



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

La déclaration tardive de grossesse

Identification des facteurs de risque psychosocio-économiques chez les femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée à la Maternité Régionale de Nancy entre le 01/01/2009 et le 01/07/2009

Mémoire présenté et soutenu par

Alexandra RICHIR

Promotion 2006-2010

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant ces cinq années d'étude, ainsi que toutes celles qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire :

- **Sylvain** pour son soutien et son amour constants ;
- **Mme Belgy**, pour son aide et sa présence quant à la réalisation de ce mémoire ;
- **Mme Renard**, assistante sociale à la Maternité Régionale ainsi que tout le service social, pour leur disponibilité et leur collaboration à l'élaboration de ce mémoire ;
- Enfin, merci à **Alix, Aline et Preethee** pour m'avoir accompagné pendant ces quatre années.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Préface	5
Introduction	6
1^{ère} PARTIE : Le contexte théorique.....	7
1. La déclaration de grossesse	8
2. Le suivi de la grossesse.....	12
3. La déclaration tardive de grossesse	17
2^{ème} PARTIE : Etude	22
1. Présentation de l'étude	23
2. Résultats de l'étude	27
3. Conclusion.....	40
3^{ème} PARTIE : Discussion.....	41
1. Quelques exemples	42
2. Analyse	45
3. Les limites de mon étude.....	48
4. Solutions possibles.....	50
Conclusion.....	53
Bibliographie	54
Table des matières.....	57
Annexes	I

PREFACE

La grossesse est un moment de particulière vulnérabilité psychique pour la future mère, comme on le verra par la suite. Certaines le vivront très bien mais pour d'autres, plus fragiles, cela sera une période difficile voire impossible à accepter (dénis de grossesse).

En ayant été confrontée à la situation, je me suis, par la suite, demandé que signifiait une déclaration tardive de grossesse : pourquoi certaines mères ne déclarent pas leur grossesse dans le délai réglementaire, est-ce un signal d'alarme révélateur d'un mal-être maternel, y a-t-il des risques pour ces grossesses et pour la mise en place ultérieure du lien mère-enfant ?

La littérature m'ayant permis de répondre à plusieurs de ces questions, j'ai donc choisi d'axer mon étude sur l'environnement psycho socio-économique de ces futures mères. Le but étant de vérifier si, en effet, ce sont des personnes dans des situations particulièrement précaires et si des actions de prévention pourraient être mises en place pour aider ces mères en devenir à mieux vivre leur grossesse et ainsi, améliorer le pronostic aussi bien maternel que néonatal.

Introduction

L'enquête réalisée en 2007 sur les disparités sociales et surveillance de grossesse, et qui complète l'Enquête périnatale 2003, a pour but de recueillir des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque liés à une mauvaise situation sanitaire environnant la naissance. Elle révèle qu'environ 4% des grossesses sont déclarées après le délai réglementaire (établi en France aux quatorze premières semaines de grossesse) et ce, malgré la surveillance obligatoire de la grossesse et les aides sociales attribuées aux femmes enceintes. [7]

De ce fait, ce travail définit, dans un premier temps, ce qu'est la déclaration de grossesse et quels en sont ses intérêts. Puis, il démontre l'importance du suivi de grossesse qui en découle. Et enfin, il traite de la déclaration tardive de grossesse : des causes les plus fréquemment rencontrées ainsi que ses conséquences sur la santé maternelle, fœtale et l'établissement du lien mère-enfant.

La seconde partie sera consacrée à l'étude : mes hypothèses, mes objectifs, la population étudiée ainsi que les différents critères pris en compte, et aux résultats de cette enquête.

Enfin, dans la dernière partie, il sera question d'analyser et de comparer les résultats obtenus dans mon étude à des chiffres nationaux et d'évoquer les moyens existants pouvant, peut être, limiter l'apparition de ces situations difficiles et permettre d'en prévenir les risques.

1^{ère} PARTIE : Le contexte théorique

1. LA DECLARATION DE GROSSESSE

1.1. Définition

La déclaration de grossesse est un acte qui permet à la femme d'informer les services compétents de sa grossesse et du terme de celle-ci.

Même si cette déclaration n'est pas obligatoire au sens légal du terme, elle est indispensable pour que la femme puisse prétendre aux allocations prénatales et bénéficier d'une couverture sociale optimale.

La déclaration de grossesse doit être effectuée dans les quatorze premières semaines de la grossesse (décret du 14 Février 1992, article 5) par un médecin traitant, un gynécologue obstétricien ou une sage-femme (selon le choix de la patiente).

Pour être effective, elle doit donner lieu à une consultation prénatale à part entière, au cours de laquelle sera effectué un examen médical et prescrits tous les examens complémentaires obligatoires. De plus, dans la plupart des cas, la femme aura bénéficié d'une échographie obstétricale qui aura permis de s'assurer de la vitalité de la grossesse et d'en déterminer l'âge (à quelques jours près). Ainsi, au terme de cette consultation, le formulaire de déclaration de grossesse est rempli.

Ensuite, la femme devra envoyer le feuillet dûment rempli aux organismes concernés (Sécurité Sociale, Caisse d'Allocations Familiales qui préviendra la Protection Maternelle et Infantile). [1]

1.2. Ses origines

La déclaration de grossesse n'a été réglementée qu'à partir de l'Edit du Roi Henri II, en Février 1556. Elle avait surtout comme ambition de lutter contre les nombreux infanticides et abandons d'enfants « illégitimes ». Cette réglementation s'adressait aux femmes enceintes non mariées ou aux veuves et avait pour effet de les obliger à déclarer leur grossesse sous peine de mort. De plus, si la femme citait le nom du père, il était consigné dans l'acte et ce dernier était alors tenu de participer à l'entretien de l'enfant.

Cette loi fut renouvelée par la déclaration du 26 Février 1708 sous Louis XIV.

Mais, ces déclarations de grossesse tombèrent ensuite en désuétude, lors de la Révolution Française, en 1789.

En Meurthe et Moselle, ce n'est que vers 1932 que la déclaration de grossesse va refaire son apparition. En effet, un carnet de maternité est mis en place pour permettre une meilleure organisation des consultations prénatales mais pour se le voir attribuer, les femmes étaient tenues d'avoir un certificat de grossesse et une attestation de droit aux prestations de l'Assurance Maladie (convention tripartite entre l'Office d'Hygiène Sociale (OHS), le syndicat des médecins de Meurthe et Moselle et les Caisses d'Assurances Sociales). [1]

1.3. Ses intérêts

La déclaration de grossesse va avoir un impact positif autant sur le suivi de la grossesse, que sur la situation financière des femmes et leur accompagnement tout au long de cette période.

1.3.1. Obstétricaux

La déclaration se faisant normalement dans le premier trimestre de la grossesse, elle est essentielle pour repérer les facteurs de risque (obstétricaux, gynécologiques, héréditaires, médicaux, individuels et sociaux) de la patiente. Elle permet ainsi la mise en place d'un plan de surveillance de la grossesse adapté dès son début et si nécessaire, d'orienter la femme enceinte vers des professionnels compétents, ceci en fonction de ses antécédents et/ou pathologies et/ou facteurs de risque (assistantes sociales, lutte contre la toxicomanie, etc...).

C'est aussi lors de cette consultation que sera proposé systématiquement un entretien prénatal individuel ou en couple, dont l'importance pour la grossesse sera démontrée ci-dessous.

Enfin, il sera conseillé aux patientes leur participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Cette prise en charge globale et précoce de la patiente et de son enfant à naître permet ainsi de diminuer la morbidité et mortalité maternelles et néonatales. [6]

1.3.2. Economiques

Comme il a déjà été cité ci-dessus, la déclaration de la grossesse auprès des services compétents assure aux femmes enceintes une prise en charge à cent pour cent au niveau de la Sécurité Sociale pour tous les examens obligatoires de la grossesse. Elle leur permet aussi de bénéficier des allocations prénatales (« qui sont dues pour les neuf mois ayant précédés la naissance », d'après l'article 6 du décret du 23 Mars 1978 portant une modification de l'article L.516 du Code de la Sécurité Sociale).

Ainsi, pour toute femme déclarant sa grossesse après le délai réglementaire, le droit à ces aides ne sera ouvert qu'à compter de la date à laquelle la déclaration a été effectuée. Cependant, l'article 28 du décret du 10 Décembre 1946 modifié par le décret du 23 Mars 1978 régleme les cas pour lesquels les allocations prénatales peuvent être versées pour neuf mois, malgré une déclaration tardive : cas où la future mère n'a pu pour des « circonstances indépendantes de sa volonté » déclarer sa grossesse dans les délais réglementaires. Cette expression qui remplace l'expression initiale de « force majeure » permet l'examen de très nombreuses situations pour lesquelles les raisons tant psychologiques que sociales peuvent être prises en considération. [1]

C'est d'ailleurs à travers la prise en compte de ces différents facteurs (psychologiques et sociaux) qu'un réseau s'est mis en place dans le but de promouvoir la santé maternelle et infantile.

1.3.3. Le service de PMI

En Meurthe et Moselle, l'histoire montre que les ducs de Lorraine se souciaient déjà du sort des femmes et des jeunes enfants (création d'hôpital, initiatives en faveur de la protection des mères et de leurs enfants).

Du fait d'une mortalité infantile importante et d'une espérance de vie de 50 ans, Jacques Parisot crée l'OHS qui se veut être un organisme de concertation et d'action pour établir un lien entre les intervenants dans le domaine sanitaire et social. En 1928, le Conseil Général charge officiellement l'OHS de la protection maternelle et de l'enfance. Ainsi, en 1930, l'OHS ouvre une section de protection maternelle et une section de protection infantile

L'ordonnance du 2 Novembre 1945 organise la Protection Maternelle et Infantile (PMI) avec comme objectif premier la lutte contre la mortalité infantile.

L'OHS est alors divisé en deux grands secteurs : un comité départemental (dans lequel on trouve la PMI) et des établissements de prévention et de récupération sociale. La politique de prévention vise, alors, à protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans. Ces actions sont aussi bien médicales, psychologiques, sociales qu'éducatives, pour la santé des futurs parents et des enfants. Pour cela, des consultations de suivi de grossesse, des visites à domicile se mettent en place.

Ainsi, le service est prévenu systématiquement de toutes les déclarations de grossesse effectuées dans son département (d'après l'article L.2122-4 du Code de Santé publique). Cela permet aux sages-femmes de PMI d'envoyer un courrier (de mise à disposition ou de rendez-vous) et, si besoin ou désir des femmes enceintes, de les rencontrer. Elles proposent aux femmes l'entretien prénatal individuel ou en couple, les informent et répondent à leurs questions. Elles peuvent les accompagner tout au long de la grossesse et même après l'accouchement. Cela représente donc un soutien important aux femmes le désirant. [21] [1]

1.4. Conclusion

Ainsi, la déclaration de grossesse a survécu depuis le XVI^e siècle et s'est même forgé une place importante à notre époque. Elle est, de nos jours, primordiale pour assurer un suivi et une prise en charge de bonne qualité et ce, dès le début de la grossesse. Elle apporte aux femmes enceintes des avantages financiers non négligeables et enfin, leur assure un accompagnement optimal.

2. LE SUIVI DE LA GROSSESSE

Le suivi de la grossesse a été codifié, ces dernières années, par le décret n°92-143 du 14 Février 1992, par les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et, plus récemment, de l'Haute Autorité en Santé (HAS).

Ce suivi entre dans un cadre de prévention. Actuellement, environ 6% des femmes enceintes y échappent.

2.1. Son déroulement

D'après l'article R-2122 du Code de Santé publique, sept visites de suivi sont obligatoires (pas au sens légal du terme) pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme.

La première consultation est celle de la déclaration de grossesse, avant 15 semaines d'aménorrhée (SA), dont les buts ont déjà été cités ci-dessus. Elle est ensuite suivie des autres consultations qui doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement (à minima, la fréquence peut être augmentée si l'état de la patiente ou de l'enfant à naître le nécessite).

Cependant, l'HAS recommande de commencer la prévention avant même le début de la grossesse, lors du suivi gynécologique lorsqu'un désir de grossesse est exprimé (consultation pré-conceptionnelle). Cette prévention porte sur la recherche de facteurs de risque, ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle, etc...) ainsi que sur leur prise en charge, sensibilisation sur les effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes (importance de la précocité de l'information car elle est donnée avant la période d'organogenèse). Enfin, l'information porte également sur le suivi de la grossesse.

Ces mêmes sujets de prévention peuvent être abordés lors d'une consultation précoce avant 10 SA, pendant laquelle peut aussi être effectuée : le diagnostic et la datation de la grossesse et la prescription des examens complémentaires obligatoires pour la déclaration. [6]

D'autre part, la grossesse peut avoir un impact psychologique très important sur la femme ce qui constitue une raison supplémentaire pour la rencontrer au plus tôt, lui permettant ainsi de pouvoir bénéficier de tout l'accompagnement et le soutien dont elle a besoin.

2.2. L'aspect psychologique de la grossesse

Les recherches en psychiatrie s'accordent pour affirmer que la période périnatale (avant, pendant et après l'accouchement) est une période clé dans l'instauration de liens de bonne qualité entre la mère, et plus largement le couple, et l'enfant. Cet attachement mère-enfant conditionnera par la suite le développement de l'enfant.

En effet, cette période constitue, pour la mère comme pour le père, une période de bouleversements : la naissance d'un enfant induit de nombreux remaniements psychiques permettant le processus de construction de la parentalité.

Ce problème soulève le fait que, même ardemment désirée, la femme enceinte rencontre fréquemment des difficultés d'acceptation de sa grossesse débutante. Elle traverse en effet une période de doute et de questionnement sur son état : à la joie et la satisfaction d'être enceinte se mêlent le doute et la peur. C'est ce qu'on appelle le sentiment d'ambivalence que ressent la plupart des femmes enceintes. Certains auteurs verraient même dans les manifestations somatiques du premier trimestre de grossesse l'expression de ce sentiment (outre leurs origines hormonales).

Ce sentiment sera plus ou moins fort en fonction de la personnalité de la femme, du contexte socio-économique et familial dans lequel survient la grossesse et du désir de grossesse lui-même.

Ainsi, il est important de faire la différence entre le désir de grossesse et le désir d'enfant. Le désir de grossesse peut être assimilé à un désir de reproduction, c'est-à-dire que la grossesse permet à la femme de se rassurer sur sa fécondité, sa capacité à être enceinte. Le désir d'enfant est le fait de mentaliser des images parentales et d'appréhender l'enfant comme étant un être à part entière.

Puis, l'âge de la grossesse avançant, on note une diminution de l'investissement de la femme enceinte pour son monde environnant (professionnel, social,...) au profit du futur enfant. C'est ce que Donald W. Winnicott (1896-1971) a appelé l'état de préoccupation maternelle primaire. En effet, le fœtus accapare la plus grande partie de son attention. La mère guette ses mouvements in utero : confirmation de son existence.

Cet hyper investissement mental pour le fœtus, loin d'être négatif, participe au contraire au bon déroulement de la grossesse, et constitue les prémices de la relation mère-enfant. Cet état se prolongera après la naissance pour permettre à la mère d'être à l'écoute de son enfant et de répondre à tous ses besoins.

