



Faculté de Médecine Jacques-Lisfranc

MEMOIRE DE STAGE NIVEAU 1 :
La grossesse en milieu précaire

Le 16 avril 2015

THIERMANT Magali

La grossesse en milieu précaire

Remerciements

Je remercie le Dr Rivollier pour l'aide du choix de la situation clinique et les axes à développer.

Un grand merci aux Dr Lebrun et Dr Droin, respectivement Maître de Stage et Tuteur de GAP pour leur relecture.

Et enfin merci à mes parents pour leur avis critique sur les premières relectures.

Sommaire

Acquisition de compétences	page 3
I. Récit de situation complexe authentique	page 5
II. Problématiques	page 7
1. Grossesse et VHC	page 7
2. Le suivi de grossesse dans un contexte de précarité	page 8
III. Conclusion	page 10
Bibliographie	page 11

Acquisition de compétences

1. **Dr Chomel** : son cabinet est situé à Chavanay en zone semi-rurale. C'est un cabinet informatisé regroupant deux médecins associés regroupés en SCM, présents chacun 4 jours par semaine. Il y a une secrétaire le matin et des remplaçants réguliers pour les vacances. La patientèle est plutôt composée de jeunes actifs avec beaucoup de pédiatrie. Etant titulaire du DU de gynécologie, le Dr Chomel suit des grossesses et assure le suivi gynécologique des femmes. J'ai pu voir quelques frottis cervico-vaginaux, mais pas de suivi de grossesse. J'ai fait quelques visites systématiques de nourrisson et donc pu manier le calendrier vaccinal et apprendre à conseiller les jeunes parents pour l'alimentation des nourrissons.
2. **Dr Lebrun** : Associée du Dr Chomel au sein du même cabinet, sa patientèle est également plutôt composée de jeunes actifs avec beaucoup de pédiatrie. J'ai pu faire des suivis de nourrissons ainsi que quelques examens obligatoires. Le Dr Lebrun est également homéopathe. Il utilise l'homéopathie surtout pour les enfants, autant en traitement de fond que lors d'une pathologie aigüe. J'ai donc appris quelques bases sur l'utilisation de l'homéopathie en complément des thérapeutiques médicamenteuses. J'ai également réalisé des sutures, un nettoyage d'abcès et vu deux petites chirurgies d'ongle incarné.
3. **Dr Rivollier, PASS St Etienne** : la PASS permet l'accès aux soins des personnes n'ayant pas d'assurance maladie. Elle est donc formée d'une équipe regroupant un assistant social, deux IDE, deux aides-soignantes et un dentiste. J'ai donc été confrontée à une population qui vit dans la précarité et qui est composée essentiellement de migrants. J'ai dû mener des consultations très différentes selon la provenance des patients, la présence ou non d'un traducteur, leurs origines et leurs connaissances médicales et apprendre à recadrer les motifs de consultation souvent multiples et pas toujours explicites. J'ai réalisé plusieurs débuts tardifs de suivis de grossesses et proposé de nombreux dépistages d'IST ainsi que leur prise en charge.

4. **Dr Vérot** : son cabinet est situé à La Grand-Croix en zone urbaine. Celui-ci regroupe deux médecins généralistes associés, regroupés en SCM avec une remplaçante régulière lors des vacances. Le cabinet est informatisé avec présence d'un secrétariat téléphonique en l'absence du médecin. Visites à domicile régulières notamment en EHPAD. Peu de gynécologie et pédiatrie du fait d'une patientèle plutôt vieillissante et de bas niveau socio-économique (immigrés logés dans un hôtel de proximité, bénéficiaires de CMU, sans emploi...) mais pas seulement. J'ai pu suivre plusieurs patients atteints de maladie chronique, quelques patients en cours de substitution de toxicomanie, et fait plusieurs visites à domicile et en EHPAD.

