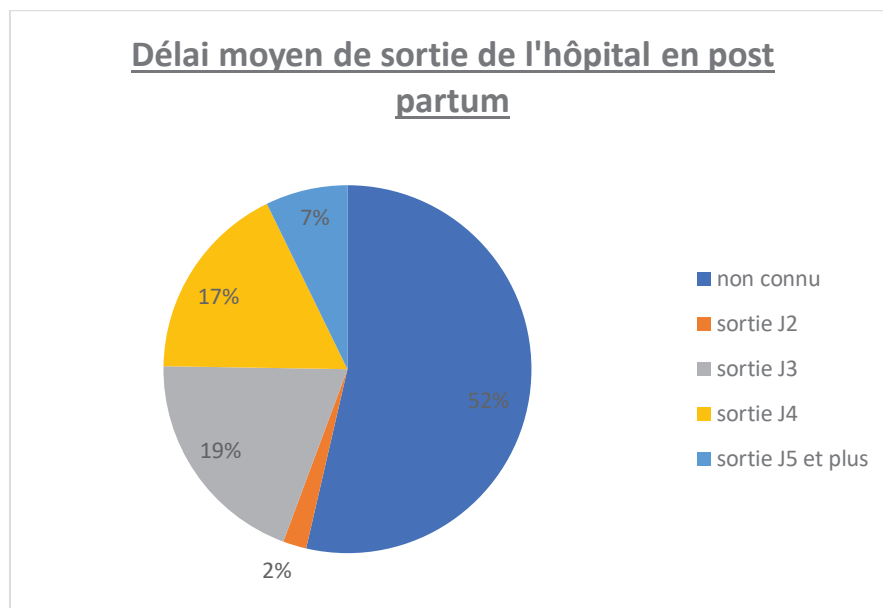
Pour 54 dossiers (56,25 %), le mode d'accouchement n'est pas détaillé.

Parmi les accouchements dont le déroulement est mentionné dans le dossier, 33 (78,6 %) ont été réalisés par voie basse et 9 (21,4 %) par césarienne.



#### 4°) Le post partum :

##### a) La sortie de l'hôpital



**Figure 11** : Délai moyen de sortie de l'hôpital en post partum chez les femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

La sortie de l'hôpital après l'accouchement chez les 45 patientes dont le délai était mentionné dans le dossier a eu lieu :

- Dans les 48h pour 4,4 % d'entre elles
- Au bout de 3 jours, pour 19 patientes (42,2 %)
- A J4, pour un peu moins de 17 patientes (37,8 %)
- Et pour environ 15,6 %, le retour à domicile a eu lieu au moins 5 jours après l'accouchement

Les conditions de logement de ces femmes en retour de couches n'ont pu être retrouvé de manière fiable.

b) Le mode d'allaitement

| Allaitement           |           |            |           |           |
|-----------------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| Période               | Maternel  | Artificiel | Non connu | Total     |
| Mai 2016 à Avril 2017 | 9         | 5          | 17        | 31        |
| Mai 2017 à Avril 2018 | 19        | 8          | 38        | 65        |
| <b>Total</b>          | <b>28</b> | <b>13</b>  | <b>55</b> | <b>96</b> |

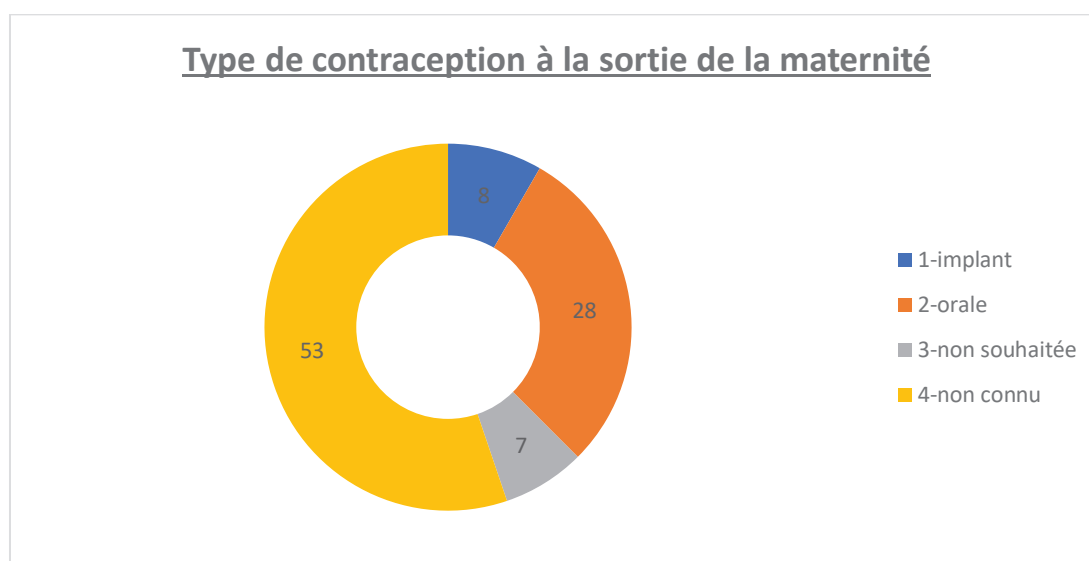
**Tableau 7** : Mode d'allaitement chez les femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSJ de mai 2016 à mai 2018

Le type d'allaitement choisi n'était pas mentionné pour 55 patientes (57,3 %).

Sur les deux années étudiées et parmi les dossiers correctement remplis, 28 nouvelles mères (68,3 %) ont choisi l'allaitement maternel exclusif.

La proportion de femmes ayant choisi l'allaitement maternel exclusif est de 64,3 % pour l'année 2016 et de 70,4 % pour l'année 2017.

c) La contraception



**Figure 12** : Type de contraception à la sortie de la maternité chez les femmes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du CHSLSL de mai 2016 à mai 2018

En ce qui concerne le type de contraception débuté à la sortie de la maternité, sur les 43 patientes (44,8 %) dont le mode de contraception est connu :

- 28 patientes (65 %) ont choisi une contraception orale (pilule micro-progestative)
- 18,7 % ont opté pour un implant contraceptif
- Quant aux 16,3 % restantes, elles n'ont pas souhaité de contraception.

## 4<sup>ème</sup> partie : Discussion

Ces résultats nous permettent de connaître plus précisément la population consultant à la PASS du CHSLSJ au cours de la période étudiée, ce qui fait partie intégrante des recommandations d'organisation de la DHOS pour toute PASS.

### 1) Limites de l'étude :

Une étude rétrospective et monocentrique est confrontée à des biais inhérents à sa méthodologie propre.

#### 1°) Etude monocentrique

Notre étude porte sur une seule PASS, celle du CHSLSJ. Ainsi, l'étude descriptive de la population de femmes enceintes en situation de précarité consultant au sein de cette structure n'est pas représentative en tout point à celle consultant aux autres PASS de Lyon et, à fortiori, dans celles des autres PASS en France. De plus, Lyon est une métropole particulièrement bien dotée en structures PASS (7 sur 59 PASS de la vaste région Auvergne Rhône Alpes sont situées dans la métropole lyonnaise). Il existe également un biais de sélection car nous avons étudié ici uniquement les femmes ayant entendu parler de la PASS, celles avec les capacités et ressources suffisantes pour pouvoir venir consulter.

Néanmoins, elle nous permet d'avoir un premier état des lieux pour ainsi en suivre l'évolution et tenter d'adapter au mieux l'offre à la demande.

