

## INTRODUCTION

### Définition : rapport Wresinski 1987

*« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales, sociales et leurs responsabilités élémentaires, 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 le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible».*

## Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2000

« *La pauvreté est l'insuffisance de ressources, la précarité c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment.* ».

## Problème majeur de santé publique

En 2004

Le nombre de personnes en situation précaire était estimé entre 10 et 15 millions.

avec comme critères (au moins 2) :  
difficultés de logement, ressources  
insuffisantes, isolement : 13 % de la population.

La pauvreté, définie par un niveau de vie

## Problème majeur de santé publique

### Autres chiffres

- 7 % des ménages (5,5 millions de personnes) vivent en dessous du seuil de pauvreté.
- 6 millions de personnes vivent de minima sociaux.
- 1,6 millions de personnes sont sans logis. 500 000 personnes vivent à l'hôtel.
- Dont 25% de femmes.

- 40 % des femmes ont la première consultation à plus de 24 SA
- 39 % rencontrent un problèmes d'hébergement majeur
- 64 % n'ont pas de ressources déclarées
- 13 % de violences

- **Enquête périnatale française 2003 :**

- - 19,3 % pas de revenus du travail dans le couple (146 000/an)
- - 7,3% de femmes isolées (>50000 femmes/an)
- - 2,7 % de femmes sans couverture sociale en début de grossesse (vs 1,7% en 98) (>20000/an)
- - 2,3% de retard à la prise en charge pour motif financier (vs 1,8% en 98)

- **Enquête nationale périnatale 2003 :**

femmes ayant des ressources précaires (API, RMI, allocations chômage ou stage, sans ressources) vs revenus du travail

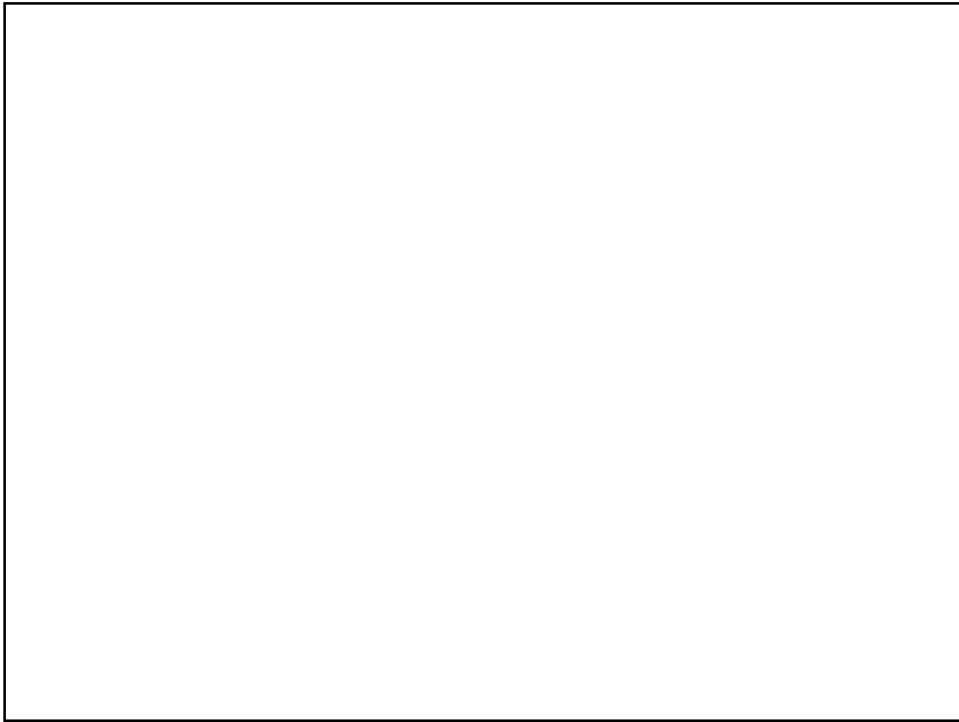
- **Problèmes médicaux**

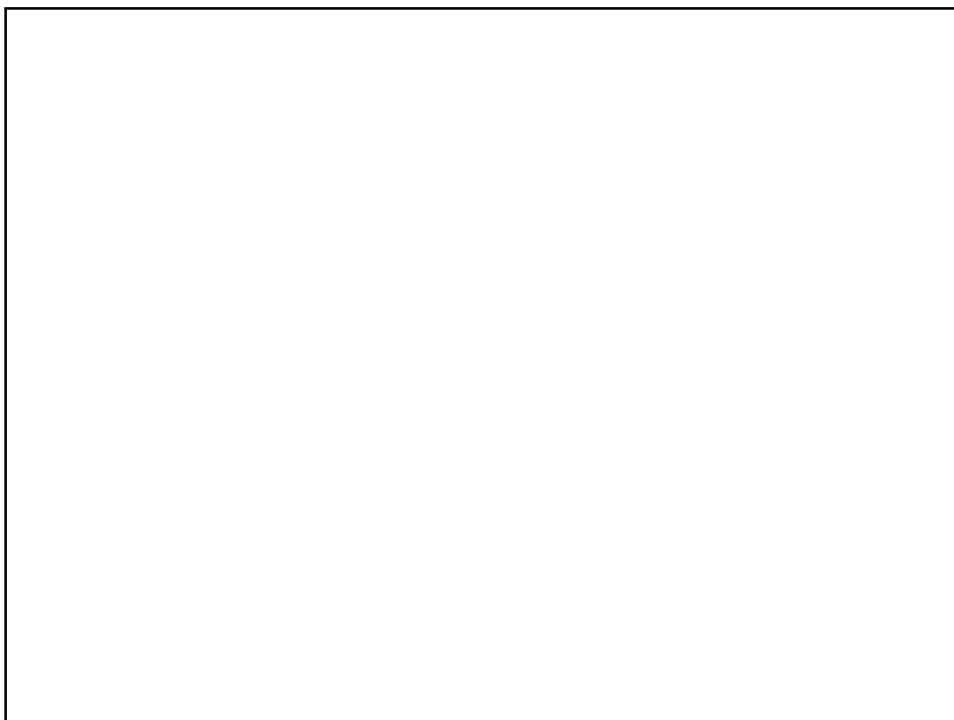
- plus d'hospitalisation : 25.2% vs 17,9%
- plus d'accouchement prématuré : 8.5% vs 6.2%
- enfants de plus petit poids à la naissance : 10,8% vs 7,0% d'enfants de moins de 2500g
- bébés devant être transférés à la naissance : 10,7% vs 7,2%
- Complications maternelles: anémie,...