L'association des différents états psychiques (l'ambivalence, l'hypersensibilité, l'introversio) de la femme enceinte favorise l'émergence de souvenirs enfouis dans l'inconscient, et ramène à la conscience des conflits infantiles demeurés dans l'ombre. Ce phénomène a été décrit par M. Bydlowski (1991) comme étant "la transparence psychique", qui correspond à "une grande perméabilité mentale où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience".

La grossesse constitue une gestation physique dont l'aboutissement est l'enfant, mais aussi une "gestation psychique" qui permet d'accéder au statut de mère. Lors de cette "gestation psychique", la femme enceinte rompt avec un équilibre antérieur pour aboutir à un équilibre psycho-affectif nouveau incluant l'enfant. Ce changement, intense et constructif, représente pour certains auteurs : "une crise psychologique" dans l'existence de la femme, qui peut être comparé à la crise identitaire de l'adolescence.

Plus récemment, ce remaniement a été appelé : la maternité par P.C Racamier (1978), traduction libre de l'anglais « motherhood » comme étant l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité.

Ces modifications psychiques de la femme enceinte suivent un cheminement naturel et indispensable pour le vécu harmonieux de la grossesse, de la conception jusqu'à l'accouchement. La grossesse apparaît donc à la fois comme une période de vulnérabilité, au cours de laquelle la souffrance psychique est fréquente, et comme une période privilégiée pour l'instauration de soins efficaces, du fait de la transparence psychique qui rend la mère particulièrement réceptive à des aides. [4]

Dans le but, de dépister au plus tôt la souffrance des futures mères et de leur offrir un espace de parole, l'entretien prénatal précoce a été mis en place.

2.3. L'entretien prénatal précoce

Cet entretien a été mis en place dans le cadre du Plan périnatalité 2005-2007. Il a pour but d'être un espace privilégié de parole et d'attention aux futurs parents.

Il vise à améliorer le vécu de la grossesse en détectant et diminuant les facteurs de stress de la mère (dont il a été démontré qu'ils jouent un rôle en terme de prématurité et de maturité du cerveau de l'enfant). En effet, d'après une étude menée sur 1119 entretiens, la sécurité émotionnelle des femmes enceintes serait largement améliorée par la pratique de cette entrevue (56% pour les primipares et jusqu'à 80% pour les multipares). Cette rencontre permet aussi d'informer sur le système de soins et les possibilités de suivi. Le suivi de la grossesse étant souvent trop axé sur l'aspect médical, il ne permet pas toujours aux femmes d'exprimer leurs inquiétudes ou leurs besoins. Il apporte donc à la mère un réconfort, une convivialité, une sécurité lui permettant d'atténuer l'angoisse et l'inquiétude liées à la parentalité. C'est un outil de prévention à plusieurs niveaux : physique, mental, social et éducatif.

Cet entretien doit aussi servir à dépister des facteurs de risques tels que : la place psychique accordée à l'enfant, un non désir d'enfant, la mise en cause de la mère dans une addiction, les signes d'un grand bouleversement psychique... Situations qui doivent nécessiter un soutien plus important voire un accompagnement particulier.

Enfin, il peut amener, si nécessaire, à une prise en charge en réseau de la future mère, surtout pour les femmes les plus fragiles. [2] [5] [9] [17]

2.4. Ses intérêts

Le suivi de la grossesse est tout aussi important sur le plan médical que sur le plan psychologique. En effet, la venue au monde d'un enfant met en jeu deux sphères : l'une organique, l'autre émotionnelle et il faut tenir compte des deux pour que cette naissance se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Le suivi de la grossesse a pour objectifs d'identifier d'éventuelles situations à risque et d'éviter certaines complications. L'information délivrée précocement lors des consultations prénatales permet de débiter la grossesse dans les meilleures conditions possibles et a une incidence positive sur son déroulement. En effet, les grossesses non suivies conduisent souvent à des complications du péri-partum compromettant ainsi le pronostic aussi bien maternel que fœtal et/ou néonatal.

Pour être certain de l'incidence positive du suivi prénatal, il suffit d'étudier les chiffres de mortalité maternelle et périnatale :

<u>Mortalité maternelle</u>	
1970 (trois consultations prénatales obligatoires)	28,1/100 000
2004 (sept consultations prénatales obligatoires)	9/100 000

La mortalité maternelle est le rapport des décès maternels observés pendant une année, au nombre de naissances vivantes de la même année. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

<u>Mortalité périnatale</u>	
1970	24/1 000
2004	6,4/1 000

La mortalité périnatale est la somme de la mortinatalité (mortalité intra-utérine des fœtus d'une durée de gestation supérieure à 180 jours) et de la mortalité néonatale précoce (mortalité dans les sept premiers jours après la naissance).

Au-delà des conséquences à court terme, la grossesse influe plus largement sur le devenir de l'enfant. En effet, comme on l'a vu dans la psychologie de la grossesse, l'instauration des liens parents-enfant commence avant même la naissance et la sécurité émotionnelle des parents pendant la grossesse (apportée par l'entretien prénatal, la préparation à la naissance et à la parentalité, etc...) aide à prévenir les troubles du développement psycho-affectif de l'enfant par la suite. [1]

2.5. Conclusion

Le suivi de la grossesse a prouvé son intérêt au travers des siècles. En effet, depuis que le Dr Pinard a parlé de la nécessité de consultations pour les femmes enceintes au XIX^e siècle, il n'a fait que s'accroître, passant de moins de trois consultations prénatales au XX^e siècle à, au moins sept, au XXI^e siècle.

Jusqu'à là, très axé sur l'aspect médical, il tend à prendre en compte, de plus en plus, la femme enceinte dans sa globalité, y compris l'aspect psychologique qui est non négligeable dans cette période de vulnérabilité.

Il en ressort une amélioration certaine de la mortalité maternelle et infantile.

3. LA DECLARATION TARDIVE DE GROSSESSE

3.1. Epidémiologie

D'après l'Enquête nationale périnatale de 2003, 0,5% des femmes n'avaient pas du tout déclaré leur grossesse et le nombre de déclarations tardives après la date réglementaire s'élevait à 4,9%, chiffre en augmentation car il était à 4,4% en 1998. [22]

3.2. Les causes les plus fréquentes

Ce sont les situations pour lesquelles la littérature rapporte un taux plus important que la moyenne de déclarations après le délai réglementaire. Il ne faut pour autant pas généraliser ou, au contraire, exclure d'autres situations.

3.2.1. Jeune âge

Une grossesse qui survient à l'adolescence est souvent le fruit d'une situation complexe où se mêlent l'éducation reçue, le vécu socio-familial, la maturité des jeunes.

12% des déclarations tardives de grossesse sont celles de jeunes femmes (moins de 18 ans). Même si dans la grande majorité des cas, la grossesse n'est pas planifiée (accidents, viols, échecs de contraception,...), certaines d'entre elles sont désirées pour des raisons variées. Par exemple, pour le statut social qu'elles donnent à ces jeunes mamans qui sont souvent en échec scolaire, en crise avec leurs parents, etc.

Les grossesses chez les adolescentes sont souvent découvertes tardivement, du fait de cycles irréguliers, par méconnaissance de leur capacité à devenir enceinte, peur d'en parler, anxiété à l'égard du suivi médical, crainte d'être contrainte à une interruption et pour certaines déni d'une réalité désirée mais finalement redoutée. Lorsque cette grossesse démarre, tout concourt à un retard de déclaration et donc de suivi. Certains cas extrêmes peuvent ainsi évoluer jusqu'à terme sans avoir été reconnus dans l'entourage proche et aboutir à un accouchement inopiné (déni de grossesse massif).

De plus, ces grossesses sont souvent marquées par des contextes sociaux défavorables avec une pauvreté, des carences affectives particulièrement marquées dans la vie de ces jeunes filles et des circonstances familiales très conflictuelles.

L'immaturation et l'absence de projection dans le réel se retrouvent beaucoup chez ces jeunes filles enceintes. La grossesse est, dans la plupart des cas, pas ou peu élaborée. En effet, elles n'ont pas de représentations du bébé à venir, elles peuvent dire qu'elles sont enceintes mais cela ne signifie pas pour autant qu'elles attendent un enfant. [10] [11] [12]

3.2.2. Addictions

En France, on compte environ 150 000 héroïnomanes, 100 000 personnes sous traitement de substitution aux opiacés, 3,8 millions de personnes consommant des psychotropes, 3,8 millions recourant au cannabis, 13 millions consommant de l'alcool et 13 millions du tabac. Exception faite de l'alcool, sur l'ensemble de cette population, un tiers sont des femmes et quasiment toutes en âge de procréer.

Pour ces grossesses qui nécessiteraient un suivi très précoce et régulier aussi bien sur le plan médical que sur le plan psycho-social, on voit au contraire des déclarations de grossesses tardives avec des suivis très chaotiques engendrés par la peur du médical, du placement et la culpabilité.

La grossesse serait un moment unique pour favoriser l'accès aux soins : 30% des femmes n'ont aucune prise en charge de leurs addictions, 60% ont des sérologies positives (hépatite B, C, VIH) et pour 40% des femmes séropositives et primipares, leur statut sérologique est découvert lors de la grossesse, 50% présentent des comorbidités psychiatriques sous forme de syndrome dépressif, troubles anxieux.... Mais aussi, pour aider ces femmes sur le plan socio-économique : plus de la moitié de ces femmes ont comme seules sources de revenus des minima sociaux et dans près de la moitié des cas, la question du logement représente une réelle difficulté. [13] [18]

3.2.3. Immigrants

De par leur méconnaissance des réglementations françaises sur la grossesse et son suivi, de l'irrégularité de leur situation, ou tout simplement de leur arrivée tardive dans notre pays, les familles migrantes effectuent souvent leur déclaration de grossesse hors des délais réglementaires.

Cependant, une fois la première visite effectuée, le suivi de la grossesse est établi avec eux et se passe, la plupart du temps, normalement.

3.2.4. Dénis de grossesse

Le terme « déni de grossesse » regroupe toutes les formes de méconnaissance par la femme de son état gravide, quels qu'en soient son origine et le moment de sa prise de conscience. Il peut être partiel (levé au cours de la grossesse) ou total, massif (découvert seulement à l'accouchement). Le déni constitue un moyen de renier l'existence d'une réalité déplaisante, c'est un mécanisme de défense pour se protéger d'émotions, de sentiments et de pensées complexes. Quand il y a une déclaration tardive de grossesse, il faut penser au déni. En effet, les études épidémiologiques montrent que ce n'est pas une situation rare : 1 cas sur 450 ou 500 naissances pour l'ensemble des dénis.

Ce mécanisme relèverait d'un état ponctuel de l'image inconsciente du corps qui n'inclut pas la représentation de l'enfant : syndrome de l'enfant invisible. En fait, le processus psychologique qui accompagne normalement la grossesse ne s'effectue pas.

Il n'y a pas de profil type de femmes qui font des dénis : il concerne des femmes de tous âges et de toutes conditions sociales. Par contre, toutes ces femmes sont dans une solitude quasi-absolue, vis-à-vis d'elle-même par la trahison de leur corps mais également face à leur entourage. [3] [4] [14] [15] [16]

3.3. Ses conséquences

Les conséquences réunissent autant les effets d'une déclaration tardive et donc d'une grossesse moins suivie et accompagnée, que les effets des situations particulières dans lesquelles se trouvent ces futures mamans (addictions, jeune âge,...). [7]

3.3.1. Sur la mère

Ces déclarations tardives sont des marques de vulnérabilité et de précarité autant psycho-sociales que médicales.

Un vécu négatif de la grossesse se retrouve chez 19 % des femmes qui l'ont déclarée au 3e trimestre et 16 % de celles qui ont effectué la déclaration au 2e trimestre, contre 8 % des femmes qui ont respecté les délais réglementaires de déclaration.

En outre, chaque situation va induire, par sa spécificité, des conséquences différentes :

- grossesses chez les adolescentes : les études ont montré que les mères adolescentes sont deux fois plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale tel qu'un mouvement dépressif. En effet, ces jeunes mamans sont souvent partagées entre l'envie d'être une bonne mère pour leur enfant et l'envie d'avoir une vie d'adolescente comme les autres (sorties, études,...) d'où en résulte un sentiment de culpabilité. Le tabagisme serait également trois fois plus fréquent en cas de maternité précoce.

- grossesses et addictions : altération de l'état général du fait d'une malnutrition.

- dans le déni, on peut retrouver le « syndrome du fœtus battu » qui n'est pas rare. En effet, on sait que toute femme enceinte ressent une ambivalence envers son enfant, mécanisme tout à fait physiologique. On peut se demander comment les femmes dans le déni gèrent ces sentiments : il peut en résulter des actes tels que : se frapper le ventre, prendre des risques en voiture ou l'expression d'idées de suicide. [7]

3.3.2. Sur l'enfant

Du fait de ces déclarations tardives, se pose le problème du suivi médical tardif voire inexistant.

Il a été montré que les femmes dont la grossesse est mal suivie (première consultation pendant le troisième trimestre de grossesse, déclaration tardive ou moins de quatre consultations prénatales pendant la grossesse) ont un risque accru d'accoucher prématurément ou d'enfant de faible poids voire de subir leur décès. Les infections materno-fœtales ainsi que les allo-immunisations foeto-maternelles sont aussi des pathologies qui sont plus facilement évitées ou, en tous cas, mieux prises en charge lorsque la grossesse est régulièrement suivie.

Ici aussi, chaque situation amène ses conséquences spécifiques :

- grossesse chez les adolescentes : une étude britannique a montré que le taux de mortalité des enfants de mères adolescentes était de 60% supérieur à celui des mères plus âgées. Ces grossesses sont aussi plus exposées à l'accouchement prématuré et aux malformations congénitales du fait des conditions de vie peu favorables à une grossesse.

- les addictions sont souvent à l'origine d'hypotrophie fœtale, de menace d'accouchement prématuré, de complications infectieuses, et après la naissance de syndrome de sevrage, de retards intellectuels et de troubles comportementaux de l'enfant (toutes les addictions étant confondues).
- dans le cas des dénis, l'infanticide ou l'abandon restent des conséquences retrouvées du fait de la brutalité de la réalité qui apparaît lors de l'accouchement surtout si c'est un déni total. Par contre, aucune étude ne permet de savoir comment se déroulent les choses par la suite, mis à part le fait que seulement 77% des enfants issus d'un déni de grossesse sont élevés par leurs mères.

3.3.3. Sur le lien mère-enfant

Pour les grossesses chez les adolescentes, il existe une difficulté dans la mise en place du lien mère-enfant du fait du manque d'élaboration pendant la grossesse. En effet, l'arrivée du bébé va faire effraction avec une brutalité incroyable. De plus, l'absence de projection dans le réel et l'immaturation peut amener la jeune maman à rejeter son bébé qu'elle considère comme une entrave à ses envies. Les risques de maltraitance et d'abandon sont aussi importants (dans les années 90, plus d'une mère adolescente sur deux a confié son enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance dans la quatrième année qui suit sa naissance). Les mêmes questions se posent dans les cas de déni de grossesse.