#### 2°) Etude rétrospective

La méthodologie consistait à recueillir les informations sur des dossiers informatisés à partir d'ordinateurs où le logiciel ORBIS était installé et où l'accès aux dossiers m'était autorisé. J'ai ensuite créé un fichier Excel avec l'ensemble des données recueillies, ce qui a pu conduire à des pertes d'information de ma part car, parfois, les données n'étaient pas sur une même fiche, il y avait plusieurs dossiers patient ou le dossier était volumineux (avec de nombreux passages aux urgences, à la PASS...).

Cette méthodologie est également soumise à l'importance du nombre de dossiers incomplets. Dans 53% des dossiers je n'ai pas retrouvé le poids de l'enfant, pour 49% des dossiers il s'agissait du terme du nouveau-né au moment de l'accouchement. Sur 96 patientes étudiées seulement 45 (48,4%) ont eu un dossier où j'ai pu retrouver l'ensemble des informations jusqu'à la sortie de la maternité parmi les 56 patientes (85%) suivies à la maternité de SLSJ. Pour les patientes suivies dans d'autres maternités il est possible que ces informations étaient accessibles sur d'autres logiciels ou avec d'autres accès ouverts.

Certaines informations devaient être disponibles également uniquement au format papier.

La qualité de l'étude repose avant tout sur la qualité des dossiers. Il est évident que l'absence de certaines données a fait défaut à notre travail.

Ce manque de données est également vrai à l'échelon national. En contactant directement le collectif national des PASS, la responsable médicale reconnaît qu'il n'existe pas pour l'instant de registre national reflétant l'activité de ces dispositifs.

## 2) Résultats comparés à ceux de l'enquête périnatalité de 2016 :

L'enquête périnatalité rédigée par la DRESS et l'INSERM et réalisée en mars 2016 auprès de 14 142 naissances (soit 1,8% des naissances de l'année 2016) et 13 894 femmes (soit 13 384 naissances pour 13148 femmes en Métropole et 758 naissances pour 746 femmes dans DROM (Département et région d'Outre-Mer)) a permis d'obtenir des estimations fiables sur de nombreux indicateurs (4).

Cette enquête porte sur la totalité des naissances, définie comme l'ensemble des enfants nés vivants ou mort-nés si la naissance a eu lieu après 22 SA et/ou si le fœtus pèse au moins 500 grammes. Cette enquête a eu lieu sur 7 jours (du lundi 14 mars 2016 à minuit au dimanche 20 mars 2016 à minuit dans les maternités publiques et privées, y compris les naissances à domicile secondairement transférées. Une première série de données élémentaires étaient recueillies à la suite d'un entretien avec les mères en suites de couches en face-à-face : caractéristiques démographiques (âge, nationalité, statut marital...), suivi de grossesse, caractéristiques du nouveau-né (terme à la naissance, poids, mode d'allaitement...). Il était réalisé par des sages-femmes enquêtrices sous la coupe d'une personne référente (le plus souvent une sage-femme coordinatrice) qui faisait le lien entre le coordinateur départemental et les enquêteurs.

Une seconde série de données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire. Ces données portaient sur des éléments plus délicats (portant sur des questions plus sensibles et possiblement sous-estimés

si abordés de front (comme l'usage de drogues, le bien être psychologique, les violences physiques au cours de la grossesse...).

Cette étude avait pour objectifs de fournir les principaux indicateurs de l'état de santé des femmes et des enfants à un instant donné mais également d'apprécier l'évolution de ces indicateurs depuis 2010. L'ensemble des résultats était fourni sous forme de tableaux reprenant les indicateurs recommandés au niveau européen (EUROPERISTAT 2013) pour décrire les caractéristiques des mères, l'état de santé des enfants et les pratiques médicales au moment de la naissance.

Une première partie portait sur la sous population de métropole et une seconde sur celle des DROM.

Il est intéressant de noter qu'il s'agit de la première enquête périnatale où une attention particulière est portée aux femmes en situation précaire. La précarité est définie dans cette enquête comme l'absence d'emploi d'au moins un des membres du couple.

Nous allons comparer nos résultats aux indicateurs fournis sur la France entière (métropole et DROM). Les DROM sont la Guyane, Martinique, Guadeloupe, La Réunion et Mayotte.

Plusieurs indicateurs sont communs à ceux étudiés à la PASS de SLSJ.

#### 1°) Concernant les indicateurs relatifs aux nouvelles mères :

##### a) L'âge :

Dans notre étude, 7,2 % des futures mères ont entre 18 et 20 ans ce qui est comparable aux 6,9 % des femmes enceintes de moins de 20 ans en situation de précarité de l'enquête périnatale. Cependant, ce chiffre s'abaisse à 2,3% si l'on prend en compte l'ensemble des femmes enceintes de la France métropolitaine et des DROM.

A l'inverse, plus de la moitié des femmes de l'enquête périnatale ont plus de 30 ans quand elles ne sont que 42,8 % à la PASS.

On se retrouve ainsi, face à une population plus jeune de femmes enceintes en situation de précarité. La moyenne d'âge est de 26,1 ans la première année étudiée (mai 2016 à mai 2017) et de 27 ans au cours de la seconde.

### b) L'origine :

L'enquête ne détaille pas l'origine exacte des patientes dans la population des femmes précaires. La nationalité est « scindée » en population française et population étrangère. Cependant, on peut noter que :

- Parmi tous les couples où les deux partenaires sont au chômage, presque le tiers des nouvelles mères sont de nationalité étrangère
- Alors que ce chiffre s'abaisse à 11,9 % au sein des couples où au moins un des partenaires a un emploi.

En France métropolitaine, 14,1 % sont de nationalité étrangère (dont un peu plus du tiers d'Afrique du Nord, un quart d'Europe, un autre quart d'autres pays d'Afrique, le reste n'est pas détaillé).

On rappelle que dans notre étude, plus de la moitié des patientes sont originaires d'un pays d'Afrique noire, le tiers d'un pays d'Europe et 13,5 % d'Afrique du Nord.

Il semble que le nombre de patientes originaires du Maghreb augmente de manière exponentielle ces derniers mois. Une étude réalisée sur une PASS de Marseille retrouve une proportion de patientes maghrébines avoisinant les 80%. Cette tendance semble être ressentie chez les médecins exerçant à la PASS du CHSLSJ également.

Concernant le pays d'origine des patientes, on voit que la cartographie des pays en guerre rejoint celle de l'origine des patientes en situation de précarité. On comprend l'importance de connaître le parcours d'exil de ces patientes, savoir quels pays elles ont dû traverser, quelles tortures elles ont pu subir. Telles les exactions de Boko Haram au Nigéria (14 patientes) et au Cameroun (6 patientes) où les femmes et enfants sont soit utilisés comme bombes humaines lors d'attentats suicides, soit violées et/ou mariées de force aux djihadistes. Lorsqu'elles arrivent à s'échapper de cet enfer, parfois enceintes de leur bourreau, la prise en charge de la grossesse doit évidemment s'inscrire dans une prise en charge plus globale incluant, entre autres, un suivi psychologique.

Des études ont été menées pour tenter de mettre en évidence les multiples manières dont la santé et plus particulièrement la grossesse était perçue dans le monde selon les pays d'origine, les cultures voire les religions.

Par exemple, au Mali (3 patientes de la PASS du CHSLSJ), la grossesse doit être traditionnellement cachée le plus longtemps possible pour ne pas « éveiller l'envie de la femme stérile ». Les échographies sont vécues comme quasi pornographiques par ces patientes car on montre « ce que Dieu tient à tenir encore caché ». On comprend, dès lors, l'importance d'un suivi adapté à ces patientes avec des explications sur les examens et leur fréquence. (26)

L'approche transculturelle de la périnatalité est essentielle. La grossesse et l'accouchement en période migratoire réactivent la perte du cadre rassurant que ces femmes ont connu à un moment dans leur pays d'origine. A nous de nous adapter au lourd passé de ces femmes et de leur offrir une prise en charge la plus adaptée possible. A la PASS du CHSLSJ, les 3 médecins sont des femmes et il est intéressant lors du suivi de grossesse de découvrir l'importance de la parole et des échanges. Il est parfois nécessaire de faire des dessins pour aider à comprendre le développement du fœtus et de l'accouchement. Par ce suivi de grossesse, la prise en charge obstétricale est optimisée par une prise en charge humaine et de soins de la femme.

