

Facteurs de risque en périnatalité. Etude des effets de la grande précarité sur la santé des femmes enceintes reçues par Solipam entre 2011 et 2018.

Romane Couteux

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
Master 2 mention Santé Publique parcours Promotion de la Santé et Prévention  
Année 2019-2020

## TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations .....	1
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
Le réseau Solipam .....	2
Origine et objet de l'étude .....	2
Définitions : grande précarité, migration, périnatalité.....	2
Précarité maternelle et santé : des risques documentés.....	3
Problématisation.....	4
<b>Méthodologie</b> .....	<b>5</b>
La base de données de Solipam.....	5
Démarche scientifique .....	5
Limites de l'étude.....	7
<b>I. Analyse statistique descriptive : l'évolution des profils du public de Solipam entre 2011 et 2018</b> .....	<b>8</b>
Niveau de français .....	8
Entourage .....	9
Accès aux transports.....	10
Ressources financières .....	11
Enfants à charges .....	12
Composition familiale .....	13
Nombre total d'hébergements.....	14
Titre de séjour avant l'inclusion à Solipam .....	15
Titre de séjour à la sortie de Solipam .....	17
Couverture sociale avant l'inclusion à Solipam .....	18
Couverture sociale à la sortie de Solipam.....	19
Niveau de français .....	15
<b>II. Analyse multivariée : l'évolution des facteurs de risque en périnatalité entre 2011 et 2018</b> .....	<b>21</b>
Facteurs favorables au suivi de grossesse avant l'inclusion à Solipam .....	21
Facteurs de risque d'un accouchement par césarienne .....	23
Trajectoires géographiques des femmes césarisées en urgence.....	25
Facteurs de risque d'une réhospitalisation post-partum.....	27

Trajectoires géographiques des femmes réhospitalisées .....	27
---	----

<b>Conclusion : pour une meilleure prise en charge de la précarité affective.....</b>	<b>29</b>
---	-----------

Bibliographie.....	30
--------------------	----

Annexe 1 : Dictionnaire de la base de données de Solipam originale .....	31
--	----

Annexe 2 : Dictionnaire de la base de données de Solipam recodée pour cette étude .....	36
---	----

## Graphiques et tableaux

<b>Graphique 1</b> : Niveau de français des femmes incluses à Solipam entre 2012 et 2018.....	8
---	---

<b>Graphique 2</b> : Entourage des femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018 .....	9
---	---

<b>Graphique 3</b> : Accès aux transports des femmes incluses à Solipam entre 2012 et 2018.....	10
---	----

<b>Graphique 4</b> : Ressources financières des femmes incluses à Solipam entre 2012 et 2018.....	11
---	----

<b>Graphique 5</b> : Présence d'enfants à charge pour les femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018.....	12
---	----

<b>Graphique 6</b> : Composition du foyer des femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018 .....	13
--	----

<b>Graphique 7</b> : Nombre total d'hébergements des femmes pendant la durée de leur prise en charge par Solipam entre 2011 et 2018.....	15
--	----

<b>Graphique 8</b> : Type de titre de séjour des femmes avant leur inclusion à Solipam entre 2011 et 2018.....	16
--	----

<b>Graphique 9</b> : Type de titre de séjour des femmes à la sortie du réseau Solipam entre 2011 et 2018.....	17
---	----

<b>Graphique 10</b> Type de couverture sociale des femmes avant leur inclusion à Solipam entre 2011 et 2018.....	18
--	----

<b>Graphique 11</b> : Type de couverture sociale des femmes à la sortie du réseau Solipam entre 2011 et 2018.....	19
---	----

<b>Tableau 1</b> : Facteurs favorables à un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS avant l'inclusion a Solipam entre 2011 et 2018.....	22
---	----

<b>Tableau 2</b> : Facteurs de risque d'un accouchement par césarienne pour les femmes prises en charge par Solipam entre 2011 et 2018 .....	24
--	----

<b>Tableau 3</b> : Trajectoires départementales des femmes prises en charge par Solipam entre 2011 et 2018 et ayant subi une césarienne d'urgence.....	25
--	----

<b>Tableau 4</b> : Trajectoires départementales des femmes prises en charge par Solipam entre 2011 et 2018 et réhospitalisées au moins une fois après l'accouchement.....	28
---	----

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AME</b>	Aide médicale d'Etat
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNI</b>	Carte nationale d'identité
<b>CNRS</b>	Centre national de la recherche scientifique
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé

## INTRODUCTION

### *Le réseau Solipam (Solidarité Paris Maman)*

Créé en 2006 par le Centre d'Action Sociale Protestant, le Groupement d'Intérêt Public Samu Social de Paris, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et la Ville de Paris, le réseau Solipam regroupe des professionnels franciliens du champ médico-social engagés auprès de mères et enfants en situation de grande précarité. Il a pour but de favoriser la coordination des « *acteurs de la prise en charge de ces femmes (secteurs hospitaliers publics et privés, services sociaux, structures de proximité) afin d'assurer et d'optimiser cette prise en charge pour les femmes enceintes, jeunes mères et leurs enfants, jusqu'au 3ème mois après la naissance.* »<sup>1</sup>. Pour cela, le réseau prend en charge entre 500 et 800 femmes par an pour leur garantir une continuité de soins périnataux, d'hébergement et d'aide sociale pendant leur grossesse.

### *Origine et objet de l'étude*

Ce rapport constitue la synthèse d'une étude statistique réalisée du 1<sup>er</sup> mai au 31 juillet 2020 à partir de la base de données de Solipam.

En 2014, l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) avait soutenu une première étude quantitative de ces données sur le lien entre grossesse et précarité. Ainsi, Marie Gabrielle Rietsch avait analysé les états de santé liés au suivi et à l'issue de grossesse au regard des « *conditions de vie défavorables (errance locative, difficultés socio-économique et sanitaire) et facteurs individuels (migration et statut légal, connaissances, mode de vie, recours aux soins)* ».

Six ans plus tard, Solipam a souhaité actualiser les résultats de cette recherche afin de nourrir la réflexion de son groupe de travail « Evaluation du service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels de santé et à la collectivité du Réseau ». Toutefois, à la différence de l'étude de 2014, celle-ci adopte une approche rétrospective puisqu'elle s'intéresse à la population incluse dans le réseau entre 2011 et 2018.

### *Définitions : grande précarité, migration, périnatalité*

S'intéresser à l'activité du réseau Solipam et aux populations qu'il prend en charge nécessite d'abord de s'accorder sur la définition de certains termes clés, utilisés de manière récurrente dans ce rapport.

Au-delà d'une pauvreté monétaire, la grande précarité caractérise de multiples réalités autant professionnelles, administratives, psychologiques, affectives ou culturelles. Selon

---

<sup>1</sup> Site web de Solipam, [Qui sommes-nous ?](#)

Joseph 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 et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte (...) 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* ». Cette définition souligne le caractère global de la précarité fondée sur des difficultés d'accès aux droits. L'ensemble de ces paramètres engendre une vulnérabilité persistante que ce rapport s'attachera à détailler pour le public de Solipam, en première partie.

Dans le cas de cette étude, la grande précarité est étroitement liée à la migration. En effet, la majorité des femmes incluses à Solipam sont d'origine étrangère. En demande d'asile, ressortissantes européennes, avec ou sans titre de séjour, leurs parcours et statuts juridiques varient mais correspondent à une migration politiquement ou économiquement induite. Si ce rapport s'efforce à qualifier au mieux chaque situation, c'est cette réalité qu'il convient d'interpréter derrière le terme générique de femmes « migrantes ».

Enfin, la périnatalité correspond aux phénomènes liés à la naissance. Si l'OMS la définit comme la période située entre la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée et le septième jour de vie de l'enfant<sup>2</sup>, le terme recouvre ici l'ensemble de la période de grossesse, accouchement et jusqu'aux trois mois du bébé.

### *Précarité maternelle et santé : des risques documentés*

Les fragilités rencontrées par les femmes enceintes en situation de grande précarité constituent ce qu'Elie Azria appelle la « précarité maternelle » (2015). Si cette étude tente d'expliquer les liens entre précarité maternelle et santé pour le public de Solipam, la littérature a déjà largement traité la question en population générale. Plusieurs auteurs comme Soo Downe et al. (2009) ont notamment montré qu'une situation sociale défavorable engendrait souvent un suivi de grossesse insuffisant. La Haute Autorité de Santé recommande un total de huit consultations médicales pendant la grossesse ainsi que huit séances de préparation à la naissance et la parentalité. Or, « *la grande multiparité, l'insuffisance de revenu, l'appartenance à une minorité ethnique, le niveau socio-économique et d'éducation bas et le jeune âge maternel* » font barrière à un suivi médical optimal de la mère, accroissant le risque d'accouchement prématuré (Azria, 2015). En 2017, Paule Herschkorn Barnu dresse un portrait sans appel de leurs fragilités socio-sanitaires :

---

<sup>2</sup> Site web de l'OMS, [Maternal and perinatal health](#)

« Selon l'Observatoire du Samu social de Paris, 29 % des mères hébergées au 115 souffrent de dépression, soit quatre fois plus qu'en population générale. Quant à leurs enfants, la moitié d'entre eux manifestent des troubles émotionnels (27 %), des troubles du comportement (24 %), des troubles de l'attention/hyperactivité (18 %) et des troubles relationnels (10 %). Et le sentiment d'insécurité perdure tant que ces familles restent, parfois pendant des années, dans un dispositif hôtelier de mise à l'abri, sans perspective d'insertion et d'autonomie sociale (ENFAMS, 2014)<sup>3</sup>.

En outre, l'errance et l'imprévisibilité de la durée de mise à l'abri mettent en échec la notion même de soins en aggravant l'état de santé de la famille (épuisement, inquiétude, déracinement, désorientation, incompréhension). Les agressions physiques, psychiques et sexuelles que peuvent subir ces femmes enceintes sont peu documentées mais ne font aucun doute. Elles viennent le plus souvent s'ajouter aux violences subies antérieurement, que ces femmes soient en situation de migration internationale en provenance le plus souvent d'Afrique subsaharienne mais aussi du Maghreb et d'Europe de l'Est, ou en situation d'errance du fait de troubles psychiques, qu'elles aient fui leur famille ou quitté les dispositifs de l'ASE [Aide sociale à l'enfance] à leur majorité.