Pour les grossesses chez les mamans souffrant d'addictions, il est important de prendre en compte, pendant la grossesse si c'est possible, le contexte social souvent très défavorisé, et cela, pour éviter la séparation mère-enfant après la naissance.

3.4. Conclusion

Les déclarations tardives de grossesse ne sont pas des situations anodines. Outre le profil particulier de certaines circonstances de survenue, des femmes de tous âges et de toutes conditions sociales peuvent être amenées à déclarer tardivement leur grossesse. Avec pour conséquences une morbi-mortalité maternelle et néonatale plus importante et une possible difficulté dans l'établissement du lien mère-enfant.

2^{ème} PARTIE : Etude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Problématique

D'après l'Enquête périnatale 2003, complétée par l'Enquête sur les disparités sociales et surveillance de la grossesse 2007, le taux de déclarations de grossesse effectuées après le délai réglementaire marque un pallier, et ce malgré l'amélioration de la surveillance prénatale des dernières décennies.

Connaissant toutes les conséquences inhérentes à ces déclarations tardives et à ces grossesses moins suivies, il me semble important d'essayer de préciser quels sont les facteurs de risque psycho socio-économiques pouvant favoriser ces situations pour adapter au mieux leur prise en charge.

1.2. Hypothèses

Les femmes déclarant tardivement leurs grossesses se trouvent dans des situations psycho socio-économiques plus précaires que la moyenne de la population générale.

Une prise en charge adaptée de ces situations (en pré-conceptionnel si possible, ou en prénatal) améliorerait le pronostic aussi bien maternel que fœtal.

1.3. Objectifs

1.3.1. Principal

Identifier les facteurs de risque psycho socio-économiques des femmes déclarant leur grossesse tardivement.

1.3.2. Secondaire

Sensibiliser les professionnels pouvant être en contact avec ces femmes sur ce problème pour une prise en charge mieux adaptée, que ce soit en période pré-conceptionnelle ou prénatale.

1.4. Type d'étude

Etude épidémiologique monocentrique, non randomisée, observationnelle, rétrospective sur 6 mois, sur les dossiers des Assistantes sociales, à la Maternité Régionale de Nancy.

En effet, il appartient au service social d'assurer la prise en charge 100% maternité lorsque les déclarations de grossesse ne sont pas faites ou sont perdues. De plus, c'est aussi ce service qui est chargé de la permanence d'accès aux soins dont les objectifs seront détaillés ci-dessous.

D'autre part, la Maternité Régionale étant un établissement public de rang 3, elle est amenée à accueillir énormément de patientes sans aucune sélection sur leur profil socio-économique (ceci amenant aussi un biais par la permanence d'accès aux soins qui est une des missions des établissements publics). Ce fait a permis d'enrichir mon étude de 25 dossiers sur six mois.

Recueil des données à l'aide d'un questionnaire.

1.5. Population

1.5.1. Critères d'inclusion

Toute femme déclarant sa grossesse après 20 SA, y compris jusqu'à l'accouchement (même s'il a lieu à domicile), à la Maternité Régionale de Nancy.

1.5.2. Critères d'exclusion

➤ Les grossesses déclarées entre 15 et 20 SA. Le seuil est fixé à 20 SA car cela arrive régulièrement que les femmes qui continuent à avoir leurs menstruations pendant la grossesse et/ou se pensent bien protégées, se rendent compte un peu plus tard de leur état. De plus, il peut y avoir un temps d'attente pour les rendez-vous avec un médecin, une échographie et pour faire les bilans nécessaires.

➤ Les femmes ne se trouvant pas sur le territoire français au moment de la date de conception.

➤ Les patientes n'ayant pas été suivies dès le début de leur grossesse à la Maternité Régionale ne peuvent faire partie de mon étude étant donné que la date exacte de la déclaration ne peut être déterminée.

1.6. Facteurs à étudier [20]

La déclaration tardive de grossesse peut être un repère de la détresse psychologique de la femme enceinte ainsi que celui d'un isolement, d'une rupture avec leur milieu social.

C'est pour cela que l'étude recherche les facteurs psychologiques avec une histoire affective pauvre (familles éclatées) ou marquée par un traumatisme. Une histoire médicale psychologique qui rapporte des troubles tels que l'anorexie, tentative d'autolyse, addictions.

Puis, les facteurs socio-économiques qui peuvent mettre en avant un isolement et/ou une rupture sociale (profession, couverture sociale, couple, etc...).

1.6.1. Facteurs psychologiques

- Vécu traumatique dans la vie de la patiente : violences (physiques, sexuelles), deuil, famille éclatée, problème d'éducation, etc...
- Antécédent ou présence : anorexie, tentative d'autolyse, bouffée délirante aiguë, etc...

1.6.2. Facteurs socio-économiques

- Age
- Couverture sociale
- Couple
- Entourage familial, présence de personnes ressources dans l'entourage
- Logement
- Profession, source de revenus
- Parité et situation des autres enfants

1.6.3. Facteurs médicaux

- Addictions (toxicomanie, alcoolisme, etc...)
- Antécédents obstétricaux : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Mort Fœtale In Utéro (MFIU), Mort Subite et Inexpliquée du Nourrisson (MSIN), etc...

1.6.4. Devenir de la grossesse

- A quel terme de la grossesse la déclaration a-t-elle été faite ?

- Comment s'est passée la mise en place du lien mère-enfant ?
- Quel soutien a été proposé à la mère après la naissance ?

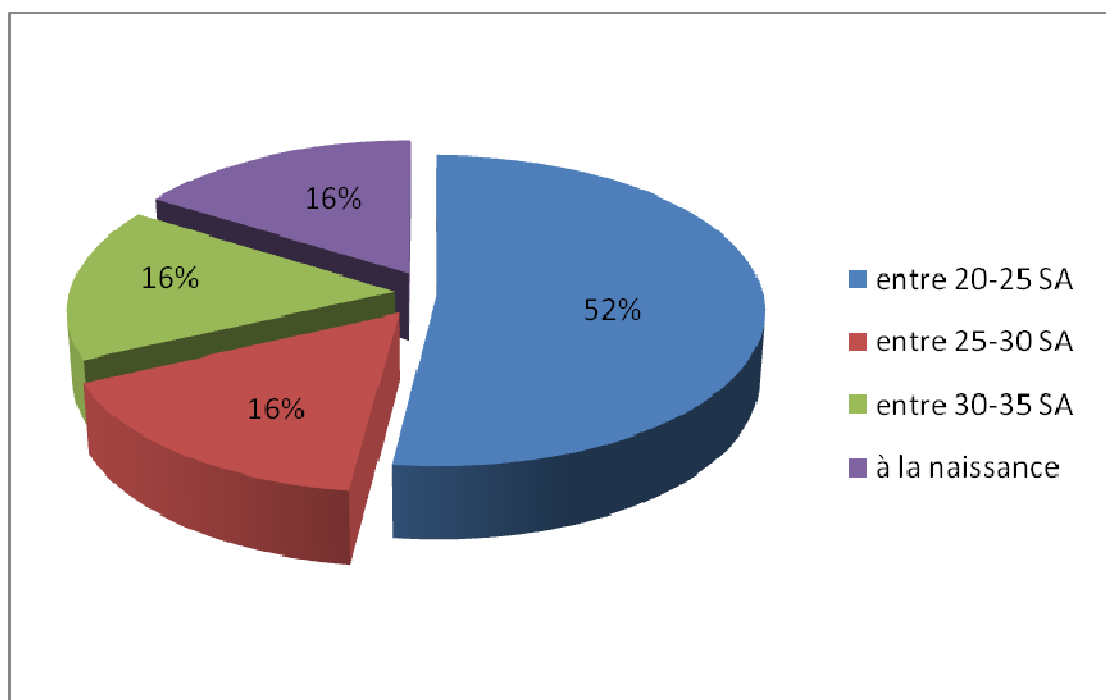
2. RESULTATS DE L'ETUDE

Mon étude porte sur les déclarations tardives qui ont été faites à la Maternité Régionale de Nancy entre le 01 Janvier 2009 et le 01 Juillet 2009. Elles sont au nombre de 25. Toutes les femmes ont été, à un moment de leur grossesse ou à un autre, orientées vers le Service social de la Maternité ce qui m'a permis, par la suite, d'effectuer un recueil de données grâce à un questionnaire par l'intermédiaire des assistantes sociales.

2.1. Terme de la déclaration

Terme auquel la déclaration de grossesse a été faite

Nombre total = 25



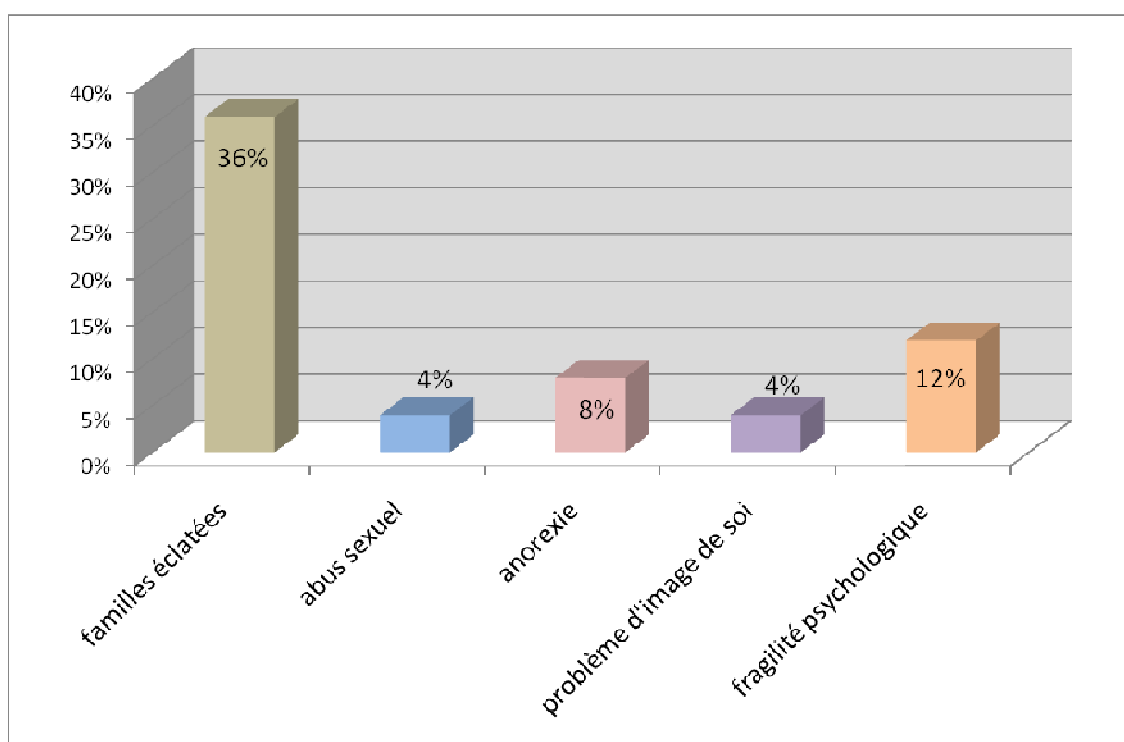
Un peu plus de la moitié des déclarations tardives ont été effectuées entre 20 et 25 SA. En confrontant ce paramètre avec celui du nombre d'enfant, on observe que parmi ces déclarations, 38% sont issues de femmes ayant déjà des enfants et 62% de femmes nulligestes (et ce, en ayant dans l'étude, 52% de nulligestes et 48% de femmes ayant déjà au moins un enfant).

Cependant, près d'une déclaration sur six n'est faite qu'au moment de l'accouchement. Ces déclarations génèrent des problèmes liés au suivi inexistant de la grossesse et ne permettent pas d'offrir à ces patientes une prise en charge adaptée. En effet, sur les quatre déclarations faites au moment de la naissance, deux ont eu lieu lors d'accouchements prématurés aux termes de 28 et 32 SA.

2.2. Facteurs psychologiques

Vécu traumatique et présence de troubles psychologiques chez les femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

Nombre total = 25



L'étude montre que plus d'une femme sur trois est issue d'une famille éclatée c'est-à-dire que les parents se sont séparés et, plus ou moins, remis avec une autre personne.

De plus, plus d'une femme sur cinq souffre ou a souffert d'un trouble psychologique.

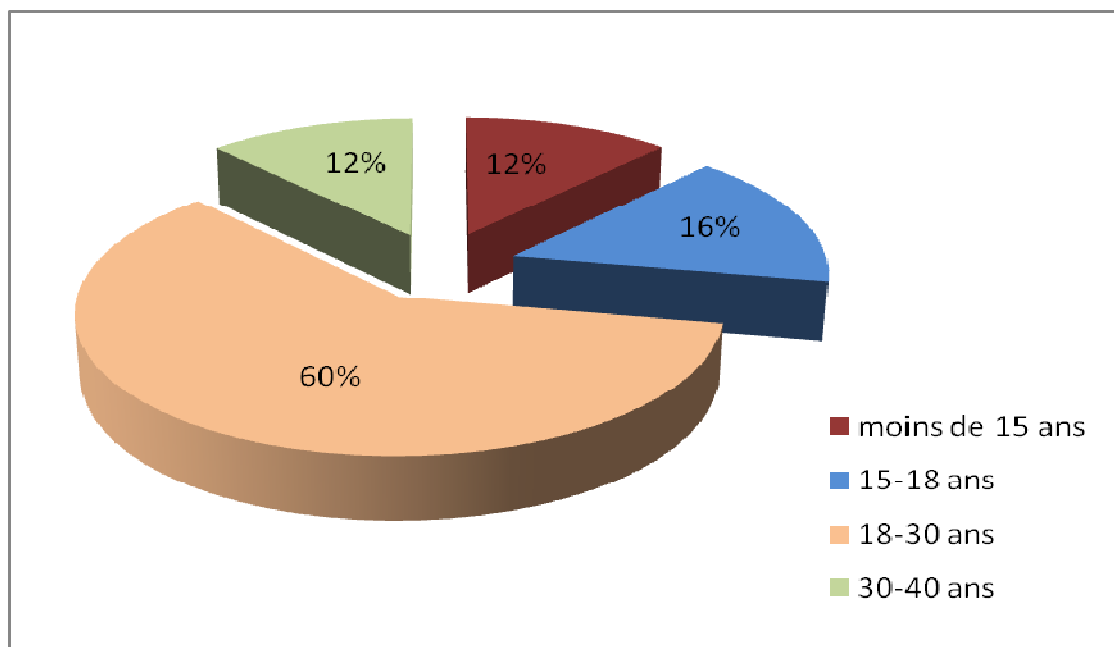
D'autre part, il est aussi intéressant de noter que sur les 25 femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse, 4 ont confié à un moment de leur grossesse ne pas vouloir de leur enfant et souhaiter le laisser à l'adoption. Finalement, après mûre réflexion, toutes les patientes ont désiré garder leur enfant.