#### c) Gestité et parité :

L'enquête périnatale étudie la parité de ces femmes, c'est-à-dire le nombre total d'accouchements antérieurs de grossesses viables. Les dossiers de notre étude ne différencient pas la gestité (comprenant les interruptions médicamenteuses et volontaires de grossesse), de la parité ce qui peut expliquer en grande partie une nette différence des résultats émis. Néanmoins, il serait très intéressant d'évaluer s'il existe une association significative entre la précarité et le risque de ne pas mener sa grossesse à terme.

#### d) La situation familiale :

C'est la première enquête périnatale où une partie est dédiée aux femmes en situation de précarité. L'enquête décrit les caractéristiques des femmes, leur état de santé et leur surveillance prénatale suivant leur situation et celle du ménage par rapport à l'emploi. Or, comme détaillé en introduction, la précarité n'est pas synonyme uniquement d'absence d'emploi c'est-à-dire que même une personne avec un emploi fixe et une rémunération suffisante peut être en situation de précarité, notamment dans le domaine de la santé.

Dans cette enquête, environ un tiers des femmes en situation de précarité ne vivent pas en couple contre seulement 1,8 % des femmes non précaires. Rappelons que dans notre étude presque la moitié des patientes ne sont pas accompagnées au moment de leur première consultation, parmi lesquelles presque un quart a déjà au moins un enfant, ce qui représente un facteur d'aggravation de cette précarité.



#### e) Le mode d'accouchement :

En France, la fréquence des césariennes reste stable depuis 2010 et 20,2 % des naissances sont concernées en France selon l'enquête périnatale contre 21,4 % des accouchements correctement détaillés dans le dossier. On s'attendrait à une plus grande proportion de césarienne chez les femmes en situation de précarité, ce que ne relève pas notre étude. Reste à savoir, si ce chiffre reflète un dépistage insuffisant de femmes qui auraient dû bénéficier d'une césarienne (diabète gestationnel et estimation du poids fœtal supérieure à 4,5 kilogrammes) ou d'un réel impact bénéfique de la prise en charge à la PASS. Initialement, il devait être inclus dans notre étude le pourcentage d'épisiotomies subies par ces femmes mais les informations étaient trop disparates. Cette analyse a alors été retirée. Mais cela pourrait être une manière de voir si ces femmes en situation de précarité subissent beaucoup plus souvent des épisiotomies, sous-entendant peut-être un nombre de césariennes non optimal.

#### f) Le mode d'allaitement :

En métropole, les 2/3 des jeunes mères ont choisi l'allaitement (exclusif ou mixte) durant leur séjour, jusqu'à presque 3/4 de celles de la région Auvergne-Rhône-Alpes et 83,3 % dans les DROM.

Les femmes en situation de précarité (les 2 parents sans emploi en fin de grossesse) ont choisi l'allaitement maternel exclusif pour 44,1 % alors que les 2/3 des patientes de la PASS ont choisi un allaitement maternel exclusif.

En comparaison aux chiffres de l'enquête de 2010, l'évolution la plus flagrante concerne l'allaitement maternel exclusif. Après une augmentation du taux à partir de 1995, on note une franche diminution depuis 2010 passant de 60,3 % à 52,2 %.

Les multiples avantages sur la santé infantile et maternelle de l'allaitement maternel ne sont plus à démontrer. 2/3 des jeunes mères à la sortie de la PASS qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif est un résultat très encourageant mais qui reste encore à améliorer. On peut se poser ici la question de la barrière de la langue, dans quelle mesure les bénéfices et les difficultés de l'allaitement maternel ont pu être expliqués aux femmes. Néanmoins, l'allaitement maternel présente l'avantage financier indéniable qui pousse les nouvelles mères vers cette bonne pratique.

## 1°) Concernant les indicateurs relatifs aux nouveau-nés :

### a) Le nombre de semaines d'aménorrhée au moment de l'accouchement :

Le pourcentage de nouveau-nés prématurés est légèrement inférieur entre ceux de la PASS (6,6%) et l'ensemble de ceux étudiés dans l'enquête périnatale et ceux de mères en situation de précarité (8,5%).

Si on prend en compte uniquement la France métropolitaine, le taux de prématurité a augmenté de manière stable et significative depuis 1995, passant de 4,5 % à 6%. Mais on note de très fortes disparités, à la fois entre la métropole et les DROM (taux de prématurité avoisinant les 12% et variable également d'un DROM à l'autre) mais également entre les régions de métropole.

On aurait pu, là encore, s'attendre à une franche augmentation du nombre d'enfants prématurés chez les femmes consultant à la PASS mais il n'en n'est rien.

Ce constat permet d'émettre l'hypothèse que ces femmes enceintes en situation de précarité, grâce à leur suivi de grossesse à la PASS, ont finalement les mêmes chances de mener à terme leur grossesse que les autres femmes.

### b) Le poids du bébé :

Le nombre de nouveau-nés hypotrophes est quasi similaire pour les 2 études.

Par contre, le nombre de nouveau-nés macrosomes diffère : 11,1 % pour ceux de la PASS et 6,6 % pour ceux de l'enquête de périnatalité.

De nombreuses parutions scientifiques ont montré l'association entre la précarité sociale et l'augmentation du risque d'accouchement prématuré ou de petit poids à la naissance.

Notamment une recherche récente réalisée par l'ARS sur la période 2015-2017 portant sur les femmes sans domicile fixe ou sans abri ayant accouché dans une maternité d'un établissement de santé du département du Rhône et de la Métropole de Lyon, qui met en évidence un risque de prématurité augmenté à 10,2 % et d'hypotrophie fœtale de 18 %. Ces chiffres vont à l'encontre de ceux retrouvés dans notre étude.

Sur les 45 enfants dont le poids était renseigné dans le dossier, on note bien une augmentation du taux de macrosomie lorsque la mère se retrouve en situation de précarité. Ce résultat pourrait s'expliquer

par une augmentation du taux de patientes avec un diabète gestationnel, du fait d'une alimentation déséquilibrée souvent moins onéreuse. En effet, en France acheter un paquet de chips et un menu Mc Do revient moins cher que des fruits et légumes de qualité. Cela pourrait également être l'objet d'une nouvelle étude sur le lien entre précarité, malbouffe, obésité et diabète gestationnel.

Nous ne pouvons conclure sur ces simples pourcentages à une différence statistiquement significative ou non. Il nous faudrait réaliser des tests statistiques plus précis sur l'ensemble des données des 13 894 femmes incluses dans l'enquête périnatale.

Néanmoins, nous nous serions spontanément attendus à une nette augmentation du taux de prématurité et d'hypotrophie fœtale ce qu'on ne retrouve pas ici. Forts de ce résultats, on pourrait envisager qu'un suivi de grossesse à la PASS offre à ces femmes enceintes en situation de précarité, donc considérées comme à risque, les mêmes chances que celles enceintes dans de meilleures conditions.

#### c) Le score d'APGAR :

Le score d'APGAR est une évaluation de la vitalité d'un nouveau-né au moment de sa naissance. Il s'agit de l'addition de 5 critères, notés de 0 à 2, à savoir la fréquence cardiaque, l'aspect de la respiration, le tonus, la réactivité et la coloration. Un score inférieur à 7 est associé à des complications néonatales, telles que la détresse respiratoire, les problèmes d'alimentation, l'hypothermie ou encore les crises convulsives.