Sur le plan obstétrical et néonatal, toutes les études enregistrent pour ces femmes et ces nouveau-nés en situation de grande précarité psychosociale une morbidité majorée par rapport à celle de la population générale : plus de prématurité, plus de nouveau-nés de petit poids, plus de césariennes, plus de transferts à la naissance (ENP, 2010)<sup>4</sup>. »

### *Problématisation*

Ces constats ont encouragé cette étude à réinterroger les liens entre précarité maternelle et santé au sein de la population prise en charge par le réseau Solipam. Elle va ainsi tenter de répondre aux questions suivantes : **comment le profil socio-démographique du public de Solipam a-t-il évolué entre 2011 et 2018 ? Quelles sont les implications de cette évolution sur l'état de santé des femmes prises en charge au cours de cette période ?**

Dans un premier temps, il s'agit de décrire l'évolution des caractéristiques socio-démographiques des femmes incluses dans le réseau : niveau de français, soutien social, accès aux transports, ressources financières, composition familiale, nombre d'hébergements pendant la prise en charge, titre de séjour et couverture sociale. Outre une meilleure compréhension des réalités auxquelles sont confrontées les familles, cette analyse descriptive devrait permettre de saisir les éventuelles améliorations ou dégradations de leurs conditions de vie depuis 2011.

---

<sup>3</sup> Etude « [Enfants et Familles Sans Logements en Île-de-France](#) » (ENFAMS), Observatoire du Samu social de Paris, octobre 2014.

<sup>4</sup> [Enquête Nationale Périnatale](#) (ENP), Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2010.

Dans un second temps, ce travail tentera d'expliquer les conséquences de la grande précarité sur trois phénomènes de santé maternelle :

- Le fait de bénéficier d'un suivi de grossesse suffisant et conforme aux recommandations de la HAS.
- Le fait d'accoucher par césarienne.
- Le fait de subir au moins une réhospitalisation après l'accouchement.

## METHODOLOGIE

### *La base de données de Solipam*

La base de données de Solipam exploitée ici s'étale sur 8 ans entre 2011 et 2018. Document de travail des professionnels du réseau, elle comporte 115 variables (annexe 1) renseignées de manière plus ou moins exhaustive, qui correspondent aux informations relatives aux situations sociales et médicales des femmes accompagnées. Elle est donc tenue à jour quotidiennement par les assistants sociaux et sages-femmes de Solipam qui l'utilisent comme outil de suivi des femmes, mais aussi pour l'évaluation de l'activité du réseau. L'échantillon étudié est composé de 3722 femmes, réparties chaque année de la façon suivante :

<b>Nombre de femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018</b>	
2011	178
2012	300
2013	317
2014	406
2015	508
2016	650
2017	753
2018	608
<b>Total</b>	<b>3 722 femmes</b>

### *Démarche scientifique*

Le cadre de cette étude n'a pas permis de prendre en compte les 115 variables disponibles au sein de la base. Ainsi, une sélection a été opérée en vue de répondre pertinemment à la problématique. Ce processus s'est révélé complexe puisqu'il s'agissait de choisir les variables socio-démographiques et médicales qui répondaient au sujet tout



en permettant une analyse quantitative rigoureuse. Ainsi, en concertation avec les sages-femmes et la direction du réseau, 19 variables ont été sélectionnées :

#### Variables socio-démographiques

L'âge

Le niveau de français

La configuration familiale

La présence d'un entourage familial ou amical

Le degré d'accès aux transports

Les ressources financières

La couverture sociale au moment de l'inclusion et de la sortie du réseau

Le titre de séjour au moment de l'inclusion et de la sortie du réseau

Le type d'hébergement occupé au moment de l'inclusion et pendant la prise en charge

Le nombre total d'hébergements occupés pendant la prise en charge

#### Variables médicales

*Le mode d'accouchement*

*Le fait de subir au moins une réhospitalisation après l'accouchement*

*Le fait d'avoir bénéficié d'un suivi de grossesse conforme HAS*

La présence d'une pathologie maternelle ou fœtale pendant la grossesse

Le fait de subir au moins une hospitalisation pendant la grossesse

Le fait d'avoir un médecin traitant au moment de l'inclusion au réseau

Le fait d'accoucher prématurément (soit avant 37 semaines d'aménorrhée)

Les résultats présentés en première partie sont issus d'une analyse descriptive par tris croisés. Pour la seconde partie qui consiste en une analyse multivariée, le choix des variables dépendantes (en italique) correspond aux principaux questionnements des professionnels de Solipam, qui ont souhaité obtenir des explications sur le suivi de grossesse, le mode d'accouchement et la réhospitalisation post-partum. Pour y répondre, une étape de recodage des variables et modalités de réponses s'est imposée. Ce processus a été très influencé par la petite taille des échantillons qui ont posé une difficulté méthodologique. En effet, chaque variable devant concerner un minimum de 100 femmes pour être représentative, un certain nombre de modalités ont été assemblées ou simplifiées pour permettre l'analyse statistique par régression linéaire à l'aide du logiciel R. Le dictionnaire de la base recodée est disponible en annexe 2. C'est également la raison pour laquelle un regroupement de l'échantillon par cycles temporels a été effectué : 2011-2013 soit 795 femmes, 2014-2016 soit 1564 femmes et 2017-2018 soit 1361 femmes.

## *Limites de l'étude*

Cette étude comporte un certain nombre de limites méthodologiques qu'il convient de prendre en compte.

Tout d'abord, certaines modalités manquent de précision dans l'information qu'elles donnent. D'une part, certaines sont imprécises dans la base de données : que signifie réellement « entourage restreint » ? Pour « prestations sociales et autres », à quoi correspond « autres » ? « L'accès aux transports » fait-il référence aux transports en commun ou aux moyens de transports personnels, ou les deux ? D'autre part, le recodage des modalités par regroupement a contraint de créer des modalités binaires, donc souvent imprécises. Par exemple, n'est prise en compte que la présence d'une pathologie mais de laquelle s'agit-il ? Est-ce une pathologie maternelle ou fœtale ? Ainsi le lecteur doit-il être conscient de ce manque d'information précise lorsqu'il interprète les résultats présentés.

Les résultats peuvent également s'avérer imprécis et incomplets à cause de l'absence de certaines variables, notamment médicales, dans l'analyse multivariée. Qu'elles ne figurent pas dans la base de données ou qu'elles n'aient pas été sélectionnées, ces variables pourraient considérablement modifier les résultats obtenus ici. Mais la problématique étant ciblée sur le profil socio-démographique des femmes, peu de données médicales ont été prises en compte.

Finalement, comme toute étude purement quantitative, celle-ci ne présente pas d'explication sur les processus qui engendrent les résultats présentés. En effet, elle ne permet pas d'expliquer pourquoi ou comment le public de Solipam est affecté par la précarité à travers le temps. Il s'agit plutôt de poser des constats, auxquels il conviendra de chercher des explications plus approfondies dans de futures recherches qualitatives, par le biais d'analyse d'archives, de conduite d'entretiens et de revue de la littérature.

## I. ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE : L'ÉVOLUTION DES PROFILS DU PUBLIC DE SOLIPAM ENTRE 2011 ET 2018

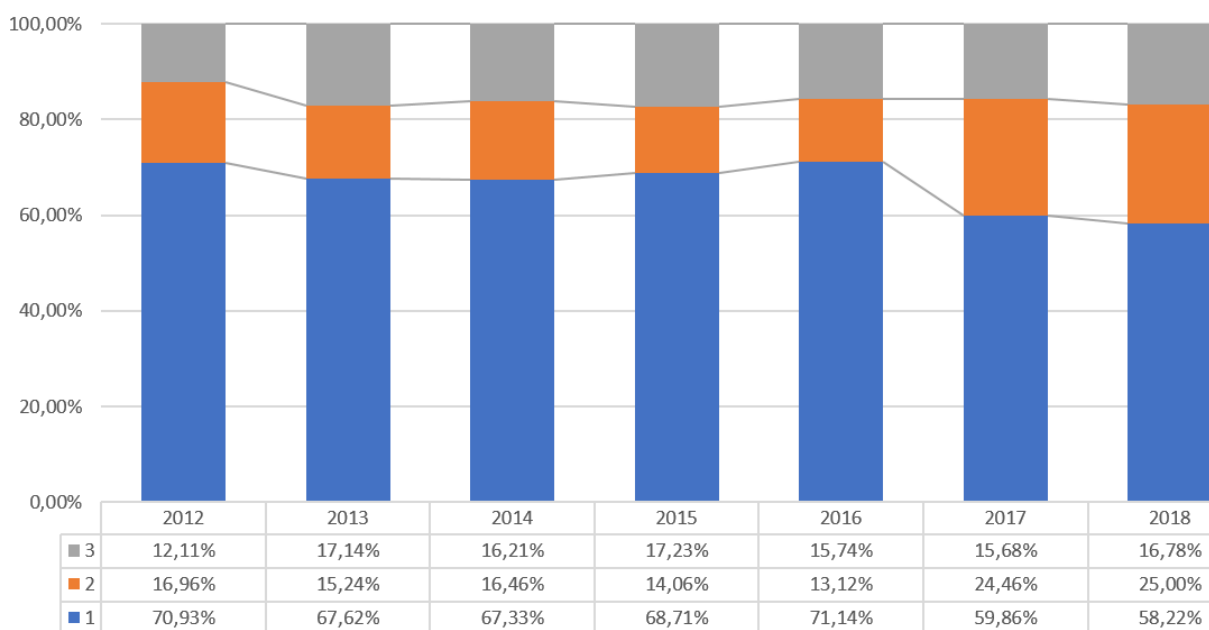
Ce volet est consacré à la description de chaque caractéristique socio-démographique sélectionnée pour illustrer l'évolution du profil des femmes incluses au sein du réseau entre 2011 et 2018.