2.3. Facteurs socio-économiques

2.3.1. Age

Age des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

Nombre total = 25



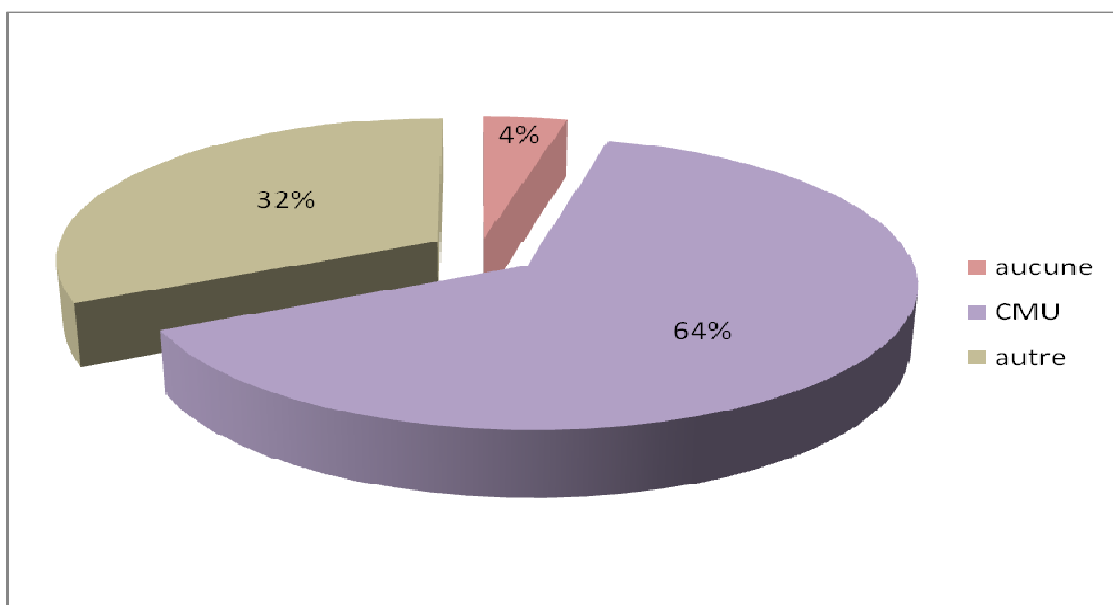
Un peu moins d'une femme sur trois ayant déclaré tardivement sa grossesse est mineure. Les plus jeunes ont 13 ans.

Un peu moins de deux femmes sur trois ont un âge dans lequel elles se savent capables d'être enceinte. Et parmi elles, 60% ont déclaré leur grossesse après 25 SA. On peut se demander ce qui amène ces femmes à déclarer leur grossesse tardivement : problèmes financiers (pas de professions, minima sociaux), addictions (3 cas), peur des réactions de l'entourage (4 cas), déclaration tardive à répétition (4 cas) (nombre = 15).

2.3.2. Couverture sociale

Couverture sociale des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

Nombre total = 25



La Couverture Maladie Universelle (CMU), créée depuis le 1^{er} Janvier 2000, est une assurance maladie de base destinée aux personnes résidant, de façon stable et régulière, en France depuis plus de trois mois. Les personnes aux ressources modestes sont les principales bénéficiaires de cette protection santé qui leur permet d'accéder aux soins lorsqu'elles n'ont aucun droit ouvert par ailleurs. L'étude met en évidence que près de deux femmes sur trois bénéficient de cette couverture ce qui montre bien que ces patientes sont issues d'un contexte social défavorable et ont des conditions de vie précaires.

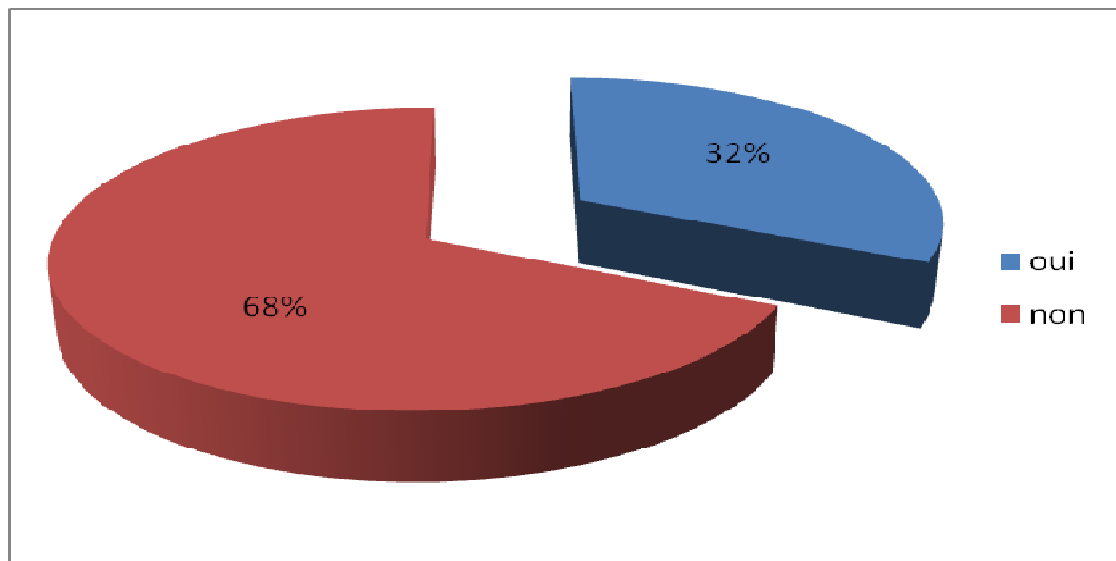
La personne qui ne bénéficie pas de couverture sociale est une jeune fille de 13 ans qui se trouve en situation irrégulière.

Ce critère ne peut être analysé plus étant donné que l'on ne sait pas à quel moment de la grossesse (ou même avant) la demande de CMU a été faite.

2.3.3. Couple

Les femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse sont-elles en couple ?

Nombre total = 25



Plus de deux femmes sur trois se retrouvent seules au moment de la grossesse. En effet, les assistantes sociales remarquent qu'un grand nombre de conjoints quittent leur compagne pendant la grossesse, même si celle-ci a été désirée.

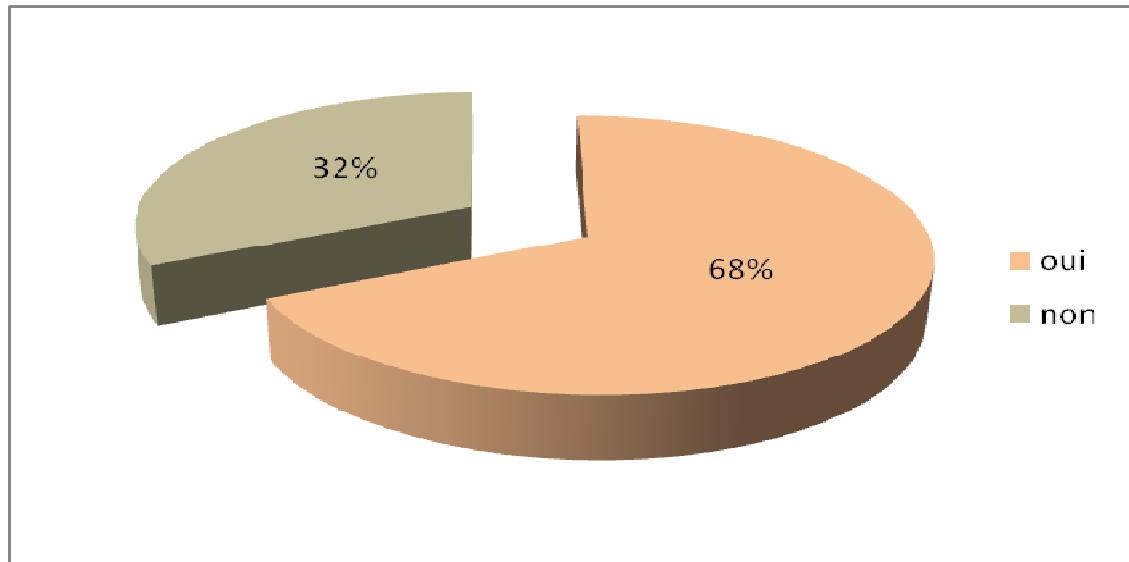
Pour les femmes en couple, ce sont, pour la majorité, des couples instables, qui n'habitent pas ensemble, continuent à se fréquenter sans pour autant former un foyer.

L'étude met donc en évidence un isolement important de ces patientes avec une instabilité maritale très marquée. Ce phénomène est de plus en plus décrit dans notre société actuelle, est-ce du fait de la précarité, de couples moins stables dès le départ et plus pressés ou est-ce la grossesse qui est l'élément déclencheur ?

2.3.4. Personnes ressources dans l'entourage

Les femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse ont-elles des « personnes ressources » dans leur entourage ?

Nombre total = 25



Les « personnes ressources » sont les personnes qui constituent l'entourage d'un individu et sont susceptibles d'être une aide et un soutien pour ce dernier si celui-ci se retrouve en difficulté.

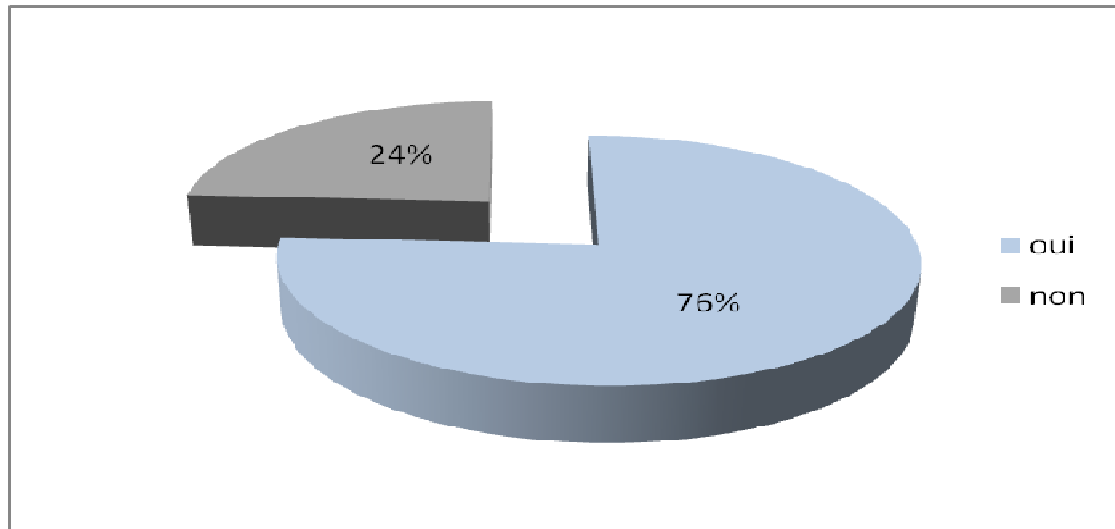
L'étude montre que plus de deux tiers des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse, sont entourées et ont des personnes sur lesquelles compter.

On verra, par la suite, que l'acceptation de la grossesse par l'entourage est un facteur déterminant dans l'investissement de la grossesse par la femme enceinte elle-même, et cela est d'autant plus marqué chez les jeunes filles.

2.3.5. Logement

Les femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse ont-elles un logement stable ?

Nombre total = 25

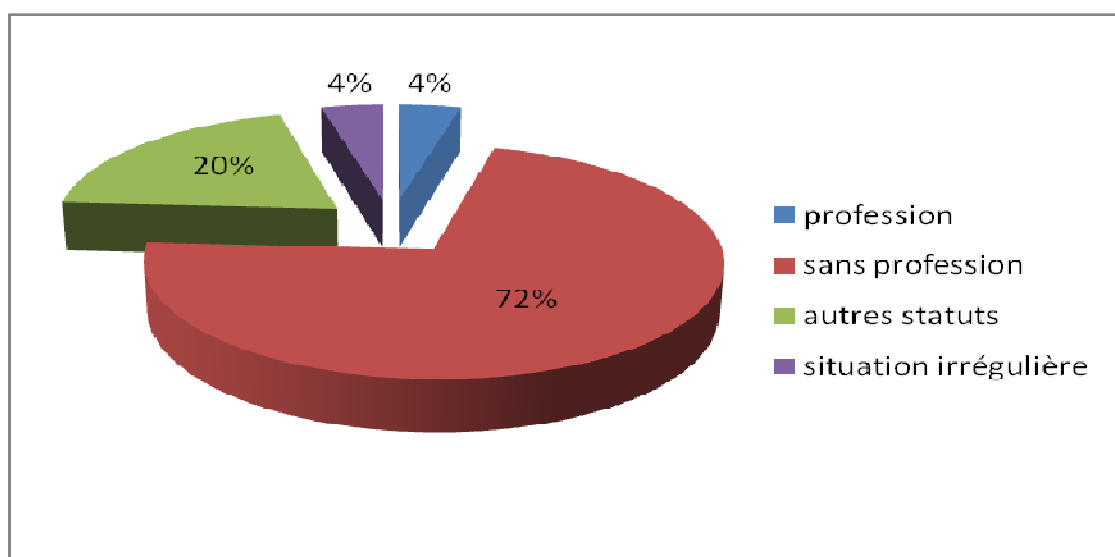


On peut noter que près d'une femme sur quatre ayant déclaré tardivement sa grossesse n'a pas de logement stable dans lequel accueillir son enfant. Ceci marque à nouveau la précarité très importante dans lesquelles ces patientes se trouvent. Cependant, ce n'est pas pour autant que le terme de la déclaration sera plus avancé.

2.3.6. Profession

Profession des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

Nombre total = 25



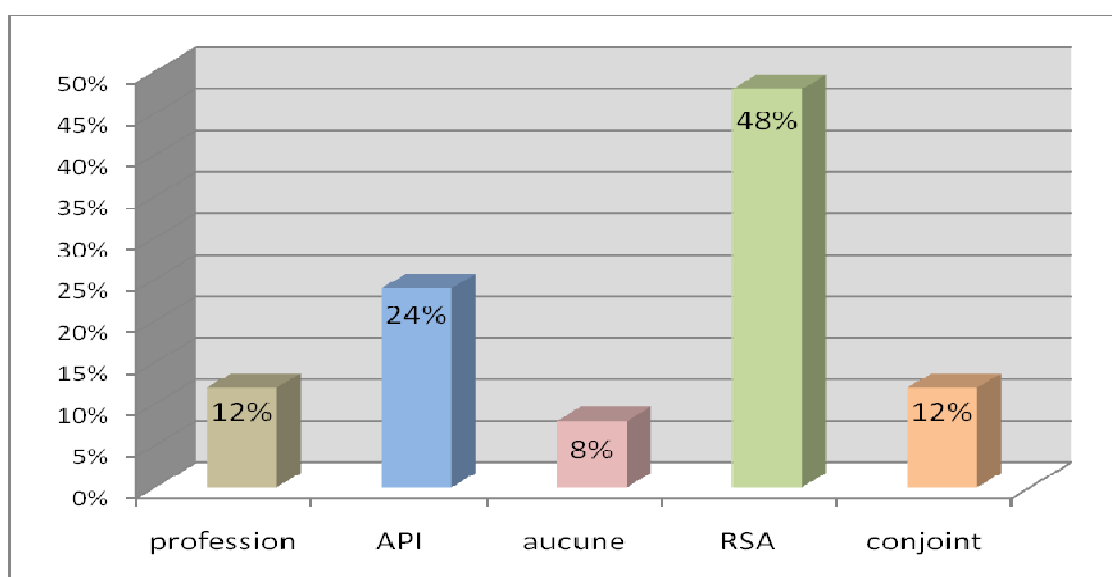
Autres statuts : stagiaires, collégiennes, étudiantes.