Pour nos patientes de la PASS (où le dossier était correctement rempli), 100% des nouveaux nés ont un score d'APGAR à 10 à 5 minutes de vie, parmi lesquels près de 80% ont le score maximum à la naissance.

Dans l'enquête périnatale, 1,2 % des nouveaux nés ont un score d'APGAR inférieur à 7 à 5 minutes de vie (1,2 % en métropole et 1,1 % dans les DROM).

#### d) La sortie de l'hôpital :

A la PASS du CHSLSJ, la majorité de nos patientes (plus de 80 %) sont sorties au maximum au 4<sup>ème</sup> jour sans distinction faite entre les accouchements par voie basse et les césariennes. 42,2 % au 3<sup>ème</sup> jour et 37,8 % au 4<sup>ème</sup>.

La HAS en 2014 définit la durée de séjour « standard » après un accouchement de :

- 3 à 4 jours suite à un accouchement voie basse
- 4 à 5 jours après une césarienne

Et de « sortie précoce », réservée en théorie aux couples mère-enfant à bas risque, si la sortie a lieu avant ce délai (27).

Dans l'enquête périnatale, la durée moyenne de séjour en maternité après la naissance est de 4 jours en 2016. Si l'on regarde uniquement l'évolution depuis 2010 concernant les accouchements voie basse sans transfert secondaire du nouveau-né, la fréquence des séjours de 3 jours est passée de 25,8 % à 46,9 % et ceux de 4 jours de 50,8 % à 38,2 %, ce qui se rapproche des chiffres actuels que l'on retrouve pour les patientes de la PASS. On serait là, par contre, enclins à retrouver une augmentation de la durée du séjour d'hospitalisation pour les femmes enceintes en situation de précarité.

On connaît les difficultés à loger par la suite ces femmes avec leurs nouveau-nés. Après avoir alerté pendant de nombreux mois les services publics, les personnels des maternités ont obtenu en accord avec la métropole de Lyon et au titre de la protection de l'enfance, des nuitées d'hôtel offertes à ces mères et leurs nouveau-nés jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour de vie. Mais que se passe-t'il après ?

Il serait intéressant de connaître la part de « sortie sèche » de nouvelles mères passant du « confort » d'une chambre d'hôpital à l'hostilité de la rue.

Les résultats les plus frappants de cette comparaison sont l'absence de différence dans les complications potentielles d'une grossesse (hypotrophie, prématurité du nouveau-né, recours à une césarienne) alors que de nombreuses études vont dans le sens inverse. Ce qui appuie une nouvelle fois le suivi de bonne qualité, adapté et surtout indispensable au sein des PASS.

### 3) Autres résultats de notre étude

#### 1°) Le terme de grossesse à l'arrivée à la PASS :

Le nombre de femmes enceintes consultant pour la première fois au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse est multiplié par 5 entre les deux années étudiées. Ces femmes enceintes arrivent sur le territoire français en fin de parcours migratoire qui est de plus en plus long et périlleux. Ce terme avancé de grossesse rend d'autant plus difficile l'inscription à la maternité, le suivi de grossesse et accroît ainsi encore plus la précarité de ces patientes. La PASS périnatalité (détaillée plus loin) pourrait être une solution pour rompre ce cercle vicieux.

#### 2°) Le délai entre l'arrivée en France et la première consultation à la PASS

Le délai moyen entre l'arrivée en France et la première consultation à la PASS du CHSLSJ diminue de plus d'un an sur la période de mai 2016 à mai 2017 à un peu plus de 9 mois sur l'année suivante. Ceci peut refléter une meilleure orientation à partir de différents partenaires, notamment pour les réfugiés. La communication entre ces différents partenaires est primordiale afin de répondre au mieux aux demandes des patients, de pouvoir l'adapter à l'évolution des flux migratoires et à la législation en vigueur.

Il semble que ce délai semble encore se réduire, pour n'être plus que de 2-3 mois au début de l'année 2019.

#### 3°) Lieux de réalisation des échographies anténatales :

Sur les dossiers bien remplis, 61,4% des échographies anténatales ont pu être réalisées au CHSLSJ. Au vu de la proximité géographique, il s'agit d'une filière prioritaire. Cependant, on comprend bien que ce service de radiologie ne peut recevoir l'ensemble des patientes de plus en plus nombreuses suivies à la PASS. D'où là encore, l'importance du partenariat.

Un tiers ont été réalisées au CIML, centre de radiologie privé situé en plein centre de Lyon. Malheureusement, en 2019, la convention avec ce centre n'a pas été prorogée.

Des conventions avec de nouveaux centres de radiologie sont en cours d'évaluation, notamment le centre Sévigné.

#### 4°) Lieux d'orientation en maternité après la PASS :

Concernant l'orientation après la PASS, environ 2/3 des patientes ont pu être prises en charge par la suite à la maternité du CHSLSJ et cela représente jusqu'à ¾ des dossiers si l'on retire les patientes perdues de vue et celles suivies dans d'autres maternités en France. On voit une nouvelle fois l'importance de cette filière de soins. Le fait que les professionnels (assistantes sociales et médecins) interviennent sur les 2 secteurs (PASS et SAU/service social au CHSLSJ) facilitent ces interactions et accélère la prise en charge.

De manière logique, les grossesses pathologiques (environ 18%), telles que le diabète gestationnel et comorbidités associées, patiente porteuse du VIH, hépatite B active ou le suivi d'une malformation fœtale et/ou nécessitant des maternités de niveau 3 ont été prises en charge par les HCL.

En théorie, l'inscription en maternité par internet aurait pour but de faciliter et accélérer le processus d'inscription. Néanmoins, dans certains centres, il est demandé par exemple de joindre au dossier une pièce d'identité. On comprend aisément que cela n'est pas possible à réaliser pour ces patientes, ce qui doit donc être fait par les professionnels de la PASS et ne fait gagner aucun temps.

La maternité du CHSLSJ est de niveau 1, c'est-à-dire disposant d'une unité d'obstétrique prenant en charge les grossesses à priori sans risques à plus de 37 SA et d'un suivi pédiatrique ne nécessitant pas de prise en charge particulière. Le reste des grossesses est pris en charge dans d'autres maternités de niveau 2 qui possèdent une unité de néonatalogie voire de niveau 3 avec une unité de réanimation néonatale.

#### 5°) La contraception :

Plus de 16% des patientes ressortent de la maternité sans contraception, ce qui représente également un progrès supplémentaire à accomplir. On peut se poser la question également ici de la barrière de la langue et comment a pu être expliqué aux patientes les différentes méthodes contraceptives, les maladies sexuellement transmissibles, l'interruption volontaire de grossesse...

De même que pour les échographies anténatales, de nombreuses croyances ou mythes gravitent autour des méthodes contraceptives. Dans certains pays d'Afrique Subsaharienne, les femmes croient que, pendant les relations sexuelles, le dispositif intra utérin (DIU) peut venir se loger dans le cerveau ou la gorge. Le DIU peut causer des maladies vénériennes ou augmenter de taille, à tel point qu'il ne pourra plus être retiré.

Tout cela doit être pris en compte pour comprendre les réticences de ces patientes et tenter de leur faire comprendre le rapport bénéfice/risque et ainsi adhérer aux soins le plus possible.

#### 4) Les projets en cours :

##### 1°) Logiciel PIRAMIG

Des solutions semblent se dessiner.

