



EHESP

**Master 2 Promotion de la Santé
et Prévention**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **Septembre 2018**

**Trajectoires de soins des femmes
enceintes migrantes**

**Etude qualitative menée à la PASS du CHU de
Rennes**

Ana MILLOT

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier mes tutrices de stage Mmes Anne-Cécile HOYEZ et Clélia GASQUET-BLANCHARD pour leur encadrement, leur disponibilité et leur aide précieuse au cours de ce stage et lors de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie toutes les femmes migrantes qui ont accepté de me rencontrer, qui m'ont fait confiance et sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Je remercie également l'ensemble des professionnels qui ont accepté de me recevoir et ont pris de leur temps pour échanger sur leur travail, et plus particulièrement les professionnels de la cellule de coordination PASS et du réseau Louis Guilloux à Rennes.

Merci également à l'ensemble de l'équipe du projet MIGSAN pour leur accueil lors des journées de travail et leur confiance.

Et enfin, je remercie chaleureusement mes parents, ma grand-mère, Sarah et Arnaud, qui m'ont toujours soutenue et encouragée lors de mes études.

Sommaire

Introduction	1
1 Définitions des concepts.....	2
2 Etat des savoirs sur la question	6
3 Problématisation	17
4 La méthodologie employée	18
Partie 1 : Les parcours et expériences migratoires des femmes, des séries d'événements au premier plan dans les vécus de la grossesse	27
1 Diversité des parcours migratoires et singularité des expériences.....	27
2 La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France : du vécu sensible à la comparaison théorique	30
3 Le vécu et l'impact des difficultés pendant et après la grossesse.....	35
4 Des ressources dans les difficultés du quotidien	39
Partie 2 : La prise en charge par les professionnels à Rennes	43
1 Un réseau partenarial riche et fonctionnel à Rennes	43
2 Des conditions de travail pas toujours optimales	44
3 Existence de soins différenciés et de catégorisation de la part des soignants.....	47
4 Les questions de communication avec les femmes non francophones	51
5 Existence de visions différenciées chez les professionnels.....	52
Partie 3 : Comprendre en même temps le vécu des femmes migrantes et la prise en charge des professionnels	57
1 Prendre en charge des patientes migrantes : proposer ou imposer ?	57
2 Les séances de préparation à la naissance comme un outil pour promouvoir la santé des femmes migrantes ?	58
3 Parler de, et évaluer la précarité en consultation : un tabou dans la prise en charge du public étranger ?	61
Conclusion.....	63
Bibliographie	67
1 Articles.....	67

2	Ouvrages, mémoire	68
3	Webographie.....	69
	Liste des annexes	71
	Table des matières	I

Liste des sigles utilisés

PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
MIGSAN :	Migrations et Santé
ANR :	Agence Nationale de la Recherche
CNRS :	Centre National de la Recherche Scientifique
UMR :	Unité Mixte de Recherche
ESO :	Espaces et Sociétés (Laboratoire de recherche)
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ONU :	Organisation des Nations Unies
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RSA :	Revenu de Solidarité Active
HAS :	Haute Autorité de Santé
APNCU :	Adequacy of Prenatal Care Utilization
UE :	Union Européenne
SAFED :	Service d'Accompagnement des Femmes Enceintes en Difficulté
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
ASL :	Ateliers Sociaux Linguistiques
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
OQTF :	Obligation de Quitter le Territoire Français
CDAS :	Commission Départementale d'Aide Sociale
CMLG :	Centre Médical Louis Guilloux
CMU :	Couverture Maladie Universelle
AME :	Aide Médicale d'Etat

Introduction

La France, pays d'immigration, accueille une population assez jeune (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). En effet, en 2015, 22% des naissances vivantes concernaient des femmes nées à l'étranger : 8% en Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie), 6% en Afrique subsaharienne, 4% en Europe, 2% en Asie, 1% en Amérique et 1% en Turquie (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017 : source INSEE 2015).

L'arrivée de migrants en France pose nécessairement la question de leur prise en charge sanitaire et sociale, que ce soit pour les décideurs politiques que pour les professionnels de santé ou les chercheurs en sciences sociales. En effet, les facteurs pré-migratoires et migratoires de vulnérabilité délétères (Mestre, 2017, p. 103) aggravés par la violence de la migration et la violence structurelle nécessitent une attention particulière. Tout cela explique que les migrants constituent un groupe dit vulnérable, et en particulier les femmes en période périnatale. Ces femmes, comme nous le verrons par la suite, cumulent des facteurs de risque et sont particulièrement exposées aux complications de la grossesse et de l'accouchement, et à la mortalité périnatale (Mestre, 2017, p. 103). De plus, leur expérience migratoire influe considérablement sur l'événement de naissance et leur trajectoire de soins en lien avec la grossesse.

La lutte contre les inégalités sociales de santé constitue un élément phare de la promotion de la santé, qui est définie dans la charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Tenter de réduire les inégalités est devenu un « impératif tant éthique, social qu'économique et un objectif pour tous les systèmes de santé » (Guichard et Dupéré, 2017, p. 98).

Ce mémoire a comme objectif d'étudier, au travers du concept de trajectoires de soins, les spécificités de la prise en charge des femmes migrantes dans le contexte local de la ville de Rennes. L'étude autour de ce concept va nous permettre de nous intéresser au contexte de vie en migration de ces femmes dans le cadre de leur grossesse ainsi que les conditions d'exercice des professionnels qui les prennent en charge. Ma formation initiale en soins infirmiers m'a aidée à appréhender les particularités de la prise en charge médicale et paramédicale de ces personnes.

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre du programme de recherche MIGSAN « Expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France », dans lequel j'ai été stagiaire d'avril à juillet 2018 (cf. annexe 1), en lien avec l'axe de recherche qui consiste à « aborder les trajectoires de soins du point de vue des primo-arrivants et des expériences vécues lors des épisodes de

maladie, des conditions de logement et des changements dans la cellule familiale », notamment la trajectoire de soins en lien avec la grossesse.

Encadré : Programme de recherche MIGSAN

Le programme de recherche MIGSAN, financé par l'ANR (Agence Nationale de Recherche) 2016-2019 et porté par Anne-Cécile HOYEZ¹, traite des inégalités sociales en se focalisant sur celles qui concernent la santé et l'accès aux soins des primo-arrivants et des dynamiques sociales et spatiales en jeu dans le continuum des soins. Il s'agit d'une réflexion sur les expériences des primo-arrivants et leurs trajectoires de soins, avec l'analyse des pratiques des professionnels prenant en charge ces personnes.

La particularité de cette étude sur la trajectoire de soins des femmes enceintes primo-arrivantes est qu'elle a été menée en parallèle à Strasbourg par une étudiante en Master de sociologie. L'objectif sera de comparer ultérieurement les deux terrains, de Strasbourg et de Rennes, dont les fonctionnements et les prises en charge diffèrent.

Les femmes enceintes ou ayant accouché que j'ai rencontrées lors de cette étude ont toutes été suivies par la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Rennes. Comme nous le verrons par la suite, ces dispositifs PASS, rattachés le plus souvent aux structures hospitalières publiques, visent à prendre en charge de manière globale les populations précaires en leur permettant d'avoir un accès aux soins et de les accompagner vers les dispositifs de droits communs existants. Une entrée par la PASS est donc pertinente car cela nous permet de rencontrer des femmes migrantes, le plus souvent sans couverture sociale, se trouvant sans hébergement et/ou ayant d'importants problèmes financiers.

1 Définitions des concepts

Appréhender la question des trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes nécessite de définir et d'explicitier les concepts et notions mobilisés dans la recherche.

Le concept de « trajectoire de soins » dans le champ de la sociologie qualitative a été développé par Strauss (Strauss, 1978 dans Strauss, 1991) en premier lieu dans ses travaux sur les maladies chroniques. Ce concept peut néanmoins être adapté à la grossesse. Selon Pian, il s'agit de « l'ensemble du travail d'organisation du cours de la maladie effectué par les malades, leurs proches et les professionnels de santé, tout en tenant compte des conséquences de ce travail sur les différents acteurs en présence » (Pian, 2014). Le concept de « trajectoire » est nécessaire selon Strauss à une « appréhension sociologique » de la gestion de la maladie, en permettant

¹ Anne-Cécile HOYEZ, chargée de recherche CNRS, UMR ESO/Université Rennes 2

« d'ordonner de manière analytique l'immense variété des événements qui entrent en jeu – chaque fois que les patients, leur famille, et les personnels cherchent à contrôler et à affronter ces maladies » (Strauss, 1991, p. 144). Plusieurs auteurs ont par la suite privilégié cette notion de « trajectoire de soins » plutôt que celui de « parcours de soins » ou « itinéraire thérapeutique ». En effet, ces notions abordent soit le soin en contexte institutionnel (le « parcours de soins » au sens des attendus pour le système de santé) ou soit en plaçant la focale uniquement sur les expériences des malades (« itinéraire ») tout en permettant d'identifier des cas de non-recours, sur-utilisation ou sous-utilisation des services de santé (Gasquet-Blanchard, Hoyez, 2015), mais sans entrer dans la question des contextes sociaux des choix effectués à la fois par les patients, leurs proches et les institutions dans le soin. Sur la question de la migration et de la grossesse, des recherches ont montré que « l'essentiel de la trajectoire d'une maladie chronique ne se situait pas à l'hôpital mais à la maison et que les problèmes rencontrés ne se posaient pas uniquement à la personne malade » (Strauss, 1991, p.35), d'où l'importance de la prise en compte de l'environnement socio-familial de la personne. De plus, le terme de trajectoire permet d'appréhender toute l'organisation du travail déployé, ainsi que le retentissement de ce travail et de son organisation sur ceux qui s'y trouvent impliqués (Strauss, 1991, p.143-144). Il permet également de prendre en considération le patient car ce dernier peut réagir et « affecter le travail en question » et peut bien évidemment « participer au travail proprement dit » (Strauss, 1991, p.145). Les trajectoires peuvent parfois se révéler complexes et « hautement problématiques », et cela pour différentes raisons² (Strauss, 1991, p.145). Le rôle actif du patient ayant la possibilité de choisir parmi diverses possibilités, telles qu'une volonté de retour au domicile ou de prise d'une thérapeutique, parfois en contradiction avec l'avis médical, peut également rendre ces trajectoires complexes (Strauss, 1991, p.154).

Le terme « primo-arrivant » est défini selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) comme « toute personne étrangère qui arrive pour la première fois en France en provenance de l'étranger. Mais ce terme recouvre des réalités très différentes selon les raisons de l'arrivée en France. On distingue : les personnes restant en France pour une durée déterminée (statut d'étudiant, de travailleur saisonnier ou de demandeur d'asile) ; les personnes amenées à séjourner durablement en France : celles ayant un contrat de travail, celles venues rejoindre leur conjoint ou un membre de la famille, les réfugiés ou régularisés » (INSEE).

Le terme « migrant », très employé dans le langage courant et abondamment utilisé par les médias en France, était à l'origine utilisé pour remplacer les termes à connotation plus négative

² Notamment dans le cas de trajectoires de polyopathologies, entraînant la participation de nombreux acteurs avec une confusion dans la coordination de la prise en charge.

tels que « sans-papiers » ou « clandestins » (Guégan, Boschet, 2017). Sa définition diffère en fonction de la perception des auteurs ou des institutions. La définition suivante de la Division Populaire de l'ONU (Organisation des Nations Unies) fait consensus. Elle est reprise par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) : « bien qu'il n'existe aucune définition universellement acceptée [...], un migrant international a été défini à des fins statistiques comme une personne qui change son pays de résidence habituelle ». Cependant, cette définition prend uniquement en considération le changement de résidence et d'Etat lors de la migration. La durée d'installation pourrait être prise en compte, en définissant deux types de migrants : le migrant à court terme et le migrant à long terme. Guégan et Boschet nous en proposent une définition : « un migrant à long terme est une personne qui établit sa résidence dans un autre pays pour une durée d'au moins un an, tandis qu'un migrant à court terme se rend dans un pays autre que son pays de résidence habituelle pour une durée supérieure à trois mois mais inférieure à un an. Les déplacements à court terme à des fins de loisirs, de vacances, de visites à des amis et des parents, d'affaires, de traitement médical ou de pèlerinage religieux ne sont pas pris en compte, autrement dit les personnes qui changent de pays de résidence pour ces raisons pour une durée inférieure à un an ne sont pas considérées comme des migrants » (Guégan, Boschet, 2017). En France, l'INSEE a défini le terme de « migrant » pour désigner « toute personne née à l'étranger, qu'elle ait acquis ou non la nationalité française » ce qui exclut théoriquement les migrants de deuxième ou troisième génération (Bouchaud, 2007). Les différentes définitions peuvent induire une confusion dans l'utilisation du terme « migrant », et ce terme doit donc être utilisé avec précaution. En effet, il n'est pas rare de constater des distinctions faites parmi les « migrants », entre ceux qui choisissent de partir pour des raisons économiques, et les « réfugiés et demandeurs d'asile », considérés comme contraints de partir pour des motifs politiques ou autres (La Cimade³). Ce terme étant très employé par ailleurs, il peut avoir une connotation plus politisée que le terme « primo-arrivant ». Dans ce mémoire de recherche, j'ai fait le choix de privilégier le terme de migrant, car parmi les femmes que j'ai rencontrées, certaines ne correspondaient pas totalement à la définition de « primo-arrivant ». En employant le terme « migrant » dans ce mémoire, je ne fais pas de distinction entre « migrant » et « demandeur d'asile et réfugié ». Les statuts migratoires sont variés parmi les femmes rencontrées et la diversité des profils a été recherchée. Cela sera revu dans la partie « méthodologie employée » (cf. p.21).

Il est essentiel de définir le terme « précarité », puisque cette situation concerne souvent les migrants dans plusieurs domaines, tels que la situation socio-économique, le logement, la

³ <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>

situation vis-à-vis de l'emploi, les diplômés et l'état de santé (Adam, 2017, p.94). En 1998, le Haut Conseil de Santé Publique considère la précarité comme le « résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences débouchant sur des situations de fragilisation économique, sociale, familiale » (Adam, 2017, p.94). Ainsi, la précarité résulte de « l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même » (Micheletti, 2017, p.35). La précarité est multidimensionnelle : elle peut être d'ordre administratif en raison du statut migratoire, parfois d'ordre affectif à cause d'un isolement, d'ordre psychologique et d'ordre culturel puisqu'il y a parfois une méconnaissance des codes sociaux (Bouchaud, 2007).

Le terme « vulnérabilité » était initialement utilisé en médecine, en psychiatrie et en gérontologie, avant d'être remplacé par le terme « fragilité ». Il s'est par la suite imposé en économie, en statistique et en expertise sur le développement, et depuis les années 90, fait son apparition dans les sciences humaines et sociales. Les mots utilisés pour désigner les personnes en difficulté sociale n'ont cessé d'évoluer : « indigents » et « pauvres » au XIXe et début du XXe siècle, « économiquement faibles » dans les années 40-50, « marginaux » dans les années 60-70, « précaires » dans les années 80, « exclus » dans les années 90 (Brodiez-Dolino, 2013). Dans les années 2000, le terme « vulnérabilité » tend à remplacer celui d' « exclusion » en sociologie, devenu controversé (Brodiez-Dolino, 2015). Ainsi, la substitution par le terme de vulnérabilité permet de mettre l'accent sur des « mécanismes de fragilisation et de blessures polymorphes que l'action sociale tente, depuis les années 1980, de panser de façon multidimensionnelle » (*ibid.*). Le recours au concept de vulnérabilité est aujourd'hui généralisé au point que celle-ci est devenue une « catégorie analytique à part entière » qui sert à « désigner les publics cibles de l'action sanitaire et sociale comme les formes de pauvreté et de précarité et est indissociable de leur traitement par l'action publique (*ibid.*). Cette notion de vulnérabilité selon Adam permet une « analyse globale de l'individu et de ses rapports au monde qui l'entoure » (Adam, 2017, p.96). Cinq facteurs à l'origine d'un état de vulnérabilité peuvent être repérés : i) un état précaire ou déficient, ii) la dépendance physique, psychique ou liée à une addiction, iii) une difficulté de communication ou de compréhension, iv) l'exposition à des violences directes ou indirectes, v) l'absence de droits d'accès aux dispositifs de protection sociale (Adam, 2017, p.97).

Néanmoins, le terme de précarité est encore utilisé en sciences sociales par certains auteurs. Ravon (2014) explique les différences entre la vulnérabilité et la précarité. Il s'agit de deux concepts « révélateurs des évolutions sociales contemporaines » mais la vulnérabilité, selon lui, se rapproche d'une « forme de fragilité et serait donc réversible », tandis que la précarité semble bien « irréversible dans ses 'effets dévastateurs sur la puissance de vie sociale' ». D'après lui, la vulnérabilité est la « cible » des tournants des politiques sociales actuelles et se réfère aux notions de « care ou d'empowerment ». En effet, la personne « vulnérable » a cette double particularité d'avoir « besoin d'être soutenue (le Care) et d'être activée dans sa vie sociale, économique et citoyenne (empowerment et développement du pouvoir d'agir) ». D'après Soulet (dans Brodriez-Dolino, 2015), « la vulnérabilité souligne un déficit de ressources ou le manque de conditions cadres affectant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même ». Cette notion de vulnérabilité avec l'idée que « nous sommes tous vulnérables mais disposons aussi de ressources mobilisables pour retrouver davantage d'autonomie », apparaît « pleinement congruente avec les nouvelles politiques d'empowerment » selon Brodriez-Dolino (2015).

A la suite de ce mémoire sera préférentiellement utilisée la notion de « vulnérabilité ». Néanmoins, comme de nombreux auteurs utilisent toujours le terme « précarité », certaines références à cette notion seront tout de même utilisées.

2 Etat des savoirs sur la question

2.1 Du « phénomène migratoire » aux « parcours migratoires »

Les migrations internationales peuvent être considérées comme un « phénomène global irrépessible » avec la révolution des transports et le processus de mondialisation de la production, de la consommation et des représentations (Guégan, Boschet, 2017). Cependant, bien que largement abordées dans les médias et la classe politique, elles restent « un phénomène de faible ampleur » qui ne concerne environ que 3,5% de l'humanité (Guégan, Boschet, 2017, p.65). Malgré cela, les migrations internationales vers les pays dits « développés » font l'objet de contrôles stricts via des politiques sécuritaires, un renforcement des barrières réglementaires et une militarisation des frontières depuis le 11 septembre 2001, dans le cadre de politiques migratoires européennes (Rouilleau-Berger, 2010). Ces politiques migratoires ont un réel impact sur la manière dont sont perçus les migrants dans la société, notamment par le biais des médias qui tendent à représenter les migrants comme un « groupe homogène » (Mestre, 2017, p.100). Or, les migrants ne peuvent constituer un « groupe homogène » car les causes de migration sont

multiples (Roulleau-Berger, 2010), tout comme les contextes socio-économiques et leurs histoires de vie. La migration est un acte physique mais également psychique. Le changement de lieu sous-tend de profondes modifications de langue, de références culturelles et sociales, et de perte de ce qui fondait une relation de familiarité avec le monde (Mestre, 2017, p.103).

Cette épreuve migratoire, avec parfois une confrontation à des événements traumatisants (guerres, violences, catastrophes) dans le pays d'origine et/ou lors du parcours migratoire (Georges-Tarrangano *et al.*, 2017), montre combien les « biographies individuelles se sont brouillées, comment elles sont apparues moins linéaires » (Roulleau-Berger, 2010). Par ailleurs, cette migration est vécue différemment selon les personnes. En effet, certains ont conservé des contacts avec leur famille alors que d'autres entretiennent des liens sporadiques. Certains regrettent d'être partis, d'autres conservent l'objectif de vivre et de s'installer en Europe (Pian, 2010). Certains migrants ont été victimes ou témoins de violences lors de leur parcours migratoire, qu'elles soient physiques ou psychologiques. Canut et Pian parlent de « violences aux frontières », avec notamment la multiplication du nombre de morts aux frontières, de la violence physique, verbale, mais aussi institutionnelle et politique envers les migrants. (Canut, Pian, 2017). Quant aux migrations féminines, elles ont longtemps été « invisibilisées ». Bien que nous ne puissions parler de féminisation de la migration internationale puisqu'elle ne représente, en 2013, que 48% des migrants internationaux, il a été constaté une très légère augmentation puisqu'elles représentaient 47% de ces derniers en 1960 (Dumitru, Marfouk, 2015). Ces dernières années, les femmes migrantes sont devenues une priorité des politiques d'intégration, car elles représentent un « public économiquement et socialement souvent plus fragile que la moyenne de la population » (Gourdeau, 2015), d'où la nécessité de poursuivre des recherches scientifiques sur cette population vulnérable.

2.2 Situation de vulnérabilité des migrants, et plus particulièrement chez les femmes

Les difficultés sont multiples et de plusieurs ordres à la fois pour les hommes et pour les femmes. Tout d'abord, les immigrés en France ont souvent un niveau d'études plus faible, une situation économique délétère et des ressources moindres avec une dépendance plus fréquente vis-à-vis des allocations chômage et du revenu de solidarité active (RSA) (Azria *et al.*, 2015). Les conditions de vie des populations immigrées sont variables et dépendent bien souvent du temps écoulé depuis leur arrivée sur le territoire (*ibid.*). Il a été constaté une détérioration de l'état de santé des migrants dans les pays d'accueil due aux conditions de vie difficiles et incertaines (Georges-Tarrangano *et al.*, 2017), à une exposition cumulée au nouvel environnement physique et social et

aux phénomènes d'acculturation induisant des changements de comportement avec une augmentation de l'indice de masse corporelle, l'apparition de comportements sédentaires et une consommation d'alcool et de tabac (Azria, 2015). Ces conditions de vie sont difficiles et peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et psychique.

En outre, les difficultés liées à la compréhension des démarches effectuées et du fonctionnement du pays dans lequel ces personnes arrivent sont importantes, et ce d'autant plus pour les migrants non francophones. Ils sont de plus souvent victimes de racisme, de xénophobie et de discriminations qui fragilisent leur situation et compliquent l'accès aux soins. Ils connaissent également des difficultés d'accès à leurs droits (Thiollet, 2016, p. 102). Selon Médecins du Monde, l'accès aux services de santé est en principe garanti. Cependant, bon nombre de migrants ne connaissent pas leurs droits et certains professionnels de santé refusent de les prendre en charge, bien que la loi l'interdise. Cette vulnérabilité juridique est particulièrement évidente dans le cas de l'immigration irrégulière et des sans-papiers qui craignent d'être dénoncés s'ils revendiquent leurs droits (*ibid.*).

Les discriminations dont sont victimes les migrants compliquent également l'accès au travail (*ibid.*). En France, certains emplois sont fermés aux étrangers, ce qui les contraint à une situation d'« invisibilité sociale » s'exprimant par la « non-reconnaissance des savoirs, qualifications, formations et expériences professionnelles » qui peut être vécue comme une forme de « violence symbolique » (Rouleau-Berger, 2010). Cela est d'autant plus fréquent chez les femmes qui sont contraintes d'exercer des emplois déqualifiants alors qu'elles sont en réalité surqualifiées (*ibid.*). De plus, les femmes connaissent souvent un isolement plus important et un affaiblissement des appuis familiaux et sociaux lié au déracinement (Azria *et al.*, 2015). Les répercussions du traumatisme de l'exil et des éventuelles violences subies (Revault, 2017, p.192) amplifient cette situation de vulnérabilité dans laquelle peuvent se trouver les migrants de manière générale, mais cela est amplifiée chez les femmes migrantes de par leur isolement social.

2.3 Les inégalités sociales de santé et la santé maternelle et périnatale des étrangères en France

En France, les inégalités sociales de santé⁴ demeurent plus importantes que dans les autres pays d'Europe occidentale (Gelly, Pitti, 2016). Elles concernent les processus qui entrent en jeu pour

⁴ Les « inégalités sociales de santé » sont définies selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « des différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (OMS, 2011). L'OMS considère les inégalités sociales de santé comme de véritables inéquités en santé, c'est-à-dire comme des « différences dans le domaine de la santé qui sont

expliquer les différences en termes d'état de santé et d'accès aux soins qui existent entre migrants et non-migrants, mais aussi entre groupes de migrants (Cottereau, Hoyez, 2012). Parmi ces inégalités, celles qui concernent la santé maternelle entre femmes immigrées et femmes nées en France sont bien documentées dans la littérature (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). En effet, les femmes immigrées ont souvent une situation socio-démographique moins favorable que le reste de la population, ce qui peut rendre plus difficile l'accès aux soins et donc accroître les risques périnataux (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012)

Les inégalités sociales de santé influent sur la morbidité périnatale et la santé des enfants. Le cumul des « insécurités physiques et psychiques subies en période périnatale » est devenu un véritable enjeu de santé publique (Herschorn Barnu, 2017). Plusieurs études ont montré des liens étroits entre les facteurs de vulnérabilité psychosociaux et les risques périnataux. Il existe des corrélations entre les inégalités sociales et les risques d'anomalies congénitales, de prématurité, de petit poids ou d'accroissement des examens médicaux non réalisés pendant la grossesse pour raisons financières (Bernard, 2016).