L'étude montre que plus de deux tiers des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse sont sans profession.

2.3.7. Sources de revenus

De quelles sources de revenus les femmes ayant déclarées tardivement leur grossesse disposent-elles ?

Nombre total = 25



API : Allocation Parent Isolé, c'est une allocation attribuée au parent qui assume seul la charge d'un ou plusieurs enfant(s). Pour en bénéficier, il faut être séparé, divorcé ou célibataire. Elle s'adresse également aux femmes enceintes ayant des revenus modestes. L'objectif étant de garantir à toutes ces personnes un revenu minimum. D'autre part, un parent est considéré comme isolé dès lors qu'il élève seul un enfant, même s'il vit dans sa propre famille.

RSA : Revenu de Solidarité Active, il remplace le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et l'API pour les personnes privées d'emploi. C'est un complément aux ressources d'une personne bénéficiaire de minima sociaux. Il a comme objectifs de lutter contre la pauvreté, de favoriser la reprise du travail et de faciliter une insertion durable dans le monde du travail.

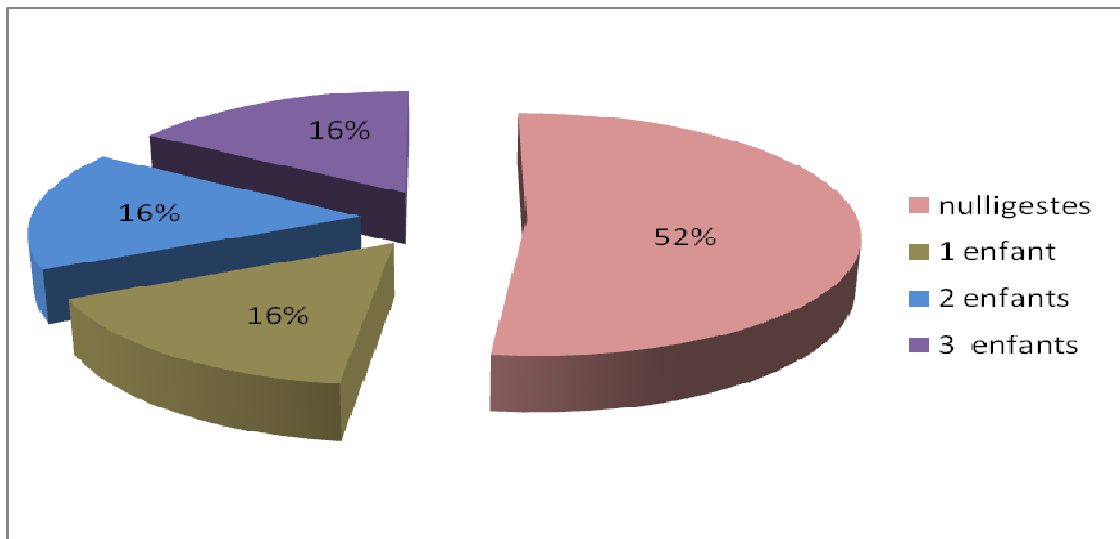
L'étude met bien en évidence qu'une très grande majorité des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse n'ont comme ressources que des minima sociaux et vivent donc dans une grande précarité.

De plus, près d'une femme sur quatre bénéficie de l'API et élève donc seule leurs enfants, signe d'isolement.

2.3.8. Enfants

Nombre d'enfant des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

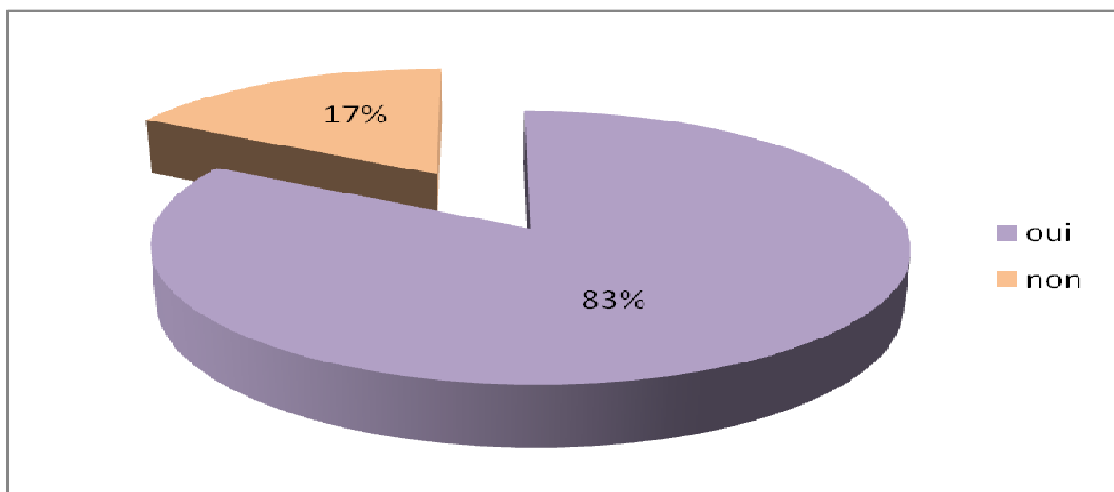
Nombre total = 25



La majorité des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse est nulligeste (1^{ère} grossesse en cours). On peut donc se demander quelles sont leurs connaissances sur la grossesse (ignorance de la symptomatologie du début de grossesse) et son suivi (nécessité de faire suivre la grossesse et ce, dès son commencement).

Les enfants sont-ils à la charge de leur mère ?

Nombre total = 12

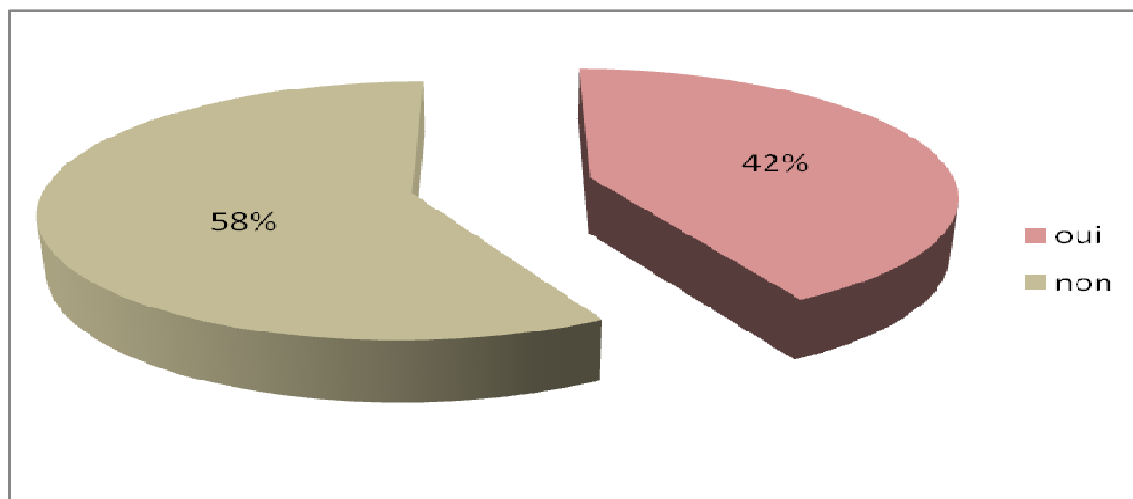


Nombre total = 12 étant donné que sur les 25 dames ayant déclaré tardivement leur grossesse, elles sont 12 à avoir au moins un enfant.

Dans mon étude, un peu moins d'une femme sur cinq n'a pas son enfant à charge. On peut se demander pourquoi elles n'ont plus leurs enfants avec elles : problème d'éducation, d'abandon (accouchement sous X, etc...).

Les enfants sont-ils soumis à une mesure éducative ?

Nombre total = 12



Les enfants de plus d'une femme sur trois sont soumis à une mesure éducative, que les enfants soient à la charge de leur mère ou non. Ce qui est un chiffre relativement important au regard de la population générale.

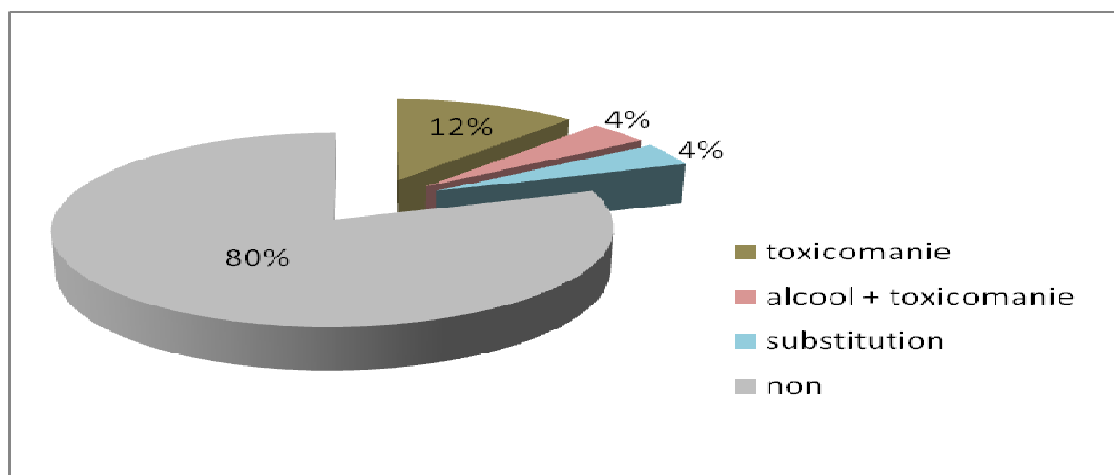
La mesure est mise en place après décision d'un juge des enfants, soit lorsque la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur est en danger, soit lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

2.4. Facteurs médicaux

2.4.1. Addictions

Addictions des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

Nombre total = 25

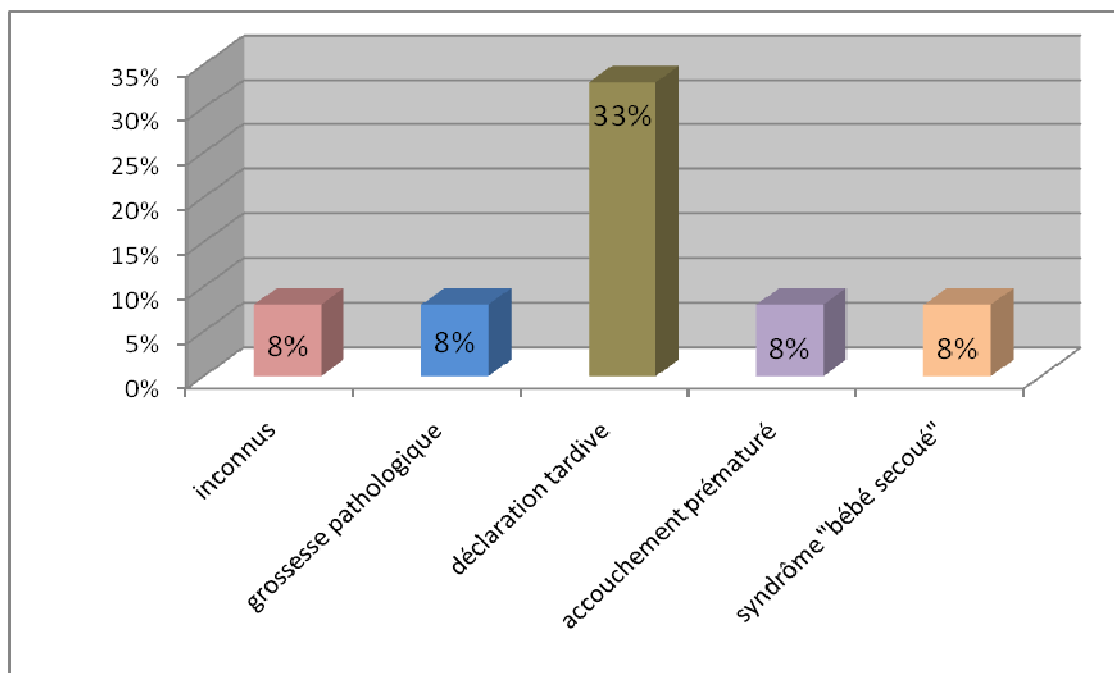


Addictions autres que le tabac. Dans mon étude, une femme sur cinq souffre ou a souffert d'une dépendance aux drogues ou à l'alcool. Ceci confirme que ces situations mènent plus souvent à une déclaration tardive de grossesse.

2.4.2. Antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse

Nombre total = 12



L'étude montre qu'une femme sur quatre a déjà déclaré tardivement au moins une de ses grossesses précédentes. C'est donc un processus qui peut se répéter de grossesse en grossesse.

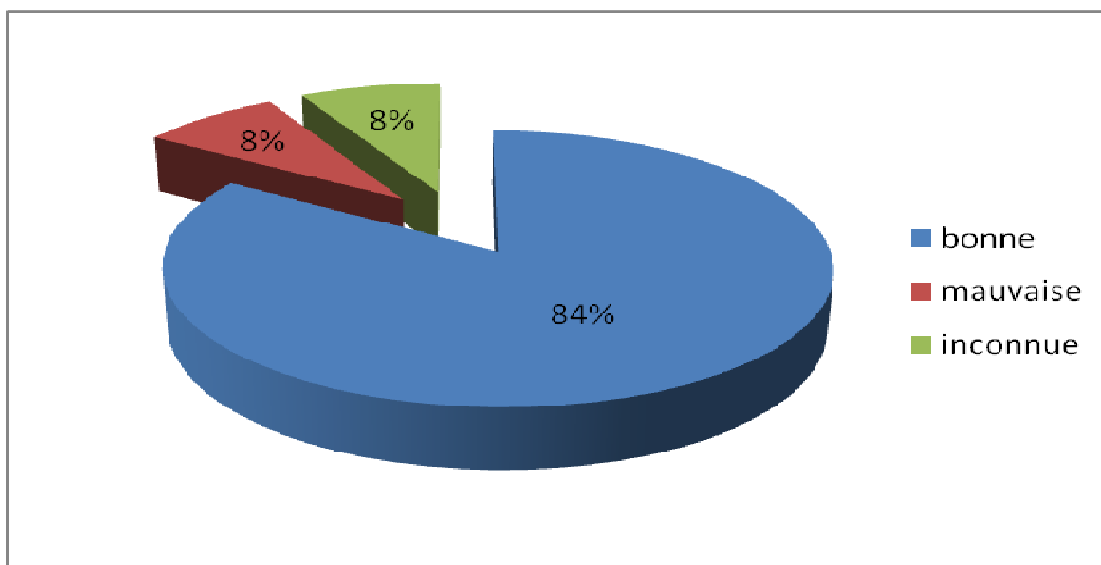
La question est de savoir pourquoi elles déclarent systématiquement leur grossesse à un terme avancé voire au moment de la naissance. Est-ce parce qu'elles ne voient pas d'intérêts à déclarer et faire suivre leur grossesse ou parce qu'elles sont submergées par leurs problèmes (financiers, personnels, etc...) et que la grossesse devient une préoccupation secondaire ?