### Niveau de français

Année	Effectif
2011	<100
2012	289
2013	315
2014	401
2015	505
2016	648
2017	740
2018	596

**Graphique 1** : Niveau de français des femmes incluses à Solipam entre 2012 et 2018

Données Solipam



1 = Parle, écrit et lit le français

2 = Parle mais n'écrit et ne lit pas le français

3 = Ne parle, n'écrit et ne lit pas français

Chaque année, le niveau de français des femmes incluses au sein du réseau Solipam est très inégal. A l'exception de l'année 2012, 15,6% à 17,3% d'entre elles ne parlent, n'écrivent et ne lisent pas le français. Bien que ce chiffre reste stable sur l'ensemble de la période, ce n'est pas le cas pour les deux autres configurations linguistiques. S'il est important de noter que les femmes sont toujours plus de 50% à maîtriser le français à

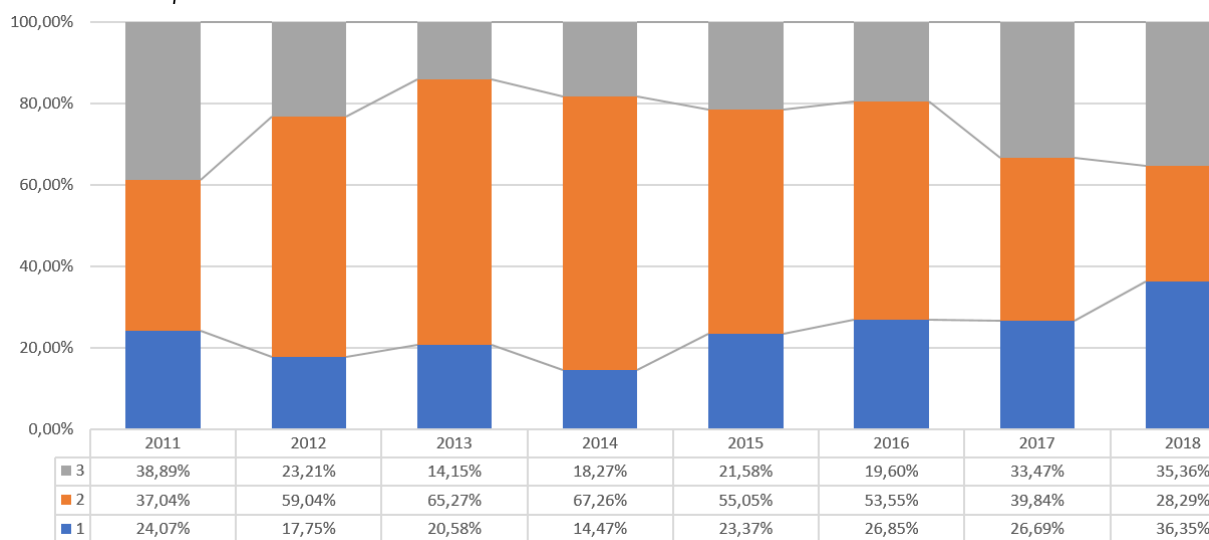
l'écrit comme à l'oral, celles-ci représentent près de 70% entre 2012 et 2016 puis moins de 60% en 2017 et 2018. Enfin, entre 2012 et 2016, 13% à 17% des femmes parlent français mais ne l'écrivent et ne le lisent pas. Ce chiffre augmente à 25% au cours des deux dernières années. En 2017 et 2018, le public inclus à Solipam dispose donc d'un niveau de français moins élevé que les années précédentes : les mères sont plus nombreuses à pratiquer la langue à l'oral mais moins nombreuses à savoir également le lire et l'écrire.

### Entourage

Année	Effectif
2011	108
2012	293
2013	311
2014	394
2015	505
2016	648
2017	753
2018	608

**Graphique 2** : Entourage des femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018

Données Solipam



1 = En couple, soutien familial et amical

3 = Aucun entourage

2 = Entourage restreint

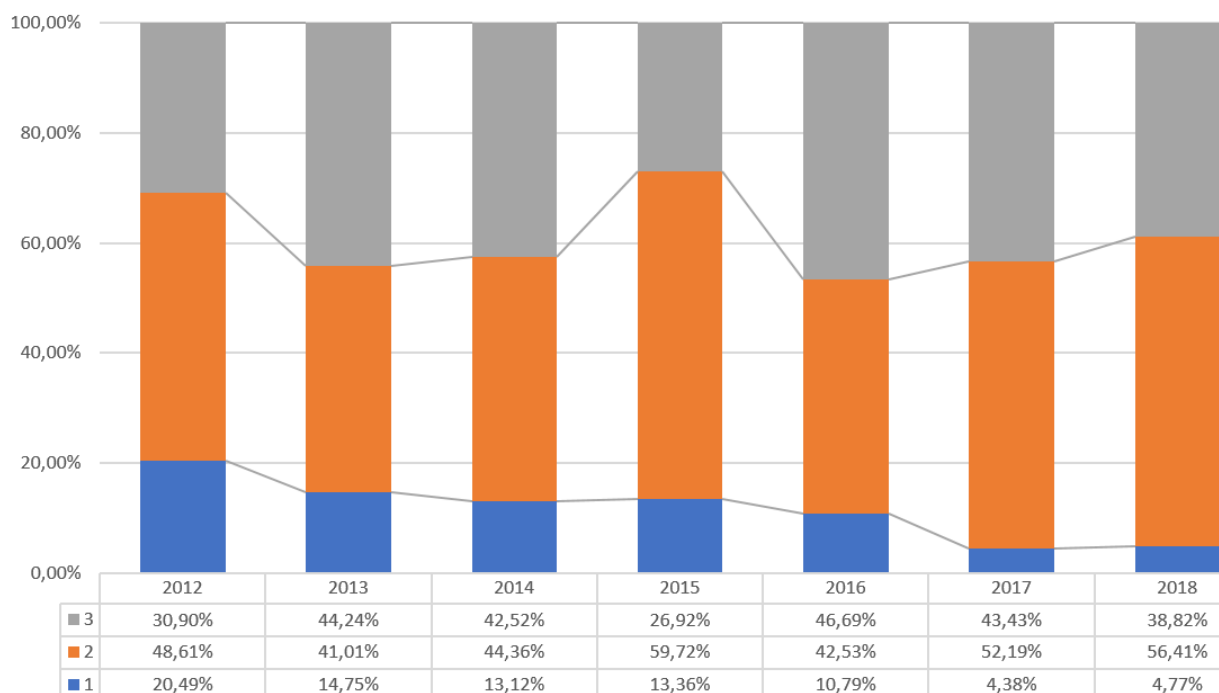
Comme le niveau de langue, le type d'entourage dont disposent les femmes prises en charge par Solipam est inégalement réparti chaque année et varie largement sur l'ensemble de la période. Alors que les trois catégories tendent à s'équilibrer en 2012, 2017 et 2018, les femmes dont l'entourage est restreint sont majoritaires au cours des

autres années puisqu'elles représentent entre 53,5% et 67,2%. Concernant les mères disposant d'un soutien conjugal, familial et amical, elles représentent près d'un quart des femmes en 2011. Alors que leur proportion diminue à 14,4% en 2014, elles remontent à un quart en 2017 avant de devenir majoritaires à 36,3% en 2018. La courbe est similaire pour les mères sans entourage d'abord majoritaires en 2011 à 38,8%. Moins nombreuses en 2013 à 14,1%, leur représentation augmente de nouveau à 21,5% en 2015 puis 35,3% en 2018, alors presque aussi nombreuses que les femmes disposant d'un soutien total.

### Accès aux transports

Année	Effectif
2011	<100
2012	288
2013	278
2014	381
2015	494
2016	649
2017	753
2018	608

**Graphique 3 :** Degré d'accès aux transports des femmes incluses à Solipam entre 2012 et 2018 - Données Solipam



1 = Accès aux transports

2 = Accès aux transports mais difficulté financière

3 = Aucun accès aux transports

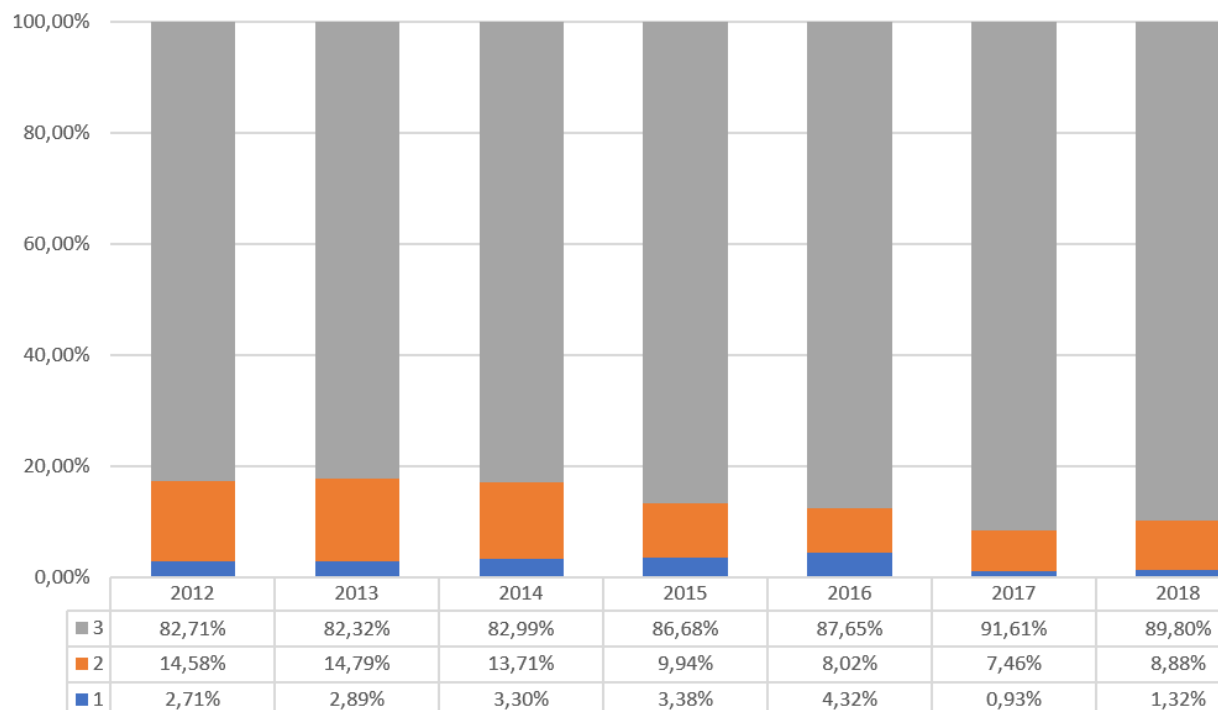
Entre 2012 et 2018, les femmes qui n'ont pas accès aux transports ou dont l'accès est limité par une difficulté financière sont surreprésentées à hauteur de 80% en 2012 et 95% en 2017 et 2018. La part restante de femmes ayant accès aux transports passe ainsi de 20,4% en 2012 à 13,3% en 2015 et 4,7% en 2018.