2.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes étrangères en France

En 2010, les femmes enceintes de nationalité étrangère étaient plus âgées que les Françaises, notamment chez les femmes d'Afrique subsaharienne : 23% d'entre elles avaient 35 ans et plus, comparé aux 19% des Françaises (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). La multiparité était en outre plus fréquente : 23% des femmes d'Afrique subsaharienne accouchaient de leur quatrième enfant ou plus contre 7% des Françaises (*ibid.*). Par ailleurs, leur niveau d'études était souvent plus faible (*ibid.*). Néanmoins, il a été constaté que les femmes de nationalité étrangère étaient plus souvent mariées ou en couple que les Françaises et qu'elles résidaient aussi deux fois plus souvent seules ou sans leur partenaire (*ibid.*). Les femmes étrangères sont beaucoup moins nombreuses à occuper un emploi pendant la grossesse : un quart des femmes d'Afrique subsaharienne travaillait contre trois quarts des Françaises (*ibid.*). Les femmes dont le ménage percevait des allocations chômage ou le RSA (Revenu de Solidarité Active) étaient plus nombreuses parmi les femmes d'Afrique du Nord ou subsaharienne : le ménage de 7% des femmes d'Afrique subsaharienne n'avait aucune ressource contre 0,5% des Françaises (*ibid.*). Le renoncement à des examens ou consultations pour des raisons financières était de 4,4% en 2010 pour l'ensemble des femmes (Azria, 2015). La corpulence des femmes originaires d'Afrique subsaharienne était plus forte que celle des Françaises, tandis que les femmes d'autres nationalités avaient une corpulence plus faible (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). Le surpoids et l'obésité induisent un risque plus élevé de

inacceptables et potentiellement évitables, mais de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. » (Harpet, 2017, p. 84-85)

développer des pathologies cardio-vasculaires telles que l'hypertension artérielle, le diabète, des problèmes respiratoires entre autres.

2.3.2 Une population considérée comme étant à risque

Du fait de ces données épidémiologiques soulignant en particulier leur plus forte exposition aux complications de la grossesse et de l'accouchement et à la mortalité périnatale, les femmes étrangères en période de grossesse entrent dans la catégorie « population vulnérable » pour les soignants. Par ailleurs, le cumul de ces risques médicaux avec d'autres facteurs de risque corrélés avec une prématurité plus importante, comme par exemple une situation sociale précaire et un bas niveau d'études ou encore les effets délétères de certains parcours et expériences migratoires (Mestre, 2017, p.103-104), influencent considérablement sur l'événement de la naissance.

Parmi les femmes immigrées, celles originaires d'Afrique subsaharienne représentent la population la plus à risque. Elles sont globalement plus âgées, avec un plus grand nombre d'enfants, un niveau d'études plus faible et des ressources plus basses, un moins bon suivi prénatal en dépit des pathologies qu'elles présentent (souvent moins de 3 échographies réalisées lors du suivi)⁵ (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012), un risque plus élevé de césariennes (35% contre 19,9% des Françaises), un risque plus élevé de mortalité, de prématurité et de faible poids de naissance de leurs nouveau-nés (Enquête nationale périnatale de 2010 ; Sauvregain, 2015).

Par ailleurs, de nombreuses recherches montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité et de faible recours aux soins. Les personnes en situation de précarité cumulent les facteurs de risque et présentent des pathologies à des stades plus avancés que les autres (Micheletti, 2017, p.36).

Les risques somatiques et psychiques directs encourus par la mère et son enfant du fait de la grande précarité sont bien documentés : deux tiers des mères et un tiers des enfants sont anémiés, près de huit familles sur dix et deux enfants sur trois souffrent de la faim. Selon l'Observatoire du Samu social de Paris, 29% des mères hébergées par le 115⁶ souffrent de dépression, la moitié des enfants manifestent des troubles émotionnels ou du comportement, des troubles de l'attention et de l'hyperactivité ou des troubles relationnels (Herschkorn Barnu, 2017).

Néanmoins, la grossesse peut être un moyen de consulter le corps médical pour des femmes qui ont parfois été longtemps dans une errance médicale. Azria affirme que la « grossesse est l'occasion pour certaines femmes d'entrer en contact avec des acteurs du milieu médico-psycho-

⁵ D'après la HAS (Haute Autorité de Santé), il est recommandé d'effectuer 3 échographies au cours de la grossesse.

⁶ Le 115 est la plate-forme de premier accueil venant en aide aux personnes sans-abris en France.

social susceptibles de contribuer à améliorer leur niveau de vie ». Néanmoins, il ajoute que « cette période peut aussi majorer l'isolement de certaines femmes et accroître la précarité dans laquelle elles se trouvent » (Azria, 2015).

2.3.3 Un suivi prénatal inadéquat et des soins sous-optimaux

Il existe une relation entre un suivi réduit et un risque périnatal et maternel chez les femmes les plus vulnérables socialement et notamment les femmes immigrées (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). Le risque de suivi non-optimal pendant la grossesse et de soins périnatals inadaptés est accru et découle d'une situation de précarité (Vigoureux, Goffinet *et al.*, 2017).

Le taux de suivi prénatal inadéquat⁷ s'avère différent suivant le lieu de naissance des femmes : celles nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont un taux de suivi inadéquat très élevé, atteignant 34,7% contre 17,3% pour celles nées en Afrique du Nord (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). Des soins sous-optimaux⁸ sont retrouvés pour les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne dans 78% des cas (Sauvegrain, 2015).

Le risque de suivi inadéquat est associé à l'immigration récente (moins d'un an avant le début de grossesse) et cette association persiste après la prise en compte de facteurs sociaux comme l'absence de revenus, de couverture sociale au début de la grossesse, une habitation stable, un isolement ou une situation irrégulière (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). D'autres facteurs augmentent le risque de suivi prénatal inadéquat tels que le jeune âge, un manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil, un faible niveau d'éducation, une grossesse non planifiée, l'absence de couverture sociale, une grande multiparité et une appartenance à une minorité ethnique (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017 ; Azria, 2015). De plus, un suivi sous-optimal est associé avec un risque accru d'accouchement prématuré ou de retard de croissance intra-utérin (Blondel, Marshall, 1998 ; Wilcox et coll., 1995 ; Barros et coll., 1996), mais également avec un niveau de risque maternel accru (Azria, 2015).

⁷ Le suivi prénatal est « défini à partir d'un indice inspiré des indices américains les plus utilisés et les plus étudiés dans la littérature : l'indice de Kessner, l'APNCU (Adequacy of Prenatal Care Utilization) et celui de Kotelchuck, mais adaptés aux recommandations françaises de suivi prénatal énoncées par la Haute Autorité de Santé ». Le suivi inadéquat est « défini comme un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée et/ou comprenant moins de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel d'accouchement et/ou dans lequel une échographie du 1^{er} trimestre et au moins une autre parmi celle des 2^e et 3^e trimestres n'ont pas été réalisées ». (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017)

⁸ Les soins sous-optimaux sont définis comme un « écart à ce qui est considéré comme une bonne pratique ou un standard de suivi, jugé par rapport aux recommandations des sociétés savantes, groupes professionnels et agences (pour la santé maternelle, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, la Haute Autorité de Santé, ...) ou par rapport aux bonnes pratiques usuelles » (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017)

2.3.4 Inégalités dans la surveillance prénatale, l'accouchement et l'issue de la grossesse

Les études sociodémographiques et épidémiologiques ont également souligné des différences relatives aux parcours de suivi de grossesse. D'une part, il apparaît que les femmes étrangères bénéficient moins souvent que les Françaises des sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse sans complication (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). D'autre part, les études notent que les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sont plus souvent hospitalisées au cours de leur grossesse que les autres femmes (26% contre 18,5% pour les autres groupes) et ont une fréquence plus élevée d'hypertension et de diabète gestationnel (*ibid.*).

Par ailleurs, il existe des inégalités de recours au dépistage et au diagnostic prénatal, car l'accès aux soins en période prénatale reste inégal et varie selon les caractéristiques socio-économiques des femmes (Azria, 2015). De plus, en cas de diagnostic prénatal d'une anomalie grave, le choix d'une interruption médicale de grossesse sera plus fréquent dans les classes sociales les plus favorisées, entraînant ainsi des inégalités de mortalité néonatale en cas d'anomalie congénitale (*ibid.*).

Enfin, il a été constaté que les césariennes sont plus fréquentes chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (35% contre 19,9% des Françaises). Le taux d'accouchement par césarienne est de 20,4% pour les femmes originaires d'Europe, 21,4% et 22,7% pour les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'autres origines respectivement (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). En outre, la prématurité est plus fréquente chez les nouveau-nés des femmes d'Afrique subsaharienne (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). Certaines études établissent des liens entre l'accouchement prématuré et des événements de vie stressants tels que des problèmes en lien avec l'habitat, les revenus, l'isolement ou la violence, l'anxiété, la dépression ou encore le stress au travail (Azria, 2015). Le taux d'hypotrophie à la naissance est significativement plus élevé pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne que pour les femmes françaises (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012)

2.3.5 Une mortalité et morbidité maternelle accrue

Bon nombre d'études montrent que les femmes et leurs nouveau-nés en situation de grande précarité psychosociale ont une morbidité et une mortalité majorées par rapport à celles de la population générale. En effet, il y a plus de prématurés, plus de nouveau-nés de petit poids, plus de césariennes et plus de transferts dans des services spécialisés à la naissance chez ces nouveau-nés (Hersch Korn Barnu, 2017).

Si la mortalité maternelle en France est similaire à celle des autres pays européens (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017), il existe néanmoins un risque accru de mort maternelle ou de morbidité

maternelle sévère pour les femmes nées à l'étranger, principalement pour celles nées en Afrique subsaharienne (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). En 2007, la mortalité⁹ était de 8,9 pour mille naissances chez les Françaises ; 8,6 chez les femmes de pays d'Europe ; 8,8 chez les femmes des pays d'Afrique du Nord ; 13,9 chez les femmes d'Afrique subsaharienne ; 10,6 chez les femmes d'autres nationalités (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). Le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères était de 12,5% pour 100 000 naissances vivantes contre 7,9 % pour les Françaises avec une différence statistiquement significative. Il existe par ailleurs des disparités entre les nationalités étrangères elles-mêmes (*ibid.*).

Les facteurs de risque de la mortalité maternelle en France sont bien documentés et identifiés comme les difficultés de communication, les prises en charge tardives, une moins bonne connaissance du système de soins (Sauvegrain, 2012), l'âge maternel inférieur à 20 ans ou supérieur à 35 ans, les antécédents médicaux, la parité, l'accouchement par césarienne, la position socio-économique et la catégorie socio-professionnelle des femmes, l'origine géographique des femmes et leur territoire de résidence (Azria *et al.*, 2015).

Les causes obstétricales directes telles que les hémorragies obstétricales, les embolies amniotiques et les complications de l'hypertension représentaient 70% des décès maternels quelle que soit la nationalité sur la période 1998-2007 (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012). Mais il y a davantage d'accidents thrombo-emboliques chez les femmes maghrébines et d'hémorragies chez les femmes venant d'Afrique subsaharienne et d'Asie (*ibid.*).

2.3.6 Les difficultés d'accès aux soins et leurs répercussions en termes de renoncement aux soins

En France, selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 14% des femmes enceintes sont sans couverture sociale ou avec une couverture sociale temporaire, et 7,2% ne vivent pas dans un logement personnel (Vigoureux, Goffinet *et al.*, 2017). Chez les immigrés en France, hommes et femmes confondus, 35% des immigrés étrangers et 20% des immigrés naturalisés n'ont pas accès à la complémentaire santé, contre 7% des Français de naissance (Revault, 2017, p. 191).

Les difficultés d'accès aux soins pour les femmes enceintes migrantes sont déterminées par plusieurs facteurs : l'accessibilité géophysique (Micheletti, 2017, p.38-39) pouvant être entravée par l'éloignement des services (Cognet, Hamel *et al.*, 2014), l'accessibilité culturelle (Micheletti, 2017, p.38-39), l'accessibilité financière (*ibid.*) liée à l'absence de sécurité sociale et d'autres facteurs de vulnérabilité tels que l'absence de logement stable (Vigoureux, Goffinet *et al.*, 2017),

⁹ Le taux de mortalité représente le nombre des enfants mort-nés par rapport à celui des naissances normales pour une période et dans une population donnée (définition du CNRTL)

l'accessibilité psychosociale (Micheletti, 2017, p.38-39), l'accessibilité administrative (*ibid.*) avec la lourdeur et la complexité des démarches en France, l'accessibilité politique (*ibid.*) et l'accessibilité fonctionnelle (*ibid.*). Ces problèmes sont autant d'épreuves que les femmes doivent surmonter pour accéder au système de soins. La barrière de la langue pour les femmes allophones, le parcours migratoire ou la discrimination dont elles sont parfois victimes, les circonstances matérielles, la distance sociale entre médecins et patientes, sont également des difficultés évoquées (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). Par ailleurs, selon l'Agence des droits fondamentaux de l'UE (Union Européenne), la crainte d'être signalés que peuvent avoir les migrants « sans-papiers » constitue un frein à l'accès aux soins (Simonnot, 2017, p. 238).

Le système de santé public français est complexe et peu flexible pour répondre aux besoins « des publics » dans toutes leurs diversités (Dozon, Fassin, 2001), ce qui a pour conséquence par exemple de réduire l'accès aux soins prénatals ou d'en diminuer leur efficacité (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). Ces problèmes d'accès peuvent être lus comme résultant de « l'incapacité des systèmes de santé à fournir des soins prénatals et lors de l'accouchement identiques à ceux des femmes non-migrantes, mais aussi peut-être à les adapter spécifiquement aux besoins de certaines populations immigrées » (*ibid.*). Par ailleurs, on constate un « désengagement des services publics » avec une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel et de nombreuses pratiques abusives (Chappuis *et al.*, 2017), telles que l'exigence d'une domiciliation comme pré-requis indispensable à l'ouverture des droits ou de l'exigence de pièces justificatives alors qu'une simple déclaration pourrait suffire (Chappuis *et al.*, 2017 ; Gabarro, 2012) ou encore des conditions d'accueil particulièrement dégradantes et humiliantes pour les demandeurs¹⁰ (Gabarro, 2012).

Les soins et la prévention se trouvent aujourd'hui relégués au second plan pour satisfaire d'autres priorités plus importantes (Vigoureux, Goffinet *et al.*, 2017). D'après la charte d'Ottawa, « la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé ». Si ces conditions ne sont pas remplies, la santé ne sera pas une priorité. Il peut également y avoir un renoncement aux soins pour des raisons financières

¹⁰ Gabarro a décrit la nécessité pour les demandeurs de faire la queue dès 3 heures du matin pour espérer que leur dossier soit instruit dans la journée (alors que certaines personnes sont malades), ou encore des pratiques telles que la distribution d'un certain nombre de tickets ne permettant pas à tous d'être reçus dans la journée. Ils sont parfois obligés d'attendre sur des bancs à la vue de tous se sentant traités « comme du bétail » et méprisés.

(Georges-Tarrangano *et al.*, 2017), d'autant plus que certaines femmes migrantes n'ont pas d'ouverture de droits de santé. Par ailleurs, la santé et l'accès aux soins des étrangers sont malmenés par la prégnance des politiques migratoires sur l'impératif de santé publique et d'universalisme dans l'accès aux soins.

2.4 Les processus de catégorisation des patientes migrantes par les soignants et leurs effets sur les pratiques médicales.

Plusieurs études montrent qu'il existe des prises en charge différenciées de la part des soignants selon l'origine sociale et culturelle des patientes (Gelly, Pitti, 2016 ; Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017). Sauvegrain a largement décrit les processus d'ethnicisation, de racialisation et de catégorisation des soignants présents lors de la prise en charge médico-sociale des femmes migrantes (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017 ; Sauvegrain, 2015 et 2012). Ils seront traités ultérieurement dans ce mémoire (cf. p. 47).

Les soignants sont confrontés à la difficulté de prendre en charge un patient d'une culture différente et la crainte d'adopter une approche culturaliste¹¹ du patient étranger ou d'origine étrangère (Sicot, Touhami, 2015).

2.5 L'importance des autres dispositifs locaux prenant en charge les femmes enceintes migrantes à Rennes

Un « dispositif » est défini par Michel Foucault comme un « réseau » d'éléments, un « ensemble hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non-dit » (Gonzalez, 2015). Le système de santé public français est constitué de nombre de dispositifs tels que des services d'écoute téléphonique, de prévention et autres services d'information à destination de malades atteints de pathologies graves, qui consistent généralement en des transferts de financement vers des structures privées (associations) qui ont un mandat de service public mais demeurent suffisamment souples pour toucher un public spécifique.

La multiplicité de ces dispositifs est au cœur des possibilités d'accès aux soins des migrants. Ceux-ci sont non seulement nombreux, mais également très variés sur le territoire national et à l'échelle locale. Tous les dispositifs ont pour autre spécificité de viser les mêmes objectifs, de repérer les migrants qui n'ont pas accès au système de soins et de les faire entrer dans le circuit

¹¹ L'approche culturaliste consiste à avoir une « vision de l'autre réduit à un ensemble réifié de caractéristiques immuables propres à un groupe » (Sicot, Touhami, 2015)

de droit commun mais chacun avec une voie propre : ils ont en effet été mis en place et développés au sein d'un territoire sous l'impulsion d'acteurs et d'initiatives associatives (Hoyez, D'Halluin, 2012).

A l'échelle de la ville de Rennes, plusieurs structures et dispositifs existent pour accompagner et prendre en charge les publics migrants et/ou précaires, dont les femmes enceintes migrantes¹².

Le dispositif PASS du CHU de Rennes, créé dans la continuité de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions est un ensemble d'organisations fonctionnelles autour du patient dans le but de garantir un accès aux soins pour tous, notamment pour les publics les plus vulnérables. En effet, le dispositif PASS permet d'accompagner les patients sans couverture sociale se trouvant sans hébergement et/ou ayant d'importants problèmes financiers. Il est constitué de plusieurs outils : une réunion de concertation médico-sociale mensuelle qui réunit des professionnels pour échanger sur des dossiers de patients ; une cellule de coordination qui a pour mission de faciliter le parcours de soins des patients en situation de précarité et dont les travailleurs sociaux peuvent être sollicités à tout moment ; une consultation médico-sociale réalisée au centre médical du Réseau Louis Guilloux.

Le Réseau Louis Guilloux est une association à but non lucratif dont l'objectif est de permettre une intégration progressive des patients sans couverture sociale dans le système de soins « de droit commun », au travers d'une aide aux démarches pour l'ouverture des droits. Plusieurs activités sont ainsi proposées dont un centre médical qui permet de dispenser des consultations de soins primaires, des consultations sociales et psychologiques pour les patients sans droits et un pôle « interprétariat » constitué d'un réseau d'interprètes professionnels permettant d'accompagner les migrants allophones lors des différents rendez-vous.

Le SAFED (Service d'Accueil pour les Femmes Enceintes en Difficulté) est une structure financée par le Conseil Général de l'Ille-et-Vilaine, créée suite à la loi Veil de 1975. Cette structure, unique en France, est constituée d'une équipe pluridisciplinaire permettant de prendre en charge de manière globale les femmes ayant des difficultés médicales, psychologiques ou sociales. Ces femmes se trouvent dans une situation de détresse importante pour lesquelles un suivi est nécessaire.

La PMI (Protection Maternelle et Infantile) est un service départemental ayant pour mission d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant, jusqu'à ses 6 ans. Des consultations et des actions de prévention médico-sociales y sont proposées.

¹² Ici ne seront présentées que les structures dont dépendent les professionnels rencontrés lors de ce travail de recherche. D'autres structures existent pour prendre en charge ce public, notamment pour l'hébergement.

Comme nous avons pu le constater, il existe une différenciation dans l'accès aux soins des migrants en France, et notamment chez les femmes enceintes. Les difficultés d'accès aux soins sont une épreuve pour ces femmes, qui ont d'autres difficultés par ailleurs. Les professionnels se retrouvent également en difficulté dans la prise en charge de ce public souvent précaire et parfois non francophone. L'action de ces professionnels ne peut être médico-centrée mais doit également prendre en compte tout le contexte socio-environnemental des femmes pour une prise en charge globale. L'approche par trajectoire est donc intéressante pour analyser l'expérience de la grossesse en lien avec le parcours et l'expérience migratoire des femmes récemment arrivées sur le territoire. Il est également fondamental de comprendre les conditions d'exercice des professionnels travaillant auprès d'un public encore « à la marge » du système de santé français.

3 Problématisation

Comme nous venons de le voir dans la revue des travaux concernant les questions d'accès aux soins des migrants en France, les difficultés induites et/ou aggravées par le parcours migratoire telles que les difficultés sociales, économiques ou administratives ont un impact sur les trajectoires de soins des personnes, et celles-ci prennent des configurations particulières pour les femmes enceintes migrantes. Dans ce mémoire, cette situation est étudiée dans le contexte local d'une métropole de région française de taille moyenne, offrant ainsi une vision complémentaire aux travaux réalisés jusqu'ici principalement en Ile-de-France.

Il existe à Rennes un réseau partenarial associatif et institutionnel qui se consacre à la favorisation de l'accès aux soins pour les migrants¹³. Composé d'associations ou structures telles que le SAFED, le Réseau Louis Guilloux ou la PMI, et appuyé sur le dispositif PASS du CHU de Rennes, qui a un rôle central dans la prise en charge des femmes enceintes, le réseau se trouve bien ancré sur le territoire rennais et est connu des professionnels de santé du département et de la région. La force de ce réseau partenarial associatif et institutionnel, ainsi que la présence du dispositif PASS, peuvent apparaître comme un atout dans la prise en charge des femmes enceintes migrantes, ce que nous explorerons dans ce mémoire. Néanmoins, il est important de souligner que ce réseau n'est pas toujours existant dans d'autres villes françaises. Par ailleurs, les modes de fonctionnement des dispositifs PASS sont hétérogènes. Ils sont inégalement répartis sur le territoire français et dépendent très fortement des initiatives et contextes locaux.

¹³ Par ailleurs, la présence de structures de soins favorisent en partie et augmentent l'accès aux soins des populations.

Au-delà de ces aspects actuels, les prises en charge des migrants peuvent s'avérer complexes pour les professionnels et il peut en résulter des traitements différenciés de ces publics, en raison de processus d'ethnisation, de racialisation et de catégorisation de la part des soignants. Qu'en est-il des prises en charge dans ce contexte précis ? Quel est le ressenti des femmes enceintes migrantes concernant leur prise en charge durant et autour de leur grossesse ? Comment les professionnels agissant au sein de la PASS et des structures partenaires adaptent-ils et conçoivent-ils les prises en charge de leurs patientes migrantes enceintes ? Comment les prises en charge médico-sociales proposées pour les migrantes dans le contexte rennais influencent-elles les trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes ?

Cette problématique, axée autour de la notion de trajectoire de soins, permet de s'intéresser au contexte de vie en migration de ces femmes dans le cadre de leur grossesse et de leur prise en charge tout autant qu'aux conditions d'exercice et aux expériences des professionnels qui les prennent en charge.

En nous appuyant sur la littérature et en avançant sur les pistes de cette problématique, nous pouvons formuler plusieurs hypothèses de recherche pour cerner les contours de l'étude :

- Les femmes migrantes récemment arrivées sur le territoire se retrouvent le plus souvent en situation sociale défavorable et présenteraient un risque accru de complications de la grossesse par rapport aux autres femmes ;
- Le parcours migratoire de ces femmes ainsi que les difficultés rencontrées (administratives, économiques, sociales) auraient un impact sur les trajectoires de soins en lien avec la grossesse ;
- Il existerait des soins prénatals différenciés entre les femmes natives et les femmes migrantes du fait d'une catégorisation de la part des soignants ;
- Les démarches administratives liées à l'ouverture des droits de santé étant complexes, elles nécessitent le plus souvent l'aide d'une assistante sociale, et compliqueraient l'accès aux soins des femmes migrantes les plus isolées.