D'ailleurs, ces femmes déclarent leur grossesse à peu près toujours au même terme. Elles vivent toutes à l'aide de minima sociaux et bénéficient de la CMU. Pour 50% d'entre elles, les premiers enfants sont soumis à des mesures éducatives. Enfin, l'antécédent de « bébé secoué » se trouve chez l'une d'elle, troisième grossesse, troisième déclaration tardive.

2.5. Mise en place du lien mère-enfant

Quelle a été la qualité du lien mère-enfant après la naissance

Nombre total = 25



Pour les liens de bonne qualité, il est quand même intéressant de noter que les mamans expriment beaucoup d'angoisses. D'autre part, l'appréciation de ce lien mère-enfant ne se fait qu'à court terme, le temps de l'hospitalisation en secteur mère-enfant. Les données à long terme manquent et ne permettent donc pas une appréciation globale de cet attachement.

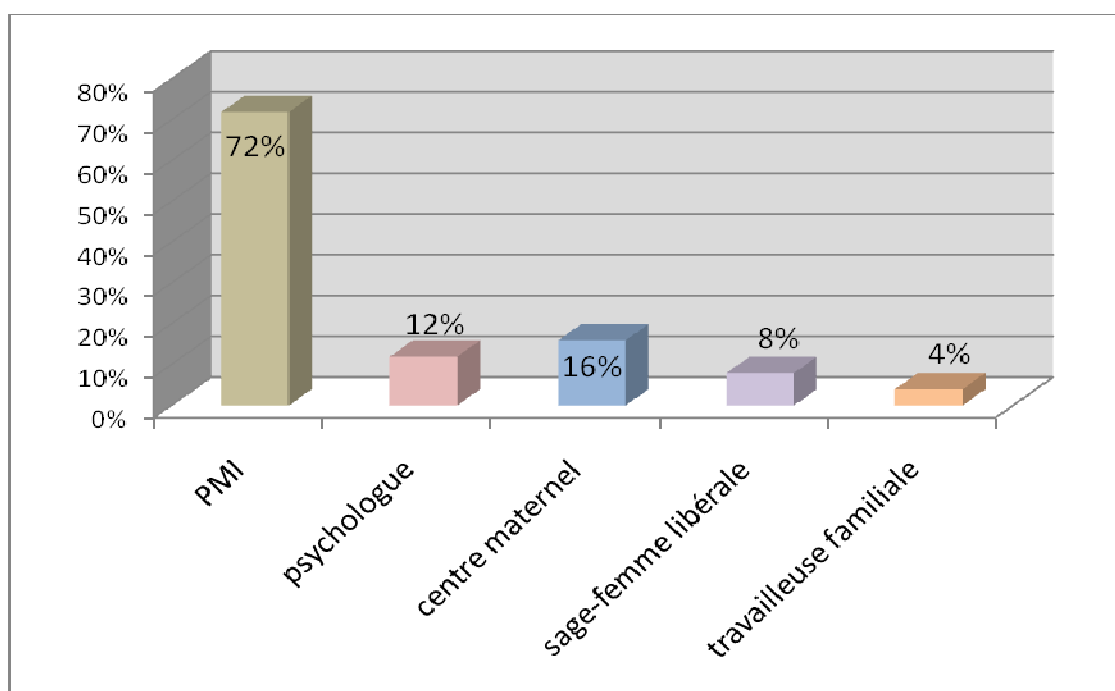
Pour les « inconnue », il s'agit d'enfants prématurés qui ont, ensuite, été transférés et dont on ne sait pas comment s'est passé la mise en place du lien mère-enfant.

Enfin, pour les liens mère-enfant qui ont posés problème, il s'agit de mamans qui, après leur séjour en maternité, sont allées en Centre maternel où elles ont fait l'objet d'un signalement. Leurs enfants ont finalement été placés. Il ne s'agissait pas forcément de nullipares ni de jeunes filles, en revanche, elles étaient toxicomanes.

2.6. Prise en charge

Quelles sont les prises en charge qui ont été proposées à ces mamans ?

Nombre total = 25



Ces prises en charge sont celles qui ont été proposées aux femmes après l'accouchement mais toutes n'ont pas collaboré.

Cependant, comme pour l'attachement mère-enfant, l'étude ne permet pas d'estimer la poursuite de l'accompagnement après le retour à domicile.

3. CONCLUSION

On observe à travers cette étude, un profil particulier de grande précarité de la majorité des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse.

- Age habituel de procréation (60%)
- Couverture sociale par la CMU (64%)
- Seules ou couples instables (plus de 68%)
- Sans profession (72%)
- Seules sources de revenus sont les minima sociaux (API, RSA) (plus de 70%)
- Nulligestes (52%)
- Pas d'addictions mis à part le tabac (80%)
- Antécédents de déclarations tardives (36%)
- Issues de familles éclatées (36%)

3^{ème} PARTIE : Discussion

1. QUELQUES EXEMPLES

1.1. Mme X., 30 ans

Mme X. a déjà 2 enfants, qui sont tous deux soumis à une mesure éducative comprenant l'intervention d'un éducateur à domicile. Elle n'est pas en couple mais elle continue à fréquenter son ami qui est toxicomane. Elle n'a personne dans son entourage pour l'aider et la soutenir. Elle ne travaille pas et bénéficie de l'API. Elle est, elle aussi, toxicomane.

Elle déclare sa grossesse un peu avant sept mois car elle disait avoir peur qu'on lui retire cet enfant du fait des mesures éducatives déjà mises en place pour les plus grands. Elle n'a qu'un suivi très irrégulier jusqu'à son accouchement.

Après son séjour en Maternité, elle a été orienté vers le Centre Maternel avec un suivi PMI et l'intervention d'un éducateur pour cet enfant-là aussi. Mme X. n'acceptait pas la PMI, ne voulait pas être « pistée ».

Finalement, des informations signalantes ont été émises au sujet des enfants qui, finalement, ont été placés.

- La toxicomanie fait partie des situations dans lesquelles les déclarations tardives de grossesse sont plus fréquentes. Dans ce récit, on comprend que la patiente connaissait le suivi normal de la grossesse mais ne voulait pas s'y plier par peur du jugement. De plus, on remarque qu'elle se trouve dans une situation de précarité et d'isolement importants (problème d'éducation avec ses deux premiers enfants, pas de profession, pas de « personnes ressources »). Ce sont des situations difficiles étant donné que plusieurs facteurs interviennent, situations qui nécessitent une prise en charge globale et approfondie.

1.2. Melle M., 13 ans

Melle M. est enceinte de son premier enfant et vit chez ses parents.

Sa grossesse est déclarée au moment de l'accouchement à 28 SA.

Elle savait qu'elle était enceinte mais le dissimulait à ses parents. Elle voulait un enfant de son ami et lui a donc « imposé » (comme elle le dit). Elle n'y voit rien de dramatique parce que, finalement, tout le monde est content. Elle pense avoir établi un lien indélébile avec son ami. Celui-ci se montre plus réservé quant à l'avenir sachant qu'ils sont jeunes (lui est majeur).

Le bébé a bien été investi en service de néonatalogie puis il a été transféré dans un établissement plus proche du domicile familial.

- La grossesse chez les jeunes filles est aussi une situation avec une fréquence plus importante de déclaration tardive. La jeune fille savait qu'elle était enceinte mais ne s'est pas fait suivre... pour quelles raisons ? Peur des réactions de la famille, du petit ami, méconnaissance sur le suivi de grossesse, etc... Dans cette situation, on peut se demander quelle est la part du désir de grossesse et celui d'enfant (désirs différents comme on l'a vu dans la première partie) et quel sera l'investissement dont fera l'objet l'enfant plus tard. Cet exemple donne l'impression d'un « enfant-objet » c'est-à-dire que l'enfant sert à assouvir une envie de l'adulte sans pour autant être considéré pour ce qu'il est réellement.

1.3. Melle R., 25 ans

Melle R. est enceinte de son premier enfant, n'est pas en couple et a une profession qui lui ramène un salaire confortable. Elle est issue d'une famille plutôt aisée.

Elle a eu une histoire avec un jeune homme de 24 ans qui s'est terminée et elle s'est rendue compte qu'elle était enceinte vers le terme de 8 SA mais l'a caché à tout le monde. Elle a continué à vivre comme avant : équitation, fêtes, etc...

Puis, elle a été hospitalisée en anténatal vers 27 SA, terme auquel la déclaration a été faite. Et, à ce moment, s'est retrouvée en état de choc avec des pleurs. Elle a rencontré un psychologue.

Elle avait peur de la réaction de sa famille qui, lorsqu'elle a tout expliqué, a bien réagi et l'a beaucoup entouré.

La grossesse a été suivie normalement par la suite avec un accompagnement psychologique et PMI.

- Cet exemple montre que les déclarations tardives peuvent aussi se retrouver chez des femmes ayant une situation stable et plutôt confortable. D'après la patiente, c'est la peur de la réaction de sa famille qui est à l'origine d'une prise en charge tardive. On voit donc l'impact de l'acceptation de la grossesse par l'entourage dans ces différents exemples.

1.4. Conclusion

Ces exemples montrent bien que les situations les plus à risque telles que l'addiction, le jeune âge, etc... doivent être des signes d'alerte car sont des facteurs de risque importants d'une déclaration tardive de grossesse.

Cependant, le contexte psycho socio-économique doit aussi constituer un signal lorsqu'il met en évidence un isolement (aussi bien social que familial), une situation précaire, etc...

Une orientation précoce et une prise en charge globale (avant même le début de la grossesse) pourrait permettre d'éviter des situations difficiles.

2. ANALYSE

J'utilise comme chiffres de comparaison, ceux obtenus lors de l'Enquête nationale périnatale de 2003 [22] étant donné que ce sont les derniers chiffres obtenus au niveau national. Ce sont des chiffres qui portent sur la population globale (et non pas que sur les déclarations tardives de grossesse). Cette enquête aurait dû être renouvelée en 2009 mais du fait de la grippe A H1N1, elle a été reportée.

2.1. Critères socio-économiques

2.1.1. Couple

L'enquête périnatale a mis en évidence que seulement 7% des femmes enceintes vivaient seules. Ce chiffre arrive à presque 70% dans mon étude. Ceci montre bien que la grande majorité des femmes ayant déclaré tardivement leur grossesse ne sont pas investies dans des couples stables. Est-ce que ces grossesses sont issues de relations éphémères ou est-ce la grossesse qui sépare les deux amants ? Un des chapitres ci-dessous essaiera d'approfondir cette question.

2.1.2. Nombre d'enfants

D'après l'enquête, environ 44% des femmes étaient nullipares, 35% avaient déjà un enfant et 21% deux ou plus. Dans mon étude, plus de 50% des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse étaient nulligestes. Ce qui peut laisser penser à une méconnaissance de la femme sur son état de grossesse ou sur l'importance de la déclaration et du suivi de celle-ci.

2.1.3. Profession et source de revenus

L'enquête périnatale montre que 66% des femmes exerçaient un emploi pendant la grossesse. Ce taux atteint seulement 4% dans mon étude.

D'autre part, toujours d'après l'enquête, un peu plus de 90% des femmes avaient comme source de revenus leur profession ou celle de leur conjoint et seulement 19% vivaient de l'Allocation Parent Isolé (API), du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) (nouvellement RSA) ou d'allocation de stage. Dans mon étude, seulement 24% vivent

de leur profession ou de celle du conjoint et en revanche, plus de 70% vivent du RSA ou de l'API et 8% n'ont aucune source de revenus.

L'enquête de 2003 a bien mis en évidence le fait que les femmes qui n'avaient comme source de revenus que le RSA, l'API ou des allocations de stage voire pas de revenus du tout, ont moins de consultations prénatales que les autres et plus de problèmes de santé pendant la grossesse, elles sont plus souvent hospitalisées (25% au lieu de 19% dans la population générale).

2.1.4. Couverture sociale

L'enquête menée en 2003 met en évidence le fait qu'un peu plus de 2% des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse. Ce chiffre s'élève à 4% dans mon étude sachant que mon questionnaire ne précisait pas « en début de grossesse ». Des demandes de Couverture Maladie Universelle (CMU) ont pu, par conséquent, être faites au cours de celle-ci.

2.2. Critères médicaux

2.2.1. Antécédents obstétricaux

D'après l'enquête de 2003, 6,5% des femmes avaient au moins un antécédent de mortinatalité, mortalité néonatale, prématurité ou hypotrophie. Dans mon étude, 8% des femmes ont un antécédent d'accouchement prématuré sans compter les accouchements prématurés pour ces grossesses déclarées tardivement. Cependant, aucune n'a d'antécédents de mortinatalité ou mortalité néonatale et mon étude ne permet pas d'avoir d'indication sur les poids de naissance des enfants.

2.3. Couple et grossesse

Depuis une trentaine d'année, des études ont montré qu'il y avait de plus en plus de familles monoparentales (plus de 25% entre 1990 et 1999) et environ 10% des enfants de moins de deux ans vivent avec un seul parent (7% des femmes sont déjà seules au moment de la naissance de leur enfant).

L'arrivée d'un bébé provoque une crise et modifie l'équilibre du couple mais cela ne débouche pas forcément sur une séparation, bien au contraire cela peut être une expérience positive. Néanmoins, l'arrivée du bébé agit comme un catalyseur c'est-à-dire qu'elle peut révéler ou exacerber des problèmes pré-existants.

Il y a un décalage pendant la grossesse entre le ressenti de l'homme et celui de la femme. En effet, au 1^{er} trimestre alors que la femme enceinte ressent tout physiquement, le père lui doit se contenter d'intellectualiser les choses. De plus, sur le plan sexuel, tandis que l'homme est stimulé par la fierté d'avoir un bébé, la femme, elle, subit une baisse importante de sa libido.

D'autre part, face au ventre qui s'arrondit, certains hommes peuvent ressentir des angoisses face aux nouvelles responsabilités que cela représente. Un concept américain illustre d'ailleurs l'attitude du futur père : le complexe des 3F, fear (la peur), flight (la fuite) et fight (la bagarre).

Tout cela montre donc que la grossesse est un moment de remaniement dans le couple qui va mettre à l'épreuve l'équilibre de ce dernier. Si le couple est solide et bâti sur de bonnes bases, cette expérience sera positive. En revanche, si le couple est déjà instable, la grossesse pourrait faire ressortir les problèmes et mener à sa séparation.

2.4. Conclusion

L'étude menée à la Maternité Régionale de Nancy sur les déclarations tardives met en avant plusieurs points :

- On peut émettre l'hypothèse que ces femmes ne sont que très peu informées sur la grossesse et la nécessité d'un suivi.
- L'étude montre aussi que les situations particulièrement précaires, la peur vis-à-vis des réactions de l'entourage constituent des freins à la déclaration de grossesse et son suivi. La préoccupation de la femme s'axe sur ses problèmes financiers, familiaux, etc... et peut entraîner un désinvestissement de la grossesse qui n'est plus alors une préoccupation primaire et passe en second plan.

Ces remarques axent les différentes solutions envisagées sur l'information de la patiente, un repérage en pré-conceptionnel des situations précaires avec une prise en charge adaptée et enfin, un accompagnement et soutien des femmes enceintes tout au long de la grossesse.