I. Récit de situation complexe authentique

Scénario de la situation clinique

Mme C, âgée de 35 ans, se présente à ma consultation à la PASS le 9 décembre pour un suivi de grossesse. Elle est géorgienne, en France depuis une semaine avec son mari et sa fille de 11 ans, pour faire une demande d'asile et n'a pas de couverture sociale. Elle ne parle pas français et est accompagnée de sa sœur qui parle bien français, fait la traduction et l'héberge. C'est sa troisième grossesse. Elle a une fille de 11 ans et a eu un autre enfant il y a 6 ans décédé à 4 jours d'une hydrocéphalie. Elle a subi 2 césariennes mais n'a pas d'antécédents médicaux, aucune allergie, ni habitude toxique.

Elle annonce via sa sœur qu'elle est enceinte depuis 3 mois. La date de ses dernières règles montre une grossesse à 11 semaines d'aménorrhée (SA). Elle dit avoir eu une échographie à 1 mois de grossesse en Géorgie qui s'est avérée être normale d'après la patiente. Elle a très peur d'une autre malformation et voudrait une autre échographie. Je lui explique que les délais pour avoir un rendez-vous d'échographie à l'Hôpital Nord vont être trop longs pour l'échographie de 12 SA, qu'elle peut faire une échographie en ville mais qu'elle devra payer cette échographie. Répondant ne pas pouvoir payer, nous prenons un rendez-vous pour l'échographie de 22 SA sur l'Hôpital Nord afin de bénéficier de la prise en charge. Mme C. est très angoissée par le risque de malformation et je suis désemparée car je ne peux rien lui proposer plus tôt. J'ai réussi à la rassurer sur le fait que l'échographie de 22 SA permettra de surveiller le développement du fœtus, qu'on pourra détecter d'éventuelles anomalies et que les interruptions thérapeutiques de grossesse sont possibles en cas de malformation importante en France (ce qui n'est peut-être pas le cas en Géorgie). J'expose les consignes de prévention contre la Listéria et la toxoplasmose que la patiente et sa sœur connaissent déjà, ce qui me soulage car les patientes angoissées ne se rappellent pas toujours de tout.

J'explique à Mme C qu'on doit faire une prise de sang au début de la grossesse avec différentes sérologies, le groupe sanguin etc... Elle les accepte sans problème. Je lui propose également un dépistage du VIH et des hépatites qu'elle finit par accepter après négociations et explications sur l'intérêt de ses sérologies, puisqu'elle vient d'un pays à risque. La patiente me dit les avoir faites il y a 5 mois et qu'elles étaient négatives. J'ai dû insister fortement, ce qui était gênant car la patiente avait l'impression que je ne la croyais pas. La sérologie de l'hépatite C s'avèrera être positive avec une charge virale importante*. L'annonce de

l'hépatite C active fut difficile avec la barrière de la langue pour les termes techniques mais des explications en russe ont pu être fournies à la patiente sur l'hépatite, l'absence de risque sur le développement fœtal et la grossesse, et l'abstention thérapeutique durant la grossesse. Mme C. ne s'attendait pas du tout à avoir une sérologie positive et se demande quand elle a attrapé cette hépatite. Je remarque une inquiétude permanente de Mme C. pour sa grossesse, du fait de la maladie annoncée et de ses conditions sociales. J'essaie de la rassurer en lui expliquant qu'on la verra souvent et qu'elle peut venir consulter en cas de problème, que son enfant sera surveillé après la naissance pour l'hépatite C, mais mes explications ont peu d'efficacité et Mme C. repart de la consultation encore inquiète et triste. J'ai l'impression de ne pas avoir terminé ma consultation et espère que Mme C. viendra bien au prochain rendez-vous.

Les difficultés de cette consultation ont résidé dans le fait de suivre une grossesse dans un contexte de précarité, avec la barrière de la langue pour les explications, les angoisses de la patiente, un manque de moyens financiers, un retard dans le suivi, une incertitude quant au suivi des rendez-vous... et la découverte d'une hépatite C active lors de cette grossesse.

