



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**« L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES ENCEINTES
MIGRANTES DANS L'AGGLOMERATION
RENNAISE »**

– Groupe n°2 –

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| – Jean-François BESSET | – Hélène LETORT |
| – Honorine BORDAS | – Lidiana MUNEROL |
| – Florence HEGUY | – Cécile NOLOT |
| – Johanna LE NEILLON | – Martine RAMJATTAN |
| – Claude LEMAIRE | – Joëlle SEVRES |

Animatrice

Mme Clélia GASQUET-BLANCHARD

Sommaire

Introduction	1
1 L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes dans l'agglomération rennais : des structures bien implantées dans un contexte contraint	5
1.1 Un accès aux soins qui doit concilier politique migratoire restrictive et protection de la santé	5
1.1.1 Les migrations en Bretagne et dans l'agglomération rennais.....	5
1.1.2 Un cadre normatif de la protection de la santé.....	7
1.1.3 ... confronté aux problématiques spécifiques des femmes enceintes migrantes.....	8
1.2 Un accès aux soins des femmes enceintes migrantes garanti par la combinaison des réseaux sanitaires, médico-sociaux et sociaux	10
1.2.1 Le CHU de Rennes : un rôle moteur dans la prise en charge des femmes enceintes migrantes	10
1.2.2 Une sphère médico-sociale au cœur de la prise en charge des femmes enceintes migrantes	11
1.2.3 Un secteur social principalement centré sur les problématiques d'hébergement...	13
2 Une prise en charge efficace mais qui doit encore se doubler d'une action sur les déterminants de santé.....	14
2.1 Un accompagnement de qualité et un réseau bien approprié par les acteurs	14
2.1.1 Une offre de soins articulée et lisible	14
2.1.2 Une vision partagée par les femmes enceintes migrantes et les professionnels.....	15
2.1.3 Une vision bienveillante des professionnels à interroger	16
2.2 Une prise en charge qui ne peut se défaire d'une action sur les déterminants de santé	18
2.2.1 Des femmes confrontées à des difficultés administratives et économiques dès leur arrivée	18
2.2.2 Les conditions de vie quotidiennes : un enjeu central.....	20
2.2.3 Des confrontations culturelles qui complexifient l'accompagnement	21
Conclusion	24
Bibliographie.....	27
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous adressons nos premiers remerciements à notre animatrice Mme Clélia GASQUET-BLANCHARD pour son accompagnement et ses conseils avisés.

Notre étude sur l'accès aux soins des femmes migrantes enceintes sur l'agglomération rennaise a pu être menée à bien grâce à de nombreuses collaborations.

Ainsi nous souhaitons remercier l'ensemble des professionnels et des acteurs de terrain qui ont accepté de nous ouvrir les portes de leurs structures et nous faire part de leur riche expérience.

Nous témoignons également notre gratitude aux femmes migrantes rencontrées au cours de nos entretiens. Elles ont accepté de partager leur parcours de vie avec nous.

Nous tenons enfin à remercier l'équipe chargée de l'organisation du MIP, pour les moyens logistiques mis à disposition.

Liste des sigles utilisés

AME : Aide Médicale d'Etat

ARCS : Association rennaise des centres sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAD : Conseil Départemental de l'Accès aux Droits

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

CEDREF : Centre d'Enseignement, de Documentation et de Recherches pour les Etudes Féministes

CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Rénier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Médicale Universelle

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de la Santé Publique

DAL : Droit au Logement

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FEM : Femmes Enceintes Migrantes

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

MIP : Module Inter Professionnel

MRAP : Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples

OFII : Office Français d'Intégration et d'Immigration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OFPRA : Office Français pour les Réfugiés Apatrides

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAFED : Service d'Accueil pour les Femmes Enceintes en Difficulté

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

UNESCO : Organisation des Nation Unies pour l'Education, la Science et la Culture

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

115 : Samu Social

Introduction

«Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.

Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.»

(Code de la Santé Publique, chapitre préliminaire relatif aux droits de la personne, art. L. 1110-1)¹

Depuis 2008 en France, les femmes sont devenues majoritaires parmi les immigrés. Le rapport « *l'égalité pour les femmes migrantes* », remis au Ministère des droits des femmes en février 2014 indique que « *la vie professionnelle, l'accès aux droits sociaux, à la santé, la participation à la vie publique, toujours plus difficiles pour les femmes, sont encore plus difficiles pour les Femmes immigrées* »².

S'intéresser à l'accès aux soins des femmes enceintes migrantes (FEM) dans l'agglomération rennaise nécessite d'abord de questionner les termes utilisés. Comme le souligne A. Stanojevich³ : qui sont réellement les personnes migrantes ? Sont-elles des personnes primo-arrivantes⁴ ou des personnes installées en France depuis plusieurs années ? S'agit-il d'étrangers ou de tout français d'origine étrangère ? Comment regrouper sous un même terme des personnes aux origines, aux niveaux sociaux et aux parcours aussi différents ?

Le terme migrant peut être compris comme « *toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel elle n'est pas née et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays* »⁵.

¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 3

² Noblecourt O., 2014, L'égalité pour les Femmes migrantes, Rapport pour le ministère des droits des Femmes (43p.)

³ Stanojevich E-A., 2007, Introduction du dossier « la santé des migrants », in *La Santé de l'Homme* n°392, nov-déc 2007, p.14

⁴ Définition du Larousse : Personne étrangère, arrivée, en situation régulière, pour la première fois en France afin d'y séjourner durablement

⁵ Site internet de l'UNESCO, consulté le 28 avril 2014 : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Ce terme de « migrant » n'a en fait pas de définition juridique au niveau international et recouvre différentes situations statutaires nécessitant des distinctions supplémentaires qui divergent ou se confondent⁶. Immigrés, étrangers, exilés, réfugiés, demandeurs d'asile, "sans-papiers" ou encore "personnes d'origine étrangère". L'usage parfois indifférencié de ces termes, pourtant associés à des définitions spécifiques⁷, témoigne d'une certaine confusion voire une politisation, dans l'opinion publique sur la question des migrants en France.