Il a été demandé aux PASS de remplir un rapport d'activité national PASS via un logiciel PIRAMIG. Le ministère de la santé devrait solliciter les PASS à ce sujet aux alentours de mars/avril 2019. Les éléments renseignés sont proches de ceux déjà renseignés au niveau de la région Rhône Alpes, à savoir :

- L'organisation de la PASS :
  - dispositif transversal ou unité spécifique,
  - service de rattachement,
  - modalités d'accès au dispositif,
  - nombre de jours ouverts durant l'année
- Les ressources humaines de la PASS :
  - fonctions,
  - équivalents temps plein,
  - évolution depuis l'année précédente
- Les locaux de la PASS :
  - situation géographique à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement,
  - signalétique pour y accéder,
  - locaux dédiés (nombre de bureaux, salle d'attente...)
- Le travail d'équipe / le comité de pilotage (COFIL) de la PASS :
  - le rythme des réunions des équipes de la PASS,

- le rythme des COPIL au cours de l'année (COPIL externe ou interne)
- La file active des patients (soit le nombre de patients rencontrés au moins une fois par an à la PASS déjà connues ou nouvelles) et l'évolution par rapport à l'année précédente
- La répartition selon l'âge, la nationalité, la situation familiale, les ressources (AAH, ADA, ASSEDIC, RSA, pension ou rente d'invalidité ...)
- Logement des patients : stable ou instable
- Couverture sociale à l'arrivée à la PASS et le nombre de demandes faites au cours de la prise en charge
- Médecin traitant à l'arrivée, nomadisme médical ou absence de suivi
- Activités sociale, infirmière et médicale de la PASS :
  - le nombre d'ETP consacré à ces activités,
  - nombre de personnes prises en charge par chaque salarié
  - nombre de consultations couplées sociale/médicale
  - la moyenne de consultations par patient, le motif de la consultation, les actions menées, l'état de santé (maladie aigüe ou chronique), les ordonnances pharmaceutiques, l'orientation du patient
- Pour les PASS spécialisées (psychiatrique ou dentaire) : leurs activités propres
- Les partenariats au sein de l'établissement (existence de protocoles) et à l'extérieur
- Les formations suivies par les équipes : type et fréquence
- Les actions d'informations menées auprès des personnels hospitaliers et des partenaires extra hospitaliers, le format de diffusion (plaquettes, site internet, cartes de visite...)
- L'interprétariat
- Les points forts, à améliorer et les perspectives pour l'année suivante

Ce registre national permettra de connaître de manière plus précise la répartition de la population sollicitant ces PASS dans le but de répondre au mieux aux besoins divers de cette population.

## 2°) La PASS périnatalité

En ce qui concerne plus précisément la « problématique » des femmes enceintes en situation de précarité, un projet de PASS périnatalité aidé par le réseau AURORE (Association des utilisateurs du



réseau obstétrico-pédiatrique régional) est en cours d'instruction à l'ARS de la région Auvergne Rhône Alpes.

Ce réseau créé en 2003 regroupe un ensemble d'établissements publics et privés de la région Auvergne Rhône Alpes, des professionnels de santé libéraux, de la PMI et des associations de patients et de professionnels ayant pour but de coordonner les actions des professionnels afin d'assurer un meilleur suivi de grossesse et un accouchement dans les meilleures conditions possibles. La PASS du CHLSJ prend part très régulièrement à des réunions au sein de ce réseau.

L'objectif général de cette PASS périnatalité est d'améliorer le parcours médical des grossesses des femmes en situation de précarité en facilitant la trajectoire de la parturiente de son inscription jusqu'à la sortie de la maternité et en devenant l'interlocuteur privilégié des autres PASS de la métropole, des PMI, du service d'urgences obstétricales de l'HFME de Lyon.

En pratique, cette PASS périnatalité aurait de multiples actions :

- Réaliser une évaluation globale de la situation de ces femmes (médico-psycho-sociale)
- Pratiquer les premiers soins quand ils n'ont pas été faits (en particulier les échographies)
- Coordonner le parcours social (ouverture de droits, médecin traitant...)
- Inscription dans une maternité de niveau adapté aux facteurs de risque et ce, de manière anticipée (pour rappel, une femme enceinte en situation de précarité représente une grossesse à risque dans tous les cas) et au rattachement géographique de la patiente, pouvoir l'accompagner pour la première consultation si nécessaire
- Réguler les inscriptions entre les différentes maternités de la Métropole de Lyon via un travail en réseau entre les différents acteurs prenant en charge ces patientes
- Développer le dépistage des femmes enceintes en situation de précarité en formant et sensibilisant les équipes soignantes via la diffusion d'une fiche « repérage de la vulnérabilité des femmes enceintes » au sein des services hospitaliers
- Mettre au point des recommandations et outils (type ordonnances visuelles, carnets de santé en langues étrangères) en collaboration avec des partenaires comme Médecins du Monde ou encore les autres PASS
- assurer le suivi des indicateurs concernant la santé des mères sans abris et de leurs enfants en lien avec l'ARS, ainsi que les obstacles au parcours ciblé de ces femmes
- promouvoir un système d'informations partagées

- connaître et utiliser le maillage territorial des associations œuvrant dans l'accompagnement de ces patientes.

On en revient toujours à l'importance de la communication et de la collaboration pour prendre en charge au mieux ces patientes au parcours de vie si traumatique et complexe.

## 5) Autres facteurs intéressants à soulever :

### 1°) Le service interprétariat :

La barrière de la langue reste un gros frein dans la prise en charge. Une liste de soignants travaillant au CHSLSJ avec leurs langues couramment parlées a été créée. Cependant, la PASS n'étant pas dans l'enceinte de l'établissement cela suppose de devoir quitter son poste, sortir de l'hôpital pour un entretien souvent long.

Un service d'interprétariat professionnel doit parfois être sollicité. ISM Corum (Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses Mutations) a une antenne basée sur Lyon. Il s'agit d'une association sociale à but non lucratif où environ 40 langues sont couvertes. Chaque service est facturé auprès de l'ARS. Si cela ne suffit pas (langue non parlée par exemple), l'antenne de Paris peut être sollicitée. Elle possède un service d'interprétariat par téléphone dédié exclusivement aux professionnels, disponible 24h/24 où 140 langues et dialectes sont couvertes. Ils ont mis au point une fiche « comment travailler avec un interprète au téléphone ? » afin d'optimiser au mieux le temps avec cet interprète. Mais le recours à cette antenne parisienne reste très coûteux et ne peut donc être proposé constamment.

### 2°) La collaboration entre le service des urgences et la PASS :

La PASS du CHSLSJ a choisi de n'embaucher que des médecins avec une formation d'urgentiste. Ce choix pourrait se justifier, d'un côté, par le besoin constant d'adaptabilité, inhérente à la pratique aux urgences. Mais également, par le simple fait que le service des urgences représente 40% des patients en situation de précarité vus par le service social en 2017 (31% en 2016). Nous sommes constamment confrontés à cette population en souffrance, avec ces propres maux et moyens de s'exprimer et devons donc être capables de les écouter, les orienter au mieux afin de les prendre en charge dans leur globalité. Au CHSLSJ, c'est la même équipe qui intervient à la PASS et qui assiste aux

relèves dans le service des urgences ce qui facilite les interactions et accélère de fait la prise en charge de ces patientes. Le développement de ces interactions ne peut qu'être bénéfique pour ces patientes.

Pour finir, les PASS représentent une offre coordonnée de soins qui repose sur l'humain.

Un sentiment d'impuissance face à des situations tellement lourdes et injustes, d'échec quand le patient par exemple refuse de se soigner et semble plus préoccupé par sa situation sociale ou encore d'incompréhension devant des différences culturelles ne doivent pas décourager les valeureux professionnels œuvrant pour les plus démunis.