### Ressources financières

Année	Effectif
2011	<100
2012	295
2013	311
2014	394
2015	503
2016	648
2017	751
2018	608

**Graphique 4** : Ressources financières des femmes incluses à Solipam entre 2012 et 2018

Données Solipam



1 = Salaire

2 = Prestations sociales et autres

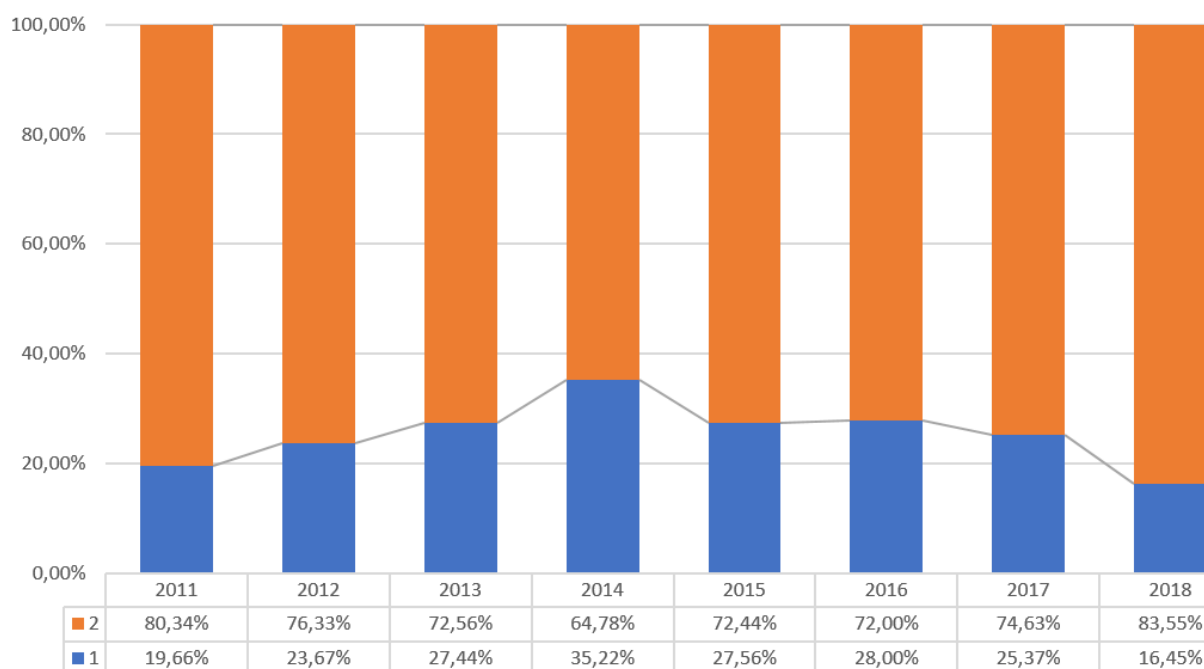
3 = Aucune ressource

A l'image de l'accès aux transports, le constat des ressources financières est sans appel : de 2012 à 2018, plus de 80% des femmes ne disposent d'aucune ressource. Elles sont de plus en plus nombreuses au fil du temps puisqu'elles représentent 82,7% en 2012, 87,6% en 2016 et jusqu'à 91,6% en 2017. La proportion de femmes restante est presque entièrement composée de mères bénéficiaires de prestations sociales : 14,7% en 2013, 9,9% en 2015 et 8,8% en 2018. Les femmes qui touchent un salaire ne représentent que 2,7% en 2012, 4,3% en 2016 et 1,3% en 2018.

### Enfants à charge

Année	Effectif
2011	178
2012	300
2013	317
2014	406
2015	508
2016	650
2017	753
2018	608

**Graphique 5 :** Présence d'enfants à charge pour les femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018 - Données Solipam



1 = Au moins un enfant à charge

2 = Pas d'enfant à charge

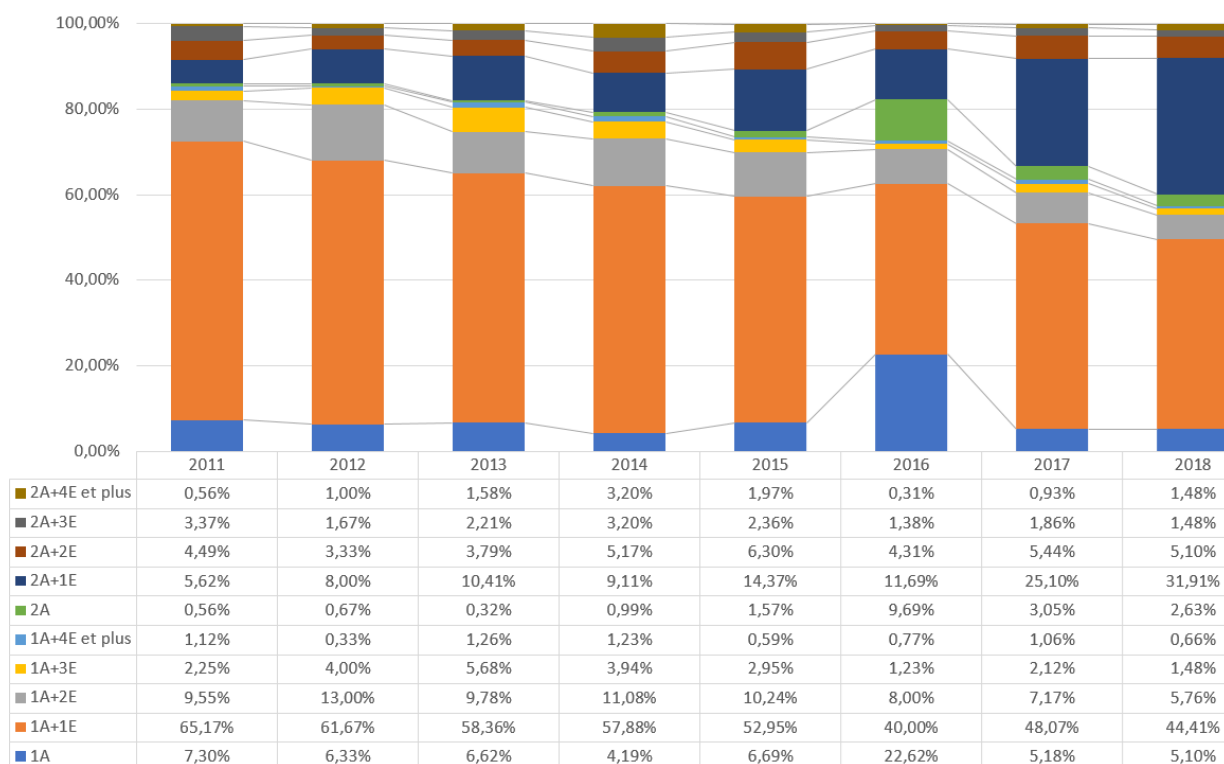
Au cours de la période, les femmes sans enfant à charge sont plus nombreuses que celles avec enfants puisqu'elles représentent au moins 64% chaque année, soit plus de deux tiers des mères incluses dans le réseau. Cette proportion, équivalente à 80,3% en 2011 diminue progressivement jusqu'en 2014 pour atteindre 64,7% puis augmente à nouveau à 72% en 2016 et 83,5% en 2018. Les femmes avec enfants sont bien moins représentées. Si leur part passe de 19,6% en 2011 à 35,2% en 2014, elle diminue pour atteindre son chiffre le plus faible de 16,4% en 2018.

### Composition familiale

Année	Effectif
2011	178
2012	300
2013	317
2014	406
2015	508
2016	650
2017	753
2018	608

**Graphique 6 :** Composition du foyer des femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018

Données Solipam



A = Adulte E = Enfant



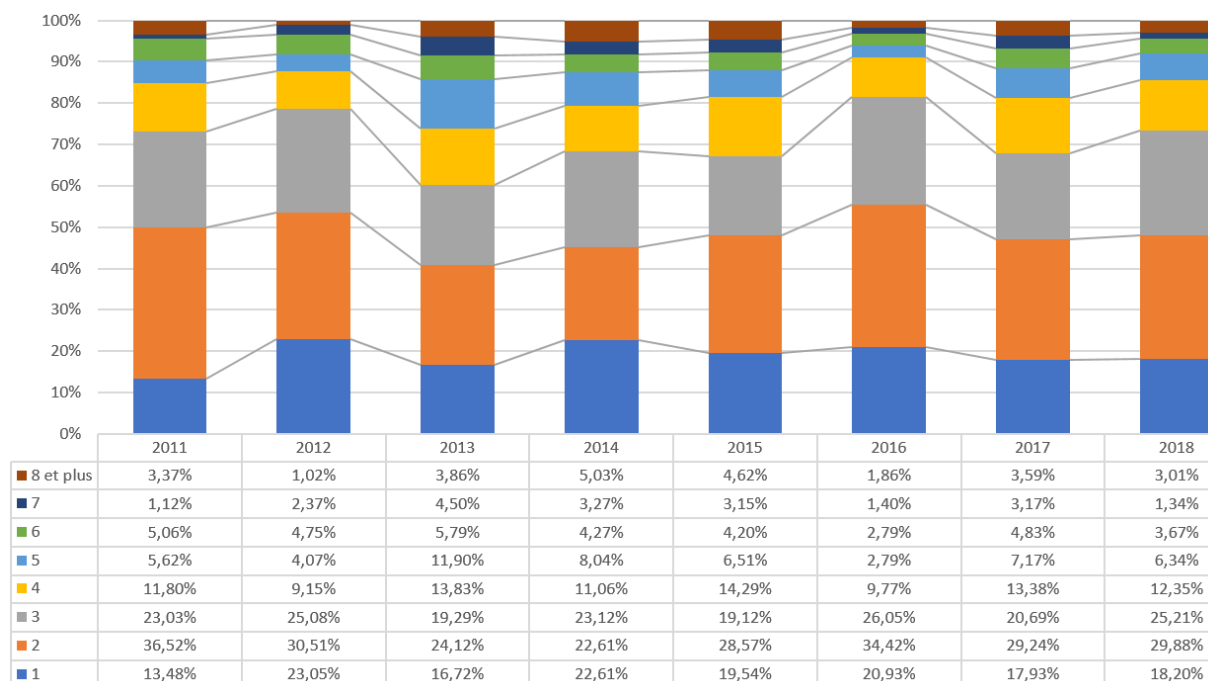
La composition du foyer des femmes incluses à Solipam est très variable et évolue entre 2011 et 2018. Chaque année, la part de femmes seules avec un enfant est la plus représentée mais elle est de plus en plus faible au fil du temps. Alors qu'il s'agit de 65,1% des femmes en 2011, ce chiffre diminue à 58,3% en 2013, 52,9% en 2015 et 44,4% en 2018. Cette chute de près de 20 points s'accompagne d'une augmentation de la part de foyers composés de deux adultes et un enfant : correspondant à moins de 10% jusqu'en 2014, leur part augmente à 25,1% en 2017 puis 31,9% en 2018. L'année 2016 fait figure d'exception avec un taux particulièrement élevé de femmes seules (22,6% contre environ 6% les autres années) et de couples sans enfants (9,6% contre 0,5% à 3% les autres années). De façon générale, les femmes sont plus souvent seules qu'accompagnées d'un conjoint.

Comparé aux résultats précédents qui montraient une prévalence de femmes sans enfant à charge, ceux-ci indiquent une surreprésentation de femmes avec un enfant. Ce constat étonnant signifierait que ce sont des mères qui n'ont pas la responsabilité de leur enfant, peut-être indépendant, resté dans le pays d'origine ou pris en charge par le père.