Les causes de la migration sont multiples et souvent perçues négativement dans les pays d'accueil. Pourtant, pour les migrants, il s'agit avant tout de fuir une situation devenue inacceptable : fuir des conflits, des persécutions politiques ou rechercher du travail, une meilleure qualité de vie ailleurs, etc. Derrière le polymorphisme de l'événement migratoire comme mouvement géographique existe un point commun en ce qu'il est aussi un acte psychique comprenant une rupture au niveau du cadre culturel intériorisé⁸.

Ainsi, dans notre analyse, nous considérons comme migrante toute personne qui réside en France alors que ce n'est pas son pays de naissance et qui se trouve confrontée à un changement de repères pouvant engendrer une vulnérabilité relative à différentes sphères : administrative, sociale, économique, affective, culturelle, linguistique. Nous ne différencierons pas les personnes selon leur statut administratif, leur durée de présence sur le territoire français et nous ne traiterons pas des migrations internes.

Aujourd'hui, un consensus existe sur le fait que les inégalités de santé résultent pour une part importante d'inégalités sociales cumulées, notamment en matière d'accès aux soins entendu comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle un individu ou une population peut s'adresser aux services de santé dont il ou elle a besoin⁹. La vulnérabilité déjà induite par la situation de migration est renforcée par l'état de grossesse. En effet, plusieurs études montrent que, même dans les pays industrialisés, les populations migrantes asiatiques, nord-africaines ou d'Afrique noire connaissent un risque plus élevé

⁶ Stanojevich E-A., Veisse A. 2007, Repères sur la santé des migrants, in *La Santé de l'Homme* n°392, nov-déc 2007, p. 21-24

⁷ Cf. annexe 1 : Définitions

⁸ Moro M-R., De la Noë Q., Mouchenik Y., 2004, Manuel de psychiatrie transculturelle, Chapitre clinique transculturelle de l'enfant et de l'adolescent, Editions La pensée sauvage, p. 34 – 308 (397 p.)

⁹ Cognet M., Hoyez A-C., Poiret C., 2012, Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations, in *REMI* vol. 28 - n°2, p. 7-10.

de mortalité néonatale ainsi qu'un risque de prématurité plus élevé en comparaison des populations non migrantes et des autres migrants¹⁰.

Le Code de la Santé Publique (CSP) fixe le cadre du suivi de grossesse : obligation de déclaration, temporalité des examens, intervenants mobilisés. Ainsi, la déclaration de grossesse ouvre la voie à un suivi médical financé à 100% pour les ayant droits¹¹. Pourtant, en France en 2010, 21,5% des femmes en situation précaire n'effectuent pas un suivi de grossesse complet¹².

Aussi, nous nous sommes interrogés : quels sont les mécanismes et processus de l'accès aux soins des FEM ? Comment les FEM s'approprient le réseau de soins au sein du territoire rennais ? Notre étude porte sur l'agglomération rennaise. Celle-ci regroupe 43 communes et près de 414 000 habitants.

Les hypothèses de départ alimentant notre réflexion :

- Nous postulons que l'accès aux soins paraît peu lisible pour les FEM : prise en charge cloisonnée, offre de soin pour les femmes enceintes migrantes, très présente qui semble cependant difficilement lisible
- Nous postulons que la communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation des représentations culturelles et des parcours de vie
 - o Une conception médicalisée de la grossesse en France peut diverger de celle en vigueur dans le pays d'origine
 - o Des FEM présentant d'éventuels antécédents traumatiques
 - o Une prise en charge médicale qui devient parfois différenciée entre FEM et femmes enceintes non-migrantes qui questionne une éventuelle racialisation
- Nous postulons que la population des FEM est une population précaire, démunie, isolée et vulnérable, à tel point que les difficultés d'ordre administratif, économiques et sociales sont prioritaires par rapport à la prise en compte de leur état de santé.

Notre travail vise à comprendre et à décrire l'accès aux soins pour les FEM dans l'agglomération rennaise. Pour ce faire, nous poursuivrons un double objectif :

¹⁰ Contexte du projet Par'san, étude comparative entre différentes agglomération françaises et la ville de Montréal sur les Femmes enceintes ayant accouchées d'enfants prématurés ou de petits poids de naissance et sur l'accès aux soins des Femmes enceintes en situation de migration, citant Gagnon, 2009 ; Gissler, 2009 ; Malin, 2009 ; Racape, 2010

¹¹ Cf annexe 1 : Définitions

¹² PSR, 2011. Dans Contexte du projet Par'san, inégalités de santé et périnatalité

- d’une part dresser un état des lieux de l’offre de soins pour les FEM dans l’agglomération rennaise pour constater la bonne implantation d’un réseau de soins qui a su organiser la rencontre du médical et du social et ainsi mieux répondre aux enjeux multiples auxquels les FEM et les professionnels sont confrontés quotidiennement ;
- d’autre part évaluer la manière dont les FEM s’approprient ce réseau de soins, les atouts qu’il représente en réponse à leurs besoins mais également ses limites.

Cette étude, basée sur un recueil de témoignages réalisés au mois de mai 2014¹³ nous conduira à considérer que si l’approche curative des soins est efficace et le réseau plutôt lisible et bien organisé, ils ne se suffisent pas à eux-mêmes et doivent se doubler d’une action sur les déterminants de santé tel que l’hébergement, les situations d’insécurité économique, sociale et juridique auxquelles les FEM doivent faire face dans le cadre de l’accès aux soins.

¹³ Cf. Annexe 2 : Méthode, Annexe 3 : Structures rencontrées/Types de fonctions, Annexe 4 : Cartographie des structures rencontrés et Annexe 5 : Grilles d’entretien et d’analyse

1 L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes dans l'agglomération rennais : des structures bien implantées dans un contexte contraint

1.1 Un accès aux soins qui doit concilier politique migratoire restrictive et protection de la santé

1.1.1 Les migrations en Bretagne et dans l'agglomération rennais

C'est à partir du milieu des années 1970 que la politique migratoire française connaît une nette inflexion en remettant en cause l'immigration pour le travail telle qu'elle se caractérisait en France depuis le XIX^{ème} siècle¹⁴. En 1975, la population étrangère est presque deux fois plus nombreuse qu'en 1968. A Rennes, les arrivants sont des hommes seuls, force de travail, déjà en France dans d'autres régions (Ile-de-France, Est...). C'est la logique de regroupement familial qui conduit à cette augmentation. Celle-ci est conforme à la ratification de la Convention Européenne des Droits de l'Homme en 1972 qui précise dans son article 8 la possibilité pour tout étranger, sous conditions, de vivre en famille. A la même époque et dans un mouvement inverse dû à la crise économique, c'est l'arrêt de l'immigration liée au travail.