4 La méthodologie employée

Appréhender de manière globale les trajectoires des femmes en lien avec leur parcours migratoire, et leur parcours de soins en lien avec la grossesse, ainsi que les contextes d'exercice des professionnels et leurs vécus, relèvent d'une approche qualitative pour rester au plus près des expériences des individus et faire ressortir des éléments relevant du sensible. Il me semblait en effet primordial de comprendre les interactions et les échanges entre les différents acteurs, de les

interroger sur leur ressenti des prises en charge des femmes enceintes migrantes, et vice-versa. Le point de vue des femmes mais également celui des professionnels de santé, des travailleurs sociaux et des intervenants donnant des cours de français devant être pris en compte, les matériaux recueillis dans ce mémoire s'appuient sur des entretiens semi-directifs. Des guides d'entretien pour les femmes et pour les professionnels ont été rédigés en amont (cf. annexes 2 et 3), en suivant à la fois le protocole conduit dans le programme ANR MIGSAN tout en ouvrant les échanges vers les questions de promotion de la santé.

Dans le guide d'entretien des femmes (cf. annexe 2), les thématiques étudiées concernaient « la grossesse et sa prise en charge » ce qui permettait d'aborder entre autres, la prise en charge médicale, la prise en charge sociale et les grossesses précédentes si elles ont eu lieu ; « la protection sociale et les conditions d'accès aux soins » pour comprendre la situation sociale et juridique de la femme rencontrée ; « l'environnement social et le logement » ; « le parcours migratoire » qui peut avoir des répercussions sur la grossesse ainsi que des « éléments biographiques » pour mieux connaître la femme rencontrée. Dans le guide d'entretien des professionnels (cf. annexe 3), les thématiques abordées étaient les suivantes : « l'activité professionnelle et les formations » permettant de comprendre le parcours professionnel et de mesurer l'expérience du professionnel sur la question des migrants et/ou des populations précaires ; « le service ou la structure » pour connaître le fonctionnement, les conditions de travail du professionnel ; « l'intérêt et le ressenti pour la problématique des primo-arrivants en France » afin de comprendre les motivations à travailler auprès de ce public ; « la catégorisation de la part des soignants » pour mesurer son degré d'existence au sein de la structure ; et plus spécifiquement « la prise en charge des femmes enceintes primo-arrivantes » par l'illustration d'exemples concrets vécus par les professionnels.

Les entretiens réalisés ont été enregistrés, après obtention du consentement oral des personnes interrogées, pour pouvoir être retranscrits et analysés par la suite. Il était possible de faire appel à un interprète du Réseau Louis Guilloux¹⁴. Dans cette étude, aucun interprète n'a été sollicité. Parmi les femmes que j'ai contactées, seules deux ont décliné l'entretien car elles n'étaient plus à Rennes. Parlant couramment portugais, j'ai eu l'opportunité de réaliser des entretiens dans cette langue, et qui ont été traduits au moment de la retranscription. Les autres entretiens ont été réalisés en français. Seule une femme migrante a refusé l'enregistrement, une prise de notes rigoureuse de notre échange a été réalisée et retranscrite. Le choix du lieu de l'entretien a été laissé aux femmes migrantes. Cette souplesse de ma part étant nécessaire à la bonne relation

¹⁴ Les langues disponibles au Réseau Louis Guilloux sont les suivantes : l'albanais, l'arabe, le bambara, le dari, le géorgien, le malinké, le mongol, le pashto, le roumain, le serbe, le somali, le soussou, le russe, le turc et l'ukrainien.

d'enquête : il s'agissait soit d'un bureau mis à disposition à l'hôpital, soit de leur domicile, ou encore d'un parc à proximité de l'hôpital, des lieux calmes et propices aux échanges. Pour les femmes m'ayant reçu à leur domicile, une observation de leur environnement a été réalisée au moment de l'entretien (cf. annexe 7). Pour les professionnelles rencontrées¹⁵, l'ensemble des entretiens a été réalisé au sein des structures dans lesquelles elles travaillent, en général dans leur bureau ou en salle de consultation, ou encore dans une salle de cours où ont lieu les Ateliers Sociaux Linguistiques (ASL) du Réseau Louis Guilloux.

Concernant le recrutement des femmes migrantes pour les entretiens, des critères d'inclusion ont été définis. La diversité des profils était recherchée relativement à la nationalité, l'âge, le nombre de grossesses précédentes, le statut juridique et la situation maritale.

Pour pouvoir inclure les femmes dans le protocole de recherche du programme MIGSAN, les critères étaient les suivants :

- Les femmes arrivées en France à partir d'avril 2017 (soit un an avant le début de l'enquête) et entrées en contact avec la PASS du CHU de Rennes ;
- Les femmes majeures ;
- Les femmes de toutes origines nationales hors espace Schengen (c'est-à-dire toutes les personnes non concernées par la libre-circulation sur le territoire de l'UE) ;
- Les femmes enceintes ou ayant accouché jusqu'à 3 mois du post-partum ;
- Les femmes parlant français, portugais ou anglais (pour la réalisation d'un entretien sans interprète) ou parlant d'autres langues disponibles pour un interprétariat par l'intermédiaire du Réseau Louis Guilloux à Rennes ;
- Aucune restriction liée au statut administratif (demandeuse d'asile, réfugiée, déboutée du droit d'asile, visa, ...).

Le choix d'employer le terme de migrant plutôt que de primo-arrivant a été justifié par le fait que toutes les femmes rencontrées n'étaient pas « primo-arrivantes » à proprement parler. Les critères d'inclusion ont été révisés devant la difficulté d'accès à la population primo-arrivante¹⁶. Suite à plusieurs échanges avec mes tutrices de stage¹⁷, nous avons décidé que les entretiens auprès des migrantes arrivées sur le territoire il y a plus d'un an seraient pris en compte, car leurs

¹⁵ L'ensemble des professionnels rencontrés est des femmes, d'où l'utilisation du féminin dans ce mémoire.

¹⁶ Ce qui reste à interroger dans de futurs travaux car les questions liées à l'isolement, au non recours aux soins et au refus de soins dans les premiers mois (première année) de présence en France sont encore peu développées.

¹⁷ Mes tutrices de stage étaient Anne-Cécile Hoyez (chargée de recherche CNRS, UMR ESO/Université Rennes 2) et Clélia Gasquet-Blanchard (maitresse de conférence à l'EHESP, UMR ESO/Université Rennes 2).

difficultés restaient similaires à celles des primo-arrivantes¹⁸. Par ailleurs, le terme de primo-arrivant était difficile à conceptualiser pour certaines des professionnelles rencontrées. En effet, elles m'ont fait part de la ressemblance entre les difficultés des « primo-arrivants » et de certains étrangers installés en France depuis plusieurs années ou encore la situation de femmes originaires de Mayotte par exemple. C'est ainsi qu'une des sages-femmes me décrit ce problème étymologique :

« Donc c'est aussi les femmes qui sont là depuis quelques années mais qui sont toujours pas intégrées qui ont toujours des difficultés, donc ça dépend de votre définition [...] Mais je... oui je pense que j'englobe pas mal de choses sous ce terme [de primo-arrivant] ».

Concernant les professionnels, le seul critère d'inclusion retenu était qu'ils travaillent auprès de femmes enceintes migrantes à Rennes et dans la métropole. La diversité de leurs profils était également recherchée, telle que la profession et l'ancienneté au sein de la structure.

4.1 Accès au terrain

Le dispositif PASS se positionne comme un lieu stratégique dans la prise en charge des femmes enceintes migrantes, car en majorité elles accoucheront dans un hôpital public. C'est pourquoi il nous a semblé judicieux de centrer notre recrutement au sein de la PASS du CHU de Rennes.

Grâce à la collaboration de la cellule de coordination PASS mise en place en amont de l'enquête, les contacts des femmes m'étaient transmis au fur et à mesure par l'assistante sociale de la cellule qui les informait du protocole et demandait leur accord pour être contactées. Si elles donnaient leur accord pour me rencontrer, l'assistante sociale me communiquait dans un second temps leurs coordonnées pour une prise de rendez-vous. Nous avons convenu au préalable qu'elle proposerait l'inclusion à l'étude des femmes éligibles lors de ses entretiens de suivi. Nous avons un contact privilégié avec l'assistante sociale avec qui nous échangeons régulièrement par mail en nous assurant qu'elle proposait l'étude aux femmes avec bienveillance, sans obligation et sans incidence sur la suite de leur suivi en cas de refus. Nous n'avons donc pas de participation active dans le choix des femmes, mais cela était la seule opportunité qui s'offrait à nous pour accéder à cette population. Nous avons réalisé en amont des affichettes informant de l'étude, mises à leur disposition, traduites en plusieurs langues (anglais, portugais, arabe, russe et albanais) (cf. annexe 4). A l'issue de ce travail, j'ai rencontré 8 femmes migrantes, dont 5 francophones et 3 lusophones (cf. annexe 5).

¹⁸ Les difficultés d'accès aux soins pendant une période supérieure à un an après l'arrivée en France est corroborée par les résultats de l'enquête PARCOURS, qui a souligné que les migrants, même s'ils avaient des droits ouverts, rencontraient des difficultés majeures d'accès aux soins jusqu'à trois ans après leur arrivée en France (ANRS)

Parmi les professionnelles rencontrées prenant en charge les femmes enceintes, toutes travaillent dans des structures différentes avec des profils variés : la PASS du CHU de Rennes (une assistante sociale et la coordinatrice de la cellule), le réseau Louis Guilloux (une infectiologue, une gynécologue, une infirmière et deux intervenantes des ateliers ASL), le SAFED (une sage-femme et une psychologue), la PMI Kléber (une sage-femme), l'hôpital Sud (une sage-femme). Toutes les professionnelles que j'ai contactées ont accepté de me rencontrer, à l'exception d'une sage-femme qui n'a pas donné suite aux sollicitations. Leurs coordonnées m'ont été transmises au fur et à mesure, par l'intermédiaire des professionnelles que je rencontrais. Au cours de ce travail de recherche, j'ai pu rencontrer 10 professionnelles (cf. annexe 6).

4.2 Immersion sur le terrain et conséquences sur la conduite de l'étude

Dans toute recherche qualitative, les écrits d'un chercheur en sciences sociales ne sont pas le « reflet d'une réalité mais plutôt celui d'une sensibilité » (Ghasarian, 2002, p.13). Autrement dit, pour un même phénomène social, il peut exister une pluralité de descriptions, de décodages et d'analyses qui dépendent fortement de l'histoire et de la culture du chercheur lui-même (Ghasarian, 2002, p.15). Gaboriau par exemple, lors de son étude auprès des sans-abris, explique à quel point son histoire personnelle, notamment liée à son milieu social¹⁹, et ses attitudes corporelles ont joué un rôle fondamental dans la conduite de ses entretiens (Gaboriau, 2002, p.109). Au cours de cette étude sur les trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes, j'ai tenté de prendre la posture d'une chercheuse en sciences sociales, nourrie de théories et dotée de méthodes, par ailleurs formée aux soins infirmiers et par conséquent avertie quant aux protocoles médicaux de suivi de grossesse et ouverte aux contextes d'exercices des professionnels, allant à la rencontre de ceux-ci et de leurs patientes, des femmes migrantes. Les femmes que j'ai rencontrées étaient lusophones ou francophones. Il est fort probable que le fait que je parle leur langue maternelle²⁰ ait facilité nos échanges. Etant fille d'immigrée, j'ai probablement pu mieux appréhender leurs difficultés et adopter une posture d'écoute et d'empathie. Enfin, le fait d'être une femme était à mon sens un atout pour aborder des sujets qui touchent au corps de la femme, à l'intime, et établir une relation de confiance.

La principale difficulté rencontrée sur ce terrain de recherche, et cela a été retrouvé dans d'autres études sur des terrains ethnographiques difficiles (Ghasarian, 2002, p.26), est qu'il n'est pas évident de se détacher de son « objet d'étude ». Les femmes se sont confiées très facilement, ont

¹⁹ Gaboriau explique qu'au moment de son étude il était sans emploi, avait peu de moyens financiers et cela a, selon lui, grandement facilité le contact avec les sans-abris qu'il rencontrait.

²⁰ Certaines femmes francophones rencontrées, bien que leur pays d'origine ait le français comme langue officielle, parlent d'autres langues ou dialectes, notamment en famille.

parlé de leur parcours migratoire parfois en décrivant des violences physiques et psychologiques subies. La confrontation à la souffrance humaine peut être difficile pour le chercheur. La question qui s'est posée est le rôle et la posture à adopter en ces circonstances. Certaines femmes demandent de l'aide, des informations et du soutien. Pour une des femmes, par exemple, dans une situation particulièrement précaire²¹, j'ai contacté, avec son accord, l'assistante sociale pour l'informer de la situation. Ces moments où la relation de recherche glisse vers une relation d'aide ponctuelle est souvent rencontrée par les chercheurs intervenant sur un terrain de type ethnographique portant sur les contextes des inégalités et des injustices : ils se rapportent aux processus de « don et contre-don » qui se jouent au cours de la relation d'enquête entre la personne qui enquête et celle qui est sujet d'enquête, mais aussi aux questions éthiques et morales qui se posent aux chercheurs dont l'implication n'est « pas seulement intellectuelle, mais aussi pratique, qui ne peut que mettre à l'épreuve son impératif de scientificité mais aussi son sens de la justice » (Morelle et Ripoll, 2009).

4.3 Déroutement du travail de recherche

Pendant l'ensemble de la période de stage, une revue de la littérature la plus précise possible a été réalisée. Des allers-retours entre le terrain et la littérature ont été possibles et ont enrichi le travail d'analyse. Par ailleurs, j'ai eu la possibilité d'assister à plusieurs colloques et journées de travail (cf. annexe 8), qui m'ont permis de nourrir la réflexion et le travail de recherche. Le mouvement de grève étudiante, qui a bloqué l'accès aux bâtiments de la faculté pendant un mois environ, a nécessité des adaptations pour pouvoir travailler dans les meilleures conditions possibles. Néanmoins, la disponibilité de mes tutrices de stage et leur encadrement m'ont permis de réaliser cette étude dans de bonnes conditions, ainsi que la mise à disposition d'un bureau à ma demande pour la réalisation des entretiens à l'hôpital Sud. L'accessibilité des professionnels à Rennes a facilité l'obtention de rendez-vous et m'a permis de mieux appréhender leurs rôles au sein de la prise en charge des femmes enceintes migrantes.

Cette frise chronologique résume les différentes étapes d'élaboration du travail de recherche.

²¹ Lors de cet entretien, cette femme m'a fait part d'une rupture de suivi social, des problèmes médicaux de son compagnon, ainsi que des conditions de logement particulièrement délétères pour sa famille, dont son bébé âgé de deux mois au moment de l'entretien.



4.4 Aspects éthiques

En France, toute recherche qualitative est soumise à diverses réglementations. Tout d'abord, la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a réglementé en 2016 les « recherches dans le domaine de la santé sans recueil de consentement »²² (Methodologie de référence MR-003) comprenant « des données de santé et présentant un caractère d'intérêt public, réalisés dans le cadre de recherches impliquant la personne humaine pour lesquelles la personne concernée ne s'oppose pas à participer après avoir été informée. Il s'agit plus précisément des recherches non interventionnelles et des essais cliniques de médicaments par grappe ». L'information individuelle des patients est obligatoire. Un responsable de traitement est désigné et s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes qui doivent être justifiées au regard des objectifs de recherche. La durée de conservation des données est par ailleurs réglementée. Ce programme de recherche MIGSAN a débuté avant la mise en place de cette réglementation, mais les chercheurs du programme l'appliquent tout de même.

Puis, le CNRS a publié un guide éthique destiné à tous les acteurs de la recherche (Guide « Promouvoir une recherche intègre et responsable ») en 2014 énonçant les règles de bonne conduite et des recommandations à suivre.

Enfin, la collégialité des protocoles méthodologiques est un gage de rigueur dans l'élaboration des protocoles de recherche. Par ailleurs, lorsque les études nécessitent des rencontres avec des patients ou des soignants, les demandes de chercheurs peuvent être examinées par un comité d'éthique interne à l'établissement universitaire. (Fournier, Winance, p.70). Ce programme de recherche a été validé par le comité d'éthique du CHU de Rennes.

²² Sans recueil de consentement écrit

Chaque entretien mené avec les femmes migrantes et les professionnels a fait l'objet d'un enregistrement avec l'accord du participant, à l'exception d'un entretien avec une des femmes qui l'a refusé. L'ensemble des noms des participants a été modifié dans ce mémoire pour préserver leur anonymat. Les entretiens ont par ailleurs été réalisés avec bienveillance, dans le respect de la dignité des personnes, en évitant toute question brusque ou inappropriée, d'autant plus que la grossesse, le recours aux soins et le parcours et l'expérience migratoire relèvent de l'intime.

Partie 1 : Les parcours et expériences migratoires des femmes, des séries d'événements au premier plan dans les vécus de la grossesse

Les parcours et expériences migratoires des femmes sont singuliers et ont des répercussions sur le vécu de la grossesse et de l'événement de naissance. La grossesse va permettre à ces femmes de se rapprocher des structures à la fois hospitalières et extra-hospitalières qui vont les accompagner sur le plan médico-social pendant toute la durée de la grossesse.

1 Diversité des parcours migratoires et singularité des expériences

Les raisons du départ du pays d'origine des femmes rencontrées ont fait l'objet des échanges lors des entretiens dans la mesure où elles se présentent comme une épreuve ou une expérience fondatrice et un événement sur lequel s'appuyer pour parler de soi. Parmi ces femmes, toutes ont accepté de relater le départ de leur pays d'origine, et leurs motivations s'avèrent diverses. Certaines viennent en France pour des raisons économiques, pour des raisons politiques, pour des raisons médicales avec la crainte de subir une nouvelle césarienne, ou pour envisager une meilleure prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. D'autres souhaitent améliorer leurs conditions de vie, ou rendre visite à leur compagnon qui vit en France. Certaines n'ont pas quitté leur pays par choix, cela a été imposé par leurs proches, souvent pour fuir des violences subies au pays, comme l'excision.

Au vu des raisons de départ si différentes les unes des autres, les statuts migratoires vont être tout autant divers, car ils dépendent étroitement de la « légitimité » à être sur le territoire français. En effet, les femmes venant en France pour se soigner ou rendre visite à un compagnon pourront circuler avec un visa. D'autres femmes font des démarches pour obtenir le statut de réfugié²³ et sont donc demandeuses d'asile, tandis que les autres, sans statut administratif établi, vivront sur le territoire de manière illégale et seront donc considérées comme « sans-papiers ».

La majorité des femmes rencontrées est jeune et en bonne santé, ce qui rejoint le concept du « *healthy migrant effect* »²⁴ basé sur l'effet de sélection à la migration des individus les mieux portants et sur la durée du séjour (plus la durée est courte, moins les effets délétères de la vie quotidienne dans le pays d'accueil se font sentir). De plus, les femmes ayant subi des

²³ L'obtention du statut de réfugié est complexe mais la procédure de demande d'asile permet une ouverture de droits notamment pour la santé et l'hébergement.

²⁴ Le « *healthy migrant effect* » a été largement décrit dans la littérature (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012 ; Georges-Tarrangano *et al.*, 2017 ; Azria, 2015) et reprend l'idée que les personnes qui migrent sont généralement des personnes jeunes et en bonne santé, ayant de meilleures conditions physiques, à âges et sexes comparables, que leurs compatriotes n'ayant pas émigré.

traumatismes à répétition, à la fois au pays, lors du trajet, et/ou une fois arrivées en France font preuve d'une forte résilience. Esther, une jeune Camerounaise de 28 ans, a fait part des violences dont elle a été témoin en Lybie et du calvaire de sa traversée de la Méditerranée de cette façon :

« [...] je ne suis pas venue parce que bon, je me suis levée un matin, payé l'avion. Non! Je suis en migration. Je suis passée par la Lybie pour arriver ici avec tout ce que qui se passe. Je ne sais pas si vous voyez les infos sur la Lybie avec tout ce qu'il se passe, oui. Les guerres, et tout et tout. Les viols, tout ça là, les détournements, les prisons. Dieu m'a aidée, je suis arrivée ici. »

Elle souligne ainsi que son parcours migratoire est issu d'un projet mûri dans son pays d'origine qui s'est étiré sur une temporalité et une spatialité longues. L'épisode lybien chaotique et violent, dont elle semble être libérée psychologiquement depuis son arrivée en France, est, à ce stade de son parcours, derrière elle. Elle se retrouve en France face à de nouvelles problématiques qu'elle doit affronter avec l'aide de ses amis compatriotes mais sans le soutien du « géniteur »²⁵ de son enfant. Cette nouvelle situation semble éloigner le traumatisme subi en Lybie. Elle se trouve par ailleurs face à un sentiment de culpabilité puisque ses jumelles sont restées au Cameroun, dans un climat d'insécurité. Elle s'inquiète également pour son père, âgé, et se préoccupe des procédures s'il venait à décéder alors qu'elle est en France.

L'immigration est vécue, chez la majorité des femmes rencontrées, comme un « déchirement » qui se répercute sur deux volets de l'expérience : d'une part est mentionnée la coupure avec leur pays et leurs « racines culturelles », et d'autre part est évoquée la rupture avec leurs proches qu'elles ne revoient que très rarement une fois arrivées en France. Dayana, une femme Congolaise de 42 ans, se souvient de la difficulté qu'elle a eu à tout quitter pour suivre son mari en Europe, et à « *laisser [sa] vie* ».

Une fois arrivées en Europe, la désillusion est ressentie chez ces femmes. Pour elles, la France reste un pays qui respecte les droits de l'homme et un pays pouvant leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie. Toutefois, une fois arrivées sur place, elles se rendent compte de la complexité des démarches et vivent difficilement le rejet dont elles se sentent victimes, comme l'explique Dayana :

« Quand vous avez votre vie déjà au Congo...Même si c'est mal... Mais vous avez un petit boulot et vous vivez. Vous vivez... La vie vous l'acceptez comme ça. Vous laissez tout, un jour vous laissez tout tomber, vous venez en Europe, vous croyez à tout... A l'Europe, comme l'Espagne. Vous ne travaillez pas, vous n'avez pas de maison. Vous n'avez pas ceci, vous n'avez pas cela. Ça aussi ça choque »

²⁵ Terme employé par la femme elle-même

Le « choc de l'arrivée » mentionné ici, à l'issue d'un projet migratoire visant à s'extirper d'une condition difficile, se double alors d'un vécu difficile. Il s'agit d'encaisser un processus de déclassement et d'endurer une nouvelle forme de violence dans un ou plusieurs pays dit(s) d'accueil où les besoins vitaux de base, comme ici se loger, ne sont pas assurés.

Certaines femmes ont formulé le projet de retourner un jour dans leur pays d'origine. Elles se donnent une sorte de mission d'aider leur pays et sa population à surmonter les difficultés. Dayana souhaite faire bénéficier son pays de ce qu'elle a pu apprendre lors de sa migration :

« Le Congo a besoin de nous. [...] C'est ceux qui sont là-bas qui ont besoin de nous, pour le développement, pour beaucoup de choses. Parce que tout le monde n'est pas appelé à venir en Europe [...] Mais qui ont peut-être leurs moyens ou aussi de faire les choses, ils ont besoin de nous, de nos idées, aller développer. Ce que l'on apprend ici, aller le faire là-bas. Aller là-bas [...] Par exemple, ce que je vous ai dit. Le problème de la grossesse, ça ne devrait pas être un problème tel, un sujet tabou! Y'a ces choses qui sont considérés en Afrique comme des des... trucs sensibles, alors que ce n'est pas sensible. Ici le Blanc a déjà dépassé ça. Oui... alors que ça il faut repartir pour leur expliquer ça. Pour leur dire ça, que ce n'est pas comme ça. Il faut aller les rééduquer, si nous on reste justement ici, le peuple là, ils ne seront jamais rééduqués. »

Ces propos sont d'une portée assez forte. En effet, de par son expérience migratoire qui a débuté en premier lieu par l'Espagne quatre ans auparavant, avant d'arriver en France récemment, elle ressent une certaine légitimité à enseigner, voire à « rééduquer » ses compatriotes avec ce qu'elle a pu apprendre en Europe. Cela peut être favorisé également par son niveau d'éducation, puisqu'elle a obtenu une licence en biologie au Congo. Dans son discours, elle semble très affectée par l'injustice dont elle se sent victime et cela peut également participer à sa volonté d'améliorer les conditions de vie dans son pays d'origine, qu'elle estime très mauvaises.