II. Problématiques

1. Grossesse et VHC

Bibliographie

La prévalence de l'hépatite C chez les femmes enceintes est variable non seulement d'un pays à un autre, mais également dans un même pays, au regard de la littérature. Selon l'OMS, la prévalence mondiale chez les femmes enceintes est comprise entre 1 et 8% (1). Le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ne sont pas modifiés par l'infection par le VHC. Il n'existe aucune modification de la mortalité ou de la morbidité maternelle ou infantile et le terme survient dans un délai normal (2).

Une des problématiques de l'hépatite C pendant la grossesse est le risque de transmission maternofoetale. L'incidence de la transmission maternofoetale est de 3 à 10% (1). En revanche, on ne relève jamais de transmission du virus chez les femmes non virémiques (1). La contamination de l'enfant est affirmée après avoir observé la persistance de l'ARN du VHC sur au moins deux échantillons de sang avec un suivi de 18 mois. Les facteurs de risque de transmission maternofoetale sont un niveau de virémie élevé chez la mère (1) et une co-infection par le VIH (1). Le mode d'accouchement reste controversé selon les études et actuellement la césarienne programmée n'est pas recommandée dans la majorité de la littérature (1). Il est préférable de débiter une grossesse avec une charge virale indétectable, donc un traitement préalable, puisqu'aucun traitement n'est possible pendant la grossesse à cause de leur effet tératogène (3).

Retour au cas clinique

Lors de la réception du résultat de l'hépatite C, j'ai dû me renseigner sur les risques pendant la grossesse afin d'avoir les bonnes informations à fournir à la patiente que je devais voir en consultation plus tard dans la journée. J'ai donc expliqué à la patiente l'absence de risque concernant l'hépatite C sur sa grossesse et la surveillance nécessaire de son enfant après la naissance. Je lui ai également exposé la possibilité d'une césarienne, mais la décision sera prise par l'obstétricien.

Cette patiente présente un facteur de risque de transmission maternofoetale de VHC, qui est une charge virale élevée. Cette patiente étant dans un contexte de précarité et en

France depuis peu, nous n'aurions pas pu agir en amont de la grossesse puisque nous l'avons vu la première fois enceinte de 3 mois.

Pour limiter les difficultés d'annonce du VHC, j'aurai pu éventuellement contacter un traducteur par téléphone. Cependant cette pratique se fait de moins en moins car les personnes viennent souvent accompagnées d'un traducteur.

2. Le suivi de grossesse dans un contexte de précarité

Bibliographie

La précarité peut prendre différentes formes : précarité financière, précarité de conditions de vie, précarité sociale, précarité du lien affectif, précarité de la famille, précarité de l'emploi (4).

Dans les milieux précaires, avoir un enfant pour une femme qui n'a pas d'emploi ou un emploi peu épanouissant, est un moyen d'être reconnue, d'avoir un statut, et également une façon de combler un manque affectif (5). En dépit des problèmes matériels et financiers, la majorité de ces femmes sont heureuses d'être enceintes malgré l'absence de programmation de cette grossesse.

On observe dans ces milieux un début de prise en charge de la grossesse tardif et un moins bon suivi (6), notamment avec un nombre important de consultations en urgence du fait de pathologies non prises en charge ou tardivement prises en charge, et des rendez-vous non honorés. Ceci est lié à une méconnaissance du système, des difficultés d'accès, ou une indifférence ou refus de suivi. Cela peut être dû à une incompatibilité de ce dernier avec les habitudes de vie des patientes. Pour les femmes récemment immigrées, il s'agit plutôt de difficultés d'accès aux soins et de difficultés financières (5). Pour toutes ces raisons, la grossesse dans une situation de précarité doit être considérée comme une grossesse à risque. On observe également l'augmentation de la prévalence de plusieurs complications dans cette situation, en lien avec les conditions de vie.

Pendant la grossesse, chez les femmes en situation de précarité, on note plus d'anémies, d'infections urinaires ou génitales, de surpoids et d'obésité, de diabète gestationnel et plus de menaces d'accouchement prématuré (7). On note également plus de risque de prématurité, de retard de croissance in utéro, d'infections ou encore d'hypoxies fœtales aiguës.