Parallèlement se construit une politique de l'asile. Le 1^{er} Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) de Rennes ouvre en 1973 : le foyer « Guy Houist ». Il accueille d'abord des réfugiés chiliens puis plus d'un millier de réfugiés d'Asie du sud-est, selon la politique nationale de répartition voulue par l'Etat et organisée par la plateforme gérée par France Terre d'Asile. Mais, dès la fin des années 1980, les réfugiés ne bénéficient plus du même préjugé favorable : *« en l'espace de vingt ans, le demandeur d'asile vu auparavant comme un "héros martyr" est devenu la figure contemporaine de l' "indésirable". L'ambivalence des autorités nationales et locales – entre solidarité et contrôle, entre accueil et rejet – cède la place à une représentation plus monolithique de l'exilé et l'imposition progressive de la figure du "faux réfugié" »*¹⁵.

En Bretagne, entre 1975 et 2009, le nombre d'étrangers a presque quintuplé (57 256 en 2009) alors qu'au niveau national, il n'a augmenté que de 9,7%¹⁶. En termes d'effectif par

¹⁴ Cf. Annexe 6 : Historique de l'immigration en Bretagne

¹⁵ A. Morillon, 2013, Immigrés et réfugiés à Rennes : toute une histoire... in *Place Publique*, mars 2013

¹⁶ Ibid – A. Morillon

nationalité, les Britanniques devançant encore les Turcs et les Marocains. Mais, comme le précise un médecin du réseau Louis Guilloux, « *de nouvelles aires de provenance apparaissent : Mongolie, Tchétchénie, Europe centrale, Corne de l'Afrique* ». Il semblerait que ces migrants soient plus jeunes que l'ensemble de la population de la région, les femmes et les étudiants seraient plus représentés.

Aujourd'hui, même si la Bretagne est la région française la moins concernée par l'immigration (1,6% de sa population est étrangère), l'agglomération de Rennes l'est davantage avec 8% d'immigrés, soit 26 787 personnes¹⁷. Elle rejoint la moyenne nationale de 8,4% d'immigrés. Dans les quartiers dits « prioritaires » de la métropole rennaise – le Blosne, Cleunay, Maurepas, Villejean, Saint-Jacques-de-la-Lande –, les immigrés représentent 14,2% de la population et viennent d'abord du Maghreb pour 23,3% d'entre eux, des autres pays du continent africain pour 22,4% et de l'Union Européenne pour 16%¹⁸.

Concernant les demandeurs d'asile, la directive « *Accueil* » du Conseil de l'Europe¹⁹ de janvier 2003 a dressé le cadre, en stipulant que ceux-ci doivent pouvoir bénéficier d'un hébergement et d'une prise en charge minimum. La France développe donc son dispositif d'accueil, via les Plateformes d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA), mais insuffisamment par rapport à l'accroissement du nombre des requêtes : à Rennes, la situation se détériore avec l'obligation pour les demandeurs d'asile, à partir de 2006, de déposer leur dossier à la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, et avec la mise en place en 2008 de la seule borne EURODAC²⁰ de la région. En 2010, en Ille-et-Vilaine, on constate 40% de demandeurs d'asile de plus qu'en 2009 alors qu'au niveau national, l'augmentation n'est que de 15%²¹. Cette réalité serait due à une réputation de « terre où il fait bon vivre » mais aussi le résultat de « vases communicants » avec d'autres régions françaises encore plus saturées. Pour autant, nombre de personnes en quête d'asile se retrouvent à la rue, sans hébergement.

¹⁷ Insee 2010, chiffres : Aire urbaine de Rennes

¹⁸ Ibid – Insee 2010

¹⁹ Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, Journal officiel de l'Union européenne du 6 fév. 2003 p. 18-25

²⁰ EURODAC est un système d'information à grande échelle contenant les empreintes digitales des demandeurs d'asiles et immigrants illégaux se trouvant sur le territoire de l'UE.- source : contrôleur européen de la protection des données

²¹ Ibid

1.1.2 Un cadre normatif de la protection de la santé...

Selon une sociologue spécialiste de l'immigration interrogée lors de notre travail : « *Il n'y a pas de spécificité pour les femmes migrantes en Bretagne* ». Elles sont confrontées en France à une politique, une législation et des pratiques administratives qui imposent des conditions très restrictives à l'entrée et à l'installation des personnes étrangères non ressortissantes de l'Union Européenne. Ceci conduit un grand nombre d'entre elles à survivre dans une situation de non droit et de grande précarité, celle de « sans- papiers ».

Avec la fermeture des frontières aux migrations de travail en 1974, ce sont les liens familiaux et conjugaux qui sont déterminants pour obtenir le droit au séjour en France : 77% des titres de séjour sont délivrés au motif du regroupement familial ou en raison du mariage avec un citoyen français. Le conjoint « rejoignant » est actuellement, dans 3/4 des cas, une femme²².

C. Lesselier²³ estime que la limitation de l'accès au séjour pour des critères familiaux et conjugaux a comme conséquence de réduire l'aspiration à l'autonomie des femmes migrantes. Celle-ci est « *entravée par la contrainte ou l'incitation à se conformer aux modèles de mère, de compagne, d'épouse, et à entrer dans le cadre normatif de la vie de couple stable et cohabitant* ». Un des effets de cette législation restrictive sur le droit au séjour expose à des risques divers : escroqueries, chantage, mariage « pour les papiers », exploitation et violences.