D'une autre façon, Lorena, venue en France sous visa touristique, ne souhaite pas rester à long terme, car elle veut apporter de l'aide à son pays, l'Angola :

« [...] ce qui me motive par exemple à ne pas partir en Angola. Parce que je sais que j'ai quelque chose à donner, une contribution pour aider les personnes, à faire... alors jusqu'à maintenant je n'ai jamais eu cette idée de m'enfuir, parce qu'émigrer c'est s'enfuir de cette réalité [...] Alors je pense que je peux encore donner plus, je pense que je peux être un peu plus utile là-bas qu'ici. [...] Je préfère pour le moment être là-bas parce que je pense que j'ai quelque chose à faire dans ce pays »

Dans son discours, on remarque également cette volonté d'aider ses compatriotes en difficulté et elle ressent une certaine légitimité à le faire, de par son statut social.

Les parcours migratoires sont variés, et couplés à des projets sur lesquels les femmes reviennent mais qui les portent également à formuler des projets pour le futur, notamment en lien avec leurs

pays d'origine. Les attaches très importantes de ces femmes au pays d'origine expliquent à mon sens cette volonté de faire bénéficier les compatriotes qui ne sont pas partis en Europe des « avancées » des pays Occidentaux qu'elles considèrent en termes de santé ou de développement du pays comme positives.

2 La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France : du vécu sensible à la comparaison théorique

2.1 La prise en charge médicale

La prise en charge médicale dont elles sont l'objet est décrite en termes positifs au moment de l'entretien. Néanmoins, elles font part de l'appréhension qu'elles avaient en amont de leur prise en charge, notamment de la crainte du regard des soignants quant à leur statut migratoire et leur situation économique. L'incorporation de la condition de migrante vis-à-vis de la prise en charge institutionnelle est très présente chez les femmes rencontrées. Aucune ne m'a décrit de situation de discrimination directe de la part du personnel du CHU ou des autres structures les prenant en charge à Rennes. Les récits restent centrés sur la satisfaction globale vis-à-vis notamment de la relation de soin telle qu'elle a été vécue, comme l'évoque Ketura, Angolaise de 30 ans :

« Avec les médecins non. Bien au contraire! [...] Je pensais que je pouvais être victime de... je ne sais pas... de racisme, avec une Angolaise qui n'a aucune... qui est sans papiers... (rires) demandeuse d'asile... Je crois qu'à l'hôpital ils connaissaient ma situation, que j'étais une personne qui était hébergée par le 115, sans famille, sans rien. Mais ça ça n'a pas... impacté la relation. Non, bien au contraire. Il y avait cet amour, cette attention, cette affection de la part des soignants. Ils me servaient... Des fois j'avais des difficultés à manger la nourriture d'ici, parce que... Ils faisaient ce que je voulais, ils me donnaient de la nourriture que je pouvais manger! C'était super ! (rires) C'était super »

Lorsqu'elle revient sur la bienveillance que les soignants ont eue à son égard lors de son hospitalisation, cette femme ne cherche pas nécessairement à se conformer à ce que pourrait attendre l'enquêtrice. C'est un fait globalement rencontré dans les travaux sur la santé des migrants primo-arrivants : la prise en charge médicale, lorsqu'elle est effective et adaptée, est vécue de façon très positive.

Parmi les femmes qui avaient déjà accouché dans leur pays d'origine, toutes ont réalisé une comparaison des suivis de grossesse et de l'accouchement entre la France et leur pays d'origine. Ces échanges permettent de s'affranchir des rapports binaires à la prise en charge (positif/négatif) et d'aller explorer les différences de vécu et les contacts avec différents systèmes de santé de la part de ces femmes multipares. De plus, les différences sont parfois très marquées

et peuvent expliquer en partie la satisfaction de la prise en charge en France. Lorena, 39 ans, a déjà accouché en Angola. Elle restitue ainsi sa prise en charge en Angola et la compare avec celle qu'elle a eue en France :

« Alors dans le service public de santé, nos hôpitaux sont très mauvais en termes de personnel... C'est trop de patients pour trop peu de personnel. [...] Le personnel médical a aussi beaucoup de difficultés et alors ils doivent toujours travailler à l'hôpital public, à l'hôpital privé, ils ont une vie très chargée et la prestation de services finit par ne pas être bonne. Les hôpitaux manquent de tout, les équipements, les médicaments, le personnel, l'hygiène, il y a beaucoup beaucoup de difficultés dans ce sens. Dans le réseau de santé privé, le service est meilleur ; c'est payant, c'est meilleur, en même temps même comme ça il y a souvent un manque de médicaments aussi, il y a aussi un manque de personnel, alors la prestation de services ici est exceptionnelle. Elle est vraiment meilleure, ça passe de 1000 à 10 en comparaison (rires). Maintenant que j'ai eu l'opportunité de comparer... Ici la prestation de services est très bonne. Ce qui m'a sauté le plus aux yeux ici, ce qui m'a semblé, il y a beaucoup de personnes pour s'occuper de chaque patient, quand j'ai été hospitalisée, tu as le médecin, la sage-femme, tu as l'infirmière qui s'occupe de tout, et alors ça apporte beaucoup de confort et ça nous donne l'impression que l'on a une assistance médicale complète. Oui, ce n'est pas possible de ressentir le manque de médicaments par exemple, tu as les médicaments, le personnel, tu as l'assistance... Tu as toujours quelqu'un de présent, en Angola par exemple, une salle d'accouchement dans un hôpital public, c'est une salle, un lit. Vous voyez un lit d'hôpital? [...] Dans une salle d'accouchement, tu peux trouver, pour le repos ou l'attente de l'accouchement, 2 ou 3 personnes là-bas qui utilisent le même lit... Quand j'ai eu ma fille, j'ai dû initialement partager le lit avec une autre dame, donc quand je suis entrée dans la salle d'accouchement la dame était déjà là à se reposer avec des douleurs, à attendre le moment, j'étais là. J'avais... Donc moi j'ai déversé beaucoup de liquide, j'avais des œdèmes, la poche a éclaté, alors avant c'est comme ça qu'a commencé le travail de l'accouchement. Je me souviens que je déversais beaucoup de liquide là-bas dans le lit, mais il y avait la dame à côté de moi (rires) ce qui n'est absolument pas hygiénique ni confortable. Après elle a réussi à se retirer. Mais c'est à cause de la demande, c'est beaucoup de monde dans la salle d'accouchement, il n'y a pas de place [...] Il n'y a pas de personnel, c'est très mauvais, c'est très mauvais. Et les femmes doivent se plier à ça »

Ainsi, les femmes rencontrées se disent toutes extrêmement satisfaites de leur prise en charge, du suivi. Elles comparent également les conditions de vie dont le logement, la sécurité ou encore l'accès à l'emploi entre les deux pays, comme l'évoque Lorena :

« [Les conditions de vie en Angola] sont très complexes. Parce qu'il manque beaucoup de choses en Angola. On a des problèmes... Les soins de base en soi manquent. L'Angola est un pays qui vit

beaucoup d'importation. [...] On vit beaucoup d'importation, et donc les produits alimentaires sont chers. [...] Et les salaires très bas, les salaires très bas. Alors les personnes vivent, s'alimentent mal. Et les services de santé ce n'est même pas la peine d'en parler (rires) [...] Il y a beaucoup de problèmes de santé publique parce qu'il y a un grand manque d'hygiène, parce que c'est une zone de grand risque de malaria, il y a beaucoup de malaria et de paludisme en Angola, des maladies qui n'existent plus ici ou plus dans certaines parties d'Afrique, la fièvre typhoïde, des problèmes de diarrhées, de malnutrition, [...] Il y a beaucoup de problèmes de sécurité parce qu'il y a beaucoup de vols, de cambriolages, vraiment beaucoup... C'est difficile aussi [de trouver un emploi]. C'est difficile, le réseau scolaire est aussi difficile. [...] Il y a beaucoup d'enfants hors du système scolaire, il y a beaucoup d'enfants qui ne vont pas à l'école parce qu'il n'y a pas d'accès! Il n'y a pas d'école! »

En comparant ainsi les deux pays, que ce soit leur fonctionnement de manière générale ou les prises en charge médicales, les femmes expriment facilement la satisfaction de leur suivi en France.

Fortes de leurs expériences passées de grossesse et d'accouchement dans d'autres pays, ces femmes ont accumulé des connaissances sur les fonctionnements des systèmes de santé et des services de maternité qui leur servent d'appui pour vivre leur grossesse et l'accouchement de façon positive en France. Cependant, certaines étapes du parcours de grossesse font encore figure de point aveugle pour elles, comme la péridurale ou la césarienne.

La très grande majorité des femmes rencontrées ont fait part de leur peur de la césarienne et de la péridurale. Pour beaucoup, il est difficile d'accepter la péridurale car il est important pour elles de pouvoir ressentir la douleur au moment de l'accouchement. Elles l'expliquent par l'importance de pouvoir « sentir l'amour de leur enfant » par la douleur de l'accouchement. Il y a aussi beaucoup d'idées-reçues sur la péridurale et ses effets secondaires, qui sont au final compensées par la réassurance de la part des professionnels de santé au sujet de la douleur. Elles finissent par s'y conformer car certaines la choisissent tout de même malgré leurs réticences premières.

Une des femmes rencontrées, Dayana, 42 ans, est passée par l'Espagne. Une de ses amies vivant en France lui aurait dit qu'en Espagne, la pratique de la césarienne était très courante, contrairement à la France²⁶. Lors de sa précédente grossesse en Espagne, elle a subi une césarienne, qu'elle a particulièrement mal vécue. Elle est donc venue en France pour accoucher de son quatrième enfant :

²⁶ En France, 21% des accouchements se sont effectués par césarienne en 2010, tandis qu'en Espagne cela concernait 26,3% des accouchements (Etude Euro-Peristat 2010 – comparaison des pourcentages d'accouchements effectués par césarienne dans 27 pays de l'UE).

« Elles [les Espagnoles] préfèrent la césarienne. Et pour nous la césarienne, c'est quelque chose de... c'est pas quelque chose que l'on accepte comme ça. L'Africaine n'accepte pas la césarienne comme ça. Parce que pour nous c'est comme... c'est vraiment très [...] C'est la peur! Avec tout ce qu'il se passe au Congo, les gens ont peur de la césarienne et donc pour moi je me disais... Comment les gens peuvent aimer ça? Et quand ma copine m'a envoyé le lien... le lien là que l'Espagne que c'est le pays de l'Union Européenne qui est vraiment évolué aussi en médecine, mais y'a trop de césariennes et... les gens critiquent l'Espagne qu'il y a trop de césariennes... Vous voulez la césarienne? Allez-y en Espagne! »

La question de la religion est un autre point spontanément abordé par certaines des femmes rencontrées. En effet, elle peut prendre une part importante dans le choix des décisions de santé. Certaines ont évoqué la question de l'avortement. Il était inconcevable pour elles de le pratiquer. Une autre femme, témoin de Jéhovah, a refusé les transfusions sanguines suite à une hémorragie de la délivrance et des risques encourus.

Cependant, j'ai pu constater quelques difficultés mentionnées par ces femmes. Les structures extra-hospitalières²⁷ sont peu repérées par les femmes, les délais d'attente pour les rendez-vous sont parfois longs et peuvent induire un sentiment de crainte, comme cela a été le cas pour Dayana :

« Ils m'ont mis une date... vraiment un mois ! [...] Mais donc le 1 mois-là, par rapport aux sensations, à ce que je sentais avec la grossesse. Avec ce que j'avais dans la tête, les traumatismes tout ce que j'avais dans la tête et tout... Je pensais même que tous les jours, un jour même quand je marchais, je pouvais être accouchée, sans être reçue par les autorités ».

Dans ces situations de doute où les femmes sont livrées à elles-mêmes et qui les font craindre un accouchement prématuré comme dans cet exemple, on ressent toute la vulnérabilité qu'elles ont incorporée en tant que migrante et femme enceinte et pour laquelle peu de soutien existe dans la sphère quotidienne lorsqu'on est peu dotée en connaissances. Le vécu positif de la prise en charge dans les structures publiques (PASS, hôpitaux, services sociaux) est à nuancer au vu de la coupure qu'elle induit avec la prise en charge extra-hospitalière et/ou libérale censée être en première ligne dans les suivis de grossesses non-pathologiques. Ainsi, une femme m'a fait part de la difficulté qu'elle a eu à trouver un médecin traitant²⁸ et, fait important sur lequel nous reviendrons (cf. p. 58), peu de femmes ont participé aux séances de préparation à la naissance pourtant prévues dans les protocoles de suivi de grossesse. Enfin, lors des échanges sur les démarches effectuées lors du suivi de grossesse, notamment concernant les dépistages prénataux,

²⁷ On entend par structure extra-hospitalière toute structure « en dehors des murs » de l'hôpital prenant en charge des patients.

²⁸ Il s'agissait pour elle d'une difficulté à savoir où il faut chercher et non un refus de soin des médecins traitants à prendre en charge un public précaire, bien que cela soit bien connu et décrit dans la littérature.

la majorité des femmes n'a pas été en mesure d'évoquer le niveau d'information et les décisions qu'elles ont eu à prendre dans ce domaine. Il semble y avoir une méconnaissance des démarches effectuées, une moins bonne information délivrée par les soignants relative aux dépistages, une grande confiance envers le corps médical qui « sait ce qui est bon pour elles » ce qui favoriserait une plus grande adhésion aux diagnostics proposés par les soignants.

2.2 La prise en charge sociale

L'ensemble des femmes rencontrées font l'objet d'un suivi par l'assistante sociale de la cellule de coordination de la PASS du CHU de Rennes. Toutes ont fait part de sa bienveillance et de son empathie à leur égard. Ketura est pleine de reconnaissance pour cet accompagnement social proposé par l'assistance sociale de la cellule de coordination PASS²⁹ :

« Oui très bien! Je ne sais pas comment je serais sans elle ! Comme j'ai passé une grossesse très difficile ici, avec son accompagnement ça m'a beaucoup aidé »

Par ailleurs, elles sont particulièrement satisfaites car pour elles des solutions ont souvent été trouvées telles que des aides financières et un accès aux droits de santé.

2.3 Rupture dans le suivi suite à l'accouchement

Néanmoins, il faut se pencher sur les temporalités de cette aide considérée comme salutaire pendant le suivi de grossesse, car, dans la majorité des situations des femmes rencontrées, il y a une rupture dans le suivi une fois que l'accouchement a eu lieu. Le suivi par l'assistante sociale de la cellule de coordination PASS s'arrête après l'accouchement. Le relais n'est pas bien compris par ces femmes qui ne savent pas à qui s'adresser pour continuer ce suivi social. Ketura me dit qu'elle n'avait pas compris que la prise en charge avec l'assistante sociale de la PASS s'arrêtait suite à l'accouchement :

« Le jour où j'ai accouché elle m'a même dit au revoir. Je ne savais même pas que c'était un accompagnement uniquement le temps de la grossesse. Je pensais que c'était un accompagnement pendant la procédure de demande d'asile, mais c'était seulement le temps de la grossesse... »

J'ai également pu constater une totale incompréhension des démarches effectuées, chez ces femmes, quant à l'accès aux droits, au déroulement des différentes procédures (d'asile, de logement, ...) et une confiance très forte envers les professionnels qui les entourent³⁰.

²⁹ Ketura est demandeuse d'asile et est suivie par la structure Coallia et par l'assistance sociale de la cellule de coordination PASS.

³⁰ Certaines des femmes rencontrées sont également suivies par des travailleurs sociaux de structures telles que Coallia pour les demandeuses d'asile.

2.4 D'autres structures existantes à Rennes pour accompagner ces femmes

Malgré la difficulté pour ces femmes de comprendre le réseau pouvant les prendre en charge et les aider, certaines se sont rendues dans d'autres structures telles que le Réseau Louis Guilloux et la PMI de leur secteur pour celles qui ont des enfants en bas âge.

Pour les femmes avec des difficultés économiques importantes, elles se rendent au Resto du Cœur ou au Secours Populaire pour recevoir des paniers alimentaires.

3 Le vécu et l'impact des difficultés pendant et après la grossesse

Les difficultés ressenties et vécues par les femmes sont multiples. En effet, certaines vont avoir des difficultés à la fois économiques, sociales et administratives tandis que pour d'autres, les difficultés ne résideront que dans le domaine administratif. Ces difficultés seront repérées et évaluées au moment du suivi de grossesse, mais pourront s'étendre dans le temps, après l'accouchement.

De plus, quelques femmes rencontrées ont des difficultés d'ordre médical qui compliquent la prise en charge de la grossesse. Une des femmes rencontrées me faisait part de ses antécédents médicaux et obstétricaux qui ont été une difficulté supplémentaire.

Les difficultés sociales sont les plus fréquemment évoquées chez les femmes rencontrées. Certaines sont isolées socialement, avec une famille non présente sur place et un père souvent absent ou peu soutenant. Lors de l'entretien, Divine parle des difficultés induites par des problèmes administratifs au long cours que son compagnon éprouve et qui ont des répercussions sur elle et ses enfants :

« Il a des problèmes un peu [...] il dort pas. Il crie toute la nuit. Il dit y a des gens qui le suivent [...] il fait des cauchemars. Vu qu'on lui a retiré aussi le titre de séjour... Quand il est stressé, des fois il dit qu'il veut mourir... Mais je lui dis : Tu ne peux pas mourir... On a un enfant... à élever. Je sais que ça va s'arranger, c'est un temps, ça va passer. Moi j'aurai mon titre de séjour, on va être bien. Toi aussi ils vont enlever l'OQTF³¹ parce qu'il a demandé l'avocat. Donc je lui parle de temps en temps, je dis que tu ne peux pas faire ça, parce qu'on a un enfant. »

Les compatriotes ont un rôle à double tranchant : ils peuvent être considérés comme ayant un rôle important de soutien ou parfois au contraire comme peu soutenant, mettant une pression supplémentaire sur ces femmes qui subissent par ailleurs des difficultés multiples. Les situations de logement en cohabitation sont particulièrement difficiles.

³¹ Abréviation de « Obligation de Quitter le Territoire Français », qui est une mesure prise par le préfet permettant de renvoyer un étranger en cas de refus de délivrance de titre de séjour ou de séjour irrégulier en France.

Les difficultés s'accumulent également pour les femmes qui ont des enfants qu'elles ont dû laisser dans leur pays d'origine pour des raisons de sécurité. Cet obstacle, lié en partie au parcours migratoire, fait qu'elles doivent subir les effets psychologiques d'une séparation, vécue comme un déchirement et qui nourrit un sentiment de culpabilité. C'est le cas d'Esther qui a été obligée de laisser ses jumelles de 13 ans au pays :

« Parce que quand tu laisses tes enfants à cet âge-là, tu arrives à ... Elles ne comprennent rien, mais elles savent seulement que Maman doit partir. Tu vois ce n'est pas facile... [...] Oui je leur ai dit. Mais ce n'est pas facile, ce n'est pas facile. Parfois on a le coup de cafard et tout... (souple) Tu te demandes "Est-ce qu'elles ont mangé aujourd'hui?"... [...] Mais on fait avec. Je n'ai pas le choix (pleurs) »

Les difficultés liées au logement sont une angoisse supplémentaire pour ces femmes, qui ne savent pas où elles vont être logées dans les prochains mois. Pour les femmes hébergées par le 115, les changements réguliers d'hôtels, avec parfois des changements de ville³², par conséquent dans des logements éloignés, peuvent compliquer les déplacements pour des rendez-vous ainsi que l'accessibilité aux structures situées à Rennes. La précarité, la promiscuité et l'insalubrité sont souvent mentionnées par ces femmes. Une des femmes nous a proposé de réaliser l'entretien dans sa chambre d'hôtel, ce qui nous a permis de constater ses conditions d'hébergement. Divine, 26 ans, vit dans une chambre d'hôtel avec son compagnon et ses deux enfants âgés de 3 ans et 2 mois. Le logement est peu adapté pour une famille. Elle nous fait part lors de l'entretien de son indignation et de sa colère d'être hébergée dans ces conditions :

« Là où je suis ça ne va pas, ça ne marche pas! Vous-même vous voyez... Comment... La chambre avec 4 personnes... [...] Il fait froid ici. En hiver, c'était vraiment... [...] Il faisait trop froid... Ça ne marche pas... [...] Et sa grande sœur elle tombait tout le temps malade. Et quand j'ai accouché il faisait encore froid [...] Voilà. Même pour se laver je les lave là où on se brosse les dents, pour manger il faut aller chez les compatriotes préparer quelque chose à manger... [...] Vous-même, vous voyez la situation... Y'a pas d'hygiène, avec un bébé. Elle est toute petite, là où elle se lave ce n'est pas confortable. Pour laver les habits il faut que j'aille chez les gens, je demande de l'aide chez des copines. Pour laver les habits, pour repasser, pour faire à manger chaque jour... Parce qu'ici on ne peut pas faire à manger. C'est juste dormir... Et la petite, sa grande sœur peut même pas s'amuser, tout le temps on est dehors là... Le soir après on vient dormir... C'est pas facile! [...]»

Une des femmes rencontrées me fait part de l'absence d'eau chaude dans son logement. Pour les femmes hébergées dans les hôtels sociaux, il n'est pas possible de cuisiner, ce qui complique la possibilité de se nourrir convenablement. De plus, les conditions de logement sont peu

³² Pour les femmes rencontrées, il s'agissait des villes de Fougères et Vitry, situées respectivement à 50 km et 40 km de Rennes.

reposantes pour les femmes enceintes avec, pour certaines vivant dans des hébergements d'urgence, une obligation de quitter la chambre pour la journée.

L'insalubrité et le manque d'hygiène peuvent avoir un impact sur la santé de la mère et de ses enfants. Divine m'a fait part des conséquences qu'a le logement sur sa propre santé et celle de ses enfants :

« Elle avait déjà des infections au début... Au début elle a eu des infections. On m'a donné un antibiotique pour mettre dans la bouche. [...] Et moi-même pendant la grossesse, j'ai eu aussi des infections... voilà. Un nouveau-né... des infections... mais des fois je fais une semaine je ne la lave pas, ça me met en colère. Je ne vais pas la laver là. Il faut d'abord nettoyer, faire de la javel... ».

Néanmoins, malgré les conditions de logement particulièrement difficiles dans ce cas, la grossesse facilite l'accès au logement de ces femmes. Les femmes enceintes sont vulnérables et sont prioritaires pour l'accès à l'hébergement par le 115, mais la temporalité de ces prises en charge en hébergement d'urgence retentit toujours sur leurs situations : les séjours hôteliers ne durent que quelques nuits au mieux, et c'est au quotidien qu'elles doivent gérer la nuitée suivante.

Les difficultés administratives se révèlent être le problème majeur des femmes rencontrées. L'accès aux « papiers » est comme un sésame pour une vie meilleure pour ces femmes, comme pour Esther :

« Je t'ai dit mon seul problème, c'est au niveau de mes papiers... Ça veut dire que quand j'accouche que je sois en possession du papier et tout sera... C'est ça mon vrai problème. C'est ça qui est le plus important. »

Une femme m'a fait part de ses difficultés à obtenir des papiers du pays d'origine, nécessaires pour réaliser certaines procédures en France. La complexité des démarches administratives, associée à une lourdeur et une lenteur des administrations en France, accentuent le sentiment de rejet et d'injustice vécu par ces femmes. Divine se retrouve dans une situation complexe : elle est hébergée par le 115 avec ses deux enfants âgés de 3 ans et 2 mois et son compagnon, qui a par ailleurs reçu une obligation de quitter le territoire. Son dossier est en attente et elle m'explique qu'elle n'arrive pas à obtenir un rendez-vous avec l'avocate qui suit son dossier à la préfecture, ceci se surajoutant aux difficultés administratives liées à son dossier :

« Non... Je suis allée la voir plusieurs refus. Elle ne veut pas me voir. Je demande aux secrétaires, je veux voir l'avocate pour demander... comment... mes dossiers à la préfecture. Elle me dit que non! Maître K. n'est pas là, elle n'est pas là! Toujours, toujours elle n'est pas là. Elle ne peut pas vous recevoir. Elle est occupée, elle n'est pas là, elle vient pas pour le moment! Je suis fatiguée! »

La situation de Lorena, bien qu'elle soit totalement différente de celle de Divine, est semblable sur la question des difficultés administratives.

Synthèse « biographie et trajectoire » de Lorena

Lorena est une femme angolaise de 39 ans. Elle est arrivée en France, enceinte, quelques mois auparavant, sous visa touristique, pour rendre visite à son compagnon qui vit en France. Sa fille aînée, âgée de 16 ans, est restée en Angola avec sa famille. Elle redoutait particulièrement cette grossesse à cause de deux fausses-couches et de la grossesse de sa fille aînée qui a été particulièrement difficile. Elle travaille comme fonctionnaire des impôts à Luanda, la capitale de l'Angola, et cela lui permet d'avoir les moyens de voyager régulièrement en Europe (France, Espagne, Portugal, Hollande), en Afrique du Sud et en Amérique du Sud (Brésil) où elle en profite à chaque fois pour passer des examens médicaux, car la prise en charge médicale en Angola n'est pas satisfaisante pour elle.