« Soigner l'humain » (28) est un manifeste rédigé sous la direction du Dr Claire Georges-Tarragano alors présidente de l'association collectif PASS. Le concept d'approche intégrative des patients, où les pratiques s'adaptent à « la singularité de la personne dans la complexité de son parcours de vie » est très bien décrit. Dans un milieu médical de plus en plus protocolisé et déshumanisé, on retrouve également l'importance d'une bascule du « cure » (prise en charge) vers le « care » (prendre soin).

Tout cela pour appuyer une nouvelle fois l'importance de ces PASS, essentielles à la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients en situation de précarité. Ces patients avec leur histoire de vie souvent tragique, se retrouvant sur le territoire français non par choix mais par nécessité de survie. Qui se retrouvent parfois seuls, dans un pays dont ils ne connaissent ni la langue, ni les us et coutumes. Il est de notre devoir de leur venir en aide et ne pas perdre en tête l'idée que nous nous avons eu la chance de naître dans un pays libre et en paix.

Il semblerait que du point de vue obstétrical la PASS du CHSLSJ amène les femmes vers un accouchement « physiologique ». Pour appuyer cette hypothèse, il serait intéressant de réaliser un nouveau travail de suivi sur les années ultérieures à mai 2018 à la PASS du CHSLSJ. Mais également, à l'aide du logiciel PIRAMIG, de pouvoir en tirer des conclusions au niveau national.

Nom, prénom du candidat : ANXIONNAZ Marine

## CONCLUSIONS

La précarité est en constante augmentation durant ces dernières décennies. Tous les indicateurs la reflétant (taux de chômage, taux de personnes sans domicile fixe, taux de pauvreté monétaire) sont à la hausse. Inévitablement les inégalités au sein de notre société s'accroissent, en particulier les inégalités en santé.

Pour lutter contre les conséquences de cette précarité sur la santé, les PASS sont des dispositifs développés dans les suites de la promulgation de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998. Il s'agit de structures regroupant du personnel social, paramédical et médical afin de venir en aide aux personnes en situation de précarité. Certains critères sont requis pour pouvoir être éligibles à cette aide parmi lesquels on retrouve une rupture de soins ou une difficulté d'accès aux dispositifs de santé de droit commun.

Afin d'évaluer la situation des PASS au sein de la région lyonnaise, nous avons mené une étude descriptive, rétrospective et monocentrique de mai 2016 à mai 2018.

L'objectif principal de ce travail était de réaliser un état des lieux des femmes enceintes en situation de précarité consultant pour la première fois à la PASS du CHLSJ entre mai 2016 et mai 2018.

L'objectif secondaire était de comparer ces résultats à ceux de l'enquête périnatale réalisée en mars 2016. L'intérêt est d'évoquer des solutions et des projets pour tenter d'améliorer la situation.

Quatre-vingt-seize femmes enceintes majeures en situation de précarité ont été incluses dans notre étude.

Entre la période de mai 2016 à mai 2017 et celle de mai 2017 à mai 2018, on note une hausse de 210% du nombre de patientes.

La moitié de ces patientes (52,1%) sont originaires d'Afrique et le tiers (32,3%) arrivent d'Europe. La cartographie calque totalement les zones en guerre ou aux conflits internes dans les pays. Une meilleure compréhension des aspects culturels et du parcours migratoire permet d'adapter la prise en charge à ces situations complexes.



Pour 37 patientes (39%) il s'agit de leur première grossesse, pour le quart (24%) elles ont déjà été enceintes au moins 4 fois. 49% ne sont pas accompagnées d'un conjoint au moment de leur première consultation, parmi elles plus du quart ont déjà des enfants à charge. On remarque que ceci est un facteur d'augmentation de précarité.

63,5% des patientes ont pu être suivies à la maternité de SLSJ et 15,6% dans d'autres maternités du groupement des Hospices Civils de Lyon (Croix Rousse, Lyon Sud et l'Hôpital Femme Mère Enfant). La majorité de ces patientes suivies aux HCL correspondait aux patientes nécessitant une prise en charge hyperspécialisée (SIDA, Hépatite B, malformations fœtales, diabète gestationnel...) et/ou des maternités de niveau 3.

Les échographies anténatales ont pu être réalisées pour 61,4% au CHSLSJ et 32,9% au Centre d'Imagerie Médicale Lafayette. L'accouchement a été réalisé par césarienne chez 21,4% des patientes.

La sortie de l'hôpital a lieu pour 82,7 % des patientes entre J3 et J4 de l'accouchement.

A la sortie de l'hôpital, 68,3% des patientes ont choisi l'allaitement maternel exclusif et 16,3% n'ont aucune contraception.

Les résultats de notre étude montrent en comparaison aux chiffres de l'enquête périnatalité de 2016, que les femmes en situation de précarité consultant à la PASS du CHSLSL sont plus jeunes : 7,2% ont moins de 20ans contre seulement 2,3% de celles de l'enquête.

Les enfants de ses mères en situation de précarité ont des poids de naissance plus souvent extrêmes, surtout versant macrosomie : 8,5 % de l'enquête sont hypotrophes contre 8,9% de ceux de la PASS et 6,6% sont macrosomes contre 11,1% de ceux de la PASS.

Notre étude ne met pas en évidence d'augmentation du risque de prématurité : 6,6% de prématurés à la PASS contre 8,5% de ceux de l'enquête périnatale.

De même, la proportion d'accouchements par césarienne est comparable : 20,2% selon l'enquête périnatale avec une proportion stable depuis 2010 contre 21,4% des patientes suivies à la PASS.



Avec ces nouvelles données, des pistes d'amélioration pour un meilleur accès et une meilleure prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité seraient à envisager.

Aucun registre national des PASS n'est encore effectif mais la mise en place du logiciel PYRAMIG est en train de changer la donne. Les premières données devraient être connues vers l'été 2019 et pourraient permettre ainsi d'adapter l'offre à la demande de ces femmes enceintes consultant les PASS partout en France.



Faculté de Médecine  
Lyon Est

Au sein de la région Auvergne Rhône Alpes, la création d'une PASS périnatalité va voir le jour. Il s'agirait d'un véritable lieu de référence du suivi de grossesse des femmes en situation de précarité de la région. Devenant l'interlocuteur principal de l'ensemble des acteurs venant en aide à ces patientes, pour permettre ainsi un meilleur suivi et accompagnement global.

La tendance actuelle d'une augmentation de la précarité sociétale dans un contexte de migration amenant à une multiplication des facteurs de risque médico-sociaux intriqués devrait devenir une priorité de santé publique. Ce d'autant plus, que le coût humain et économique pour la société s'en va croissant. A notre sens, ce type de structure semble le plus adapté à ces prises en charge et devrait se multiplier à l'avenir.