Les FEM se trouvent donc confrontées à plusieurs politiques à visées parfois contradictoires. La France régule son immigration mais dans le même temps, elle joue un rôle moteur en matière de protection de la santé au nom des droits de l'Homme²⁴.

En effet, son système de soins est reconnu comme l'un des plus performants au monde et son système de protection sociale est lui aussi ancien et très développé. Cela s'exprime à différentes échelles : au niveau international, la France est signataire de différentes conventions²⁵. Au niveau national, le droit à la protection de la santé est inscrit dans le

²² Lesselier C., Femmes migrantes en France, le genre et la loi, in *Les cahiers du CEDREF*, décembre 2004

²³ Ibid

²⁴ Ainsi, la France est très impliquée au niveau international en participant aux différentes initiatives renforçant les droits de la santé que ce soit dans le cadre des organisations internationales (ONU, Conseil de l'Europe, OMS) ou par ses organisations non gouvernementales (ONG) comme Médecin du monde, ATD- Quart Monde.

²⁵ Cf. annexe 7 : Cadre réglementaire de l'accès aux soins

préambule de la Constitution de 1946, le premier droit de la personne malade étant de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus.

Enfin, au niveau territorial, en application de la loi HPST²⁶ du 21 juillet 2009, un plan régional de santé est mis en œuvre pour définir les priorités de santé ainsi que l'accès aux soins de premiers recours et l'accompagnement médico-social au sein de territoires de santé. Concernant l'agglomération rennaise, celle-ci est entièrement incluse dans le territoire de santé Rennes- Fougères-Vitré-Redon.

Au niveau départemental, en matière d'organisation de l'accès aux soins, le Président du Conseil Général dispose d'un certain nombre de compétences²⁷. Celles-ci sont déléguées à son service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dont il assure le financement et l'organisation au sein des Centres Départementaux d'Action Sociale (CDAS).

1.1.3 ... confronté aux problématiques spécifiques des femmes enceintes migrantes

En France, de nos jours, une vision très biomédicale prédomine²⁸, avec l'idée que la grossesse et l'accouchement seront considérés comme « normaux » a posteriori, si tout s'est bien déroulé²⁹.

Les FEM, porteuses d'autres cultures, doivent s'accommoder de ce contexte. Or, la grossesse n'est pas seulement un état physiologique ou médical mais aussi un état « *émotionnel, affectif et symbolique* »³⁰.

Face à cette médicalisation, la femme enceinte, en tant que patiente, peut aujourd'hui se prévaloir de droits comme :

- Le droit à l'information³¹: le médecin doit, à la femme enceinte qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les

²⁶ Loi n°2009 -879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi Hôpital Patient Santé Territoires

²⁷ Loi N°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance modifiant l'article L.2112-2 du CSP

²⁸ Julie M-J., 2009, Mémoire Eude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différentes pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède), Nancy Université

²⁹ Jacques B., 2007, De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? in *La Santé de l'homme n°391*, sept-oct. 2007 : La médicalisation de la naissance s'explique de façon historique et a commencé dès le XVI^e siècle, avec les progrès de la médecine, qui autorise peu à peu le médecin à entrer dans une sphère exclusivement féminine jusqu'alors.

³⁰ Géry Y., 2007, Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques !, Entretien de F. Molenat, in *La Santé de l'homme n° 391*, sept-oct. 2007

³¹ Ce droit a été récemment réaffirmé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé et à l'article L. 1111-2 du CSP qui prévoit que l'information médicale doit porter « *sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles* »

investigations et les soins qu'il lui propose.

- Le consentement éclairé du patient : la loi impose que la femme enceinte consente³² à la prise en charge par le réseau périnatalité et au partage d'informations entre les professionnels du réseau.

Toutefois, des difficultés spécifiques s'ajoutent pour les migrants en situation précaire. En France, avant les années 1970, la santé des migrants était traitée comme « *un chapitre particulier de la médecine* »³³, qui s'intéressait uniquement aux pathologies tropicales.

La santé des migrants ne se limite plus aujourd'hui à cette vision et intègre d'autres dimensions. Pour D. Fassin, « *s'intéresser aujourd'hui aux enjeux de santé publique liés à l'immigration ce n'est plus définir un chapitre de la médecine, c'est mettre en relation la condition sociale et les conditions de santé des étrangers* »³⁴. Bien qu'ils aient théoriquement droit à la protection sociale au terme d'une période de résidence de trois mois, les étrangers en séjour précaire restent confrontés par la suite à la complexité de la réglementation. Et, si leur intervention permet de résoudre les principales difficultés d'accès à la protection maladie, les associations et professionnels spécialisés sont impuissants face à d'autres problèmes d'accès aux soins, comme l'inexistence d'un service public d'interprétariat ou encore les refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME³⁵ ou de la CMU³⁶.

Les contradictions entre politique migratoire et politique de protection de la santé compliquent le parcours et l'accès aux soins de la FEM. Ceci est illustré notamment par le faible taux de suivi de grossesse complet constaté³⁷ alors même que l'accès aux soins devrait être ouvert à tous.

³² Consentement oral minimum, nécessité de consentement écrit pour certains actes invasifs

³³ Fassin D., 2007, La santé des étrangers, in *La Santé de l'Homme*, n° 392, nov-déc. 2007

³⁴ Ibid, Fassin D.

³⁵ Cf. Annexe 1 : Définitions

³⁶ Cf. Annexe 1 : Définitions

³⁷ PSR, 2011. Dans Contexte du projet Par'san, inégalités de santé et périnatalité

1.2 Un accès aux soins des femmes enceintes migrantes garanti par la combinaison des réseaux sanitaires, médico-sociaux et sociaux

1.2.1 Le CHU de Rennes : un rôle moteur dans la prise en charge des femmes enceintes migrantes

En matière d'accès aux soins, la maternité de l'Hôpital Sud constitue la principale porte d'entrée pour les FEM. Elle est la seule maternité publique de l'agglomération rennaise et une des cinq d'Ille et Vilaine avec Fougères, Saint Malo, Vitré et Redon. Elle comptabilise plus de 4 000 naissances et quelques 22 000 consultations prénatales par an. C'est une maternité de type 3³⁸ faisant partie d'un réseau périnatal avec les maternités privées de La Sagesse et de Saint Grégoire.