Une fois arrivée en France, son compagnon l'encourage à passer des examens médicaux pour qu'elle se sente rassurée. Suite à ces examens, il lui est conseillé d'accoucher avant le terme, en France. Ses difficultés en France résident donc surtout dans les papiers administratifs qu'il va lui falloir obtenir pour rester au-delà du temps de son visa.

En effet, Lorena se retrouve dans une situation où son visa a expiré. Elle souhaite retourner en Angola et maintenir une relation à distance avec son compagnon qui ne souhaite pas quitter la France. Elle est en attente d'une réponse de la préfecture concernant son visa et doit en plus attendre un délai de deux mois pour pouvoir voyager en avion avec son bébé. Lorena se retrouve dans une situation atypique comparée aux autres femmes que j'ai pu rencontrer, car sa seule difficulté est d'ordre administratif, avec notamment une difficulté de communication avec la préfecture.

Les démarches en France sont complexes et peu de femmes comprennent et savent expliquer clairement les démarches qui ont été effectuées ou qui sont en cours.

La présence en France de manière irrégulière peut provoquer chez certaines femmes la crainte d'être arrêtées et expulsées. Cette crainte peut empêcher certaines femmes d'entrer en contact avec un milieu institutionnel (Bouchaud, 2007) et de se rendre à certains rendez-vous, mais cela n'a pas été constaté chez les femmes rencontrées. Divine m'explique qu'elle a seulement ressenti cette peur en arrivant sur le territoire français, à la sortie de l'aéroport :

« [...] je suis sortie dehors [...] Et du coup je voulais vite partir de là, parce que j'avais peur, on va peut-être m'arrêter, des choses comme ça. »

Pour certaines femmes qui sont tombées enceintes en France, le fait d'avoir un enfant français est parfois vécu comme une « solution » pour une régularisation plus rapide.

Cependant la procédure est extrêmement complexe et relève du « parcours du combattant » (Chappuis *et al.*, 2017) pour ces femmes dans l'accès aux droits. Cette complexité induit parfois un

renoncement aux bénéfiques des dispositifs concernés et les ruptures de droits sont fréquemment retrouvées chez ce public.

Enfin, les étrangers sont victimes de stigmatisation et d'abus de la part des professionnels. Il existe une vision négative de la place de l'étranger et les femmes sont parfois perçues comme des « combinardes », des « consommatrices de prestations qui cherchent à ruser » (Rouilleau-Berger, 2010). Les femmes que j'ai rencontrées ne m'ont pas fait part de propos déplacés, d'actes malveillants de la part de professionnels de santé ou de travailleurs sociaux rencontrés sur Rennes, ce qui peut s'expliquer par le moyen de recrutement de ces femmes, fait par l'intermédiaire de l'assistante sociale de la cellule de coordination PASS. En effet, si une relation de confiance n'était pas établie entre l'assistante sociale et la femme, il serait peu probable que la femme accepte de me rencontrer.

La barrière de la langue peut être une difficulté supplémentaire pour les femmes non francophones. Celles que j'ai pu rencontrer parlent toutes un peu français. Elles arrivaient à se faire comprendre, à comprendre globalement ce qui était dit par les professionnels. La barrière de la langue n'a pas été mentionnée comme un frein dans la relation de soin.

Toutes ces difficultés ressenties par les femmes ont un réel impact sur le vécu de la grossesse. Le risque, au vu de ces difficultés multiples, est que leur santé ne soit pas considérée comme prioritaire.

4 Des ressources dans les difficultés du quotidien

Les femmes rencontrées ont toutes eu des facilités à se créer un réseau de soutien sur place. Tina, 27 ans, m'explique comment elle a rencontré son amie compatriote qui lui apporte un soutien important :

« On s'est croisées comme ça, on s'est croisées comme ça. C'était... c'était tout près du supermarché comme ça. Comme elle vendait des choses, j'ai demandé un peu quelque chose. Et puis, comme elle m'a demandé si je viens de quel pays, elle m'a dit "Ah, on parle comme ça, tu me fais souffrir en parlant en français"... Moi aussi je suis comme ça, et puis je lui ai expliqué. Et elle m'a dit : Je vais t'aider. Je vais t'accompagner... »

Les compatriotes sont souvent un soutien pour les femmes rencontrées, à la fois sur place en France, mais aussi lors du parcours migratoire. Ils donnent des conseils sur les lieux ressources pour avoir plus de chance d'obtenir un logement par exemple. Une fois sur place, ils les aident à comprendre le fonctionnement du système français et à réaliser les différentes démarches. Il n'est pas rare que les compatriotes accompagnent les femmes lors des différents rendez-vous. Certaines femmes disent que les compatriotes sont une forme de relais à une famille non présente sur place, et sont parfois un soutien pour l'hébergement ou l'accueil pour la préparation

des repas par exemple, pour celles ne pouvant pas cuisiner dans leur chambre. Une des femmes rencontrées m'explique qu'une compatriote a gardé ses enfants lorsqu'elle a dû être hospitalisée. Pour les femmes allophones, les compatriotes sont parfois une aide pour la traduction lors des différents rendez-vous. Lorena, jeune Angolaise, me dit qu'elle préfère être accompagnée de son amie qui parle français pour ces différents rendez-vous :

« [...] elle m'accompagnait à chaque fois qu'elle le pouvait. Et pour toutes les consultations elle a pu m'accompagner. Elle m'a accompagné pour m'aider à traduire ».

Malgré toutes les difficultés rencontrées par ces femmes, elles restent motivées à rester sur place pour donner un meilleur avenir à leurs enfants. Tout comme Divine, épuisée de sa situation, qui accepte de rester pour l'avenir de ses enfants :

« [...] je suis fatiguée. Si je n'avais pas des enfants, j'allais retourner. Si je n'avais pas des enfants... j'allais demander de l'aide pour repartir. Du coup j'ai des enfants, les enfants il faut qu'ils grandissent ici en France. Ici y'a de meilleures écoles, ici... les enfants sont bien par rapport à chez nous en Afrique. Là-bas c'est dur, c'est difficile, y'a des enfants qui souffrent. Même pour aller à l'école, du coup. Si j'accepte de rester, c'est pour mes enfants... »

Beaucoup de femmes m'ont fait part des traumatismes qu'elles ont subi à la fois dans leur pays d'origine, lors du parcours migratoire mais aussi une fois arrivées en France. Toutes font preuve d'une forte résilience, notamment Dayana qui conclut notre entretien par ces propos :

« Quand tu es dans ce rythme-là, surtout pour nous les immigrés c'est compliqué. Imaginez que si je n'étais... Si j'étais une femme renfermée à moi, avec ce qui m'était arrivée chez les amis de mes amis... Et que je n'avais pas cherché de solutions moi-même... [...] Si je n'étais pas forte, je ne me suis pas levée pour aller chercher... à rencontrer [nom de l'assistante sociale] avant, avant, avant. Imaginez que ces choses-là arrivaient pendant que j'étais encore dans les rues de Rennes, vous voyez? Ça allait mal se passer... Une femme enceinte, âgée, traumatisée! Et heureusement que j'ai cherché la solution et la solution est venue jusqu'à moi »

Les parcours et expériences migratoires associés aux multiples difficultés rencontrées une fois en France ont une réelle influence sur le vécu de la grossesse chez ces femmes. Ces difficultés éprouvées les empêchent d'investir pleinement leur grossesse. Une des infirmières que j'ai rencontrée, résume leur situation :

« [...] qu'elles viennent de Roumanie, que ce soit une Rom, une Congolaise, une tout ça... A un moment donné, tout ce qu'on leur demande de gérer et tout ça, c'est juste pas possible quoi. Entre le mardi aller faire ta paperasse pour ton truc, demander ton secours d'urgence au machin parce qu'au CDAS, aller chercher ton courrier... ne pas oublier de faire la prise de sang que t'as pour ton

rendez-vous du CMLG³³ la semaine d'après, repenser à ceci, et aller au secours populaire passer prendre des fringues... Nous c'est simple, le matin on prend notre voiture, on va à notre boulot, on rentre le soir chez nous... Bah tu vois je me dis que ça des fois on oublie quoi! »

Malgré cela, les femmes sont satisfaites du suivi proposé par les professionnels à l'hôpital et dans les structures extra-hospitalières et disposent de beaucoup de ressources pour faire face aux difficultés.

³³ Abréviation pour Centre Médical Louis Guilloux

Partie 2 : La prise en charge par les professionnels à Rennes

Les professionnels prennent une place importante dans le suivi des femmes enceintes migrantes. En effet, la grossesse, comme pour toute femme, nécessite une prise en charge régulière pour prévenir tout risque de complication. Au vu des difficultés multiples de ces femmes, un suivi social est souvent nécessaire pour les accompagner au quotidien. C'est pour cela que dans ce travail de recherche sur les trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes, il est également essentiel de prendre en compte le contexte médico-social local, car celui-ci peut avoir un impact sur les trajectoires de ces femmes.

1 Un réseau partenarial riche et fonctionnel à Rennes

Depuis plusieurs années à Rennes, une attention est portée par les professionnels de favoriser des liens privilégiés entre les différents acteurs amenés à travailler sur la thématique de la précarité, et, de ce fait, des migrants. Ce travail de partenariat a favorisé la prise en charge sociale et médicale des personnes sans couverture sociale et/ou sans hébergement.

Ce maillage partenarial avec ses liens privilégiés est unanimement apprécié des professionnels de santé et des travailleurs sociaux rencontrés lors de cette étude. Néanmoins, cette situation favorable de travail n'est pas toujours retrouvée dans d'autres villes en France. Certains professionnels rencontrés ont eu l'occasion de travailler ou de rencontrer des pairs travaillant dans d'autres régions françaises, où les acteurs et les institutions ne sont pas toujours bien repérés et où les prises en charge ne sont pas aussi fluides et efficaces. Ainsi, la ville de Rennes semble être une ville privilégiée pour la prise en charge des femmes enceintes migrantes, le plus souvent en situation de précarité, avec une PASS fonctionnelle et bien repérée par l'ensemble des professionnelles rencontrées.

Plusieurs professionnelles m'ont parlé notamment du groupe de travail « Errance et Grossesse », permettant de réunir les professionnels de Rennes travaillant sur cette problématique. Leur participation à ce groupe de travail leur permet de mieux connaître les différents partenaires, facilite les relais de prise en charge et leur permet de se sentir soutenues face à des situations plus complexes en sollicitant l'avis de pairs.

Néanmoins, une des sages-femmes rencontrée travaillant au CHU de Rennes évoque pour elle une difficulté à identifier les professionnels au vu de la multiplicité des acteurs. Elle explique qu'elle ne sait pas toujours à qui s'adresser lorsqu'elle est face à une situation nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire :

*« Je trouve au niveau de ma difficulté pour travailler c'est ce que [...] des fois je ne sais pas ce que... serait le chemin le plus simple pour elles, en fait. Donc des fois j'ai du mal à savoir, ça sert
Ana MILLOT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018*

aussi à ça les staffs psycho-sociaux de...d'orienter tout ça. Mais entre ce qui relève du SAFED, en ce qui pourrait relever uniquement du suivi social avec [nom de l'assistante sociale] et d'une sage-femme de PMI [...] c'est des fois compliqué »

Cette difficulté peut s'expliquer du fait que cette sage-femme, travaillant au CHU, n'a peut-être pas été informée des rôles et missions des autres structures. Ce réseau partenarial reste néanmoins un atout fort pour la prise en charge des femmes migrantes.

2 Des conditions de travail pas toujours optimales

De multiples difficultés sont éprouvées par les professionnelles rencontrées travaillant auprès des publics précaires et en souffrance.

La première difficulté relevée est le manque de moyens en temps qui leurs sont alloués. Le manque de temps est évoqué principalement par la sage-femme travaillant au CHU, et qui réalise des consultations sur une durée prévue qu'elle trouve limitée.

« Je trouve que le temps de consultation n'est pas suffisant [...] En fait actuellement par exemple une patiente qui arrive et que je ne connais absolument pas, dont je ne connais rien, donc c'est-à-dire primo-arrivante ou patiente lambda, j'ai 30 minutes pour réaliser l'anamnèse, de tous ces antécédents médicaux, ses antécédents obstétricaux, voilà donc si je dois regarder tous ces bilans sanguins. Et puis actuellement maintenant tout est informatisé donc il faut rentrer tous les résultats, et ça je n'arrive pas à le faire en 30 minutes. C'est-à-dire même, même pour une patiente qui n'a pas de soucis particuliers, je mets en règle générale 35 minutes. [...] Et encore si la patiente, voilà, n'a pas de questions, n'a pas trop de soucis. Quand c'est le deuxième et qu'elle est assez sereine, voilà. Donc vous imaginez bien une patiente qui est primo-arrivante, 30 minutes... »

Les délais de consultations longs sont principalement retrouvés au Réseau Louis Guilloux, où parfois le délai est d'un mois pour un rendez-vous médical. La difficulté à avoir un interprète dans la langue de la femme est également une difficulté, et peut renforcer les délais car toutes les langues ne sont pas disponibles. Par exemple, l'arrivée actuelle de femmes angolaises pose problème pour certains professionnels car la langue portugaise n'est pas disponible au Réseau Louis Guilloux. La sage-femme de consultation du CHU fait part de la difficulté à obtenir un interprète notamment pendant les périodes de vacances, période pendant laquelle moins d'interprètes sont disponibles.

Enfin, les difficultés matérielles et logistiques sont parfois mises en avant par les professionnels, avec par exemple l'absence de cadre infirmier au Réseau Louis Guilloux, ce qui peut mettre en

difficulté les infirmières, ou encore des locaux pas toujours adaptés pour accueillir le public, ce qui est le cas pour les Ateliers Socio Linguistiques³⁴.

Les prises en charge de ces femmes sont considérées comme complexes par les professionnels. En effet, ils sont souvent face à un public précaire et en grande difficulté qui nécessite une prise en charge et un suivi au cas par cas. Une médecin du Réseau Louis Guilloux m'explique la complexité de la prise en charge :

« C'est quand même un travail assez en tension, dans le sens où voilà c'est des gens qui arrivent, qui ont parfois pas de droits de santé ouverts, qui dorment à la rue, qui parlent pas forcément français, qui peuvent voilà demander une consultation rapide, qui ont un symptôme, mal au ventre machin, et nous on leur dit machin, ah bah non c'est pas urgent, enfin [les secrétaires] sont confrontées quand même à ça assez régulièrement avec un rendez-vous ah bah le rendez-vous c'est dans un mois et demi et ça leur va pas forcément donc, oui on est avec un public difficile »

La notion de « public difficile » est souvent employée par les professionnels. Il ne s'agit pas d'une catégorie sociologique, mais d'une notion empreinte de normativité utilisée par les professionnels pour faire principalement référence aux multiples difficultés rencontrées par les migrants et auxquelles les professionnels doivent faire face. De plus, les conditions de travail des professionnels ne sont pas toujours adaptées aux conditions de vie de ces publics, d'où le sentiment de « difficulté » qu'ils plaquent à leurs patients.

Par ailleurs, ces femmes n'ont pas toujours connaissance des pratiques en France, que ce soit au niveau médical, social ou administratif. Les professionnels doivent prendre un temps supplémentaire pour expliquer ce nouveau fonctionnement. Bon nombre de soignantes rencontrées m'expliquent qu'elles passent du temps à expliquer où réaliser une échographie en ville ou l'importance de faire les prises de sang. Ce temps nécessaire pour ces explications se fait au détriment d'autres aspects jugés moins prioritaires.

La barrière de la langue et les différences culturelles compliquent également la prise en charge pour les soignants et les travailleurs sociaux. Lorsqu'un interprète n'est pas disponible, cela complique la relation comme l'explique une sage-femme :

« Elles ne peuvent pas nous exprimer leurs inquiétudes aussi. C'est surtout ça. Il y a plein de femmes qui vont être hyper inquiètes sur l'avenir et le futur de ce bébé à naître dans un environnement précaire et on n'a pas du tout, on n'a pas de communication possible. »

Aussi, dans la littérature, il a été constaté que nombre de soignants disent leur crainte de mal faire, de ne pas respecter l'autre avec ses différences culturelles. Peu de soignants sont formés sur les questions de la culture et de l'interculturel. De plus, l'attention portée à la culture de

³⁴ Ces ateliers seront décrits p. 59 de ce mémoire

l'autre est en lien étroit avec la « trajectoire biographique » du professionnel, de son origine (Sicot, Touhami, 2015).

Une autre difficulté que j'ai pu constater est la rupture de prise en charge, que ce soit au niveau médical ou social, suite à l'accouchement. En effet, le suivi de l'assistante sociale de la cellule de coordination PASS se termine une fois que l'accouchement a lieu (ou quelques semaines après, selon la situation). Les femmes ne comprennent pas cet arrêt du suivi et se retrouvent en difficulté à identifier un relais pour poursuivre la prise en charge sociale, comme cela est le cas pour les consultations avec la sage-femme en maternité, qui se terminent une fois que l'accouchement a eu lieu. La femme doit donc être en mesure de poursuivre son suivi en extra-hospitalier, notamment pour une reprise de la contraception et pour les séances de rééducation périnéale. Cette difficulté peut provoquer une rupture de prise en charge, comme cela a été le cas pour plusieurs femmes que j'ai pu rencontrer.

Toutes ces difficultés peuvent induire chez les professionnels un sentiment de souffrance avec une sensation de mal faire son travail, comme le ressent une des sages-femmes rencontrées :

« On n'a pas assez de temps, pour elles [...] pour moi en tout cas c'est plus une souffrance pour moi de ne pas avoir de temps supplémentaire en fait. [...] La plupart du temps on sait que l'on ne fait pas bien notre travail parce qu'on n'a pas assez de temps, et du coup on laisse des femmes qui ont besoin d'être entourées quoi [...] ça c'est des situations que je trouve très difficiles ».

Dans les structures extra-hospitalières, j'ai constaté que des moyens supplémentaires étaient accordés, comme l'allongement de la durée de consultation, ce qui semble atténuer ce sentiment de souffrance.

Une autre difficulté est de faire face à des patients aux parcours migratoires traumatisants avec l'évocation d'actes de tortures et de violences subies. Pour faire face à cette souffrance, des solutions ont été mises en place de manière consciente ou inconsciente chez les professionnels. Tout d'abord, parmi les professionnelles rencontrées, toutes évoquent la bonne entente de l'équipe et les nombreux échanges entre collègues, pour pouvoir évacuer la charge émotionnelle forte. Certaines ont par ailleurs la possibilité de participer à des temps d'échange et de supervision pour évoquer des situations difficiles. De manière plus ou moins inconsciente, des mécanismes de défense sont parfois mis en place, comme j'ai pu le constater chez une des soignantes rencontrées :

« Il y a des choses j'ai comme l'impression des fois de mettre un filtre tu vois [...] Si tu veux moi la torture, rester accroché 24 heures par les pieds [...] Ouais, pour moi c'est... Mon cerveau n'arrive pas à le conscientiser [...] Ce qui me permet souvent de... d'entendre ou de comprendre ces maux, c'est effectivement quand je fais le lien avec le corps tu vois. Quand quelqu'un me dit qu'il a été torturé, brûlé, etc. et que je lui demande d'enlever son t-shirt pour prendre une tension et

qu'effectivement je vois les marques là, physiquement... sur le corps, effectivement ça peut être un peu difficile. »

Concernant plus spécifiquement les prises en charge, des formes de « bricolage »³⁵ sont parfois retrouvées pour « mettre à l'abri » des patientes (par exemple l'équipe décide d'une augmentation de la durée d'hospitalisation si aucune solution d'hébergement ne se dessine pour la sortie de la maternité) ou pour favoriser la prise de traitements (pour les femmes atteintes de VIH, plusieurs solutions et arrangements peuvent être trouvés pour donner tout de même des traitements aux personnes sans droits).

Une sage-femme se souvient d'une situation vécue où une femme, sans solution d'hébergement, était déclarée comme sortante. Elle m'explique le « bricolage » organisé par l'équipe médicale pour la maintenir hospitalisée malgré tout :

« Le truc c'est que... on ne pouvait pas la garder en hospitalisation sans raison médicale... Et donc on l'a gardé pour raison médicale! Soyons clair! Voilà parce que... mettre à la rue une femme enceinte qui vient d'arriver...»

Le « bricolage » sur l'accès aux traitements est particulièrement délicat car elle renvoie à la question des coûts des médicaments et des organismes qui vont les prendre en charge :

« C'est des traitements entre 600 et 800 euros par mois. La PASS ne peut pas, ils ont une enveloppe qui doit être de 10 000 euros par an. Si je leur prends la moitié en un mois pour tous les patients sans droits ça va poser souci. Donc voilà, c'est jongler, attendre, s'arranger, essayer de voir s'ils ne sont pas quand même trop immunodéprimés, faire quelques bilans a minima, récupérer des traitements que des patients ont laissé et faire le minimum sur l'enveloppe PASS quoi ».

Les conditions de travail des professionnels rendent difficile une prise en charge déjà particulièrement complexe. Néanmoins, le travail en réseau, le soutien des collègues semblent aider ces professionnelles au quotidien.

3 Existence de soins différenciés et de catégorisation de la part des soignants

La littérature décrit l'existence de soins différenciés des patients d'origine étrangère. En effet, il a été constaté que les « soignants informent moins bien les femmes de classes populaires et étrangères » et que les « recommandations médicales nationales sont d'ailleurs moins bien appliquées par les médecins pour les membres des classes populaires » (Gelly, Pitti, 2016). Le manque d'information pour les patients des classes populaires est d'ailleurs retrouvé chez ceux

³⁵ Concept employé par Michel de Certeau

atteints du cancer (Gelly, Pitti, 2016). Ainsi, il existerait des traitements différenciés selon la classe sociale et l'origine des patients. Par ailleurs, les médecins adaptent les prescriptions médicales en fonction de la perception qu'ils ont de la classe sociale des patients et de ses stéréotypes culturels, voire raciaux (*ibid.*). Une autre étude sur l'« accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées » fait le constat d'une prise en charge différenciée en fonction du lieu de naissance de la femme. Lors de la surveillance prénatale, le contrôle systématique de la pression artérielle en cas de première valeur pathologique était moins fréquent et plus retardé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne, tandis que les contrôles de la protéinurie étaient plus fréquents et le rythme des consultations de surveillance prénatale semblait moins rapproché (Sauvegrain, Stewart *et al.*, 2017).

Sauvegrain (2012) parle de processus d'ethnicisation, de racialisation et de catégorisation des soignants, qui interviennent défavorablement dans la relation de soin, bien que paradoxalement les soignants travaillent dans un domaine d'activité ayant comme valeur commune de combattre l'exclusion et de soigner quelle que soit l'origine du patient.

Le processus de catégorisation s'appuie sur « l'identification de différences physiques, l'imputation de différences culturelles, le repérage de 'problèmes' ou de facilités posé par certaines patientes » (Sauvegrain, 2015). Sauvegrain donne plusieurs exemples pour illustrer ce processus de catégorisation : pendant la phase de grossesse, il a été constaté que les consultations psychologiques sont moins proposées chez les femmes « africaines » car elles ont la réputation d'« être fortes dans leur culture », et que pendant la phase d'accouchement elles « poussent à leur manière » évitant l'utilisation de forceps. De plus, concernant les suites de couches, les « femmes africaines » ont la réputation de s'occuper très bien de leur bébé, et cela de manière autonome, et nécessiterait moins d'attention des soignants d'autant plus que le « bébé africain » est « plus tonique que les autres » d'après les soignants rencontrés par Sauvegrain (2015). Cette facilité attribuée aux « femmes africaines » dans le domaine du soin aux enfants ou aux mères s'étire dans d'autres sphères et peut expliquer en partie l'accès aux emplois d'auxiliaire de vie ou de nourrices où elles sont très représentées, et cela même chez les femmes diplômées (Sauvegrain, 2015).

Il existe une surreprésentation des femmes migrantes d'Afrique de l'Ouest parmi les femmes ayant accouché par césarienne. Dans les années 70, la raison avancée était l'existence d'une « mécanique obstétricale ». Quelques années plus tard, la raison évoquée était la prévention de la transmission du VIH mère/enfant pendant l'épidémie du SIDA, puis dans les années 2000, un protocole « de terme ethnique » était mis en place dans les maternités qui permettait au praticien de déclencher plus tôt l'accouchement d'une femme à cause de la couleur de sa peau et d'un temps de gestation qui serait moindre chez ces femmes (Sauvegrain, 2015, 2012).