### *Nombre total d'hébergement*

<b>Année</b>	<b>Effectif</b>
2011	178
2012	295
2013	311
2014	398
2015	476
2016	215
2017	725
2018	599

**Graphique 7** : Nombre total d'hébergements des femmes pendant la durée de leur prise en charge par Solipam entre 2011 et 2018 - *Données Solipam*

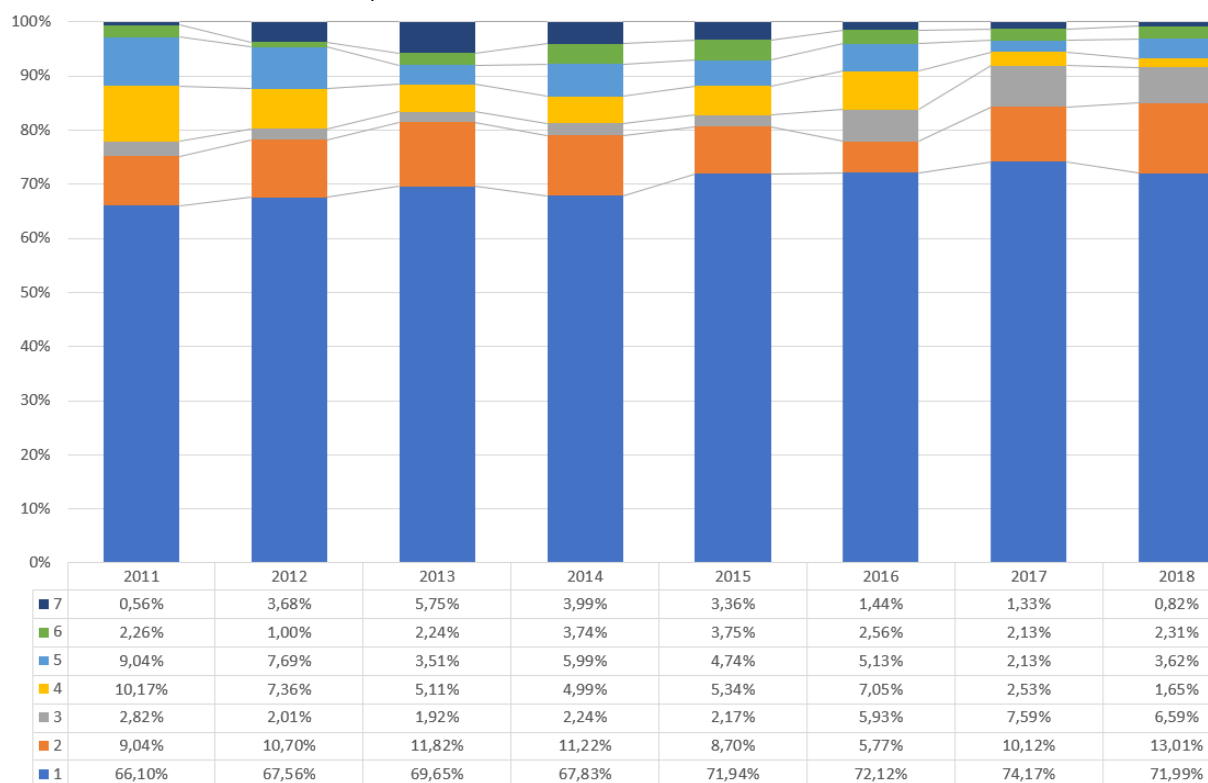


Depuis 2011, les femmes qui occupent moins de trois hébergements représentent plus de 60% de l'ensemble des mères incluses à Solipam chaque année. Parmi elles, celles qui occupent deux hébergements sont surreprésentées entre 22,6% et 36,5% selon l'année. Les nombres élevés d'hébergements (au-delà de 4) concernent moins de femmes, entre 20% et 40% selon l'année. Ce chiffre reste tout de même conséquent au vu des enjeux médico-sociaux qui en découlent.

### *Titre de séjour avant l'inclusion à Solipam*

Année	Effectif
2011	177
2012	299
2013	313
2014	401
2015	506
2016	624
2017	751
2018	607

**Graphique 8** : Type de titre de séjour des femmes avant leur inclusion à Solipam entre 2011 et 2018 - Données Solipam



1 = Sans titre de séjour

2 = Récépissé de demande d'asile

3 = Démarche en cours

4 = Carte nationale d'identité (CNI)

5 = Titre de séjour

6 = Ressortissant européen

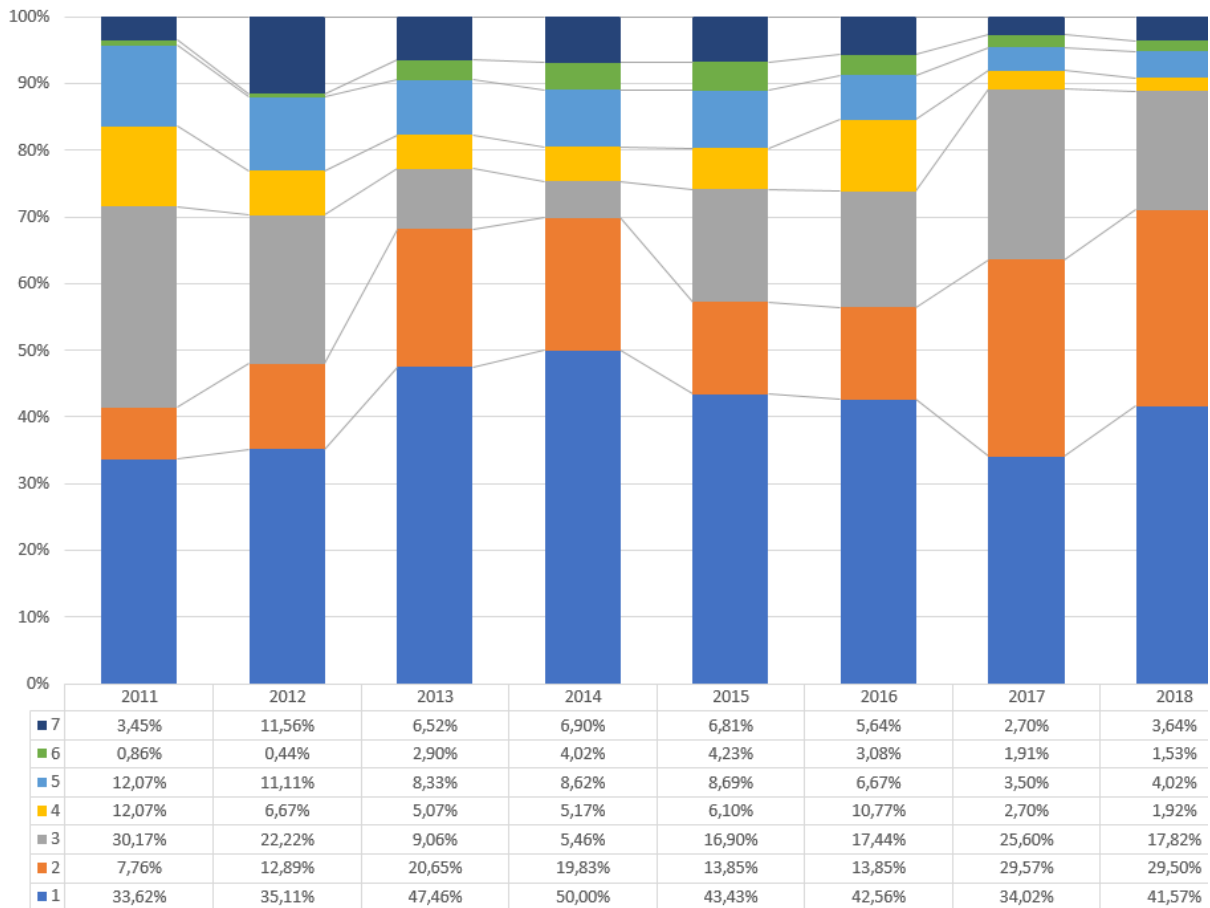
7 = Récépissé de titre de séjour

Entre 2011 et 2018, les proportions associées aux types de titre de séjour dont disposent les femmes avant leur inclusion à Solipam varient peu. En effet, celles qui n'ont aucun titre de séjour sont toujours très majoritaires, entre 66,1% en 2011 et 71,9% en 2018. Les femmes disposant d'une CNI ou d'un titre de séjour sont de moins en moins nombreuses au fil du temps puisqu'elles passent de près de 20% en 2011 à environ 5% en 2018. Parallèlement, la part de femmes qui disposent d'un récépissé de demande d'asile se maintient entre 8% et 13% sur l'ensemble de la période, à l'exception de l'année 2016 où elles représentent 5,7%.

## Titre de séjour à la sortie de Solipam

Année	Effectif
2011	116
2012	225
2013	276
2014	348
2015	426
2016	195
2017	629
2018	522

**Graphique 9** : Type de titre de séjour des femmes à la sortie du réseau Solipam entre 2011 et 2018 - Données Solipam



1 = Sans

2 = Récépissé de demande d'asile

3 = Démarche en cours

4 = CNI

5 = Titre de séjour

6 = Ressortissant européen

7 = Récépissé de titre de séjour

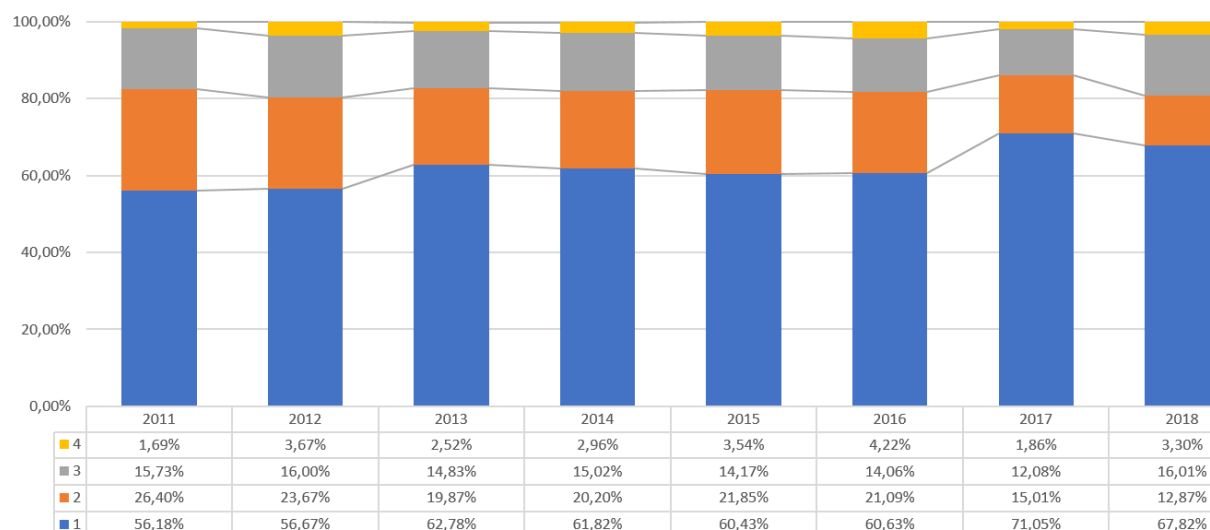
Par rapport au moment de l'inclusion, la situation administrative de nombreuses femmes incluses à Solipam est différente du moment de la sortie du réseau. Elle est améliorée puisque chaque année, entre 34% et 50% des mères quittent Solipam sans aucun titre de séjour (contre plus de 66% à l'inclusion). L'évolution temporelle est très inégale et ne présente aucune tendance linéaire. Toutefois, depuis 2014, de plus en plus de femmes parviennent à entamer des démarches administratives au cours de leur prise en charge par Solipam : alors que la moitié d'entre elles sort sans titre de séjour en 2014, cette part diminue à 42,5% en 2016, 34% en 2017 avant de remonter légèrement à 41,5% en 2018. Cette diminution s'accompagne d'une augmentation de la part des femmes disposant d'un récépissé de demande d'asile ou ayant des démarches en cours. Alors qu'avant l'inclusion au sein du réseau, les mères ayant un récépissé de demande d'asile ne représentent que 10,1% en 2017 et 13% en 2018, au moment de la sortie de Solipam, elles représentent 29,5% sur ces deux années.