**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*  
*Signature*

**Pr Karim TAZAROURTE**  
Chef du Service des Urgences  
Pôle "Urgences - Réanimation Médicale  
Anesthésie-Réanimation - SAMU"  
CHU EDOUARD HERRIOT - Lyon

**Vu :**  
**Pour le Président de l'Université,**  
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **01 AVR. 2019**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
2. Allonier C, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. :258.
3. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, rapport 2009 Médecins du monde
4. ENP2016\_rapport\_complet.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
5. Évolution des taux de pauvreté, du seuil de pauvreté et du nombre de personnes pauvres depuis 1970 - Le site du CNLE [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/evolution-des-taux-de-pauvrete-du.html>
6. Les seuils de pauvreté en France [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Les-seuils-de-pauvrete-en-France>
7. Guibert-Lassalle A. Identités des SDF. Etudes. 2006; Tome 405(7):45-55.
8. GRAPHIQUE DU TAUX DE CHOMAGE EN FRANCE DEPUIS 1973 [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: [http://france-inflation.com/graph\\_chomage.php](http://france-inflation.com/graph_chomage.php)
9. de KERVASDOUÉ J. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ, EXCLUSION. :80.
10. Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.
11. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
12. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998, relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. - APHP DAJ [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhaf1dgssp2dasrv3-n-736-du-17-decembre-1998-relative-a-la-mission-de-lutte-contre-l'exclusion-sociale-des-etablissement-de-sante-participant-au-service-public-hospitalier/>
13. ste\_20130007\_0000\_0078.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste\\_20130007\\_0000\\_0078.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf)
14. Bulletin Officiel n°99/1 [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.html>

15. doc\_num.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: [https://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=22001](https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=22001)
16. Bulletin Officiel n°99/10 [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-10/a0100738.html>
17. 044000202.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000202.pdf>
18. Évaluation du lancement des PRAPS 2. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/324065/>
19. organiser\_une\_pass-2.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser\\_une\\_pass-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass-2.pdf)
20. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
21. Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé. 2010-514 mai 18, 2010.
22. Présentation du Projet régional de santé [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/presentation-du-projet-regional-de-sante-0>
23. 2018\_PRS\_PRAPSProjet.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018\\_PRS\\_PRAPSProjet.pdf](https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_PRAPSProjet.pdf)
24. Données de Santé PRS 2018-2028\_ARS Auvergne Rhône Alpes [Internet]. calameo.com. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004691508ea9ac00f678e>
25. L'APPASSRA [Internet]. appassra, Association des PASS Rhône-Alpes. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.appassra.org/l-appassra/>
26. Approche transculturelle de la périnatalité Théorie et pratique - PDF [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/31105606-Approche-transculturelle-de-la-perinatalite-theorie-et-pratique.html>
27. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. La Revue Sage-Femme. avr 2014;13(2):84-98.
28. Claire Georges-Tarragano, Harold Astre, Frédéric Pierru. Soigner (l') humain, manifeste pour un juste soin au juste coût. Rennes, France : Presses de l'EHESP, 2015, 327 p.



# Annexe 1

## Recommandations d'organisation et d'évaluation des PASS de 2008 par la

### DHOS

Les recommandations d'organisation sont au nombre de sept :

- structurer les relations avec les acteurs internes : identifier les référents clés, à savoir l'équipe de direction, le service social, l'encadrement infirmier et le médecin coordinateur et articuler le rôle de la PASS avec les autres professionnels de santé (par exemple sous forme de protocoles établis avec le service des urgences ou la pharmacie), social et administratif
- structurer les relations avec les acteurs externes : comité de pilotage dynamique incluant des acteurs externes stratégiques tels les représentants des PRAPS, de la DDASS, de la CPAM, du conseil général, des centres communaux d'action sociale (CCAS) et formaliser le contenu des partenariats pour pérenniser ces avancées)
- développer des outils opérationnels : formaliser une organisation partagée intra et extra hospitalière pour que la « chaîne du suivi » soit la plus efficace possible et initier au sein de l'établissement une réflexion éthique, sur notamment le secret médical dans le cadre d'un réseau
- communiquer sur le rôle de la PASS : à la fois aux praticiens hospitaliers pour faciliter le dépistage de personnes en situation de précarité mais également aux collègues ambulatoires. Il est ici proposé une signalétique sous forme d'un logo unique de la PASS lisible ainsi par tous les patients (en particulier les anaphalbétes)
- rédiger un rapport d'activité annuel de la PASS : et notamment le suivi de l'activité (nombre, ethnie des patients, types de pathologies, problèmes sociaux rencontrés...)
- valoriser et développer les compétences : différents exemples sont donnés tels des formations sur la connaissance des nouveaux publics et nouvelles recommandations, intégrer la PASS aux terrains de stage des futurs professionnels de santé, ou du moins dans la formation théorique (tel le module santé publique dans les Instituts de Soins Infirmiers)
- inscrire la PASS dans des démarches qualité : permettant ainsi une valorisation via la certification des établissements de santé

Les recommandations d'évaluation sont au nombre de cinq :

- évaluer la stratégie développée par la PASS : notamment sa capacité à accueillir les différents patients quel que soit leur situation administrative
- les modalités de fonctionnement : l'ensemble du parcours de soins jusqu'au retour effectif au système de droit commun
- l'impact : l'effectivité de l'accès aux soins (versant curatif et préventif) et du retour au droit commun, la qualité du réseau entre les différents professionnels (notamment externes tels les médecins généralistes et les centres de santé) et l'accès des patients à réseau
- l'adéquation aux besoins : évaluer l'équivalence entre bénéficiaires et public cible, les modalités de fonctionnement (horaires, accessibilité) entre autres
- la satisfaction des usagers : via des enquêtes de satisfaction qualitatives ponctuelles transmises au comité de pilotage

# ANNEXE 2

## Les différentes aides en France pour la couverture santé

### L'aide médicale d'état (AME) :

Appliquée dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999, les personnes intéressées doivent remplir trois critères d'attribution :

- Résider en France de manière irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande)
- De manière ininterrompue depuis plus de 3 mois
- Avoir des ressources inférieures à un certain montant, défini selon la composition du foyer et le lieu de résidence (par exemple en 2018, pour une personne seule vivant en France métropolitaine, il fallait un revenu mensuel inférieur à 734 euros)

Accordée pour un an, elle ouvre droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la Sécurité Sociale (y compris la contraception et l'IVG). Les bénéficiaires n'ont aucune avance de frais à réaliser, cependant ils n'entrent pas dans le dispositif du médecin traitant ni du parcours de soins coordonnés.

Pour les étrangers, résidant en France en situation irrégulière et non admis à l'AME (en France depuis moins de 3 mois, demande d'AME non faite, en cours d'évaluation ou refusée), il existe la possibilité de prise en charge de soins urgents à l'hôpital (parmi lesquels on a l'ensemble des soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né).

### La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)

Également appliquée dans le cadre de la loi de juillet 1999, des critères d'attribution sont également nécessaires :

- Résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois
- Être en situation régulière (avoir la nationalité française, être titulaire d'un titre de séjour ou au minimum avoir entamé les démarches pour l'obtenir)

- Percevoir des ressources inférieures à un certain plafond fixé selon la composition du foyer (même plafond que celui de l'AME)

Accordée également pour un an, elle offre une prise en charge à 100% des soins de santé en couvrant le ticket modérateur, le forfait hospitalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire de 1 euro, la franchise médicale et l'avance de frais (tiers payant). Elle offre même une prise en charge des dépassements, au-delà du tarif de référence de la sécurité sociale, pour les soins les plus courants comme les prothèses dentaires, auditives ou les lunettes. Les bénéficiaires entrent dans le parcours de soins coordonnés et doivent déclarer un médecin traitant.

Elle donne droit à des réductions voire la gratuité de certains transports en commun.

#### La protection universelle maladie (PUMA)

En application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, elle poursuit et remplace la CMU de base initiée en 1999. Elle vise à assurer la prise en charge des frais de santé à toute personne qui travaille ou réside de manière stable et régulière en France tout en réduisant au maximum toutes les démarches administratives.

Ainsi, les conditions d'ouverture de droit sont simplifiées :

- Les salariés (et assimilés) n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité minimale est pris en compte
- Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France (au moins 3 mois à l'ouverture des droits puis 6 mois par an).