3. LES LIMITES DE MON ETUDE

Mon étude possède plusieurs limites qui ne me permettent pas de répondre entièrement à mes hypothèses.

3.1. Pas de consensus

En effet, par chance lors de mon étude, toutes les patientes ayant déclaré tardivement leur grossesse ont été, à un moment ou à un autre, amenées à rencontrer le service social de la Maternité. Cependant, n'existant aucun protocole au sujet de ces déclarations tardives et de leur prise en charge, l'orientation de ces patientes vers le service social ne se fait qu'en fonction de l'appréciation de chaque intervenant. Les femmes déclarant tardivement leur grossesse ne font donc pas forcément l'objet d'une attention particulière.

3.2. Les PASS

De plus, j'ai comparé la population de femmes qui déclarent leur grossesse à la Maternité Régionale de Nancy par rapport à la moyenne dans la population nationale. Or, la population de la Maternité est une population particulière étant donné que la Maternité étant un établissement public, elle a, parmi ces missions, celles de permettre l'accès aux soins à la personne démunie et la lutte contre l'exclusion sociale.

En effet, les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé, sont financées par l'Etat et le département, et font partie des missions des établissements de santé publics (circulaire du 17 Décembre 1998).

Ces permanences ont été mises en place en 2000 à la Maternité de Nancy avec comme médecin référent : Pr Schweitzer. Elles sont assurées par le service social de la Maternité.

Elles ont comme objectifs de :

- Faciliter l'accès aux droits des personnes défavorisées (couverture sociale, etc...)
- Les accompagner dans leurs démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits

- Permanences d'orthogénie
- Budget spécifique pour les demandes d'interprètes
- Prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques et la délivrance de traitements

Ce sont donc des cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier. 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, d'interruption volontaire de grossesse ou d'accueil pour leur enfant.

3.3. Critères non comparés

J'ai, dans mon étude, certains critères (psychologiques, termes de la déclaration, etc...) qui n'ont pas été évalués au niveau national et donc, qui ne me permettent pas de faire une comparaison.

4. SOLUTIONS POSSIBLES

Ce suivi tardif peut traduire pour beaucoup de femmes des difficultés à accepter la grossesse, à la faire accepter par l'entourage et à faire face à tous les autres soucis (difficultés familiales, financières,...). En effet, avoir un enfant représente une expérience positive et valorisante mais peut aussi être un évènement qui va compromettre leur avenir et aggraver une situation sociale déjà difficile. Il est donc important d'utiliser les quelques consultations consenties par la femme pour favoriser l'accueil de l'enfant et essayer d'aider ces futures mères en difficulté. [23]

4.1. Consultation pré-conceptionnelle

Cette consultation est une recommandation émise par l'HAS en 2005. Elle a pour buts d'améliorer les connaissances et les comportements des femmes ayant un désir de grossesse, de s'assurer que toutes ces femmes bénéficient de soins leur permettant de débiter une grossesse dans les meilleures conditions et de réduire les complications obstétricales ou néonatales ainsi que les disparités de prise en charge.

Malgré le fait qu'il a été démontré que cette consultation améliore de manière significative le cours de la grossesse, la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, elle est encore loin d'être généralisée à toute la population, même si sa fréquence n'a pas encore été évaluée en France. De plus, elle s'avère d'autant plus importante que le certificat prénuptial a disparu et que plus de la moitié des femmes débutent une grossesse en dehors du mariage. [19]

4.2. Une prise en charge en réseau adaptée

4.2.1. Le service de PMI

Comme on l'a déjà vu ci-dessus, la PMI joue un rôle important de prévention. Si la femme l'accepte et le désire, ce service peut constituer un accompagnement global des femmes en difficulté médico-psycho-sociale. Le service est un lieu d'accueil et d'écoute où les femmes peuvent rencontrer des sages-femmes, des puéricultrices, des médecins, des assistantes sociales. Ces personnes peuvent aussi se déplacer à domicile et être un soutien aux parents dans leur environnement familial.

4.2.2. Les assistantes sociales

Elles jouent un grand rôle auprès des personnes en difficulté socio-économique. Elles les informent sur leurs droits en matière de prestations sociales, les orientent vers des lieux d'accueil spécialisés, servent de médiateurs. Elles leur proposent aussi une aide aux démarches administratives et l'intervention d'une travailleuse familiale ou d'une aide ménagère.

Dans mon étude, toutes les femmes ont été orientées vers le service social, ce qui n'est pas fait systématiquement au regret des assistantes sociales.

4.2.3. Services spécialisés

- ❖ Psychologue.
- ❖ Service de prise en charge des addictions.

4.3. Obligations – points de repère

On peut suggérer des solutions qui pourraient être plus attractives pour les patientes telles que le versement de la prime de naissance conditionné par la déclaration de grossesse avant un certain terme.

En fait, cela fonctionnait comme ça il y a un peu plus d'une vingtaine d'années et lorsqu'on interroge les assistantes sociales ou les sages-femmes qui ont connu les deux dispositions, elles affirment que depuis le changement, les déclarations de grossesse ainsi que les suivis sont effectués de manière moins rigoureuse.

On peut penser que pour cette population particulièrement défavorisée, le facteur économique est persuasif et que leur poser des repères et des obligations les pousse à effectuer les démarches en temps et en heure et leur permet d'évoluer.

4.4. Rôle des médias

De nos jours, beaucoup d'informations passent à travers les médias. Ceux-ci permettent de mener des actions de prévention à grande échelle. D'autant plus qu'à notre époque, la très grande majorité de la population possède chez elle un téléviseur, internet, la radio, les journaux, etc..., peu de personnes restent dans l'ignorance des grands événements qui se produisent autour de nous.

Ce moyen de communication pourrait donc être un outil d'information pour rappeler aux femmes que même si la grossesse n'est pas une maladie, elle nécessite un suivi précoce et régulier.

Conclusion

Ces déclarations tardives et grossesses peu suivies ont des origines multiples mais, dans la majorité des cas, on retrouve une situation socio-économique très défavorable. Quels que soient les efforts prodigués pour éviter ces situations, il restera toujours un petit groupe de femmes qui déclare tardivement leur grossesse et donc se fait peu suivre.

En effet, certaines femmes souhaitent qu'il en soit ainsi (de par leur culture ou leur volonté d'avoir une grossesse la moins médicalisée possible). D'autres arrivent dans notre pays trop tardivement pour être prises en charge de manière satisfaisante ou font des allers-retours entre la France et leur pays d'origine.

Cependant, pour beaucoup d'autres, des solutions pourraient être apportées telles que l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier par une couverture sociale généralisée. De plus, il serait également important de reconnaître le désarroi de ces femmes qui sont en grande difficulté personnelle pour les aider à améliorer leur situation et éviter que celle-ci s'aggrave.

Il est d'autant plus important de prendre en compte ces situations car celles-ci risquent d'être de plus en plus nombreuses au cours des prochaines années du fait d'une précarité grandissante (crise économique, difficultés à trouver un emploi, etc...) et d'un isolement qui s'accroît en dehors des grandes agglomérations (fermeture des petites maternités, etc...).

BIBLIOGRAPHIE

Livres, thèses, mémoires :

[1] Nehlig Jennifer : La déclaration de grossesse : historique, évolution et état des lieux en Meurthe et Moselle [Mémoire du diplôme d'état de Sage-femme]. Nancy : Ecole de Sages-femmes Albert Fruhinshloz ; 2008.

[2] Agnès Vieillard-Baron Chauvet : La prévention globale en périnatalité : quelle place pour un entretien prénatal précoce ? [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Nantes : Université ; 2007.

[3] Guernalec-Levy G. Je ne suis pas enceinte, enquête sur le déni de grossesse. Stock ; 2007.

[4] Gorre Ferragu. Le déni de grossesse : une revue de littérature. [Thèse]. Rennes : Université ; 2002

Sites internet :

[5] Ministère de la santé et des sports. (page consultée le 21/09/2009). « Interventions précoces, soutien à la parentalité : Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents », [en ligne]. <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/>

Articles, Dossiers :

[6] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonctions des situations à risque identifiées ; Mai 2007.

[7] Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Études et résultats, n°552 ; Janvier 2007. Commandité par le Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, le Ministère de la Santé et des Solidarités, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

[8] Charreire H, Le Vaillant M, Khosnood B, Combiere E (Membres du centre de recherche médecine, science, santé et société et de l'Inserm). Impact conjugué des déterminants sociaux et géographiques sur le suivi de la grossesse en milieu urbanisé. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* [en ligne]. Octobre 2008, Vol. 56, [consulté le 30/09/2009]. Disponibilité sur internet : <<http://www.em-consulte.com/showarticlefile/189512/main.pdf>>

[9] Richard-Guerroudj N. L'entretien prénatal précoce : De l'écoute dans le soin. *Profession Sage-femme*, n°151 – Décembre 2008-Janvier 2009 : 36-8.

[10] Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. *La Revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique*, n°32 – Avril 1999 : 15-8.

[11] Mignot S. Grossesses précoces : Des ados difficiles à suivre. *Profession Sage-femme*, n°111 – Décembre 2004-Janvier 2005 : 4-8.

[12] Ferté-Marriaux K. La construction de la parentalité à l'adolescence. *Le journal des psychologues*, n°269 – Juillet-Août 2009 : 65-9.

[13] Reichert M. Un réseau local : le réseau Maternité et addiction. *Profession Sage-femme*, n°128 – Septembre 2006 : 23-5.

[14] Quarante O. Dénis de grossesse : De la sidération à l'écoute. *Profession Sage-femme*, n°135 – Mai 2007 : 40-2.

[15] Vincens B. Mystérieux déni de grossesse. *Lien social*, n°904 – Novembre 2008 : 24.

[16] Bayle B. Du déni de grossesse à la gestation psychique. *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°381 – Avril 2009 : 40-44.

[17] Merg-Essadi D. Mise en place de l'entretien prénatal précoce. *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°375 – Octobre 2008 : 3-13.

[18] Cayol V, Corcos M. Grossesse et toxicomanie : complications obstétricales, substitution. *La Revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique*, n°51 – Mars 2001 : 9-12.

[19] Poujade O, Luton D. Intérêts de la consultation préconceptionnelle. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, n°133 – Octobre 2008 : 7-12.

[20] Giami I. Repérage prénatal de la détresse psychologique. *Profession Sage-femme*, n°64 – 2000 : 13-9.

[21] Cadart M.L. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui, entre médical, social et politique. *Informations sociales*, n°140 – 2007 : 52-63.

[22] Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Commandité par le Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, la Direction générale de la Santé, la DREES, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et l'Unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes.

[23] Blondel B, Marshall B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse, résultats d'une étude dans 20 départements. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1996 : 729-736.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Sommaire	4
Préface.....	5
Introduction	6
1^{ère} PARTIE : Le contexte théorique.....	7
1. La déclaration de grossesse	8
1.1. Définition	8
1.2. Ses origines	8
1.3. Ses intérêts	9
1.3.1. Obstétricaux	9
1.3.2. Economiques	10
1.3.3. Le service de PMI	10
1.4. Conclusion	11
2. Le suivi de la grossesse.....	12
2.1. Son déroulement.....	12
2.2. L'aspect psychologique de la grossesse.....	13
2.3. L'entretien prénatal précoce.....	14
2.4. Ses intérêts	15
2.5. Conclusion	16
3. La déclaration tardive de grossesse	17
3.1. Epidémiologie	17
3.2. Les causes les plus fréquentes.....	17
3.2.1. Jeune âge	17
3.2.2. Addictions	18
3.2.3. Immigrants	18
3.2.4. Dénis de grossesse	19
3.3. Ses conséquences	19
3.3.1. Sur la mère	19
3.3.2. Sur l'enfant.....	20
3.3.3. Sur le lien mère-enfant	21
3.4. Conclusion	21
2^{ème} PARTIE : Etude	22
1. Présentation de l'étude	23
1.1. Problématique	23
1.2. Hypothèses	23
1.3. Objectifs	23
1.3.1. Principal	23
1.3.2. Secondaire	23

1.4.	Type d'étude.....	24
1.5.	Population	24
1.5.1.	Critères d'inclusion	24
1.5.2.	Critères d'exclusion	24
1.6.	Facteurs à étudier [20].....	25
1.6.1.	Facteurs psychologiques	25
1.6.2.	Facteurs socio-économiques	25
1.6.3.	Facteurs médicaux.....	25
1.6.4.	Devenir de la grossesse	25
2.	Résultats de l'étude	27
2.1.	Terme de la déclaration	27
2.2.	Facteurs psychologiques	28
2.3.	Facteurs socio-économiques	29
2.3.1.	Age	29
2.3.2.	Couverture sociale.....	30
2.3.3.	Couple	31
2.3.4.	Personnes ressources dans l'entourage	32
2.3.5.	Logement.....	33
2.3.6.	Profession.....	33
2.3.7.	Sources de revenus	34
2.3.8.	Enfants.....	35
2.4.	Facteurs médicaux.....	37
2.4.1.	Addictions	37
2.4.2.	Antécédents obstétricaux	37
2.5.	Mise en place du lien mère-enfant	38
2.6.	Prise en charge	39
3.	Conclusion.....	40
3^{ème}	PARTIE : Discussion.....	41
1.	Quelques exemples	42
1.1.	Mme X., 30 ans	42
1.2.	Melle M., 13 ans	42
1.3.	Melle R., 25 ans	43
1.4.	Conclusion	44
2.	Analyse	45
2.1.	Critères socio-économiques	45
2.1.1.	Couple	45
2.1.2.	Nombre d'enfants.....	45
2.1.3.	Profession et source de revenus	45
2.1.4.	Couverture sociale.....	46
2.2.	Critères médicaux.....	46
2.2.1.	Antécédents obstétricaux	46
2.3.	Couple et grossesse	46
2.4.	Conclusion	47
3.	Les limites de mon étude.....	48
3.1.	Pas de consensus	48
3.2.	Les PASS	48

3.3.	Critères non comparés.....	49
4.	Solutions possibles.....	50
4.1.	Consultation pré-conceptionnelle.....	50
4.2.	Une prise en charge en réseau adaptée.....	50
4.2.1.	Le service de PMI.....	50
4.2.2.	Les assistantes sociales.....	51
4.2.3.	Services spécialisés.....	51
4.3.	Obligations – points de repère.....	51
4.4.	Rôle des médias.....	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	54
	TABLE DES MATIERES.....	57
	ANNEXE 1.....	I
	ANNEXE 2.....	VI
	ANNEXE 3.....	VII
	ANNEXE 4.....	IX
	ANNEXE 5.....	X
	ANNEXE 6.....	XII

ANNEXE 1

Les feuillets de la déclaration de grossesse

vous attendez un enfant

Madame, Monsieur,

Votre médecin ou votre sage-femme vient de vous confirmer que vous attendez un bébé.
Vous donnez la vie, et désormais, en qualité de parents, vous devenez responsable de votre enfant.
A la naissance, vous devrez assurer de manière solidaire le bien-être matériel, l'éducation et l'épanouissement de votre enfant.