### Couverture sociale avant l'inclusion à Solipam

Année	Effectif
2011	178
2012	300
2013	317
2014	406

2015	508
2016	640
2017	753
2018	606

**Graphique 10** : Type de couverture sociale des femmes avant leur inclusion à Solipam entre 2011 et 2018 - Données Solipam



1 = Sans couverture sociale

2 = Aide médical d'Etat (AME)

3 = Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

4 = Autre : régime général, régime général + mutuelle, couverture sociale européenne, sécurité sociale étudiante

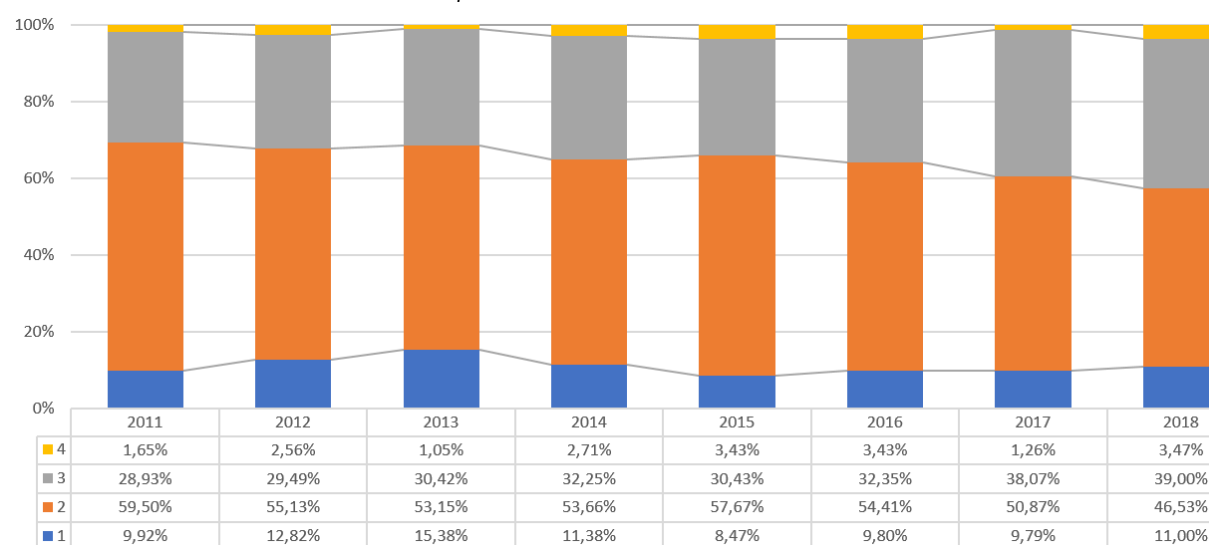
La courbe dessinée par ce graphique correspond de près à celle qui illustre le type de titre de séjour des femmes avant leur inclusion au sein du réseau. En effet, la majorité d'entre elles (environ 60% chaque année) ne dispose d'aucune couverture sociale. Cet effectif est plus important en 2017 et 2018, correspondant respectivement à 71% et 67,8% de l'ensemble des mères. La part de femmes bénéficiaires de l'AME a diminué au cours du temps, passant de 26,4% en 2011 à 20,2% en 2014, 15% en 2017 puis 12,8% en 2018. Cela correspond à une chute de 13,6 points. En revanche, le taux de femmes bénéficiaires de la CMU-C reste stable sur l'ensemble de la période autour de 15%.

### Couverture sociale à la sortie de Solipam

Année	Effectif
2011	121
2012	234
2013	286
2014	369

2015	437
2016	204
2017	633
2018	518

**Graphique 11** : Type de couverture sociale des femmes à la sortie du réseau Solipam entre 2011 et 2018 - Données Solipam



1 = Sans couverture sociale

2 = Aide médical d'Etat (AME)

3 = Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

4 = Autre : régime général, régime général + mutuelle, couverture sociale européenne, sécurité sociale étudiante

Par rapport au moment de l'inclusion, le type de couverture sociale dont disposent les femmes est, pour beaucoup, différent au moment de la sortie du réseau. Leur

protection sociale est en effet améliorée puisque la proportion de mères sans couverture oscille entre 8,4% et 15,3% par an (contre environ 60% avant l'inclusion). La proportion de femmes bénéficiaires de l'AME est, elle aussi, nettement plus importante à la sortie de Solipam qu'à l'inclusion puisqu'elle concerne entre 50% et 60% de femmes chaque année. En revanche, l'évolution temporelle de cette catégorie tend à diminuer, passant de 59,5% en 2011 à 46,5% en 2018, soit une chute de 13 points. Cette diminution correspond exactement à celle observée pour l'AME au moment de l'inclusion, ce qui interroge un potentiel durcissement de l'accès à l'AME entre 2011 et 2018. Finalement, la proportion de femmes bénéficiaires de la CMU-C à la sortie de Solipam augmente dans le temps, passant de 28,9% en 2011 à 39% en 2018. Cette effectif augmente également par rapport au moment de l'inclusion dans le réseau, gagnant entre 13 et 26 points selon l'année.

L'analyse du profil socio-démographique des femmes incluses à Solipam entre 2011 et 2018 révèle une évolution vers une plus grande précarité sociale, financière et administrative. Les années 2017 et 2018 sont particulièrement révélatrices de cette tendance puisque le niveau de français des femmes est moins élevé, les femmes qui ne disposent pas de couverture sociale, celles qui n'ont aucun entourage et celles qui occupent plus d'un hébergement au cours de leur inclusion à Solipam sont plus nombreuses. Depuis 2011, les femmes bénéficiaires de ressources financières sont de moins en moins nombreuses, de même que celles qui bénéficient de l'AME. L'unique nuance à apporter à ce constat concerne l'augmentation de la part des femmes entourées d'un conjoint, d'amis et d'une famille.

Ce résultat soulève l'interrogation suivante : **s'agit-il d'une précarisation des conditions de vie des femmes accueillies par Solipam ou d'une spécialisation du réseau auprès de femmes en situation de plus grande précarité ?** Pour répondre à cette question, il conviendrait d'analyser les taux et méthodes de refus d'inclusion de certaines femmes par Solipam : si, au fil du temps, les taux et critères de refus se durcissent, cela expliquerait une concentration de l'activité de Solipam vers des femmes en situation de plus grande précarité. En revanche, si la « sélection » des femmes à l'inclusion ne fait pas l'objet d'une évolution particulière, alors il conviendrait d'étudier l'évolution des politiques sociales à destination des personnes migrantes en situation précarité depuis le début des années 2010. Une telle analyse pourrait révéler des conditions d'accueil de moins en moins favorables, entraînant ainsi une accumulation de vulnérabilités sociales.

Quoi qu'il en soit, ces résultats démontrent la nécessaire poursuite de l'activité du réseau Solipam à destination des mères et enfants dont la prise en charge médico-sociale est inadaptée ou insuffisante.

Pour répondre au second objectif de cette étude qui consiste à regarder les effets de la grande précarité sur l'état de santé des femmes entre 2011 et 2018, il convient désormais de croiser l'ensemble de ces données socio-démographiques avec les données médicales disponibles dans la base de données de Solipam. Comme expliqué en introduction, cette analyse portera sur trois phénomènes de santé :

- Le fait de bénéficier d'un suivi de grossesse suffisant et conforme aux recommandations de la HAS avant l'inclusion à Solipam.
- Le fait d'accoucher par césarienne.
- Le fait d'être réhospitalisée au moins une fois après l'accouchement.

## II. ANALYSE MULTIVARIEE : L'EVOLUTION DES FACTEURS DE RISQUE EN PERINATALITE ENTRE 2011 ET 2018

### *Facteurs favorables au suivi de grossesse avant l'inclusion à Solipam*

Pour rappel, un suivi conforme aux recommandation de la HAS correspond à huit consultations médicales pendant la grossesse et huit séances de préparation à la naissance et la parentalité. Comment les facteurs de vulnérabilité analysés dans la partie précédente ont-ils influencé l'accès à ce suivi entre 2011 et 2018 ? **Quels-ont été les facteurs favorables à un suivi de grossesse conforme à la HAS avant l'inclusion à Solipam ?** Les facteurs pris en compte pour cette analyse sont les suivants :

- Age à l'inclusion
- Titre de séjour à l'inclusion
- Couverture sociale à l'inclusion
- Type d'hébergement à l'inclusion
- Présence d'un médecin traitant à l'inclusion
- Ressources financières
- Niveau de français
- Entourage
- Présence d'un conjoint
- Accès aux transports

Finalement, seule une partie de ces caractéristiques favorise un suivi de grossesse conforme et suffisant sur la période 2011-2018. Elle est exposée dans le tableau suivant.



**Tableau 1** : Facteurs favorables à un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS avant l'inclusion à Solipam entre 2011 et 2018 - Données Solipam

ANNEES	ODDS RATIO	P-VALEUR (<0,05)
<b>Couverture sociale à l'inclusion</b> <i>Référence : Sans</i>		
<b>AME ou CMU-C</b>		
2011-13	4,61	0,000
2014-16	4,12	0,000
2017-18	3,83	0,000
<b>Niveau de français</b> <i>Référence : Ne parle pas français</i>		
<b>Parle français</b>		
2011-13	2,63	0,016
2014-16	2,11	0,001
2017-18	1,44	0,063
<b>Médecin traitant à l'inclusion</b> <i>Référence : Aucun médecin traitant</i>		
<b>Médecin traitant</b>		
2011-13	1,63	0,111
2014-16	2,30	0,000
2017-18	3,03	0,000
<b>Entourage</b> <i>Référence : Femme seule</i>		
<b>Amis ou famille</b>		
2011-13	0,72	0,297
2014-16	2,38	0,000
2017-18	1,32	0,092

Quatre facteurs sont associés au fait de bénéficier d'un suivi médical conforme avant l'inclusion à Solipam : le fait d'être bénéficiaire de l'AME ou de la CMU-C, de parler français, de disposer d'un médecin traitant et d'avoir un soutien amical ou familial. Pour les 3 cycles 2011-13, 2014-16 et 2017-18, les femmes qui disposent de l'AME ou de la CMU-C ont beaucoup plus de chance que les femmes sans couverture sociale d'avoir bénéficié d'un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS avant leur

inclusion au sein du réseau. Entre 2011 et 2016, cette chance est plus de 4 fois supérieure tandis qu'en 2017-18, elle est 3,8 fois supérieure aux femmes sans couverture sociale. Il convient cependant de noter qu'au fil du temps, l'effet de la couverture sociale sur le suivi de grossesse diminue légèrement.