Néanmoins, lorsque les équipes soignantes prennent du recul par rapport à leurs pratiques, la mortalité maternelle et/ou la mortalité périnatale des nourrissons n'augmentent pas (Sauvegrain, 2012).

Des préjugés et des stéréotypes existent concernant leur mode de vie, leurs habitudes et pratiques culturelles. Parfois, les femmes sont suspectées de vouloir un enfant pour régulariser leur situation en France (Sauvegrain, 2015) ou de pratiquer du « tourisme médical » en venant en France pour pouvoir bénéficier d'un régime de protection sociale avantageux mais coûteux pour la société (Pian, 2015).

Sauvegrain a pu constater lors de ces différentes études qu'il existe une catégorisation différente selon les professions. Certains soignants considèrent les « Africaines » comme patientes idéales, alors que les travailleurs sociaux voient ces femmes comme des « profiteuses du système social ». Tandis que pour d'autres soignants, ces patientes ne sont pas en adéquation avec la norme proposée, et leurs savoirs ne sont pas valorisés (Sauvegrain, 2015). Cette chercheuse ajoute que cette catégorisation peut influencer les relations soignant-soigné et leurs trajectoires de soins (*ibid.*).

En plus des discriminations que ces femmes peuvent subir de la part des professionnels, il y a souvent un refus de prise en charge de patients bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) (Cognet, Hamel *et al.*, 2014) par des professionnels libéraux, bien que le refus de soin pour ce motif soit interdit³⁶.

La catégorisation des patientes est un processus plus ou moins conscient chez les soignants qui leur permet d'assumer des charges de travail importantes en adoptant un « comportement routinier dans les soins » et en permettant d'atténuer des émotions fortes en disant « pour eux, c'est comme ça, c'est culturel » (Sauvegrain, 2015).

Ces processus décrits par Sauvegrain avec l'existence de soins différenciés sont retrouvés, dans une certaine mesure et de manière moins prononcée, chez les professionnelles rencontrées. Elles reconnaissent l'existence de soins différenciés et l'expliquent par le manque de temps qu'elles ont pour tout expliquer. Elles le justifient par le fait qu'elles parlent d'autres sujets avec ces femmes, telles que l'explication et le but de la césarienne ou encore l'importance de faire les échographies comme l'explique une sage-femme :

« Une femme insérée, intelligente, avec une profession, on va tout expliquer à fond... Voilà, un enseignant, par exemple, on va tout expliquer. A d'autres patientes, on va moins expliquer, c'est bien dommage. Mais on va parler d'autres choses peut-être. Par exemple, aux femmes migrantes,

³⁶ Article L1110-3 du Code de la Santé Publique : « aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès aux soins. Un professionnel de santé ne peut pas refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la CMU-C ou de l'AME (Aide Médicale de l'Etat) »

je leur dis "Voilà ce qu'il se passe en France, comment on soigne, on pose la perfusion, voilà". Expliquer la césarienne, parce que pour les femmes migrantes, les césariennes c'est compliqué. Donc parce que... il y a aussi leur culture qui fait que cet enfant sera singulier, donc voilà. Tout ça c'est de décrypter, de comprendre leur culture pour pouvoir la confronter à la nôtre et lui expliquer l'intérêt de la césarienne par exemple. C'est le sujet que j'aborde le plus souvent. Mais de comprendre pourquoi c'est compliqué, et pas leur dire "Si c'est comme ça! Parce que si vous ne voulez pas de césarienne c'est dangereux pour votre bébé". C'est... non non! Comment ça se fait que pour vous avoir une césarienne ce soit si difficile... Donc on explique tout ça »

Une autre sage-femme explique qu'elle n'a pas le temps pendant une consultation de tout expliquer et elle priorise :

« Quand on accueille une patiente qui est en grosses difficultés etc... et qu'on voit qu'on a déjà passé 45 minutes à parler juste des prises de sang, alors les échographies, alors elle ne connaît pas les centres d'échographie en ville, donc où est-ce que je vais l'envoyer? Et donc du coup ce passage-là il va être, il peut être complètement soit rapidement passé, soit est-ce que vous voulez le faire le test de la trisomie 21? Non? Bon elle m'a dit non, je coche non et puis voilà alors que si ça se trouve elle ne sait même pas ce que c'est. [...] Donc oui, je pense que ça c'est sûr, on va au plus urgent en fait »

Des processus de catégorisation sont également retrouvés, où par exemple une sage-femme sera plus attentive à l'hypertension chez une femme guyanaise :

« Autant les femmes guyanaises par exemple, elles font de l'hypertension... presque... Dès que j'ai une femme guyanaise, je fais gaffe à l'hypertension parce que... à chaque fois voilà il y a un facteur génétique qui fait qu'elles font plus d'hypertension. »

Ces catégorisations et explications liées à la génétique sont enseignées dans les différents cursus de santé, et se transmettent le plus souvent de manière informelle lors des stages en milieu hospitalier, bien que l'explication ne soit pas un facteur génétique mais plutôt un facteur environnemental.

A la suite de l'entretien, elle catégorise les femmes en fonction de leurs comportements, qui rendraient ces femmes plus ou moins coopérantes dans la relation de soin :

« La femme africaine elle rit beaucoup par exemple, moins la femme de l'Est, des pays de l'Est, des choses comme ça. Généralement elles accouchent drôlement bien, elles ne sont pas dans la plainte, elles sont... et puis l'enfant est plutôt un moment merveilleux quoi. Donc une joie, donc c'est un moment assez joyeux en fait autour de la grossesse, lors de l'hospitalisation c'est plutôt quelque chose... L'allaitement par exemple chez les femmes africaines ça ne pose aucun problème. Même les femmes maghrébines, aucun problème quoi. Le problème de l'allaitement c'est chez la

femme blanche. La femme africaine elle peut donner le biberon, donner le sein, donner le biberon, donner le sein, ça ne pose aucun problème quoi ».

Ces phénomènes de catégorisation sont très ancrés dans les pratiques soignantes. Les catégories « femmes de l'Est » et « femmes africaines » sont souvent opposées, avec des traits de personnalité propres aux cultures respectives des femmes selon certains soignants.

4 Les questions de communication avec les femmes non francophones

Une autre difficulté retrouvée pour les professionnels confrontés à des femmes non francophones est la « barrière de la langue », autrement dit les situations de communication mettant à l'épreuve les langues pratiquées dans la consultation. Plusieurs possibilités s'offrent aux professionnels pour y remédier. La première survient quand les professionnels et les femmes parlent anglais : il arrive alors que les entretiens soient réalisés dans cette langue.

D'autres fois, les patientes viennent accompagnées d'un proche faisant office d'interprète, une solution que les professionnels n'apprécient pas. En effet, cette situation d'interprétariat informel peut être biaisé, tant par la qualité de la traduction (qui peut être déformée volontairement ou involontairement) que par les liens qui unissent la femme à l'interprète informel (où peuvent exister des rapports de domination ou d'emprise non visibles lors de la consultation). Cela peut également poser question d'autant plus que la grossesse touche à l'intime, à la sexualité de la personne, et aborder ces questions auprès d'un tiers peut être problématique.

Une autre possibilité est de faire appel à un interprète professionnel. A Rennes, le réseau Louis Guilloux dispose d'un « pôle interprétariat » permettant la mise à disposition d'interprètes en plusieurs langues. Faire appel à un interprète nécessite la programmation d'un rendez-vous en amont, donc non adapté pour des rendez-vous en urgence, et toutes les langues ne sont pas disponibles. Néanmoins, l'interprétariat par téléphone reste possible, mais est assez coûteux.

La présence d'un tiers dans la consultation n'est pas accueillie favorablement par tous les professionnels. Une des sages-femmes rencontrées m'a fait part que la présence d'un interprète perturbe sa relation de soin avec la femme. Elle m'explique les alternatives qu'elle a trouvées pour pouvoir communiquer et comment se déroule sa consultation avec une femme non francophone :

« Alors moi je fais beaucoup, je travaille beaucoup avec le dessin. Le dessin et les gestes. Et en fait... j'aime pas travailler avec un interprète. Sauf pour les antécédents les choses comme ça, mais même. On arrive à communiquer comme ça, sur... alors sauf les grosses maladies, les gros antécédents de grosse maladie quand je ne comprends pas, là j'ai besoin d'un interprète. Mais autrement, j'ai besoin du ressenti, et faire venir un interprète ça change tout. [...] Voilà moi je suis Ana MILLOT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

dans le lien avec le corps et tout ça, et je pense qu'avec des gestes et des dessins on arrive à se comprendre. Donc je ne suis pas en difficulté [...] Mais lors de l'entretien, ça pourrait être comme ça "Quel est votre projet avec ce bébé? Est-ce que vous l'avez désiré?" Tout ça, c'est des choses j'arrive à ... même quand elle parle anglais, au début elles sont un petit peu surprises et elles demandent un interprète. Et en fait, elles comprennent et on arrive à communiquer sans problème. Ouais, j'ai jamais été coincée quoi, pour un problème de langue, quelle que soit la langue »

Cependant, les femmes migrantes reçues par cette sage-femme peuvent émettre le souhait de rencontrer un interprète, alors que cette dernière n'est pas à l'aise avec la présence de celui-ci. En imposant sa vision du soin, sans la présence d'un interprète, il y a un risque qu'elle se trouve dans une situation d'injonction auprès de ces femmes. Ainsi, la présence d'un interprète dépend fortement de la préférence des soignants.

5 Existence de visions différenciées chez les professionnels

5.1 Une vision différenciée de l' « étranger »

Certaines des professionnelles rencontrées m'ont fait part de l'existence d'une vision différenciée de l' « étranger ». Elles font toutes preuve de bienveillance et d'empathie envers les patientes étrangères lors des entretiens. Leurs motivations pour travailler auprès de ce public sont diverses : certaines évoquent un intérêt pour la rencontre, la culture de l'autre ou encore un désir d'aider les personnes dans la précarité. Le sentiment d'être utile est également retrouvé, avec parfois un engagement moral fort. Une sage-femme me parle des difficultés qu'elle redoute de rencontrer au vu des politiques menées à l'encontre des migrants :

« Là y a une annonce qu'à partir de septembre ce sera beaucoup moins important [les aides financières], donc ça inquiète beaucoup de gens. Et j'ai peur que ça ait comme conséquence que plutôt que d'avoir à être confronté à des gens enfin c'est leur dire "On ne peut rien faire pour vous", alors ce que moi je ne peux pas le dire! Puisqu'au niveau médical, le serment d'Hippocrate il est là. Et je les enverrai à l'hôpital et je prescrirai ce qu'il faut, et heureusement on a ça. Donc ça ne me gêne pas trop. Par contre si cet enfant, enfin cette mère n'a plus rien pour nourrir ses enfants, ce n'est pas encore arrivé, mais je pense que le risque, c'est que nous travailleurs sociaux³⁷, j'espère jamais en arriver là, on préfère ne pas rencontrer la femme, en disant "mais non, c'est pas pour nous". J'ai bien peur de ça [...] Là il y a... si on est dans une politique de rejet, ça... c'est très très maltraitant pour les personnes mais aussi très maltraitant aussi pour les travailleurs sociaux. Parce que c'est insupportable! [...] »

³⁷ La sage-femme rencontrée se qualifie à la fois comme soignante, mais également comme travailleuse sociale.

Le contraste peut être grand entre ces professionnels au profil empathique, et d'autres qui sont dans une forme de rejet et de discrimination des étrangers. La majorité des professionnelles rencontrées ont fait part de discours entendus dans les couloirs de services hospitaliers reposant sur un sentiment de « trop d'étrangers qui profitent du système ». Ces stéréotypes ethniques et ces propos racistes, bien qu'existants, ne sont jamais évoqués directement face aux patients, ce qui peut expliquer ce paradoxe entre la satisfaction des patientes et ce type de comportements des soignants.

Néanmoins, bien que les discriminations et les stéréotypes négatifs liés à la nationalité et à la culture semblent peu présents chez les personnes interviewées, une des professionnelles rencontrées m'a fait part de situations où le manque de considération de la précarité des personnes de la part des équipes médicales dans certains services était alarmant. Ainsi, elle m'explique une situation qu'elle a vécue peu de temps avant notre rencontre :

« Dans certains services [...] où la préoccupation du chirurgien est franchement pas une préoccupation sociale ou de contexte social de son patient, que le patient soit migrant ou pas, mais je veux dire que d'être migrant c'est une difficulté supplémentaire. Il y a encore des difficultés où on a des équipes médicales et soignantes qui ne tiennent pas suffisamment compte du contexte social, de l'environnement immédiat de la personne [...] et qui font sortir des patients à 20h45 encore, j'ai eu le cas là il y a une semaine avec [nom de l'assistante sociale], deux semaines, pour un patient d'origine étrangère mais qui avait un logement, mais pour qui le plan d'aide n'avait pas été suffisamment efficient et qui est sorti malgré tout [...] On a eu récemment [...] une sortie d'une patiente, 46 ans, ne parlant pas le français, vivant plus ou moins à la rue avec une fille, un gendre et un petit, plutôt en voiture, et cette patiente est sortie avec un pansement, en post chir³⁸ à faire quotidiennement, dans des conditions d'asepsie, et c'est évidemment pas en vivant à la rue ou dans une voiture... Voilà, donc résultat des courses, cette dame a consulté au total peut-être 13 fois sur les urgences? Pour finir par revenir... »

Cette vision différenciée de l' « étranger » chez les soignants peut provoquer des conflits entre ceux qui sont soucieux du contexte social et ceux qui ne considèrent pas l'environnement social comme nécessaire pour soigner. Ces conflits sont très présents mais semblent néanmoins ne pas se faire devant les patientes migrantes.

5.2 Au-delà du soin : une vision différenciée quant à l'accès à l'hébergement

Concernant la priorité accordée aux femmes enceintes migrantes à l'accessibilité de l'hébergement, les discours s'opposent. Bien que la priorité accordée aux femmes enceintes pour

³⁸ Abréviation pour post-chirurgie

un logement soit en principe admise, des voix s'élèvent, notamment une des soignantes rencontrées, pour dire que les hommes ont tout autant droit à l'accès à un hébergement :

« [...] certaines te diront que bien-sûr que c'est normal que la femme enceinte soit prioritaire pour un hébergement par rapport à l'homme, et puis d'un autre côté pourquoi aussi? Il a rien demandé le pauvre gars quoi, c'est tout aussi difficile d'être à la rue donc déjà on se dit que déjà ce sont des femmes qui voilà... Qui ont quand même une protection, qui sont, qui sont hébergées, bien-sûr ce n'est pas satisfaisant, bien-sûr... »

Ainsi, l'universalisme des soins et de manière plus globale de la prise en charge sociale est fondamental pour cette soignante, qui ne comprend pas pourquoi l'aide accordée à une population vulnérable se fait au détriment d'une autre.

5.3 Faut-il prôner une prise en charge différenciée pour optimiser le suivi des femmes migrantes enceintes au CHU de Rennes ?

Parmi les professionnels travaillant au CHU, deux visions antagonistes coexistent concernant la prise en charge des femmes enceintes migrantes. Il s'agit de visions qui traversent les questions d'accès aux soins des migrants en général, et que j'ai pu observer à l'œuvre dans le cas précis de la grossesse à Rennes.

La première vision est de créer un service parallèle à part, pour pouvoir avoir de meilleures conditions pour prendre en charge ces femmes. Une équipe pluridisciplinaire serait dédiée exclusivement à la prise en charge des femmes migrantes, avec notamment des temps de consultation plus longs, des professionnels spécifiquement formés pour ces prises en charge complexes. Une des sages-femmes du CHU m'explique qu'il s'agirait pour elle d'une prise en charge idéale, comme cela est d'ailleurs le cas dans d'autres établissements en France. A Nantes, par exemple, il existe une structure appelée UGOMPS (Unité Gynécologique Obstétrique Médico Psycho Sociale). Cette unité est composée d'une équipe pluridisciplinaire spécifiquement dédiée à la prise en charge de femmes en situation de vulnérabilité, et semble être bien repérée par les professionnels au niveau local.

Une deuxième vision concerne la politique actuellement menée par le CHU de Rennes qui consiste en une prise en charge intégrée de ces femmes dans un parcours de soins classique. Ainsi, la coordinatrice du dispositif PASS que j'ai rencontrée m'explique le choix de cette politique au CHU de Rennes :

« Après le parti qui a été pris ici et que j'ai voulu soutenir et que je soutiens encore, c'est de dire c'est l'accès aux soins pour tous comme c'est inscrit dans le nouveau projet médical et de soins d'ailleurs, de l'établissement. C'est l'accès aux soins pour tous et dans les mêmes conditions, c'est-à-dire pas de fléchage, pas d'équipe dédiée, pas de service spécialisé... pour ne pas imaginer des

dérappages qui voudraient que... ou qui laisserait penser qu'on pourrait faire entre guillemets une prise en charge à deux vitesses. Il y aurait le circuit classique pour ceux qui n'auraient pas de problème et puis il y aurait le circuit parce qu'on peut imaginer que c'est le cas pour les personnes migrantes, c'est le cas pour la personne en situation de handicap, où c'est chronophage aussi une consultation, c'est le cas pour une personne âgée, qui est désorientée... Pourquoi imaginer des fléchages, des équipes dédiées, on a des services de maternité, de pédiatrie, d'ophtalmo, d'ORL, de pneumo, de cardio, de neuro, et ça doit... On doit pouvoir au sein de chaque équipe s'organiser pour pouvoir accueillir indifféremment tout ce public et dans les meilleures conditions. »

Néanmoins, consciente des difficultés que peuvent avoir les professionnels sur le terrain, elle serait plutôt favorable au développement de formations en interne pour que chaque professionnel soit en mesure de prendre en charge une femme migrante, si celui-ci se sent en difficulté, et à l'allongement du durée de consultation par des temps « sage-femme » supplémentaires si besoin. Cependant, créer un circuit parallèle fléché pour ce public peut être stigmatisant et discutable éthiquement parlant. En effet, entrer dans un certain parcours de soin ou relever d'une certaine structure ou d'un type d'aide financière dit quelque chose de votre situation sociale, économique, familiale ou administrative. Cela rejoint les propos de Sicot et Touhami (2015), qui expliquent que certains soignants sont réticents à la mise en place des dispositifs spécifiques de prise en charge au sein de l'hôpital, craignant un « soin de seconde zone ».

Partie 3 : Comprendre en même temps le vécu des femmes migrantes et la prise en charge des professionnels

Ce qui a été frappant à l'issue de ce travail de recherche est de constater le paradoxe entre le ressenti de la prise en charge chez les soignantes et les soignées. Les femmes, comme nous l'avons constaté, sont pleinement satisfaites de leur suivi et de leur prise en charge, alors que les professionnelles, dans l'ensemble, ne se disent pas satisfaites du suivi proposé.

1 Prendre en charge des patientes migrantes : proposer ou imposer ?

Les soignantes se disent frustrées, insatisfaites, voire désemparées de leur prise en charge et du suivi qui est proposé. La prise en charge minimale est néanmoins systématiquement proposée. Toutes les femmes ont parlé des différentes échographies qu'elles ont réalisées par exemple. Les autres examens, considérés comme moins prioritaires ou urgents par les soignantes, ne sont pas systématiquement proposés, tels que les séances de préparation à la naissance, où peu de femmes rencontrées ont participé, certains dépistages comme celui de la trisomie 21 ou les séances de rééducation périnéale, qui améliorent considérablement le confort de vie des femmes venant d'accoucher. Néanmoins, cette insatisfaction d'une prise en charge différenciée pour les femmes migrantes peut provoquer une véritable souffrance chez les soignantes, comme cela a été constaté chez une des sages-femmes, et induire des situations où les patientes migrantes ne se retrouvent plus en position de pouvoir choisir ce qu'elles souhaitent. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Cognet, Hamel *et al.*, 2014) soulignent que les migrants sont « davantage dirigés qu'invités à prendre part aux décisions, davantage placés sous l'autorité des professionnels qui vont jusqu'à décider à leur place quelque fois sans les informer ». Ainsi, on se retrouve dans une situation où les patientes ne sont pas actrices de leur prise en charge, ce qui est contraire à la loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Par ailleurs, dans un contexte hospitalier difficile, où le temps est compté pour les consultations, les professionnels de santé se retrouvent de plus en plus confrontés à de situations où ils prennent des décisions à la place de la femme, pour gagner du temps.

La sage-femme du CHU explique que parfois elle a le sentiment de prendre des décisions à la place de ces femmes, notamment lorsqu'elles favorisent des séances individuelles plutôt que des séances de préparation à la naissance :

« Il va falloir expliquer qu'il faut que le conjoint soit là, que les séances en groupe que ce n'est pas forcément adaptées pour elle, donc on est toujours en train de se dire qu'on est toujours plus ou moins en train de prendre la décision pour elle et de leur imposer des choses en fait. »

Cette sage-femme, par l'importante qu'elle accorde à la place du père dans l'accompagnement, se retrouve dans une situation où elle prend des décisions à la place de la femme.

Les différences culturelles, ainsi que les difficultés cumulées chez ces femmes font que la santé n'est pas toujours une priorité à un moment donné. Les différences culturelles entrent parfois en contradiction avec le suivi « idéal » ou « optimal » pour les soignants, où le suivi médical régulier est attendu ainsi qu'une implication de la mère pour favoriser le lien avec son bébé, comme me l'explique une psychologue rencontrée :

« C'est plutôt quelques fois une différence de culture. On sait aussi que dans certaines cultures, les femmes ne s'occupent pas de leur bébé. Or en maternité, on va leur demander de s'occuper de leur bébé, de faire le bain, de lui donner à manger ou de lui donner le sein, de le nettoyer, de lui faire la petite toilette, de nettoyer les yeux, vous voyez le cordon des choses comme ça, et on sait que dans certaines cultures ce sont les autres femmes qui vont s'occuper du bébé. »

Cette différence qui semble être d'ordre culturel peut perturber la relation de soin. La femme peut se sentir jugée, incomprise des soignants.

Cette même psychologue se souvient d'une situation complexe qu'elle a vécue, mettant en jeu ces différences de priorité entre les soignants et une patiente qu'elle suivait. Cette patiente, originaire d'un pays d'Afrique, venait d'accoucher et son bébé était hospitalisé en service de néonatalogie. Elle avait des difficultés sociales et administratives qui l'empêchaient d'être pleinement investie pour son bébé et l'obligeaient à avoir beaucoup de rendez-vous différents. Cette situation n'était pas comprise des soignants qui critiquaient son manque d'implication en disant que la patiente, bien que venant tous les jours, n'était jamais disponible. Cette psychologue a fini par intervenir pour leur expliquer le contexte de vie de cette femme, des multiples démarches qu'elle devait effectuer et qui finissaient par impacter sur sa disponibilité et sa présence pour son bébé.

2 Les séances de préparation à la naissance comme un outil pour promouvoir la santé des femmes migrantes ?

Les séances de préparation à la naissance permettent à toute femme enceinte de bénéficier gratuitement de 7 séances abordant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et la vie en tant que parent. Ces séances, généralement en petit groupe, permettent aux femmes et aux accompagnants de poser des questions dans un cadre propice aux échanges, ou encore d'effectuer des exercices corporels, notamment des techniques de respiration et de relaxation (Sauvegrain, 2008). Les différents acteurs sont unanimes sur le fait que toutes les femmes n'ont pas accès aux cours de préparation à la naissance (Drouvin, 2018). En effet, ces séances sont le plus souvent en langue française et donc excluent de fait les femmes allophones. Le rythme des

séances est globalement rapide pour permettre une compréhension pour des femmes maîtrisant peu le français (*ibid.*). Les femmes peu à l'aise en public et n'osant pas prendre la parole se retrouvent également exclues de ces séances, tout comme les femmes issues de milieux populaires, les femmes qui se disent « isolées » et les étrangères (Sauvregrain, 2008).