Plusieurs modes d'accès existent pour les FEM. Pour celles disposant d'une situation juridique stable, la voie classique conduit à consulter d'abord un médecin en ville avant de se rendre à l'hôpital. C'est le cas des quatre FEM rencontrées dans le cadre de notre enquête à la PMI de Villejean à Rennes en mai 2014. L'une d'entre elle, accouchant pour la première fois, d'origine comorienne et arrivée récemment en France, nous fait part de ses tâtonnements : « *Je n'avais aucune idée de savoir comment ça se passait. Je suis allée voir le médecin qui ne m'a pas vraiment expliqué. Donc, je suis allée sur internet pour trouver un gynéco* ».

Une autre entrée permettant l'accès aux soins est celle des urgences obstétricales de l'hôpital. Une cadre de la maternité nous décrit leur cheminement : « *Les femmes débarquent via la PADA aux Urgences obstétricales, souvent dans le dernier trimestre de grossesse* ». A l'hôpital, le suivi se met alors en place autour du service social pour gérer l'ouverture des droits pour ces femmes et gérer leur sortie avec notamment la délicate question de l'hébergement. Selon l'assistante sociale de la maternité, un tiers des dossiers traités concerne les femmes migrantes.

Mais au-delà de la prise en charge sanitaire, l'Hôpital Sud a su progressivement mettre en œuvre des liens avec les partenaires extérieurs afin de gérer au mieux l'afflux de FEM constaté depuis 2006 et la régionalisation des demandes d'asile.

³⁸ Maternité de type 3 : maternité pouvant accueillir les grossesses pathologiques et les grands prématurés

Trois structures du CHU, tournées vers le secteur médico-social, mais aussi vers les services déconcentrés de l'Etat permettent de répondre plus spécifiquement aux besoins des FEM démunies :

- La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est une structure de prise en charge médicale et sociale dont l'objectif est de faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social au sein du CHU.

- Un staff médico-psycho-social pluridisciplinaire se réunit, par ailleurs, depuis 12 ans, une fois par semaine. Ouvert sur l'extérieur de l'hôpital, il accueille tous les professionnels de santé, sociaux ou médicaux : sages-femmes et puéricultrices de PMI, assistantes sociales, sages-femmes du SAFED (Service d'aide aux femmes enceintes en difficulté), psychologues. Il s'agit de répertorier les situations délicates et d'orienter les femmes enceintes vers les structures les mieux adaptées.

- Enfin, un groupe de travail, mis en place plus récemment, réunit, une fois par mois à l'Hôpital Sud, les hospitaliers et les représentants de la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). Il s'agit plus particulièrement d'étudier la question de l'hébergement dont le manque de pérennité est un facteur de rupture des soins notamment après l'accouchement.

1.2.2 Une sphère médico-sociale au cœur de la prise en charge des femmes enceintes migrantes

Dans l'agglomération rennaise, l'offre sanitaire proposée par le CHU est solidement complétée par une offre médico-sociale à la fois institutionnelle et associative. L'offre institutionnelle est organisée au sein des CDAS. Rennes et les quarante-deux communes qui l'entourent comptent neuf CDAS³⁹. Chacun d'entre eux inclut dans ses murs un certain nombre de structures au premier rang desquels figurent les centres de PMI. A Rennes, la PMI de Kléber (Rennes Centre) est l'une des plus concernées par l'accueil des FEM. Une des sages-femmes déclare que près de 75% du temps de travail est consacré aux FEM. En amont de l'accouchement, le travail de la PMI est marqué par un fort accompagnement social (aide à la prise de rendez-vous, orientation vers les services

³⁹ Six CDAS se situent à Rennes même (Kléber, Cleunay St Cyr, Maurepas, Villejean, Champs Manceaux et Le Blosne) et trois dans les autres communes de l'agglomération (Cesson Sévigné pour Rennes Est, Pacé pour Rennes Nord-Ouest et Chartres de Bretagne pour Rennes Sud)

sociaux) et la préparation à la naissance. Après l'accouchement, les puéricultrices de PMI poursuivent l'accompagnement des femmes et de leur enfant. Dans les entretiens menés avec les femmes migrantes fréquentant la PMI de Villejean, le rôle de conseil et d'information de ce type de structure revient très souvent. L'une d'elle déclare ainsi : « *Je peux dire que la PMI m'a tout appris : quand lui donner à manger, qu'est-ce qu'on lui donne à manger* ».

Les CDAS accueillent d'autres services susceptibles de concerner les femmes migrantes comme, par exemple, les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) qui assurent notamment des consultations de contraception et des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse.

Par ailleurs, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) constituent également une offre institutionnelle qui peut concerner les FEM mais de manière plus périphérique. Dans le cadre de ses missions sociales légales, celui-ci s'investit dans le traitement des demandes d'aides sociales comme l'AME et les transmet aux autorités en charge des décisions. Dans le cadre de l'aide sociale facultative, le CCAS s'occupe des secours d'urgence tels les colis alimentaires.

Outre les acteurs institutionnels, PMI en tête, l'accompagnement médico-social des FEM est réalisé dans l'agglomération rennaise par un réseau associatif assez novateur. Deux organisations notamment structurent cette offre :

- **Le réseau Louis Guilloux** est né en 1993 sous le nom de réseau ville-hôpital 35, une ancienne dénomination qui décrit bien le positionnement de cette association. Voué dans un premier temps au suivi des patients VIH et autres maladies infectieuses, son action s'est élargie à l'accompagnement des migrants primo-arrivants d'Ille-et-Vilaine. Il possède deux pôles en lien direct avec le public des FEM : un pôle migrants et un pôle interprétariat composé de 19 interprètes salariés pour 20 langues. Le réseau Louis Guilloux fonctionne en réseau de santé, labellisé « point santé » par l'ARS Bretagne. Ce dispositif permet de rendre lisible les différents lieux assurant un accompagnement santé auprès des personnes sans domicile et de favoriser une mise en commun des pratiques. Ainsi, le Réseau Louis Guilloux réalise des consultations médicales et est en capacité d'accompagner différentes structures dans leurs besoins d'interprétariat. Ce réseau est aujourd'hui bien identifié au sein de l'agglomération rennaise. Selon son directeur médical, 70% des patients lui étaient autrefois envoyés par la PADA, alors qu'aujourd'hui, elle n'en envoie plus que 10%, l'essentiel des liens étant noués avec l'hôpital, la sécurité sociale, les médecins et les associations humanitaires.