Il existe également un effet notable du niveau de français sur le fait d'avoir pu bénéficier d'un suivi médical conforme entre 2011 et 2016 : parler français multiplie par 2,6 fois les chances de bénéficier d'un tel suivi entre 2011 et 2013 et par 2,1 fois entre 2014 et 2016. De la même façon, entre 2014 et 2016, les femmes disposant d'un médecin traitant sont 2,3 fois plus susceptibles de bénéficier d'un suivi médical conforme que les femmes qui n'ont pas de médecin traitant. L'effet se renforce en 2017-18, période au cours de laquelle la présence d'un médecin traitant augmente de 3 fois les chances d'un suivi conforme. Enfin, pour la période 2014-16 uniquement, la présence d'amis ou de membres de la famille multiplie par 2,3 les chances de bénéficier d'un suivi de grossesse conforme à la HAS.

### *Facteurs de risque d'un accouchement par césarienne*

L'étude des facteurs de risque d'un accouchement par césarienne revêt, lui aussi, un intérêt particulier puisqu'il s'agit d'une pratique à risque. Au-delà des enjeux médicaux souvent utilisés pour justifier cette pratique, il est nécessaire pour les professionnels du réseau Solipam de comprendre les autres facteurs qui influent sur ce mode d'accouchement. A la manière de l'analyse précédente, de multiples caractéristiques ont été prises en compte :

- Age à l'inclusion
- Couverture sociale à l'inclusion
- Titre de séjour à l'inclusion
- Présence d'un médecin traitant à l'inclusion
- Ressources financières
- Niveau de français
- Entourage
- Présence d'un conjoint
- Accès aux transports
- Pathologie maternelle ou fœtale pendant la grossesse
- Naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (naissance prématurée)
- Suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS avant l'inclusion
- Hospitalisation(s) pendant la prise en charge par Solipam

Cette analyse contient une limite importante, celle de ne pas prendre en compte d'autres données biomédicales qui peuvent avoir un fort impact sur la pratique de la césarienne : antécédents médicaux, grossesses précédentes, poids, taille, IMC, entre autres. Certaines

de ces données n'étaient pas disponibles dans la base de données, d'autres l'étaient mais auraient nécessité un important recodage que le temps court n'a pas permis d'effectuer dans le cadre de cette étude.

Dans le tableau suivant sont rassemblés, pas cycle d'années, les facteurs socio-démographiques associés à la césarienne.

**Tableau 2** : Facteurs de risque d'un accouchement par césarienne pour les femmes prises en charge par Solipam entre 2011 et 2018

*Données Solipam*

VARIABLE	ODDS RATIO	P-VALEUR (<0,05)
2011-2013		
<b>Couverture sociale à l'inclusion</b>		
<i>Référence : Sans</i>		
AME ou CMUC	2,27	0,006
<b>Suivi de grossesse conforme avant l'inclusion</b>		
<i>Référence : Non</i>		
Oui	0,50	0,013
<b>Présence d'un conjoint</b>		
<i>Référence : Conjoint absent</i>		
Conjoint présent	0,47	0,052
2014-2016		
<b>Pathologie maternelle ou fœtale</b>		
<i>Référence : Aucune pathologie</i>		
Pathologie	1,81	0,003
<b>Hospitalisation pendant la prise en charge</b>		
<i>Référence : Aucune hospitalisation</i>		
Hospitalisation(s)	0,60	0,037
<b>Présence d'un conjoint</b>		
<i>Référence : Conjoint absent</i>		
Conjoint présent	0,58	0,014
2017-2018		
<b>Naissance avant 37 SA</b>		
<i>Référence : Naissance après 37 SA</i>		
Naissance prématurée	2,61	0,002

Les résultats montrent que les facteurs associés à un accouchement par césarienne varient dans le temps. A l'exception de la présence d'un conjoint qui est associée à la césarienne dans deux des trois cycles temporels (bien qu'ayant une p-valeur légèrement supérieure à 0,05 en 2014-16 donc théoriquement non significative), les autres variables ne sont associées à la césarienne qu'au cours d'un cycle.

Entre 2011 et 2013, disposer de l'AME ou de la CMU-C augmente de 2,2 le risque d'accoucher par césarienne comparé aux femmes sans couverture sociale. En revanche, au cours de cette période, les femmes ayant bénéficié d'un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS ont 50% de chances en moins d'accoucher par césarienne que celles qui n'en n'ont pas bénéficié.

La présence d'un conjoint (dont la p-valeur de 0,52 se situe très légèrement au-dessus du seuil de significativité) impacte également positivement le mode d'accouchement puisqu'il semblerait qu'elle diminue de 53% le risque de césarienne, par rapport aux femmes dont le conjoint n'assiste pas à l'accouchement. La présence du conjoint entre 2014 et 2016 (cette fois significative) confirme ce résultat : elle réduirait de 42% le risque de césarienne. Au cours de ce deuxième cycle, le fait d'avoir subi au moins une hospitalisation pendant la grossesse participe à diminuer le risque de césarienne de 40% par rapport aux femmes non hospitalisées. En revanche, l'existence d'une pathologie maternelle ou fœtale augmente le risque de césarienne de 81%.

La période 2017-18 ne présente qu'un seul facteur associé au risque d'accouchement par césarienne et il s'agit d'un facteur biomédical : les naissances prématurées multiplient par 2,6 le risque de césarienne. Aucune donnée socio-démographique ne s'est révélée significativement liée à la césarienne pour ces deux années.

### *Trajectoires géographiques des femmes césarisées en urgence*

Le réseau Solipam porte un intérêt particulier aux trajectoires géographiques des femmes qu'il prend en charge. En effet, les déplacements liés aux impératifs socio-sanitaires (lieux d'habitat, lieux de prise en charge médicale, lieux de prise en charge psycho-sociale ...) sont un élément supplémentaire de compréhension des modes de vie et des potentielles fragilités que connaissent ces femmes.

Les données géographiques disponibles dans la base renvoient au lieu d'habitat des femmes césarisées. Frédérique Quidu, statisticienne à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et membre du groupe de travail évaluation de Solipam (GT3), a tracé les trajectoires des femmes césarisées en urgence de la manière suivante :

- Département de résidence au moment de l'inclusion
- Département de résidence pendant la prise en charge
- Département de résidence à la sortie du réseau.

Ces observations permettent de savoir si les femmes césarisées d'urgence sont particulièrement sujettes aux changements de lieux de vie, par conséquent à des déplacements fréquents et sur des distances importantes. Cela permet également de

cibler les départements les plus concernés par les trajectoires de ces femmes. Contrairement aux analyses précédentes, ce volet n'a pas pour objectif d'établir un lien de cause à effet entre la trajectoire géographique et la césarienne d'urgence, puisqu'il s'agit d'une analyse purement descriptive. Toutefois, les résultats peuvent donner des pistes en ce sens pour de futures analyses multivariées.

**Tableau 3** : Trajectoires départementales des femmes prises en charge par Solipam entre 2011 et 2018 et ayant subi une césarienne d'urgence

Données Solipam, Frédérique Quidu

2011-2013			2014-2016			2017-2018		
Trajectoire	Effectif	%	Trajectoire	Effectif	%	Trajectoire	Effectif	%
75 75 75	54	26,2	75 75 75	44	15,5	75 75 75	59	21,3
93 93 93	16	7,8	75 75	31	10,9	93 93 93	27	9,7
75 93 93	9	4,4	93 93 93	22	7,7	94 94 94	11	4
75 91 91	7	3,4	94 94 94	13	4,6	77 77 77	9	3,2
92 92 92	7	3,4	93 93	9	3,2	75 75 NRS	8	2,9
75 94 94	6	2,9	91 91 91	9	3,2	75 93 93	6	
75 92 92	5	2,4	95 95 95	9	3,2	78 78 78	6	
75 75 NRS	4		92 92 92	8	2,8	75 77 77	6	
95 95 95	4		93 93 NRS	6		75 78 78	5	
75 93 NRS	4		75 78 78	5		93 93 NRS	5	
75 77 77	4		75 93	5		75 92 92	5	
93 75 75	3		75 75 NRS	4		93 75 75	4	
75 75 93	3		77 77 77	4		95 95 95	4	
93 93 75	3		75 92 92	4		92 92 92	4	

Les trois nombres inscrits dans les cases « trajectoire » correspondent aux départements de résidence : le premier correspond au moment de l'inclusion, le deuxième au moment de la prise en charge par Solipam et le troisième au moment de la sortie du réseau. L'observation de l'évolution des parcours au sein d'un même département (en couleur) est particulièrement intéressante.

D'abord, il faut souligner que les trajectoires au sein de Paris intra-muros sont largement surreprésentées sur l'ensemble de la période. Si la trajectoire « 75|75| » en 2014-16 est assimilée à celle « 75|75|75 », alors la proportion de femmes césarisées en urgence qui ne quittent pas Paris se situe entre 21% et 26,5% pour les trois cycles.

Les trajectoires de résidence au sein de la Seine Saint Denis (93) concernent la deuxième plus grande proportion de femmes césarisées en urgence, avec une augmentation ces dernières années : elles représentent 7,8% en 2011-13, 7,7% en 2014-16 et 9,7% en 2017-18.

A l'inverse, les femmes césarisées d'urgence et qui ne quittent pas les Hauts de Seine (92) sont de moins en moins nombreuses puisqu'elle représentent 3,4% au premier cycle, 2,8% au deuxième cycle et 1,4% au troisième cycle.

### *Facteurs de risque d'une réhospitalisation post-partum*

Le dernier phénomène de santé que cette étude cherche à observer au regard des données socio-démographiques est le fait de subir au moins une réhospitalisation après l'accouchement. Les variables prises en compte ici sont :

- Age à l'inclusion
- Couverture sociale à l'inclusion
- Titre de séjour à l'inclusion
- Présence d'un médecin traitant à l'inclusion
- Ressources financières
- Nombre d'hébergements occupés pendant l'inclusion
- Type d'hébergement occupé pendant l'inclusion
- Niveau de français
- Entourage
- Présence d'un conjoint
- Accès aux transports
- Pathologie maternelle ou fœtale pendant la grossesse
- Naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (naissance prématurée)
- Suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS avant l'inclusion
- Hospitalisation(s) pendant la prise en charge par Solipam
- Mode d'accouchement

Cette analyse a révélé qu'aucune des variables ci-dessus n'est significativement liée au fait de subir au moins une réhospitalisation après l'accouchement pour le public pris en charge par Solipam entre 2011 et 2018. Analysées toutes ensemble ou les unes après les autres, ces variables ne sont pas apparues comme influant sur ce phénomène de santé. Ce constat s'explique peut-être, entre autres, par le faible effectif concerné : 103 femmes sur les 3722 prises en compte. S'il peut également signifier que la réhospitalisation est un phénomène lié à des dispositions davantage médicales, cela reste à confirmer par le biais d'une étude sur un échantillon plus important et comprenant d'autres variables médicales.