Au Réseau Louis Guilloux, des Ateliers Sociaux Linguistiques (ASL) sur la thématique de la grossesse sont proposés aux femmes enceintes allophones souhaitant apprendre le français pour pouvoir comprendre la prise en charge, se sentir rassurées à la venue de leur bébé et leur permettre d'accéder à plus de compréhension et de connaissance sur la périnatalité en France et donc d'être plus autonomes dans leurs démarches personnelles, sociales et médicales (Drouvin, 2018). Deux intervenantes³⁹ participent à la mise en place de ces séances hebdomadaires d'une durée de deux heures. L'objectif est de favoriser l'usage du français dans les démarches quotidiennes liées à la grossesse, au maternage et à la parentalité. Dans un cadre propice aux échanges, en petit groupe, les femmes sont invitées à participer sur des sujets variés tels que la contraception, l'échographie, ou encore la prise de rendez-vous par téléphone. Des intervenants extérieurs sont régulièrement sollicités, tels qu'une gynécologue ou encore des professionnels de la PMI pour pouvoir aborder des thématiques sur l'allaitement, la contraception, l'échographie ou encore l'accouchement, répondre aux questions des femmes et leur offrir la possibilité de « déconstruire des représentations erronées » et ainsi avoir une « lecture plus éclairée des pratiques et de leurs objectifs » (*ibid.*).

Ces séances semblent se présenter comme un levier pour développer l'empowerment de ces femmes migrantes. L'empowerment est une notion complexe, difficile à traduire de l'anglais. En effet, nombreuses sont les traductions d'empowerment qui retiennent la racine « power » - pouvoir : « accès au pouvoir », « prise de pouvoir » et aussi « pouvoir revendiqué », « pouvoir négocié », « pouvoir partagé » (Fayn, Des Garets, Rivière, 2017). L'empowerment est associé à la notion d' « autodétermination, de libération de la conscience de l'homme contraint, désormais capable de faire des choix et d'influer le cours de sa vie et celui de sa communauté » (*ibid.*). L'empowerment peut être défini comme un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de vie » (*ibid.*). Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'empowerment du patient est un « moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé » (*ibid.*). Le mouvement d'autonomisation des patients rejoint une nouvelle approche du soin, le « Patient-Centered-Care » où l'écoute du patient doit guider les décisions cliniques (*ibid.*).

³⁹ Une des intervenantes est formatrice de Français langue étrangère et Français langue d'intégration, et une autre intervenante est bénévole de l'association Langue & Communication à Rennes.

L'empowerment est donc un processus permettant aux femmes migrantes, au travers des ASL, d'avoir un « pouvoir d'agir » sur elles-mêmes, de les rendre plus autonomes avec comme objectif de devenir actrices de leur prise en charge. L'objectif de l'empowerment est donc d'accroître la participation active des individus, de réduire les inégalités et de lutter contre les exclusions (Dane, 2007). La femme va ainsi acquérir une partie du pouvoir « par la possession de compétences ou de connaissances » (Fayn, Des Garets, Rivière, 2017) qu'elle mettra à profit lors de ces futures expériences de soins.

Plusieurs études montrent que le fait de faire appel aux capacités du patient améliore sa « compliance », c'est-à-dire son respect du traitement et la qualité de son suivi. En encourageant la participation du patient aux décisions qui le concernent l'amène par ailleurs à mieux utiliser les ressources du système de santé et donc accroît sa satisfaction (*ibid.*).

Ainsi, les ASL sont un moyen pour favoriser la participation active des femmes migrantes autour de la thématique de la grossesse. Cela permettrait de réduire les inégalités sociales d'accès aux séances de préparation à la naissance et leur exclusion, en leur donnant cette possibilité de « pouvoir d'agir ». Drouvin, dans le cadre de son mémoire sage-femme sur le « parcours de femmes migrantes allophones : la maternité au travers de la différence linguistique » (Drouvin, 2018) a rencontré des femmes ayant bénéficié de ces ASL. Elles ont toutes exprimé la volonté d'apprendre le français et des termes techniques en lien avec la grossesse, l'arrivée du bébé et le suivi médical. Ainsi, ces ateliers permettent aux femmes de gagner en autonomie, d'être plus à l'aise dans la relation de soin et de bénéficier d'un enrichissement mutuel de par le partage avec les autres femmes. Les visites des différents lieux tels que la PMI et la maternité leur permettent de s'approprier les différents espaces qu'elles vont être amenées à fréquenter et ainsi de les rassurer. Les femmes participant aux ASL ont exprimé des retombées positives de ces séances sur le vécu du suivi en diminuant le stress et en se sentant plus à l'aise dans ce suivi (*ibid.*).

Néanmoins, des limites de ce dispositif ont été constatées. Seules 45 femmes ont pu en bénéficier sur l'année 2017 (*ibid.*). L'accès aux professionnels de santé travaillant auprès de ce public, ainsi que la lourdeur des démarches de sensibilisation, sont des difficultés rencontrées par le coordinateur de ces séances. La sous-orientation des femmes par les professionnels de santé est une problématique importante et peut s'expliquer par la non-connaissance de ce dispositif, par le fait que la communication de cette information passe au second plan à côté d'autres sujets jugés plus prioritaires, par le manque de temps pour aborder ce sujet ou par tout simplement l'oubli d'en parler. Par ailleurs, l'hétérogénéité des niveaux de français parmi les femmes oblige les intervenantes à adapter leurs séances. L'accès aux séances aux femmes peu ou pas francophones reste compliqué (*ibid.*).

Bien que ces séances soient un levier pour permettre aux femmes de gagner en autonomie, cela est à resituer dans un contexte où peu de femmes sont concernées, mais qui mériteraient de gagner en visibilité, à la fois auprès des femmes mais également auprès des professionnels.

3 Parler de, et évaluer la précarité en consultation : un tabou dans la prise en charge du public étranger ?

Parmi certaines professionnelles rencontrées, j'ai constaté l'existence d'un tabou pour aborder la question de la précarité avec les patientes. Une sage-femme parle de sa gêne à évoquer avec les patientes les situations de précarité qu'elles peuvent vivre telles que l'absence de logement. Ainsi elle se souvient d'une situation où elle n'a pas décelé en amont une situation de précarité chez une patiente, car ce tabou, trop important, l'empêche de demander de manière directe quelles sont les conditions de vie de sa patiente. Elle utilise plutôt une forme détournée, en posant une question ouverte invitant la femme à dire d'elle-même dans quelle situation elle se trouve.

« [...] je me souviens d'une patiente que j'ai suivie, sans me rendre compte qu'elle était... [...] en extrême précarité et qui m'a annoncé lors de la 3^e séance qu'elle dormait dans sa voiture en fait. [...] des fois je ne pose pas la question parce que j'ai l'impression que c'est voilà, des gens qui ne paraissent pas en difficulté. [...] En fait je pose une question ouverte, je demande aux femmes si elles vivent avec leur conjoint et leurs enfants, si elles vivent à Rennes, où est-ce qu'elles vivent? Et je laisse la réponse ouverte et là j'ai... Bon bah la réponse de "Non je vis à l'hôtel ou je vis dans un squat" voilà... »

Ce tabou de la précarité, comme on peut le voir avec cette situation, peut avoir des conséquences et des répercussions sur la prise en charge des femmes. En décelant de manière tardive des situations sociales plus complexes, ces femmes se trouvent dans une situation de vulnérabilité alors que des solutions peuvent être trouvées par les travailleurs sociaux en amont.

On peut expliquer ce tabou de différentes manières. Tout d'abord, la pauvreté est une question qui dérange car « elle est toujours l'expression d'une inégalité, sinon inacceptable, du moins peu tolérable, dans une société globalement riche et démocratique » (Paugam, 2008).

Le monde médical a longtemps abordé la question de la précarité sous l'angle de l'éthique, de la déontologie et du militantisme selon Adam, mais les pratiques médicales restent cantonnées au monde associatif et aux missions d'intérêt général des hôpitaux (Adam, 2013). Par ailleurs, plusieurs enquêtes montrent le manque de connaissance des internes ou médecins généralistes sur leurs difficultés à cerner les difficultés sociales et médicales et leur désarroi face aux multiples problématiques de ces patients. La formation initiale et continue des médecins sur cette question est peu existante (*ibid.*). Ce déficit de formation est également constaté dans les autres

formations médicales et paramédicales. De plus, les questions de la précarité et de l'exclusion sont jugés peu prioritaires par les médecins (Adam, 2013).

La prise en charge des femmes migrantes enceintes, comme nous venons de le voir, est complexe pour les professionnels. La différence de ressenti est importante entre les femmes et les professionnelles rencontrées. Bien que les femmes soient satisfaites du suivi proposé, il est tout aussi essentiel d'être attentif au bien-être des professionnels et leur donner plus de moyens pour permettre aux femmes d'être pleinement actrices de leur prise en charge médico-sociale.

Conclusion

Le vécu de la grossesse pour les femmes migrantes est particulièrement lié à leurs parcours migratoires singuliers. Ceux-ci peuvent être traumatisants, tant physiquement que psychiquement, et vécus comme un déchirement pour ces femmes qui se retrouvent souvent isolées de leur famille, et de fait de leurs plus proches soutiens lors de la grossesse et de la période post-accouchement. La désillusion en arrivant en France est souvent importante pour ces femmes, qui viennent après avoir fui leur pays pour des raisons diverses, et souhaitent améliorer leurs conditions de vie, ou tout simplement survivre. En arrivant en France, elles se trouvent, pour certaines, encore plus isolées, sans ressources, avec des difficultés multiples qui peuvent avoir des impacts sur leurs trajectoires de soins. Ces difficultés, comme nous l'avons vu de manière détaillée, sont d'ordre médical, économique, social et environnemental, linguistique pour les femmes non francophones. Mais en premier lieu, des difficultés rencontrées par toutes les femmes sont d'ordre administratif.

A Rennes, les femmes rencontrées, toutes satisfaites de leur suivi, semblent être privilégiées par rapport à d'autres villes où le réseau partenarial entre les différents acteurs prenant en charge ces femmes n'est pas aussi efficient. La bienveillance et l'empathie des professionnels rencontrés sont unanimement évoquées par ces femmes et les comparaisons avec le pays d'origine sont réalisées où elles déplorent des prises en charge de moins bonne qualité, voire mauvaises.

Néanmoins, les ressources importantes que ces femmes arrivent à mobiliser, telles que le réseau de compatriotes ou la place accordée à la religion les aident à surmonter ces difficultés. Toutes ces femmes rencontrées font preuve d'une résilience importante, ce qui laisse supposer, en revanche, que les femmes n'ayant pas ou peu ces ressources peuvent difficilement surmonter ces difficultés.

Le paradoxe de cette prise en charge, considérée comme excellente par les femmes rencontrées face à une insatisfaction des soignants, questionne. Certains soignants évoquent des situations de souffrance quand ils ne sont pas en mesure de prendre en charge correctement ces femmes aux difficultés multiples. Les conditions de travail, notamment en milieu hospitalier, sont connues pour compliquer ces prises en charge qui nécessitent du temps supplémentaire, notamment lorsqu'un interprète est nécessaire, et des personnes formées pour prendre en charge ces spécificités. Différentes visions coexistent pour prendre en charge ces femmes migrantes : une prise en charge intégrée au parcours classique, comme cela est le cas au CHU de Rennes, ou une prise en charge dans un service spécifique, à part.

La prise en charge médico-sociale de ces femmes relève parfois l'existence de soins différenciés, de processus d'ethnicisation, de racialisation et de catégorisation de la part des professionnels,

qui ont été amplement décrits dans la littérature et qui semblent être peu présents à Rennes ou peu ressentis par les femmes rencontrées.

Cette étude a permis d'étudier des trajectoires de soins singulières de plusieurs femmes migrantes, enceintes ou venant d'accoucher récemment, ainsi que les prises en charge médico-sociale proposées par les différents acteurs, dans le contexte local rennais, pour les accompagner de manière globale.

La prise en compte de la précarité est absolument nécessaire. D'après Mahieu-Caputo, la précarité est un « authentique risque périnatal qu'il est indispensable d'évaluer et de prendre en compte tout au long de la grossesse et dans le suivi de l'enfant après la naissance » (dans Herschkorn Barnu, 2017). En effet, l'impact sur la vie future que peuvent avoir les événements de la période périnatale fait qu'il est primordial de prendre en considération ces questions (Azria, 2015).

L'objectif premier de ce mémoire de recherche est de compléter et d'enrichir les données déjà obtenues dans le cadre du programme de recherche MIGSAN et notamment les données relatives à l'axe de recherche étudiant les trajectoires de soins du point de vue des primo-arrivants et des expériences vécues lors des épisodes de maladie, des conditions de logement et des changements dans la cellule familiale.

Cette étude sur les trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes a pour but de décrire à la fois leur parcours migratoire et ce qui les a décidées à venir en France, leurs conditions de vie en France, notamment le logement, les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien, le vécu de leur grossesse et leur rapport aux soins. Ce travail a également pour objectif de prendre en compte les professionnels travaillant auprès de cette population et de décrire leurs conditions de travail qui ont une influence considérable sur la prise en charge, ainsi que sur leurs perceptions de ces femmes.

Les pistes pour promouvoir la santé des femmes migrantes en situation périnatale sont nombreuses. En effet, le dispositif ASL, bien que touchant un nombre très restreint de femmes à Rennes, mériterait de gagner en visibilité. La nécessité de former les professionnels aux spécificités de l'accueil de ce public semble primordiale, notamment au CHU, où le dispositif PASS est intégré au « parcours classique » de soins. Il semble également nécessaire de déconstruire les catégories attribuées aux femmes migrantes encore très présentes chez les professionnels et qui perturbent de manière plus ou moins directe la relation de soin.

Ce travail de recherche rennais, réalisé en miroir avec une étude similaire effectuée à Strasbourg, permettra de comparer les deux agglomérations où les contextes locaux sont différents, ce qui explique des prises en charge des femmes enceintes migrantes également différentes. A moyen terme dans la recherche, la comparaison de ces deux villes pourrait permettre, de manière

prudente car les contextes sont différents, de comparer leur efficacité et de proposer des pistes pour une prise en charge optimale pour les femmes enceintes migrantes.

Ce mémoire de recherche n'est pas exhaustif. En effet, seulement huit femmes migrantes et dix professionnelles ont été rencontrées. De ce fait, la saturation des données n'est pas atteinte à mon sens. D'autres entretiens seront réalisés pour pouvoir enrichir et compléter les données collectées au cours de ce travail. Par ailleurs, l'ensemble des femmes rencontrées sont originaires d'Afrique, dont le Congo, la République Démocratique du Congo, le Cameroun et l'Angola. Il me semblerait intéressant, pour pouvoir percevoir des problématiques qui pourraient être différentes ou nuancées, de rencontrer des femmes originaires d'autres continents comme l'Asie, notamment le Moyen-Orient, ou encore l'Amérique du Sud.

Bibliographie

1 Articles

Adam C., « Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste », *Humanitaire*, 2013, n°36, p. 44-51.

Azria E., « Précarité sociale et risque périnatal », 2015, *Enfances & Psy*, n°67, p.13-31.

Azria E., Stewart Z., Gonthier C., Estellat C., Deneux-Tharaux C., « Inégalités sociales de santé maternelle », 2015, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, n° 43, p. 676-682.

Bernard O., « Inégalités sociales de santé et périnatalité : évolution de la place de la PMI », 2016, *Spirale*, n°78, p.45-52.

Brodiez-Dolino A., « Vulnérabilités sanitaires et sociales », 2013, *Le Mouvement Social*, n° 242, p. 3-8.

Brodiez-Dolino A., « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », 2015, *Informations sociales*, n° 188, p. 10-18.

Canut C., Pian A., « Editorial », 2017, *Revue Européenne des migrations internationales*, n°33, p. 7-19.

Chappuis M., Le Bihan Y., Tomasino A., « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde », 2017, *Après-demain*, n°42, p.3-5.

Cottureau V., Hoyez A-C., « Quand les migrations internationales croisent les questions de santé », 2012, *HAL*, p. 362-378.

Dane C., « L'empowerment, un concept pour la France ? », 2007, *Vie sociale*, n°2, p. 59-72.

Fayn M-G., Des Garets V., Rivière A., « Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient », 2017, *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 119, p. 55-73.

Gasquet-Blanchard C., Hoyez A-C., « Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes », 2015, *ESO Travaux et documents*, n° 39, p. 85-89.

Gelly M., Pitti L., « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », 2016, *Agone*, 2016, n°58, p.7-18.

Georges-Tarragano C., Grassineau D., Astre H., Gaillard J., « Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle », 2017, *Laennec*, n° 1, pp. 25-37.

Gonzalez A., « Le dispositif : pour une introduction », 2015, *Marges*, n°20, p. 11-17.

Gourdeau C., « Une politique d'intégration au service des femmes étrangères ? », 2015, *Hommes et migrations*, n°1311, p. 23-29.

Hémon E., « Le temps des migrants ; les temps de l'exil », 2002, *Thérapie familiale*, n° 23, p.183-194.

Herschkorn Barnu P., « Parcours de soins périnataux et grande précarité : expérience du réseau SOLIPAM (Solidarité Paris Maman Ile-de-France) », 2017, *Contraste*, n°46, p.189-206.

Hoyez A-C., D'Halluin E., « L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants », 2012, *Humanitaire*, n°33, p. 1-8.

Macfarlane A-J., Blondel B., Mohangoo A-D., Cuttini M., Nijhuis J., Novak Z., Olafsd HS., Zeitlin J., « Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study », 2015, *British journal of obstetrics and gynaecology*, n°123, p. 559-568.

Morelle M., Ripoll F., « Les chercheur-es face aux injustices : l'enquête de terrain comme épreuve éthique », 2009, *Annales de Géographie*, n° 665-666, p. 157-168.

Paugam S., « Les formes de la pauvreté en Europe », 2008, *Regards croisés sur l'économie*, n° 4, p. 8-18.

Pian A., « Trajectoires de rapatriés, éléments pour une réflexion en termes d'expérience », 2010, *Hommes et migrations*, n° 1286-1287, p. 86-97.

Pian A., « Désacraliser la solidarité familiale. Quand le cancer touche des immigrés âgés », 2014, *Noroi*, n°232, p. 67-80.

Pian A., « Se faire soigner à l'étranger, des migrations féminines dans l'ombre ? », 2015, *Hommes et migrations*, n°1311, p. 83-91.

Sauvegrain P., « Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? », 2008, *Spirale*, n°47, p. 167-178.

Sauvegrain P., « La santé maternelle des 'Africaines' en Ile-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », 2012, *Revue européenne des migrations internationales*, n°28, p. 81-100.

Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles M-J., Saucedo M., Deneux-Tharaux C., « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées », 2017, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20, p. 389-395.

Sicot F., Touhami S., « Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ? », 2015, *Empan*, n°98, p. 101-108.

2 Ouvrages, mémoire

Abélès M., « Le terrain et le sous-terrain », dans C. Ghasarian (dir), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive, nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Armand Colin, 2002, p. 35-43.

Adam C., « Populations et inégalités sociales de santé : de qui parle-t-on ? », dans C. Adam, V. Faucherre, P. Micheletti, P. Gérard (dir), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, 2017, p. 92-99.

Cognet M., Hamel C., Sauvegrain P., Gabarro C., « Migration et état de santé », dans J-Y. Blum, M. Le Coat Eberhard (dir), *Les immigrés en France*, La documentation française, 2014.

Drouvin C., « Parcours de femmes migrantes allophones : La maternité au travers de la différence linguistique », 2018, Ecole de sage-femme de Rennes, Université de Rennes 1.

Fournier C., Winance M., « Questionnements éthiques dans les recherches qualitatives en santé », dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance (dir), *Les recherches qualitatives en santé*, Armand Colin, 2016, p. 60-81.

Gaboriau P., « Point de vue sur le point de vue, les enjeux sociaux du discours ethnologique : l'exemple des sans-logis », dans C. Ghasarian (dir), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive, nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Armand Colin, 2002, p. 103-115.

Ghasarian C., « Sur les chemins de l'ethnographie réflexive », dans C. Ghasarian (dir), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive, nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Armand Colin, 2002, p. 5-33.

Guégan J-B., Boschet A., *Comprendre les migrations, Approches géographique et géopolitique*, Paris, Bréal (coll. « Thèmes et Débats »), 2017, 224 p.

Gourévitch J-P., *Les véritables enjeux des migrations*, Monaco, Editions du Rocher (coll. « ROC.GEOPOLITIQ. »), 2017, 224 p.

Guichard A., Dupéré S., « Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé », dans E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, W. Sherlaw (dir), *La promotion de la santé, Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, 2017, p. 97-114.

Harpet C., « Déterminants de la santé et justice sociale », dans E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, W. Sherlaw (dir), *La promotion de la santé, Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, 2017, p. 81-95.

Micheletti P., « La précarité à l'extrémité du gradient des inégalités sociales de santé : comprendre pour agir », dans C. Adam, V. Faucherre, P. Micheletti, P. Gérard (dir), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, 2017, p. 31-41.

Mestre C., « Migrants et étrangers : approche anthropologique d'une population précarisée », dans C. Adam, V. Faucherre, P. Micheletti, P. Gérard (dir), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, 2017, p. 100-105.

Revault P., « Migrations, vulnérabilités et santé en France », dans C. Adam, V. Faucherre, P. Micheletti, P. Gérard (dir), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, 2017, p. 184-205

Rochefort J., Faucherre A., Sartini A., « Santé des femmes et précarité », dans C. Adam, V. Faucherre, P. Micheletti, P. Gérard (dir), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, 2017, p. 106-120.

Rouleau-Berger L., *Migrer au féminin*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « La Nature humaine »), 2010, 208 p.

Simonnot N., « Les systèmes de santé en Europe à l'épreuve de l'accessibilité », dans C. Adam, V. Faucherre, P. Micheletti, P. Gérard (dir), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses, 2017, p. 235-244.

Stauss A., *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 1991, 311 p.

3 Webographie

ANRS, Migrants d'Afrique subsaharienne en France : un accès rapide à l'assurance maladie mais des barrières persistantes dans leur accès aux soins, <<http://www.anrs.fr/fr/actualites/455/migrants-dafrique-sub-saharienne-en-france-un-acces-rapide-lassurance-maladie-mais>>.

La Cimade, Qu'est-ce qu'un migrant ?, <<https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>>.

CHU de Nantes, Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (Ugomps), <<https://www.chu-nantes.fr/unite-de-gynecologie-obstetrique-medico-psycho-sociale-ugomps--457.kjsp>>.

CNIL, 2018, Méthodologie de référence MR-003 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement, <<https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>>.

CNRS, 2017, Guide « Pratiquer une recherche intègre et responsable », <<http://www.cnrs.fr/comets/spip.php?article181>>.

CNRTL, Définition de « mortinatalité », <<http://www.cnrtl.fr/definition/mortinatalite%C3%A9>>.

Code de la Santé Publique, 2000, « Article L 111-3 », <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685807&dateTexte=&categorieLien=cid>>.

Haute Autorité de la Santé, 2016, « Synthèse des recommandations professionnelles – Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées », <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf>.

Haut Conseil de la Santé Publique, 2015, « Avis HCSP relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers », <<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>>.

INSEE, Définition de « primo arrivant », <http://www.insee.fr/fr/insee_regions/alsace/themes/cpad08_05.pdf>.

Inserm, « Pré-éclampsie, une maladie de la grossesse fréquente et parfois gravissime », <<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/pre-eclampsie>>.

Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa », <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, 1986>.

Réseau Louis Guilloux, ASL : Ateliers socio linguistiques, < <https://rlg35.org/index.php/asl/>>

Saurel-Cubizolles M-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M-H., 2012, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », <www.solipam.fr/IMG/pdf/BEH_2012-01-17.pdf>, 2012.

Sauvegrain P., « La catégorisation des 'Africaines' par les soignants en maternité », Communication au colloque de l'ARDIS « Critères, catégories et stéréotypes », <<http://docplayer.fr/14786297-La-categorisation-des-africaines-par-les-soignants-en-maternite.html>>, 2015

Service public, « Grossesse : examens médicaux », <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F963>>

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche de poste du stage

Annexe 2 : Guide d'entretien des femmes enceintes

Annexe 3 : Guide d'entretien des professionnels

Annexe 4 : Affichette d'information de l'étude distribuée aux femmes (version française)

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des femmes rencontrées

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des professionnelles rencontrées

Annexe 7 : Tableau des observations réalisées

Annexe 8 : Tableau de participation aux colloques, journées de travail, ...

Annexe 1 : Fiche de poste du stage

OFFRE DE STAGE

CONTEXTE :

Dans le cadre du programme MIGSAN, financé par l'ANR (programme JCJC – 2016-2019), nous nous intéressons aux inégalités sociales de santé et à l'accès aux soins des primo-arrivants. Ce programme en sciences humaines et sociales s'inscrit dans une démarche collaborative et pluridisciplinaire. Il porte à la fois sur les expériences et les trajectoires de soins des primo-arrivants et sur les pratiques des professionnels intervenant auprès de cette population. L'axe 1 du programme MIGSAN (*Trajectoires de soin du point de vue des primo-arrivants et des expériences vécues lors des épisodes de maladie, des conditions de logement et des changements dans la cellule familiale*), s'intéresse notamment aux trajectoires de la grossesse. Il vise à étudier les usages des structures de soin par les femmes primo-arrivantes, à reconstituer leurs trajectoires de la santé et du soin dans différentes situations sociales et familiales, et ce, en prenant en compte leur environnement quotidien dans les lieux/ villes de résidence.