- **le SAFED** prend en charge les femmes enceintes en difficultés adressées par l'hôpital ou les réseaux médico-sociaux. Le public concerné est à 10% composé de mineures et pour 25% de femmes étrangères ou sans papiers⁴⁰. Installé au sein du CDAS de Kléber, le SAFED se préoccupe donc exclusivement des situations les plus graves : toxicomanie, psychiatrie, femmes à la rue, violence conjugale, errance, femmes accouchant dans le secret. Son équipe est composée d'une sage-femme, de deux assistantes sociales et d'une psychologue.

1.2.3 Un secteur social principalement centré sur les problématiques d'hébergement

Même si les FEM constituent un public prioritaire, en dehors des structures d'accueil des demandeurs d'asile, elles sont renvoyées le plus souvent, pour les plus démunies, vers le 115 ou les associations humanitaires.

- **La première est dédiée aux demandeurs d'asile : le CADA**⁴¹. Il en existe deux dans l'agglomération rennaise : le foyer Guy Houist, à Rennes et celui, nouvellement créé, à partir du plus grand squat de France, à Pacé. Ces deux CADA gèrent un parc de logement dans treize communes de l'agglomération (399 places de CADA en Ille-et-Vilaine). Depuis 2006, les demandeurs d'asile sont d'abord reçus par la PADA qui organise la première domiciliation administrative, l'orientation vers les dispositifs d'hébergement d'urgence et l'accompagnement des demandeurs dans leurs démarches avec les autorités françaises. Les demandeurs les plus prioritaires sont ensuite hébergés dans les CADA. Les FEM bénéficient d'un accueil spécifique par un travailleur social activant les liens avec les différents partenaires : CHU, réseau Louis Guilloux, SAFED.

- **Le 115 est la seconde structure** en capacité d'offrir un hébergement aux migrants. Les FEM qui ne sont pas demandeurs d'asile peuvent y être dirigées avec l'aide des services sociaux. Cette structure n'offre toutefois pas de pérennité comme nous l'a décrit une sage-femme du SAFED : « *La politique du 115 c'est 3 jours / 3 jours, 3 jours au 115 où elles peuvent se restaurer, et 3 jours au squat...ils essaient de faire une stabilité un mois avant et un mois après accouchement. Eux n'ont aucun droit au logement, donc c'est le 115 non-stop jusqu'à l'obtention de droits* ».

⁴⁰ Bougeard N., 2009, Accompagner les femmes enceintes en difficultés, in *Lien social n° 944*, 8 oct. 2009, p. 10-14

⁴¹ En Ille-et-Vilaine les CADA et la PADA sont gérés par l'association Coallia, en réponse à des appels à projet gouvernementaux

2 Une prise en charge efficace mais qui doit encore se doubler d'une action sur les déterminants de santé

2.1 Un accompagnement de qualité et un réseau bien approprié par les acteurs

2.1.1 Une offre de soins articulée et lisible

Un premier atout de la prise en charge des FEM est venu invalider une de nos hypothèses de départ.

De nombreux professionnels, tous issus de structures différentes, soulignent la bonne coordination du réseau et les partenariats mis en place avec d'autres acteurs. Ils évoquent des réunions pluridisciplinaires, et s'accordent sur le fait que la coopération va au-delà, et est réellement mise au service de la personne. Une sage-femme du SAFED indique que le réseau sert également à assurer le suivi : en cas de personne perdue de vue, il existe une activation du réseau pour savoir qui a encore un contact *« Si pas de nouvelles, on relance, si plus de lien on cherche, chez les partenaires, qui a encore des liens pour recréer du lien »*.

Nos entretiens confirment que des structures sont identifiées comme ressources : SAFED pour les femmes enceintes en difficultés et réseau Louis Guilloux pour l'interprétariat. Un médecin du réseau Louis Guilloux déclare que 90% des consultations sont réalisées dans la langue maternelle et que des ateliers sociolinguistiques sur la grossesse sont mis en place. Pour pallier l'absence l'interprétariat, les structures s'adaptent en mettant en place des stratégies par exemple des pictogrammes.

Enfin, outre ces adaptations à des problématiques particulières, comme la langue, les personnes rencontrées ont beaucoup insisté sur leur localisation géographique et leur accès considéré comme facile pour les FEM par bus ou métro. Le CDAS Kleber étant situé en centre-ville et le CDAS Villejean à proximité des habitations, pour les FEM habitant à Rennes ce sont des structures de proximité.

Une psychologue du centre médico-psychologique (CMP) de Villejean explique *« On a l'impression, vu de l'extérieur que les réseaux se superposent et sont peu lisibles pour les migrantes. Or l'expérience montre qu'elles sont bien orientées et prises en charge dès leur arrivée »*.

Ce point semble essentiel et a été repris par la majorité des personnes interrogées, qui ont souligné la bonne connaissance du réseau par les partenaires mais aussi par les femmes

enceintes elles-mêmes, voire par les « filières » de migration. De nombreuses personnes sont orientées par les professionnels. Les acteurs du réseau valident en effet que lorsqu'un premier contact a été pris, quelle que soit la porte d'entrée (médecine de ville, hôpital, PADA, CADA, SAFED...), la prise en charge médicale et sociale s'enclenche assez aisément. C'est ce que confirme une puéricultrice à la PMI Kleber : le service de maternité prend systématiquement un rendez-vous pour les femmes migrantes lors de la sortie d'hospitalisation.