Pour votre information, deux documents sont mis à votre disposition : pour vous, Madame, un carnet de maternité est diffusé par le service de la protection maternelle et infantile ; pour vous, Monsieur, un livret de paternité vous sera prochainement adressé.

Vous y trouverez des informations utiles sur la filiation, l'exercice de l'autorité parentale, les prestations sociales, le congé de maternité et le congé de paternité.

Votre médecin ou votre sage-femme vous a donné toutes les indications pour le suivi médical régulier de la grossesse.
Les sept examens médicaux mensuels obligatoires, vous seront remboursés à 100% par votre organisme d'assurance maladie.

envoyez :

- Immédiatement, et au plus tard avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, les deux premiers volets bleus à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales.
- Immédiatement, le volet de couleur rose à l'organisme d'assurance maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

The image shows two overlapping forms titled 'Premier examen médical grossesse'. The top form is blue and the bottom one is pink. Both forms contain various fields for patient information, medical history, and examination results. The pink form is tilted and partially overlaps the blue one.

A quel organisme devez-vous adresser les volets bleus ?

• Si vous recevez déjà des prestations familiales d'une CAF, d'une CMSA ou de la SNCF :

A l'organisme qui vous verse habituellement vos prestations.

• Si vous ne recevez pas encore de prestations familiales ou si vous recevez des prestations familiales d'un autre organisme :

- Vous devez tout d'abord, si vous vivez en couple, choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier.

Ce choix est important car l'organisme dont vous dépendez pour les prestations familiales et à qui vous devez adresser ces volets, est déterminé par la situation professionnelle de l'allocataire, ou par la situation du conjoint, si l'allocataire est sans activité professionnelle.

- Puis consultez le tableau ci-dessous.

SITUATION		ORGANISME COMPÉTENT
de l'allocataire choisi(e)	conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)	
salarié(e) - sauf de la SNCF ou employeur ou travailleur indépendant	quelle qu'elle soit	Caisse d'allocations familiales (CAF)
salarié(e) de la SNCF	quelle qu'elle soit	SNCF
exploitant ou salarié(e) agricole	quelle qu'elle soit	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)
sans activité professionnelle (1)	sans conjoint	Caisse d'allocations familiales (CAF)
	salarié(e) ou employeur ou travailleur indépendant ou sans activité professionnelle (1)	
	exploitant ou salarié(e) agricole	Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA)

(1) Y compris les pensionnés d'invalidité et de vieillesse, ainsi que les chômeurs, sauf pour les personnes ayant eu une activité agricole qui continuent de relever de la Caisse de mutualité sociale agricole.

Pourquoi un 2e volet bleu ?

• Pour que l'organisme chargé des prestations familiales l'adresse au service de protection maternelle et infantile qui est chargé de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

• Si votre grossesse présente un risque médical ou social particulier, et en accord avec votre médecin traitant ou votre sage-femme, ce service peut vous proposer une aide sous différentes formes : visite d'un technicien d'intervention sociale et familiale, aide ménagère, auxiliaire de vie sociale,

Si vous êtes salariée, à qui pouvez-vous aussi signaler votre grossesse ?

Les conditions de travail d'une femme enceinte font l'objet d'une surveillance particulière de la part de la médecine du travail à qui vous pouvez signaler votre grossesse.

Si vous ne connaissez pas les coordonnées de votre Caisse d'allocations familiales, renseignez-vous auprès de votre mairie ou sur Minitel (tapez 36 15 CAF) ou sur le site Internet "www.caf.fr".

ANNEXE 2

Forme de la déclaration lorsqu'elle est reçue par la sage-femme de PMI

IDENTITÉ		2006	
Mme	Née:		
Mr :		Née le:	Age:
Adresse :			
PROFESSION		GROSSESSE ACTUELLE	
De la mère : Inconnue	Exercée: Oui	Date de conception : 05/03/	
Du père : Profession intermédiaire		Terme prévu : 05/12/	
		Grossesse déclarée le : 17/05/	
		Par : MAT TOUL	
AUTRES RENSEIGNEMENTS		INTERRUPTION de GROSSESSE	
Nombre de grossesse(s) antérieure(s) : 2		le	
Nombre d'enfant(s) à charge : 2			
Temps de transport : 5 MN			
INFORMATION sur la GROSSESSE		Secret médical CMS : CMS VEZELISE	
<small>Liaison du médecin de P.M.I. à la sage-femme, établie à partir du document Cerfa n°60-3728 des organismes de prestations familiales Protection Maternelle et Infantile – D.I.S.A.S. Meurthe et Moselle</small>			

ANNEXE 3

Type de lettre de mise à disposition de la sage-femme

Le

Madame

54500 VANDOEUVRE

Mme VIEL
Sage-Femme

Madame,

Votre déclaration de grossesse est parvenue dans notre service par l'intermédiaire de votre organisme de prestations familiales.*

Les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont à la disposition de tous les futurs parents du département pour l'**entretien prénatal individuel ou en couple**.

Elles peuvent également vous apporter des **informations personnalisées** à propos :

- *du déroulement de la grossesse et de l'accouchement,*
- *de la préparation à la naissance et à la parentalité,*
- *de l'arrivée du bébé et de l'allaitement,*
- *des modes d'accueil de votre enfant,*
- *des droits (congé maternité et paternité, prestations, ...),*
- *du carnet de santé maternité (et vous le remettre si vous ne le possédez pas encore)**,*

et répondre à toutes autres questions.

Sage - femme de PMI de votre secteur, je peux aussi vous **accompagner** tout au long de votre grossesse, en complément du suivi effectué par votre praticien habituel (sage-femme, médecin).

Je vous propose un rendez vous à votre domicile

le

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

F. VIEL
Sage femme

*Art. L.2122-4 : Les organismes et services chargés du versement des prestations familiales sont tenus de transmettre sous huitaine au médecin responsable du service départemental de Protection Maternelle et infantile l'attestation de passation de premier examen médical, prénatal de leurs allocataires

**Art.L.2122-2 : toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse

ANNEXE 5

Fascicule d'information sur la PASS

Maternité Régionale de Nancy
10, rue du Docteur Heydenreich - BP 4213 - 54042 NANCY Cedex
Tél : 03 83 34 44 44 - Fax : 03 83 34 44 10

*Permanence d'Accès
aux Soins de Santé
pour la Femme*



Espace Lionnois
CHU de Nancy - 54000 NANCY
29, rue Lionnois - 03 83 85 97 04
Permanence médicale
et sociale
du lundi au vendredi
de 10h00 à 17h30



CHU de Nancy
Hôpital Central

Maternité Régionale

l'Espérelle
Maternité Régionale de Nancy
10, rue du Dr Heydenreich
54042 NANCY Cedex
Tél : 03 83 34 44 64
Permanence médicale et sociale
Du lundi au vendredi de 8 h 00 à 17 h 00

Avec vous,
une équipe,
des partenaires*,
à la recherche de solutions
pour vous aider à préserver un
bien essentiel :

« Votre santé »



MATERNITÉ REGIONALE DE NANCY

* structures médico-sociales, associations, médecins de ville ...

L'Espérelle,

un lieu d'accueil, de soins et d'accompagnement pour les femmes présentant un problème de santé et une absence ou insuffisance de couverture sociale.



Des consultations médicales spécialisées

La Maternité Régionale de Nancy répond à votre demande de soins dans les domaines suivants :

- ▶ Grossesse et accouchement
- ▶ Gynécologie
- ▶ Contraception
- ▶ Interruption de grossesse
- ▶ Stérilité
- ▶ Ménopause
- ▶ Soins au nouveau-né malade ou prématuré (néonatalogie)
- ▶ Violences sexuelles

Vous pouvez consulter un médecin ou une sage-femme qui, dans le cadre d'un entretien personnalisé, vous proposera une prise en charge adaptée à votre état de santé.

Un suivi social individualisé

Vous pouvez rencontrer une assistante sociale qui vous écoute, vous informe et vous oriente.

Elle vous accompagne dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de vos droits en matière de :

- ▶ couverture sociale (assurance maladie, C.M.U., aide médicale)
- ▶ prestations familiales et aide sociale

Elle assure un travail de coordination avec les différents partenaires médicaux et sociaux pour faciliter la continuité de vos soins.

Des examens complémentaires

Sur prescription médicale, peuvent être effectués à la Maternité Régionale des :

- ▶ Prises de sang
- ▶ Echographies
- ▶ Radiographies
- ▶ Examens biologiques

Et en partenariat avec l'Espace Linnéois du CHU de Nancy, tout examen nécessaire par votre état de santé.

Avance de médicaments

Si vous ne disposez pas de couverture sociale, des médicaments peuvent vous être délivrés par la pharmacie de la Maternité Régionale.

ANNEXE 6

Présentation du service social de la Maternité

LE SERVICE SOCIAL DE LA MATERNITE

Equipe :

- 1 assistante sociale à temps plein
- 2 assistantes sociales à 80 %
- 1 secrétaire à temps plein

Clientèle spécifique constituée par :

- les patientes hospitalisées ou consultantes dans tous les secteurs (maternité, gynécologie, orthogénie)
- les enfants hospitalisés au service de médecine néonatale

Les difficultés rencontrées par cette population peuvent être de différentes natures

:

- administratives, financières, matérielles, professionnelles
- familiales, relationnelles
- personnelles, psychologiques ou psychiatriques

MISSIONS ET ROLES DU SERVICE SOCIAL

- Information auprès des patientes célibataires des différentes démarches liées à la naissance d'un enfant naturel (déclaration, reconnaissance, nom de l'enfant, autorité parentale). Le service social est l'intermédiaire entre les mères et la mairie. Un officier d'Etat Civil se déplace deux fois par semaine à la maternité afin que les mères puissent effectuer la reconnaissance de leur(s) enfant(s) dans leur chambre.
- Accès aux soins et droit à la santé
- Prévention dans le cadre de la protection maternelle et infantile :
 - suivi de grossesse, soutien, orientation, liaison, accompagnement des grossesses et naissances à risque
 - signalement aux autorités judiciaires dans le cadre de l'enfance en danger
 - préparation du retour à domicile des enfants hospitalisés au service de médecine néonatale
- Entretiens pré-IVG dans le cadre du centre d'orthogénie
- Gestion du retour à domicile après intervention chirurgicale dans le secteur de gynécologie, maison de repos, aide à domicile
- Accueil des mineures en difficulté dans le cadre du centre de planification et d'éducation familiale
- Accompagnement des femmes accouchant sous X

ORIGINES DE NOS INTERVENTIONS

- Patiente elle-même
- Familles, amis, de la patiente
- Equipe médicale de l'établissement
- Equipe administrative
- Services sociaux de secteurs ou spécialisés

PARTENAIRES

- Equipe médicale de l'établissement
- Equipe administrative de l'établissement
- Services administratifs extérieurs : CAF, CPAM, mutuelles...
- Services sociaux extérieurs : secteurs, spécialisés
- Services d'aide à domicile
- Etablissements de soins, maisons de repos, hôpitaux, centres de soins psychiatriques
- Centres d'accueil et d'hébergement
- Associations : ADAPA, services de garde à domicile, secours catholique, associations de lutte contre diverses maladies (alcool, drogue, sida...)
- Mairies

METHODE D'INTERVENTION DE SERVICE SOCIAL

L'aide du service social s'exerce toujours dans le respect de la personne, respect du code de déontologie, du secret professionnel, de l'éthique professionnelle de la profession d'assistant de service social.

Elle se traduit par :

- l'accueil
- l'écoute professionnelle et l'entretien d'aide
- l'évaluation des situations et des besoins
- les objectifs de travail
- les plans d'action et la mise en œuvre des moyens nécessaires
- l'évaluation de l'intervention.

Cette méthodologie est propre au service social. Les assistants sociaux y sont formés pendant leurs études et veillent à parfaire leurs compétences par le biais de formations complémentaires.

Il s'agit surtout de travail social individualisé.

L'intervention auprès de personnes en difficultés nécessite d'harmoniser les prises en charge des différents professionnels et le service social est à l'origine de nombreuses réunions de concertation avec les autres intervenants.

Le service social a participé également à d'autres activités :

- accès aux soins, réseaux ville-hôpital
- Médecins du monde (convention)
- participation Carrefour Santé
- organisation d'expositions avec le kiosque Fami-Conseil
- rencontre de l'équipe obstétricale avec l'association des parents naissances multiples
- participation à un groupe de réflexion avec l'ASE sur l'accueil des tout-petits confiés par le service de l'aide sociale à l'enfance
- participation à des congrès et des colloques
- actions de formation : encadrement pédagogique de stagiaires assistants sociaux, formations à l'école d'aide-soignante, jury diplôme assistant de service social

MODES ET MOYENS D'INTERVENTION

Les demandes diverses et multiples faites à l'assistant de service social l'obligent à une organisation à la fois souple et rigoureuse.

Les tâches dévolues au service social nécessitent une organisation professionnelle efficace, reconnue par l'institution, permettant de prendre en compte les différentes demandes des usagers.

Pour répondre à ces missions, l'assistant de service social utilise différents moyens d'intervention :

- permanences
- visites dans les chambres ou au service de médecine néonatale
- participations à des réunions de service ou extérieures
- études des besoins et de projets (accès aux soins)
- projets d'actions en service ou en partenariat
- formation professionnelle

PROFIL DU POSTE

Il nécessite :

- une capacité d'écoute et d'analyse
- un sens du travail en équipe
- un sens du service public
- une forte motivation
- de la disponibilité
- une capacité à interroger et à faire évoluer sa pratique professionnelle
- une connaissance de la législation CPAM et CAF, de la législation relative à la filiation et du dispositif de protection de l'enfance

RICHIR Alexandra

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Ecole de Sages-femmes Albert FRUHINSHOLZ, NANCY

Titre du mémoire : La déclaration tardive de grossesse : identification des facteurs de risques psycho socio-économiques chez les femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 SA à la Maternité Régionale de Nancy entre le 01/01/09 et le 01/07/09.

Mots-clés : Déclaration tardive de grossesse, situations précaires, grossesses peu suivies.

Thèmes : La déclaration tardive de grossesse, ses conséquences obstétricales, ses facteurs de risques.

Résumé : L'étude menée en 2007 en France a montré que le taux de déclaration de grossesse après le délai réglementaire restait constant malgré une amélioration dans le suivi des grossesses.

Connaissant les conséquences parfois désastreuses de ces déclarations tardives et grossesses peu suivies, je me suis interrogée sur les facteurs de risque pouvant conduire à ces situations dans le but d'améliorer leur prise en charge et d'en prévenir les conséquences.

Pour cela, j'ai étudié les dossiers des assistantes sociales concernant les déclarations effectuées à la Maternité Régionale de Nancy après 20 SA entre le 01/01/2009 et le 01/07/2009 (25 dossiers).

Summary : The study carried out in 2007 in France showed that the rate of pregnancy notification after the legal period was constant in spite of the improvement of the follow up of the pregnant patient.

If we take into account the consequences often disastrous of these late notifications and pregnancies not well followed, I draw a list of the factors of risk that can lead to these situations in order to improve their follow up and to avoid the results.

For that, I studied the files of the welfare workers concerning the notifications made at the Regional Maternity of Nancy after 20 weeks of amenorrhea from 1st January 2009 to 1st July 2009 (25 files).