RECRUTEUR :

Dans ce cadre, le laboratoire ESO-Rennes et le département SHS de l'EHESP recrutent un stagiaire pour une durée de 4 mois.

DESCRIPTION DU POSTE :

Les objectifs principaux de ce stage sont de :

- Mener un terrain de recherche ethnographique mis en place au sein de la PASS du CHU de Rennes, en collaboration avec les membres du programme
- Réaliser des observations in situ (en salle d'attente et en consultation, sous condition de l'accord des soignants et de la patiente) et une série d'entretiens auprès de patientes du service et des soignants et travailleurs sociaux.
- Traiter et analyser les données issues de l'enquête
- Rédiger un mémoire de synthèse.

PROFIL RECHERCHE :

Niveau Bac+4/5 en géographie de la santé/santé publique/sociologie/ethnologie/anthropologie
Profil recherche, autonome.

Compétences requises :

- Maîtrise des techniques de recherche bibliographique
- Connaissance des techniques d'enquêtes
- Très bon relationnel
- Esprit d'analyse et rigueur scientifique
- Très bonnes capacités rédactionnelles
- Maîtrise du Pack Office : Word, Excel, Access
- Maîtrise de plusieurs langues

STAGE :

Durée : 4 mois, à pourvoir en février 2018 / Lieu de stage : Laboratoire ESO Rennes

Niveau d'indemnisation : Indemnités de stage réglementaires

MODALITES DE CANDIDATURE :

Envoyer CV et lettre de motivation à : Anne-Cécile Hoyez : anne-cecile.hoyez@univ-rennes2.fr & Clélia Gasquet-Blanchard : clelia.gasquet@ehesp.fr

Pour toute question nous contacter au +33 02 99 02 24 35 / +33 06 19 94 57 12

Annexe 2 : Guide d'entretien femmes enceintes primo-arrivantes / ANR MIGSAN

Entretien n° :	
Date de l'entretien :	Lieu :
Conditions de recrutement du patient :	
Entretiens antérieurs :	
Conditions de l'entretien :	

Introduction	Eléments biographiques (si non évoqués au cours de l'entretien)
<ul style="list-style-type: none"> • Se présenter et présenter l'étude : étudiante en Master de Santé Publique. Stagiaire dans le cadre du programme MIGSAN : étude sur les expériences des primo-arrivants et leurs trajectoires de soins dont la grossesse. • Présentation de l'interprète (si présent) • Rappel de l'anonymat • Demander autorisation pour l'enregistrement : rappeler qu'il ne sera pas diffusé, uniquement archivé pour la recherche et pour ne pas que les propos de la personne soient déformés. • Préciser qu'elle n'est pas obligée de répondre à toutes les questions 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationalité • Âge • Travail : a déjà travaillé ou effectué une formation ? Dans quelle branche ? • Statut matrimonial • Si présence d'un conjoint : profession ? Travaille-t-il actuellement ? • Projets et perspectives individuelles et familiales (projets familiaux, professionnels, amicaux, ...) • Religion ? Si oui, êtes-vous pratiquante ?

Grossesse et prise en charge	Protection sociale, conditions d'accès aux soins	Parcours migratoire
<p>Prise en charge médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pourriez-vous me parler de votre grossesse ? •Depuis quand êtes-vous enceinte ? Comment l'avez-vous appris ? •Est-ce votre premier enfant ? (nous l'aborderons plus tard) •Nous nous rencontrons parce que vous avez été prise en charge par la PASS, comment êtes-vous arrivée à la PASS ? •Comment ça se passe vos papiers à l'hôpital, pour les RDV ? •Êtes-vous uniquement suivie à l'hôpital ? •Quel ressenti avez-vous de la prise en charge ? Comment jugez-vous la qualité de votre prise en charge ? •Est-ce que la prise en charge répond à vos besoins ? •Quelles relations avez-vous avec les soignants (confiance, satisfait, difficulté de communication ?) Vous sentez-vous comprise ? Répondent-ils à toutes vos questions ? •Est-ce qu'il y a des gestes ou des mots qui vous ont choqué ou que vous avez apprécié ? •Comment faites-vous pour communiquer avec les professionnels ? (interprète ou tiers) •Vous faites-vous accompagnée lors de vos différents RDV (souvent, parfois, ...)? Si oui, vous sentez-vous rassurée ? •Comment trouvez-vous le suivi ici par rapport à votre pays d'origine ? (comparaison) 	<p>Les grossesses antérieures</p> <ul style="list-style-type: none"> •Avez-vous déjà des enfants ? •Comment se sont passés les grossesses et accouchements précédents ? Etait-ce en France, à l'étranger ? De quel suivi avez-vous bénéficié ? Etait-ce différent du suivi actuel ? •Avez-vous connu des fausses couches ou avortements ? <p>Concernant le dépistage prénatal</p> <ul style="list-style-type: none"> •Avez-vous réalisé des dépistages et diagnostics prénatals? (anomalies chromosomiques fœtales : trisomie, ...) •Qu'en pensez-vous ? <p>Concernant les échographies</p> <ul style="list-style-type: none"> •Avez-vous déjà réalisé des échographies ? •Si oui : quel a été votre ressenti ? <p>Préparation à la naissance</p> <ul style="list-style-type: none"> •Avez-vous assisté à des séances de préparation à l'accouchement (au RLG, à la maternité)? •Si oui : quel a été votre ressenti ? <p>Accouchement et suites de couche</p> <ul style="list-style-type: none"> •Quand est-ce prévu ? •S'il a déjà eu lieu, comment s'est-il passé ? Comment cela se passe avec le nourrisson ? •Que pensez-vous de la péridurale ? de la césarienne ? •Redoutez-vous ou avez-vous redouté ce moment ? <p>Concernant l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> •Que pensez-vous de l'allaitement ? •Pensez-vous allaiter votre enfant ? •Avez-vous reçu des conseils relatifs à l'allaitement ? <p>Concernant le portage</p> <ul style="list-style-type: none"> •Qu'en pensez-vous ? •Allez-vous le pratiquer ? •Les soignants ont-ils parlé avec vous du portage ? <p>Concernant les comportements à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Avez-vous été sensibilisée aux dangers de la consommation de l'alcool et des autres drogues pendant la grossesse ? •Si oui, dans quel contexte ? <p>Avez-vous des craintes, des peurs en lien avec la grossesse ? Ressentez-vous des difficultés dans le cadre de la grossesse ? [Faire rebondir, lui faire évoquer les solutions]</p>	<p>Environnement</p> <p>L'environnement social</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pouvez-vous me parler de votre famille ? (présente en France, dispersée ?) •Êtes-vous en contact avec votre famille dans votre pays d'origine ? •Vous sentez-vous soutenue par votre famille ? par vos amis ? •La grossesse a-t-elle eu un impact sur les relations familiales ? •Avez-vous des contacts, une famille, des amis, des connaissances en France ? (voir si c'est un entourage bienveillant ou pas, ne pas poser la question mais y être attentif) •Faites-vous partie d'une association, d'un groupe de parole ? <p>Le logement</p> <ul style="list-style-type: none"> •Où vivez-vous? (lieu, contexte) •Avec qui ? •Dans quelles conditions ? (nature du logement : CADA, foyer, chez un proche) •Quel était votre lieu d'habitation dans le pays d'origine, au cours de la migration et actuellement ? (statut : locataire, propriétaire, ...) •Y-a-t-il eu des changements pendant la grossesse ? •La grossesse a-t-elle eu un impact sur vos conditions d'hébergement ? •Après l'accouchement, avez-vous eu une proposition de logement ? •Quel est votre statut actuellement ? (demandeur d'asile, réfugié, ...)
<p>Prise en charge sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> •Avez-vous un suivi avec une assistante sociale ? •Vous sentez-vous comprise, soutenue ? •Est-ce que cette prise en charge répond à vos besoins ? 		<p>Conclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nous arrivons à la fin de l'entretien. Souhaitez-vous compléter ou aborder un autre sujet ? •Remercier la femme + interprète si présent •Récouter le point de vue de la patiente sur ce type d'interaction avec présence d'un interprète •Faire un point avec l'interprète à la fin de l'entretien
<p>A l'extérieur de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> •Connaissez-vous les différentes structures locales pouvant vous aider ? (ex : RLG, ...) •Y avez-vous eu recours ? 		

Annexe 3 : Guide d'entretien professionnels / ANR MIGSAN

Entretien n° :

Date de l'entretien : **Lieu :**

Conditions de recrutement :

Entretiens antérieurs :

Conditions de l'entretien :

Introduction	Activité professionnelle et formations
<ul style="list-style-type: none"> • Se présenter et présenter l'étude : étudiante en Master de Santé Publique. Stagiaire dans le cadre du programme MIGSAN : étude sur les expériences des primo-arrivants et leurs trajectoires de soins dont la grossesse. • Rappel de l'anonymat • Demander autorisation pour l'enregistrement : rappeler qu'il ne sera pas diffusé, uniquement archivé pour la recherche et pour ne pas que les propos de la personne soient déformés. • Préciser qu'il/elle n'est pas obligé(e) de répondre à toutes les questions 	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi consiste votre travail ? Quelles sont vos principales tâches ? • Depuis combien de temps travaillez-vous (à la PASS, dans ce service, ...) ? Quelles sont vos précédentes expériences ? • Quelle formation avez-vous pour pouvoir exercer dans ce domaine (formations universitaires, DU, professionnelles ou autres) ?

Au sein du service	Intérêt et ressenti personnel pour la problématique des primo-arrivants en France	La prise en charge des femmes enceintes primo-arrivantes (s'appuyer sur des exemples précis, récents)	
<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me décrire vos conditions de travail ? Sont-elles favorables selon vous ? - De qui est constituée l'équipe au sein de laquelle vous travaillez ? - Quelle est votre position hiérarchique au sein du service ? Qui est votre responsable ? Etes-vous responsable de certains agents ? - Quel est le public pris en charge dans ce service ? (caractéristiques socio-démographiques, couverture sociale, nationalités, ...) - Parmi les personnes migrantes que vous rencontrez dans votre service, quels sont les statuts migratoires ? - Quelle est la proportion entre les étrangers et Français ? Quels types de questions cela suscite dans votre service ? - Comment se déroule la communication avec les patients non francophones ? - Quelles sont les évolutions du public que vous avez remarqué dans le service au fil des années ? - Y-a-t-il des difficultés organisationnelles dans la prise en charge de ce public dans votre service ? - Quelles sont les structures avec lesquelles vous travaillez ? Quels sont leurs rôles ? Comment fonctionnent ces partenariats ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment a émergé chez vous la volonté de travailler auprès d'un public primo-arrivant ? - D'un point de vue extérieur à la sphère professionnelle, êtes-vous engagés en milieu associatif ou politique ? (à voir en fonction du contexte) - Selon vous, le contexte politique est-il favorable à la prise en charge de patients primo-arrivants ? - Face aux problématiques socio-économiques, culturelles et linguistiques de cette population, comment faites-vous face ? (ex : comment réagir quand on est face à une patiente sans ouverture de droits ? Sentiment d'être démuné ?) <p style="text-align: center;">Catégorisation de la part des soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs auteurs évoquent que les « <i>inégalités sociales qui marquent le suivi de grossesse sont en partie aggravées par les pratiques de soignants qui informent moins et moins bien les femmes des classes populaires, a fortiori étrangères. Les recommandations médicales nationales sont moins bien appliquées par les médecins pour les membres des classes populaires</i> » (Gelly, Pitti, 2016). Qu'en pensez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> -Comment ces femmes enceintes ont elles connaissance de votre service ? -Sont-elles accompagnées lors des différents RDV ? -Comment se déroule leur prise en charge ? Y-a-t-il des spécificités dans la prise en charge ? -Comment et par qui est suivi la grossesse en terme médical ? Y-a-t-il la mise en place d'un suivi social et/ou psychologique ? -Pensez-vous que les femmes enceintes primo-arrivantes ont des difficultés spécifiques ? -Au contraire, pensez-vous que la grossesse est un facteur protecteur ? (par ex accès simplifié au logement ?) -Pensez-vous que les stéréotypes ethniques sont encore présents lors de prise en charge de femmes enceintes primo-arrivantes ? -Une fois que l'accouchement a eu lieu, comment se déroule la sortie ? Y-a-t-il un suivi ? (cobien de temps après ?) -Y-a-t-il d'autres structures (associatives ou autres) qui interviennent pour accompagner ces femmes ? -Lorsqu'une femme sans logement accouche, comment se déroule la sortie ? Comment cela est perçu dans l'équipe ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les relations entre soignants et femmes enceintes ? - Quelle place est accordée aux familles ? - Des difficultés sont-elles ressenties par l'équipe face à ces situations complexes ? <p style="text-align: center;">Conclusion</p> <p>Demander si la personne a quelque chose à ajouter à l'entretien</p> <p>Remercier</p>

Étude sur les trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes

- Vous êtes âgée de plus de 18 ans
- Vous êtes arrivée récemment en France (moins de 12 mois)
- Vous êtes enceinte

Vous pouvez être éligible pour notre étude qui consiste à **mieux comprendre votre accès aux soins pour suivre votre grossesse.**

Si vous l'acceptez votre participation consistera en une entrevue de 30 minutes à 1 heure avec une chercheuse en sciences sociales

Contact (prénom) : (numéro de téléphone)

Cet entretien est gratuit et confidentiel

MIG
SÀN



Annexe 5 : Tableau récapitulatif des femmes rencontrées

Entretien	Prénom ⁴⁰	Nationalité	Langue parlée pendant entretien	Age	Statut marital	Enceinte/a accouché au moment de la rencontre	Nombre d'enfants	Arrivée en France	Durée de l'entretien	Date de l'entretien
1	Dayana	Congolaise	Français	42 ans	Mariée à un Espagnol	A accouché	4 (6 ans, 5 ans, 3 ans, 10 jours)	Février 2018	1h30	04/05/18
2	Esther	Camerounaise	Français	28 ans	Célibataire	Enceinte	2 (jumelles de 13 ans)	Août 2017	45 min	07/05/18
3	Divine	Congolaise (RDC)	Français	26 ans	En couple	A accouché	2 (3 ans et 2 mois)	Mars 2013	1h10	15/05/18
4	Ketura	Angolaise	Portugais	30 ans	Mariée	A accouché	3 (6 ans, 4 ans et 5 mois)	Avril 2017	45 min	24/05/18
5	Tina	Congolaise (RDC)	Français	27 ans	Mariée	Enceinte	3 (14 ans, 5 ans et 3 ans)	Janvier 2018	1h	25/05/18
6	Laure	Camerounaise	Français	27 ans	Célibataire	Enceinte	0	Mai 2017	35 min Refus enregistrement	28/05/18

⁴⁰ L'ensemble des prénoms des femmes rencontrées a été modifié

Entretien	Prénom ⁴⁰	Nationalité	Langue parlée pendant entretien	Age	Statut marital	Enceinte/a accouché au moment de la rencontre	Nombre d'enfants	Arrivée en France	Durée de l'entretien	Date de l'entretien
7	Lorena	Angolaise	Portugais	39 ans	En couple	A accouché	2 (16 ans et 1 mois et demi)	Mars 2018	1h	11/06/18
8	Marinela	Angolaise	Portugais	30 ans	Mariée, séparée	A accouché	2 (4 ans et 1 semaine)	Mai 2018	1h	16/07/18

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des professionnelles rencontrées

Entretien	Prénom ⁴¹	Profession	Structure	Ancienneté (structure)	Durée de l'entretien	Date de l'entretien
1	Camille	Assistante sociale	PASS	17 ans	1h	25/05/18
2	Martine	Psychologue	SAFED	1 an	1h	04/06/18
3	Cécile	Sage-femme	SAFED	5 ans	1h	04/06/18
4	Claire	Infectiologue	RLG	6 ans	1h10	05/06/18
5	Lucie	Sage-femme	Hôpital Sud	9 ans	1h	07/06/18
6	Marie-Claire et Hélène	2 intervenantes ASL	Langue & Communication	1 an et demi ; 3 ans	40 min	12/06/18
7	Catherine	Coordinatrice de la cellule	PASS	32 ans	45 min	14/06/18
8	Marie	Infirmière	RLG	4 ans	1h15	19/06/18
9	Coralie	Sage-femme	PMI	6 mois	1h10	03/07/18
10	Nicole	Gynécologue	RLG	10 ans	35 min	11/07/18

⁴¹ L'ensemble des prénoms des professionnelles rencontrées a été modifié

Annexe 7 : Tableau des observations réalisées

Observation	Lieu	Date	Commentaires
1	Hébergement de Dayana	04/05/18, pendant l'entretien	Hébergement de la mairie, en cohabitation avec une autre femme et son bébé. Interaction avec ses enfants, sont curieux de ma présence
2	Hébergement de Divine : chambre d'un hôtel du 115	15/05/18, pendant l'entretien	Présence de Clélia GASQUET-BLANCHARD lors de l'entretien Cette famille de 4 personnes est hébergée par le 115 dans une petite chambre d'hôtel, qui se trouve au 2e étage, au fond d'un couloir sombre, encombré par une poussette. En entrant dans la chambre, se trouve sur la gauche un lit superposé « une place » où dorment sur la partie inférieure la femme avec sa fille de 3 ans ; sur la partie supérieure dort son conjoint. Un lit pour bébé est installé dans la continuité du lit superposé. Une table, une chaise et une télé sont présents dans la chambre. Une petite salle de bain privée est accessible où se trouve un lavabo. Il n'est pas possible de cuisiner dans la chambre.
3	Hébergement de Laure	28/05/18, pendant l'entretien	L'entretien a lieu dans un petit appartement vétuste à proximité du centre-ville de Rennes. Nous nous installons dans la cuisine, autour d'une table où il y a de la place pour 2 personnes. La cuisine est petite. Il y a une chambre à côté où dorment dans le même lit Laure et la fille de son grand-oncle. Dans un petit lit dort la fille de 4 ans. Une salle de bain est accessible depuis la cuisine, également de petite taille.

Annexe 8 : Tableau de participation aux colloques, journées de travail, ...

Intitulé	Lieu	Date	Commentaires
Séminaire du mardi « La santé des migrants au quotidien » de l'EHESP	Rennes	17/04/18	Présentation d'un projet européen sur l'état de santé des migrants
Réunion de travail ANR MIGSAN	Poitiers	26/04/18	Echanges en équipe sur l'avancement de la recherche
Journée « Trajectoires de soins, expériences de la santé et contexte d'exercice en situation de chronicisation de la maladie (VIH) »	Poitiers	27/04/18	Présentation des premiers résultats de l'étude Discussion avec professionnels intervenant auprès de ce public
Assemblée générale du Réseau Louis Guilloux	Rennes	15/05/18	Présentation des activités du Réseau Louis Guilloux Intervention sur le « droit au séjour des malades étrangers : état des lieux à l'heure du projet de la loi Collomb »
Soutenance de mémoire sage-femme	Rennes	31/05/18	Mémoire sur la thématique « Parcours de femmes migrantes allophones : la maternité au travers de la différence linguistique » soutenu par Clotilde DROUVIN

Intitulé	Lieu	Date	Commentaires
Colloque « Santé et migrations – enjeux régionaux dans l’accompagnement des migrants »	Rennes	07/06/18	Colloque organisé par le réseau Louis Guilloux Réunit l’ensemble des partenaires travaillant autour de cette thématique
Colloque « La grossesse à l’épreuve des territoires – inégalités socio-territoriales de santé maternelle et périnatale »	Paris	08/06/18	Journée scientifique organisée par l’Inserm, l’université Paris Descartes (UMR1153 équipe EPOPé) et le DHU Risques et grossesse, en partenariat avec l’Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis et l’EHESP
Journée « Santé des femmes hébergées à l’hôtel social »	Vitry-sur-Seine	10/07/18	Théâtre forum sur la thématique de l’arrivée d’une famille étrangère aux Etats-Unis Temps d’échange avec les femmes sur l’accès aux soins, leurs difficultés, ...

Table des matières

Introduction	1
1 Définitions des concepts.....	2
2 Etat des savoirs sur la question	6
2.1 Du « phénomène migratoire » aux « parcours migratoires »	6
2.2 Situation de vulnérabilité des migrants, et plus particulièrement chez les femmes.....	7
2.3 Les inégalités sociales de santé et la santé maternelle et périnatale des étrangères en France	8
2.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes étrangères en France	9
2.3.2 Une population considérée comme étant à risque.....	10
2.3.3 Un suivi prénatal inadéquat et des soins sous-optimaux.....	11
2.3.4 Inégalités dans la surveillance prénatale, l'accouchement et l'issue de la grossesse	12
2.3.5 Une mortalité et morbidité maternelle accrue	12
2.3.6 Les difficultés d'accès aux soins et leurs répercussions en termes de renoncement aux soins	13
2.4 Les processus de catégorisation des patientes migrantes par les soignants et leurs effets sur les pratiques médicales.	15
2.5 L'importance des autres dispositifs locaux prenant en charge les femmes enceintes migrantes à Rennes	15
3 Problématisation	17
4 La méthodologie employée	18
4.1 Accès au terrain	21
4.2 Immersion sur le terrain et conséquences sur la conduite de l'étude	22
4.3 Déroulement du travail de recherche.....	23
4.4 Aspects éthiques.....	24
Partie 1 : Les parcours et expériences migratoires des femmes, des séries d'événements au premier plan dans les vécus de la grossesse	27
1 Diversité des parcours migratoires et singularité des expériences.....	27

2	La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France : du vécu sensible à la comparaison théorique	30
2.1	La prise en charge médicale	30
2.2	La prise en charge sociale	34
2.3	Rupture dans le suivi suite à l'accouchement.....	34
2.4	D'autres structures existantes à Rennes pour accompagner ces femmes.....	35
3	Le vécu et l'impact des difficultés pendant et après la grossesse	35
4	Des ressources dans les difficultés du quotidien	39
Partie 2 : La prise en charge par les professionnels à Rennes		43
1	Un réseau partenarial riche et fonctionnel à Rennes	43
2	Des conditions de travail pas toujours optimales	44
3	Existence de soins différenciés et de catégorisation de la part des soignants	47
4	Les questions de communication avec les femmes non francophones	51
5	Existence de visions différenciées chez les professionnels.....	52
5.1	Une vision différenciée de l' « étranger ».....	52
5.2	Au-delà du soin : une vision différenciée quant à l'accès à l'hébergement.....	53
5.3	Faut-il prôner une prise en charge différenciée pour optimiser le suivi des femmes migrantes enceintes au CHU de Rennes ?	54
Partie 3 : Comprendre en même temps le vécu des femmes migrantes et la prise en charge des professionnels.....		57
1	Prendre en charge des patientes migrantes : proposer ou imposer ?.....	57
2	Les séances de préparation à la naissance comme un outil pour promouvoir la santé des femmes migrantes ?.....	58
3	Parler de, et évaluer la précarité en consultation : un tabou dans la prise en charge du public étranger ?	61
Conclusion.....		63
Bibliographie		67
1	Articles	67
2	Ouvrages, mémoire	68
3	Webographie.....	69
Liste des annexes		71
Table des matières		I

MILLOT

Ana

21 Septembre 2018

MASTER 2 PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION

Promotion 2017-2018

TRAJECTOIRES DE SOINS DES FEMMES ENCEINTES MIGRANTES

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Rennes 2

Résumé :

Cette recherche explore comment les parcours migratoires ont un impact sur les trajectoires de soins des femmes enceintes. La notion de « trajectoire de soins » est mobilisée afin de s'intéresser à leur contexte de vie en migration tout autant qu'aux conditions d'exercice et aux expériences des professionnels qui les prennent en charge.

Cette recherche, basée sur une méthodologie qualitative, se déploie sur le terrain de Rennes où il existe un réseau partenarial associatif et institutionnel pour promouvoir l'accès aux soins des migrants. Elle montre que les femmes migrantes rencontrées se déclarent globalement très satisfaites de leur suivi en France, mais évoquent les difficultés ainsi que les ressources mobilisées pour faire face. La prise en charge des professionnelles est analysée en miroir : elle s'avère particulièrement complexe, dans des conditions de travail peu optimales. Le repérage de ce paradoxe questionne les actions de promotion de la santé des femmes.

Mots clés :

Trajectoire de soins – grossesse – femmes – migrant – Rennes

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.