Mais les femmes ou leur réseau social semblent également bien comprendre les structures pouvant les prendre en charge. L'exemple le plus parlant est celui cité par une sage-femme du SAFED : « *une dame est arrivée à la gare et on l'a déposée au CDAS en lui disant : c'est là qu'il faut aller !* ». Ce constat est partagé par l'ensemble des personnes rencontrées qui utilisent différents termes : « *le réseau est lisible* » ; « *On est bien identifiés [...] le bouche à oreille* » ; « *bien reconnu* » ; « *les réseaux de passeurs connaissent bien les structures* ».

Ceci est confirmé par les entretiens menés auprès des FEM : elles rapportent une bonne lisibilité, souvent facilitée par des migrations antérieures de membres de leur famille ou de proches. Cette bonne lisibilité semble spécifique à l'agglomération rennaise, une sociologue chargée de projet au réseau Louis Guilloux précisant que « *ce n'est pas le cas de tous les départements* ».

2.1.2 Une vision partagée par les femmes enceintes migrantes et les professionnels

Les termes retrouvés dans les discours des professionnels interrogés se croisent et se ressemblent : « *Les soins sont adaptés, bienveillants* » ; « *Bon suivi* » ; « *Bonne prise en charge sanitaire* » ; « *Continuité des soins assurée* » ; « *Elles arrivent ici et on les soigne. Il n'y a pas de problème* » ; « *Le soin médical, ça marche bien* » ; « *Le problème n'est pas la prise en charge technique, ça on sait faire* ».

Il est intéressant de voir que cette vision est tout à fait partagée par les FEM interrogées. La plupart des femmes évoquent positivement leur prise en charge, souvent en comparaison avec leur pays d'origine : « *Au Maroc, c'est plus dur* » ; « *En Centrafrique, j'ai été suivie en clinique privée. Tout doit être payé. A l'hôpital public, il y a de problèmes d'hygiène, beaucoup de monde, pas de moustiquaires, de draps, les gens dorment par terre* ».

Si le suivi « technique » est mis en avant, les femmes insistent également beaucoup sur l'accompagnement (écoute, explications et confiance) : « *on est bien accueilli* » ; à Mayotte « *les soignants (...) n'expliquent pas* » ; « *Au Maroc, il y a de bons médecins mais ils veulent de l'argent. Là non. J'ai confiance.* » ; « *(...) beaucoup de corruption en Roumanie. Pour être bien soigné il faut en avoir les moyens* ». Dans la littérature, il est retrouvé que le vécu du suivi de grossesse en France apaise les angoisses des FEM⁴², fait que confirment nos entretiens. Cette confiance est ressentie par les professionnels qui estiment que les femmes migrantes sont satisfaites de leur prise en charge. « *Elles se sentent soignées, écoutées* » rapporte une cadre sage-femme.

Outre cette prise en charge bien vécue, de nombreux efforts sont faits pour s'adapter aux conditions de vie de ces femmes. Ainsi une sage-femme du SAFED explique que si une femme migrante sans domicile présente une menace d'accouchement prématuré, même sans gravité, les soignants prolongent l'hospitalisation : « *on va les garder car on sait que si elle sort, elle va être dehors et elle va marcher* ».

Cette préoccupation est en lien avec l'investissement des soignants, qui se veulent très positifs concernant leurs missions avec le « *sentiment de faire quelque chose qui les aident* » et se soutiennent entre eux : travail en binôme, analyse des pratiques, retour d'expériences, équipes soudées, soutien psychologique.

2.1.3 Une vision bienveillante des professionnels à interroger

On retrouve des caractéristiques très positives chez les femmes interrogées. La plupart ont des raisons de migration qui, même si elles sont complexes, sont positives : études, regroupement familial, etc. Elles s'inscrivent dans un processus d'insertion, à travers la recherche d'emploi ou l'apprentissage de la langue française. Ainsi, les personnes migrantes ont la volonté de résoudre un problème et sont « *dans une logique d'insertion et de régularisation* ». Ceci est confirmé par le responsable du CADA qui dit des migrants « *qu'ils ne sont pas un public à problématique sociale* ». Une sage-femme de l'hôpital sud considère que les personnes s'adaptent, la culture n'étant « pas une barrière »,

⁴² Gabai N., 2013, Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la relation soignants/soignés, in *Médecine & Hygiène* (Vol. 25), avril 2014, p. 285-307

contrairement à ce qui peut être retrouvé dans la littérature⁴³. Mais si la culture n'est pas un frein - un médecin du réseau Louis Guilloux souligne que « *La prise en charge médicale doit être la même pour tous, pas de culturalisme* » - on note tout de même que les professionnels prêtent souvent aux FEM des caractéristiques communes, souvent très favorables, qui peut s'apparenter à une discrimination positive.

Lors de nos entretiens, nous avons été frappés par la bienveillance et l'image que les professionnels rapportent concernant les FEM : « *grande dignité* » ; « *ce sont des femmes charmantes, (...) époustouflantes* » ; « *volontaires* » ; « *très gaies* », « *débrouillardes* ». On note également une bonne différenciation entre la situation actuelle de précarité et la situation antérieure. Comme le souligne le responsable d'un CADA, « *Dans leur pays ce ne sont pas toujours des gens pauvres, [Ce sont] des personnes intelligentes* ».

Outre cette « force de caractère » communément admise prêtée aux FEM, on retrouve également des caractéristiques concernant la prise en charge médicale. Ainsi plusieurs professionnels rapportent que les femmes migrantes sont compliantes dans la prise en charge à condition que les soins soient bien expliqués : « *bonne acceptation des soins* » ; « *peu ou pas d'opposition aux soins si bien expliqué* » ; « *les femmes migrantes acceptent facilement les pratiques françaises* ». Mais n'est-ce pas une caractéristique inhérente à la nature humaine et non spécifique aux femmes migrantes : le besoin de comprendre les soins prodigués ?

Cette vision très positive des caractéristiques des femmes migrantes semblerait donc à considérer avec prudence : Est-ce le reflet d'une réalité ? Est-ce le reflet de l'admiration pour le parcours de vie de ces femmes ? Est-ce lié au cadre enveloppant de l'accueil soignant auquel les femmes s'adaptent ? Ou est-ce une tentative des professionnels d'aller à l'encontre des clichés véhiculés ?