CIRCULAIRE N° 233/DHOS/P2/2006/ du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

- L'accueil des personnes en situation de précarité notamment des migrants et des femmes enceintes :
- Les personnes en situation de grande précarité sont presque deux fois sur trois des migrants.
- Dans son rapport 2005-2006, l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) a montré qu'il y a peu de pathologies spécifiques de la pauvreté mais en revanche, des risques plus importants de contracter les pathologies ordinaires.
- En particulier, les grossesses deviennent à haut risque sous l'effet de la précarité du logement, des carences alimentaires, des violences, des addictions, des interruptions de traitement, de certains aspects culturels qui multiplient les risques de prématurité ou d'accouchement difficile.
- L'extrême réactivité des professionnels de santé pendant la période brève du suivi des grossesses de ces femmes, presque toujours déclarées avec retard, peut permettre d'éviter que l'avenir de l'enfant ou de sa mère soit gravement compromise.

- Au nombre de ses missions, le service public hospitalier a celle de concourir à la lutte contre l'exclusion sociale, dans une dynamique de réseaux. Celle-ci prend tout son sens dans les territoires isolés des soins notamment les quartiers faisant l'objet d'actions de la politique de la ville ou les zones rurales.
- Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en situation de précarité, notamment des migrants et des femmes enceintes, et d'organiser leur accès effectif aux soins, j'invite les établissements à ne pas relâcher leurs efforts en matière de formation des professionnels, particulièrement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), des services d'urgences et des maternités.
- L'objectif est que l'établissement soit en mesure de mettre en place des protocoles de repérage, d'accueil, de suivi des soins de ces personnes vulnérables, et de formaliser des partenariats avec les acteurs sanitaires et sociaux tant internes qu'externes.
- A ce titre, l'action nationale 2006 « Rôle des PASS dans l'accès aux soins des publics en situation de précarité » sera reconduite en 2007





- Face à ces constats, il nous faut réfléchir au sein des maternités à la meilleure manière d'accompagner ces femmes en n'oubliant pas que la précarité n'est pas une spécialité mais un état qu'il faut prendre en compte pour permettre un suivi de grossesse de qualité et aider à la création ou au renforcement du lien mère/enfant.

### Grossesse chez les femmes en situation irrégulière : Impact médical

- Age moyen plus faible pour les FSI : **28,9 ans vs 30,5 ans** (p=0,002)
- Primipare : **43 % vs 62 %**, Parité  $\geq 3$  : **31 % vs 12 %** (p=0,0002)
- Antécédent de Césarienne: **27 % vs 19 %** (p=0,02)
- Terme de la première consultation à la maternité: **20 SA vs 18,7** (NS)
- Nombre de consultations totales: **10,6 vs 12,8** (p<0,0001)
- Suivi de grossesse adapté (Indicateur mixte): 50,5% vs 85% (p<0,0001)
  - recours à l'échographie de 12-14 SA: 62.6 vs 90.7% (p<0.0001)
  - dépistage de la trisomie 21: 61.7 vs 87.6%, (p<0.0001)
  - dépistage du diabète gestationnel: 83.6 vs 96.9%

### Précarité et périnatalité: Impératifs déontologiques des soignants

#### 1. Travailler à l'amélioration de la connaissance

- Impact des différents types de précarité sur la santé (isolement,...)
- Modalités de recours aux soins des femmes en situation de précarité
- Impact de la précarité sur:
  - le lien mère enfant
  - La santé des mères: somatique et psychique
  - L'enfant à long terme,...
- Impact de la grossesse sur le parcours social des femmes à long terme,....



Précarité et périnatalité:  
Impératifs déontologiques des soignants

**2. Connaître les circuits sociaux**

- Les médecins doivent maîtriser la dimension sociale de la prise en charge des plus démunis, la méconnaissance des aides financières est génératrice de reports de soins.
- Les médecins vivent encore sous la loi de séparation du sanitaire et du social. S'ils ne prennent pas connaissance de la nécessité d'une approche adaptée, ils persévéreront dans l'ignorance
- Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit » et « ainsi, tout mettre en œuvre pour aider le patient en situation de précarité ou de désinsertion à acquérir les droits qui lui permettront l'accès au soin (art 50 du code de déontologie)