Retour au cas clinique

Pour Mme C, il s'agit d'une précarité financière, de conditions de vie et sociale. Nous avons indiqué à la patiente les démarches à suivre pour faire la demande de CMU. Nous avons suivi la grossesse de Mme C. en tenant compte de ses difficultés financières avec notamment les prises de sang de suivi des sérologies à la PASS et des consultations rapprochées pour rassurer la patiente. Il est préférable de se montrer disponible afin que ces femmes viennent facilement consulter en cas de problème ou de doute afin d'éviter les retards de prise en charge de certaines pathologies. Pour limiter la rupture de soins, les patientes repartent de la consultation avec leur prochain rendez-vous, afin de pouvoir les rappeler lorsqu'elles ne se présentent pas à la consultation programmée.

III. Conclusion

Les recherches sur les effets du VHC sur une grossesse ont été intéressantes. Cela m'a permis de pouvoir rassurer une patiente qui souhaiterait une grossesse alors qu'elle est déjà porteuse du virus, ou de justifier le fait de faire la sérologie, qui n'est pas obligatoire, avant une grossesse désirée. Les futures mères s'inquiètent surtout des risques pour l'enfant et il faut avoir les informations nécessaires pour leur répondre, lors d'une consultation en médecine générale. L'annonce de l'hépatite C fut difficile, surtout car la patiente ne s'y attendait pas et était enceinte. Il a fallu que j'adapte mes propos en fonction de ses réactions, ce qui n'est pas simple et stressant.

L'entretien médical par l'intermédiaire d'un traducteur est une expérience particulière et déstabilisante. En effet, il fallait que je parle à la patiente tout en m'adressant à la traductrice pour qu'elle traduise, ce qui n'est pas simple lorsqu'on parle d'hépatite ou de grossesse avec des termes techniques parfois difficiles à traduire. Je ne savais pas non plus si la traductrice comprenait tout et traduisait correctement, je reformulais mes phrases souvent en utilisant des mots simples. J'espérais qu'elle traduisait tout, car étant de la famille de la patiente elle pouvait également être choquée par les diagnostics. J'arrivais tout de même à savoir ce que la patiente comprenait par ses réactions.

Connaître les particularités des grossesses en milieu précaire permet d'adapter notre discours et modifier nos habitudes de suivi afin que la patiente fasse son suivi le mieux possible pour dépister les complications (par exemple programmer le prochain rendez-vous pour le mois suivant et recontacter la patiente si elle ne vient pas). Il est important de connaître les difficultés de la patiente afin d'orienter les examens de dépistage non obligatoires et les lui justifier. A l'avenir, dans l'hypothèse d'une grossesse désirée, je ne manquerai pas de proposer aux femmes un dépistage des hépatites devant les possibilités de réduction du risque de transmission maternofoetale par un traitement en amont de la grossesse.

Bibliographie

1. Yeung C-Y, Lee H-C, Chan W-T, Jiang C-B, Chang S-W, Chuang C-K. Vertical transmission of hepatitis C virus: Current knowledge and perspectives. *World J Hepatol.* 2014 Sep 27;6(9):643–51.
2. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C. Paris, 26-28, February 1999, Consensus Statement. European Association for the Study of the Liver. *J Hepatol.* 1999 May;30(5):956–61.
3. Hépatite C et grossesse [Internet]. EM-Consulte. [cited 2015 Apr 4]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/7468/article/hepatite-c-et-grossesse>
4. Scoazec C. Grossesse et précarité: étude descriptive du réseau Solipam. 2011 [cited 2015 Apr 9]; Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633666/>
5. Mignot S. Grossesses précoces : des ados difficiles à suivre [Internet]. 2004. 4-8 p. Available from: http://pmb.santenpdc.org/opac/index.php?lvl=notice_display&id=18882
6. Mahieu-Caputo D. [Pregnancy and social vulnerability: the need for specific care]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2010 Feb;38(2):83–91.
7. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. [Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2005 Feb;34(1 Pt 1):23–32.