### *Trajectoires géographiques des femmes réhospitalisées*

L'absence de lien observée suggère d'étudier la réhospitalisation par une approche différente, celle de la trajectoire géographique des femmes concernées, à la manière de

l'analyse précédente sur les femmes césarisées en urgence. Il s'agit donc d'observer les départements de résidence des femmes réhospitalisées, entre le moment de l'inclusion à Solipam et le moment de la sortie du réseau.

**Tableau 4** : Trajectoires départementales des femmes prises en charge par Solipam entre 2011 et 2018 et réhospitalisées au moins une fois après l'accouchement

*Données Solipam, Frédérique Quidu*

2011-2013		2014-2016		2017-2018	
Trajectoire	Effectif	Trajectoire	Effectif	Trajectoire	Effectif
75 75 75	12	75 75 75	10	75 75 75	12
92 92 92	2	93 93 93	4	75 93 93	3
75 77 77	1	95 95 95	2	75 75 94	2
95 95 95	1	92 92 92	1	75 92 92	2
75 93 93	1	75 93 93	1	95 95 95	1

L'étude de ces trajectoires se révèle moins linéaire et finalement moins pertinente que pour les femmes césarisées d'urgence. En effet, les effectifs restent très faibles, sauf pour la trajectoire Paris intra-muros qui, là encore, est surreprésentée tout au long de la période avec plus de 10 femmes par cycle.

L'étude des facteurs associés au fait de bénéficier d'un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS, d'accoucher par césarienne et d'être réhospitalisée après l'accouchement a révélé le rôle de certaines situation et caractéristiques socio-démographiques sur ces phénomènes de santé. Le volet qui peut être considéré comme le plus surprenant mais bien influant est l'effet de facteurs affectifs sur ces phénomènes : **la présence d'amis, de membres de la famille et d'un conjoint favorise les issues de santé positives**. Cette étude multivariée révèle que, même si beaucoup de facteurs socio-démographiques ne montrent pas d'effet important sur la santé de ces femmes, les politiques publiques doivent envisager leur prise en charge périnatale de manière globale et multidimensionnelle, au-delà d'une simple prise en charge médicale. Les effets de la grande précarité sur la santé des mères et des enfants restent bien tangibles ces dernières années, ce qui implique de repenser les politiques publiques et dispositifs sociaux en place en Ile-de-France au profit de femmes qui connaissent des fragilités toujours plus importantes.

## CONCLUSION : POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA PRECARITE AFFECTIVE

Les résultats de cette étude concluent à un phénomène particulièrement intéressant. L'analyse descriptive des profils des femmes accueillies par Solipam a montré qu'elles connaissaient une plus grande précarité financière, administrative et sociale avec le temps. Mais elle a aussi montré que davantage de femmes disposaient d'un conjoint et d'un entourage amical et familial ces dernières années. Or, l'analyse multivariée a révélé que la présence de cet entourage était bénéfique aux issues de santé, notamment en réduisant le risque d'accoucher par césarienne et en favorisant un suivi de grossesse conforme à la HAS. Ce constat est tout à fait cohérent avec les résultats apportés par Marie-Gabrielle Rietsch en 2014. En matière de politiques publiques, cela signifie que la précarité affective ne doit pas être sous-estimée : les hébergements d'urgence doivent pouvoir accueillir davantage de couples et familles, la place des conjoints dans la prise en charge médicale de la grossesse doit être valorisée, l'accès à une prise en charge psychosociale pour les mères seules doit être renforcée. De façon plus générale, cette étude appelle à des politiques de santé plus axées sur les déterminants sociaux en périnatalité et des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion orientées vers une meilleure coordination de la prise en charge socio-sanitaire des mères et de leurs enfants en situation de grande précarité.



## BIBLIOGRAPHIE

### Articles scientifiques

AZRIA, E. « Précarité sociale et risque périnatal ». *Enfances & Psy*, 67(3), 2015, p. 13-31

DOWNE, S. et al. "Weighing up and balancing out': a meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries", *BJOG*, n° 116(4), 2009, p. 518-529

HERSCHKORN BARNU, P. « Parcours de soins périnataux et grande précarité : expérience du réseau Solipam (Solidarité Paris Maman Île-de-France) ». *Contraste*, 46(2), 2017, p. 189-206.

### Rapports institutionnels

RIETSCH, MG. « Projet de recherche commun EHESP – SOLIPAM », octobre 2014

WRESINSKI, J. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil économique et social, février 1987

### Sites web

SOLIPAM – Qui sommes-nous ?

<https://solipam.fr/-Qui-sommes-nous,9->

OMS – Maternal and perinatal health

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/)

## ANNEXES

### Annexe 1 - Dictionnaire de la base de données de Solipam originale

Renseignements administratifs	Nom	
	Prénom	
	Date de naissance	
	Numéro de dossier	
Langue	Langue parlée	
	Barrière Linguistique	
Maternité de suivi	Environnement	
	Mobilité	
	Ressources	
	Enfants à charge	
	Composition familiale	
	Maternité AP-HP	
	Maternité Hors AP-HP	
	Demande	Fonction
		Type de structure
		Structure
Département		
Date de la demande		
Modalité de prise en charge		
Année de l'inclusion		
Age à l'inclusion		
Délai de réponse		
Terme prévu		
Plan de suivi		
Signalement de l'accouchement		
Fiche dossier obstétrical		
Terme (en SA) à l'inclusion en pré natal		
Nombre de jour à l'inclusion en post natal		
Parité		
Inscription en maternité à l'inclusion		
Suivi de grossesse conforme HAS à l'inclusion		
Médecin traitant à l'inclusion		
Antécédents et pathologies préexistantes	Antécédents et pathologies préexistantes	
	Antécédent n°2	
	Antécédent n°3	

1

	Antécédent n°4
	Poids avant la grossesse
	Taille
	IMC
	Suivi obstétrical
	Nombre de cs recommandées
	Echographies à SA recommandées
Décrochage médical	Décrochage médical
	Signalement décrochage
	Grossesse simple/multiple
Pathologies de la grossesse	Pathologie n°1
	Pathologie n°2
	Pathologie n°3
	Pathologie n°4
Hospitalisation	Nombre d'hospitalisations
	HAD/SSR
	Motif Hospitalisation n°1
	Motif Hospitalisation n°2
	Motif Hospitalisation n°3
	Accouchement sur site prévu
Lieu accouchement	Maternité AP-HP
	Maternité Hors AP-HP
	Date d'accouchement
	Terme d'accouchement
	Date de sortie prévue
	Mode d'accouchement
	Pathologies suites de couches
Issue de Grossesse	Nb Enfants nés vivants
	Nb Enfants morts nés
	Nb Enfants ayant une malformation
	Nb enfants nés av 37SA
	Nb Enfants < 10è percentile
	Nb Enfants > 90è percentile
	Nb Enfants hospitalisés en néonatal sur site
	Nb Enfants transférés en néonatal hors site
	Nb NN à risque
	Durée de séjour
	Prolongation séjour mater
	Allaitement sortie de maternité
	Médecin traitant
	VPN
	Rééducation périnéale

	Nb de réhospitalisations maternelles en PP
	Suivi pédiatrique régulier
	Lieu de suivi
	Nb de réhospitalisations pédiatriques
	Allaitement sortie de réseau
Données sociales	Couverture sociale à l'inclusion pour Mme
	Date d'expiration CS
	Couverture sociale à la sortie pour Mme
	Couverture sociale à la sortie pour bébé
	Titre de séjour à l'inclusion
	Titre de séjour à la sortie
	Suivi social à l'inclusion
	Suivi social à la sortie
	Dispositif d'appui
	Nom et prénom de l'AS de maternité
	Structure de PEC
	Soutien de Prise en Charge
	Clé 115 du 75
	Hébergement à l'entrée dans le réseau
Financeur	
Ville	
Hébergement durant la prise en charge	Catégorie
	Financeur
	Nom de l'hôtel
	Ville
Hébergement à la sortie de la maternité	Remarques
	Catégorie
	Financeur
Hébergement à la sortie du réseau	Catégorie
	Financeur
	Ville
	Décrochage d'hébergement pendant la prise en charge
	Stabilisation de l'hébergement durant la grossesse
	Nombre total d'hébergement
Sortie du réseau	Modalité de sortie
	Séance collective au planning
	Enquête de satisfaction de la prise en charge réseau
	Date de sortie

## Annexe 2 - Dictionnaire de la base de données de Solipam recodée pour cette étude

**Mode\_accouchement**

0 = Voie basse

1 = Césarienne (urgence ou programmée)

**Naissance\_av\_37SA**

0 = Non

1 = Oui

**Niveau\_français**

0 = Ne parle pas français

1 = Parle français

**Entourage**

0 = Seule

1 = Avec entourage (restreint ou couple, soutien familial et amical)

**Acces\_transports**

0 = Aucun accès

1 = Accès (avec ou sans difficulté financière)

**Ressources**

0 = Aucune ressource

1 = Prestations sociales

**Configuration\_parentale**

1A = 1 adulte

2A = 2 adultes (= présence du conjoint)

**Enfants à charge**

1 = Au moins un enfant à charge

2 = Pas d'enfant à charge

**Age\_inclusion**

25 et moins

26-30

31 et plus

**CS\_inclusion**

0 = Sans

1 = Avec AME ou CMUC

**TS\_inclusion**

0 = Sans

1 = Récépissé demande d'asile ou démarche en cours

2 = Titre de séjour ou CNI

**Type\_heb\_inclusion**

0 = Hôtel

1 = Chez un tiers

2 = Abri de fortune

**Type\_heb\_PEC** (type d'hébergement occupé pendant la prise en charge)

0 = Hôtel

1 = Chez un tiers

**Nb\_total\_heb**

1

2

3

4

5 et plus

**Pathologie**

0 = Aucune

1 = Pathologie (diabète gestationnel, MAP, RCIU, VIH, Hypertension)

**Suivi de grossesse conforme HAS (avant inclusion)**

0 = Non

1 = Oui

**Hospitalisation\_mère**

0 = Non

1 = Oui

**Médecin\_traitant\_inclusion**

0 = Non

1 = Oui

**Réhospitalisation\_mère**

0 = Non

1 = Oui (au moins 1)