# ANNEXE 3

## Recommandations HAS sur le suivi de grossesse en France

| CONTENU DU SUIVI                 | Consultation préconceptionnelle  | 1 <sup>re</sup> consultation avant 10 SA  | 2 <sup>e</sup> consultation avant 15 SA   |
|----------------------------------|--|---|---|
| Examens cliniques et biologiques | -  | Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse  | Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement   |
|                                  | Examen gynécologique frottis cervical ( si plus de 2 à 3 ans)  | Réaliser un examen clinique général et gynécologique<br>PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)  | Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 <sup>e</sup> mois ; si possible bruits du cœur foetal  |
|                                  | <b>Sérologies prescrites</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>toxoplasmose et rubéole</li> <li>recherche d'agglutinines irrégulières</li> </ul> | <b>Sérologies prescrites obligatoirement (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>toxoplasmose et rubéole</li> <li>syphilis</li> <li>glycosurie et protéinurie</li> <li>recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B</li> </ul>  | <b>Sérologies prescrites</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent</li> <li>rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)</li> <li>glycosurie et protéinurie</li> </ul> |
|                                  | <b>Sérologie proposée</b><br>VIH (population à risque)   | <b>Examens proposés systématiquement (2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH</li> <li>dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques foetales associant mesure de la clarté nucale (1<sup>re</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et <math>\beta</math>-hCG libre)</li> </ul> <b>Examens proposés éventuellement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>examen cytbactériologique des urines (ECBU)</li> <li>dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque</li> </ul> | <b>Examens proposés systématiquement</b><br>dépistage des anomalies chromosomiques foetales : marqueurs du 2 <sup>e</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre  |
| Information et prévention        | Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)   |   | Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)  |
|                                  | Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes   |   |   |
|                                  | Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 $\mu$ g/jour  |   |   |
|                                  | Informeur sur le suivi de la grossesse   |   |   |
|                                  | -  | Débuter l'élaboration d'un projet de naissance  | Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité   |

| Consultation (Cs)  | 3 <sup>e</sup> Cs   | 4 <sup>e</sup> Cs   | 5 <sup>e</sup> Cs   | 6 <sup>e</sup> Cs   | 7 <sup>e</sup> Cs   |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Mois de gestation  | 4 <sup>e</sup> mois | 5 <sup>e</sup> mois | 6 <sup>e</sup> mois | 7 <sup>e</sup> mois | 8 <sup>e</sup> mois |
| <b>Examen clinique</b><br>Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines | X                   | X                   | X                   | X                   | X                   |
| <b>Évaluation de la présentation fœtale</b>  | -                   | -                   | -                   | -                   | X                   |
| <b>Consultation de pré-anesthésie</b>  | -                   | -                   | -                   | -                   | X                   |
| <b>Sérologies à prescrire obligatoirement (1)</b>  |                     |                     |                     |                     |                     |
| • Glycosurie et protéinurie  | X                   | X                   | X                   | X                   | X                   |
| • 2 <sup>e</sup> détermination (si non faite avant) du groupe sanguin  | -                   | -                   | -                   | -                   | X                   |
| • RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel                                     | -                   | -                   | X                   | -                   | X                   |
| • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent  | X                   | X                   | X                   | X                   | X                   |
| • Recherche de l'antigène HBs  | -                   | -                   | X                   | -                   | -                   |
| • Hémogramme   | -                   | -                   | X                   | -                   | -                   |
| <b>Examens à proposer systématiquement</b>   |                     |                     |                     |                     |                     |
| • 2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)   | -                   | X                   | -                   | -                   | -                   |
| • 3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)   | -                   | -                   | -                   | X                   | -                   |
| • Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)   | -                   | -                   | -                   | -                   | X                   |
| • Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire  | X                   | X                   | X                   | X                   | X                   |
| <b>Examens à proposer éventuellement</b><br>ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive          | X                   | X                   | X                   | X                   | X                   |

| Consultation du 9 <sup>e</sup> mois     |  |
|---|--|
|   | <b>Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)</b>  |
| <b>Examens cliniques et biologiques</b> | <b>Réaliser un examen clinique général et obstétrical</b><br>Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute) |
|   | <b>Sérologies prescrites obligatoirement (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente</li> <li>• Glycosurie et protéinurie</li> </ul>   |
|   | <b>Examens proposés éventuellement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECBU en cas d'antécédents ou de diabète</li> </ul>   |
| <b>Information et prévention</b>        | <b>Donner des informations pratiques</b>   |
|   | <b>Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant</b>   |

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytobactériologique des urines.

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

# ANNEXE 4

## Les droits administratifs des étrangers en France

Malgré le fait que l'on regroupe l'ensemble de ces personnes sous un même terme d'« étranger», il existe une multitude de statuts différents :

| <u>Statut</u>   | <u>Situation par rapport aux droits</u>  | <u>Droits à la couverture maladie</u>  |
|---|--|--|
| Réfugié   | Situation régulière<br>Carte de séjour de 10 ans,<br>renouvelable<br>Droit de travailler | PUMA, CMUc   |
| Protection subsidiaire  | Situation régulière<br>Carte de séjour de 1 an,<br>renouvelable                          | PUMA, CMUc   |
| Demandeur d'asile   | Situation régulière<br>Récépissé en attendant<br>l'instruction du dossier                | PUMA   |
| Débouté du droit d'asile ou<br>« sans-papiers »   | Situation irrégulière  | AME au bout de 3 mois en<br>France   |
| « visa touristique » ou visa<br>Schengen de court séjour  | Situation régulière (pour 3<br>mois maximum)   | Aucun droit (assurance<br>personnelle)   |
| Résident de l'Union<br>Européenne et titulaire d'une<br>carte européenne d'assurance<br>maladie | Situation régulière ou<br>irrégulière (selon la<br>durée/emploi)                         | Aucun droit supplémentaire,<br>que ceux déjà ouverts dans<br>leur pays d'origine |





---

**ANXIONNAZ Marine**

**Etude descriptive des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du centre hospitalier de St Luc St Joseph de mai 2016 à mai 2018.**

Thèse médecine : Lyon-Est 2019, n°44

---

**RESUME** Introduction : La précarité ne cesse de croître notamment chez les futures mères. Pour venir en aide à ces personnes, un réseau médico-socio-associatif s'est développé comprenant les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Nous avons réalisé cette étude afin de faire un état des lieux des femmes enceintes en situation de précarité ayant consulté à la PASS du centre hospitalier de St Luc St Joseph (CHLSJ). Les objectifs secondaires étaient de comparer ces résultats à ceux de l'enquête périnatalité de 2016 et discuter des projets en cours.

Méthodes : Les informations ont été recueillies à partir de dossiers informatisés de patientes ayant consulté à la PASS du CHLSJ de mai 2016 à mai 2018. Nous avons étudié les caractéristiques démographiques de ces patientes, le suivi de grossesse, l'accouchement et le post partum.

Résultats : 96 patientes ont été incluses. 15,6% de ces patientes requérant une prise en charge ultraspécialisée (SIDA, hépatite B active, malformations fœtales...) ont pu être orientées vers les maternités des Hospices civils de Lyon. Les taux de prématurés, hypotrophes et césariennes sont similaires entre les patientes de la PASS et ceux de l'enquête périnatale de 2016. Cependant, on retrouve une augmentation de macrosomes.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que les PASS sont des structures indispensables et assurent un excellent suivi de grossesse de ces femmes en situation de précarité. Un registre national de ces PASS, PIRAMIG, est en train de voir le jour. Il pourrait nous permettre de faire de nouveaux travaux pour mesurer l'impact bénéfique de ces structures sur le territoire français.

**MOTS CLES** : permanences d'accès aux soins de santé, précarité, femmes enceintes

**JURY**

Président : Monsieur Le Professeur TAZAROURTE

Membres : Madame Le Professeur SCHOTT PETHELAZ

Monsieur Le Professeur CALENDER

Monsieur Le Docteur PIGACHE

Madame Le Docteur BAGES LIMOGES

**DATE DE SOUTENANCE** : le 2 mai 2019

**ADRESSE POSTALE** : 26, rue de la Chaudanne 73700 Bourg Saint Maurice

**EMAIL** : marine.anxionnaz73@gmail.com

---