Comme le souligne P. Sauvegrain⁴⁴, citant D. Fassin, toute vision très « uniforme » doit être interrogée. N'est-ce pas un discours de professionnels, qui fassent à un contexte actuel remettant en cause l'immigration, sont obligés d'adopter un discours défensif à l'égard des migrants ?

Certains professionnels cependant ne portent pas exactement le même regard sur la prise en charge des FEM, qui comporte des limites.

⁴³ Terrien L., 2004, Des parturientes d'origine africaines et leur maternité en France : les réunions de « l'arbre à Palabres », lieu d'expressions interculturelles, in *Migration santé n°119*, p. 7-29

⁴⁴ Sauvegrain P., 2008, Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ?, in *Spirale n° 47*, mars 2008, p. 167-178

2.2 Une prise en charge qui ne peut se défaire d'une action sur les déterminants de santé

« *Les inégalités de santé sont le produit d'inégalités sociales plus que de dispositions génétiques, physiologiques ou biologiques* »⁴⁵. Ce constat, partagé par nombres de chercheurs, est aussi devenu le nôtre à l'issue de nos recherches et rencontres.

En dépit d'une prise en charge sanitaire de qualité et d'un réseau de soins bien organisé dans l'agglomération rennaise, des freins persistent en effet, dans l'accès aux soins des FEM. Ces freins sont d'ordre administratif, socio-économique, environnemental (transport, logement, etc.) mais aussi culturel. Ainsi, « *si les structures de soins existent [...], les obstacles demeurent : méconnaissance des dispositifs et des besoins de suivi préventif, difficultés sociales et administratives prédominantes* »⁴⁶.

2.2.1 Des femmes confrontées à des difficultés administratives et économiques dès leur arrivée

La situation économique, souvent précaire, des FEM, semble être l'un des premiers facteurs de difficultés d'accès aux soins. D'après une étude réalisée en 2011 par l'INED et l'INSEE « *Les populations immigrées sont globalement dans des situations économiques moins favorables que les français de naissance, et sont plus exposées à des conditions de travail difficiles* »⁴⁷. Ceci est spécialement vrai pour les FEM. Leurs parcours migratoires, leurs éventuelles difficultés administratives et leur situation même de personne migrante influent de façon indéniable sur leur possibilité de trouver un emploi sur le territoire français. Cette absence d'emploi, ou tout du moins d'emploi stable et déclaré, est une difficulté centrale auprès de celles que nous avons pu rencontrer. Elles sont ainsi confrontées à une précarité matérielle et économique importante, qui devient leur préoccupation majeure au détriment parfois de leur prise en charge médicale et notamment de leur suivi de grossesse.

Certaines arrivent parfois à Rennes sans suivi préalable. Une puéricultrice de PMI explique : « *Pour les femmes arrivées à Rennes en fin de grossesse, l'accouchement arrive souvent très vite, [...] c'est là que les issues de grossesse peuvent être problématiques* ».

⁴⁵ Cognet M., Hamel C., Moisy M., 2012, Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, in *REMI vol. 28 - n°2*

⁴⁶ Beddock R., 2007, Maux d'Exil, in *La lettre du Comité aux membres du réseau*, Comité médical pour les exilés (n°20), sept 2007

⁴⁷ Ibid, Cognet M.

Pour un médecin du réseau Louis Guilloux, les barrières se situent au niveau de l'administration : « *on est des Don Quichotte, à se battre contre des moulins à vent* ». L'obtention d'un titre séjour et l'acquisition d'une situation régulière peuvent en effet s'apparenter à un « parcours du combattant ». Il s'agit souvent de procédures complexes, qui peuvent entraver la prise en charge des FEM, notamment lorsque leurs droits à la protection sociale ne sont pas ouverts. Ces barrières administratives peuvent provoquer des dérives qualifiées par les professionnels de « frauduleuses », telles que l'augmentation de la reconnaissance par des pères français de bébés nés de mères étrangères. Le responsable du CADA sud 35 parle en ce sens de « *pères qui sont très pères* ».

Enfin, il existe aussi des « perdues de vue », qui ne sont à Rennes que pour un temps et dont la migration n'est pas achevée. La sage-femme du SAFED évoque ainsi : « *Beaucoup de gens sont venus une fois, puis partent de Rennes...ou on n'a pas de numéro de téléphone...on les voit une fois et c'est tout* ».

Le vécu de l'accès aux soins fait émerger également des difficultés plus profondes et existantes sur le long terme. La migration est une situation de vulnérabilité supplémentaire pour ces femmes, qui peut s'avérer traumatique. « *La situation de migration va créer un isolement qui peut être source de dépression sévère ou de décompensation psychique aux conséquences parfois dramatiques pour les enfants* »⁴⁸.

Si la prise en charge somatique de ces femmes est efficace, leur prise en charge psychologique est fortement perfectible. Elles peuvent se retrouver dans une situation d'isolement qui aggrave cet état de fait : les avis des professionnels divergent sur cette situation. Certains constatent régulièrement une situation d'isolement alors que d'autres évoquent la création d'un nouveau réseau familial ou communautaire. Une cadre sage-femme du CHU constate : « *Nous ce qu'on voit à la maternité, c'est que la plupart du temps, elles n'ont pas de visite à part les services sociaux qui s'en occupent, le 115. On ne peut pas dire qu'elles arrivent ici parce qu'elles ont une communauté. Pour la plupart, non* ». Ceci s'oppose ainsi à la vision d'une sage-femme du SAFED qui déclare : « *Les femmes migrantes sont rarement isolées, elles trouvent toujours quelqu'un de leur culture qui peut jouer un rôle maternel, elles n'ont pas de carence affective...* ». Elle ajoute cependant : « *Mais elles peuvent avoir d'autres problèmes, il faut faire attention, se poser la question à chaque fois* ». Ainsi les différents témoignages évoquent souvent des situations particulièrement difficiles : des « états de détresse », des « vécus traumatiques »

⁴⁸ Cadart M-L., 2004, La vulnérabilité des mères seules en situation de migration, in *Dialogue n°163*, janv. 2004, p 60-71

qui sont bien réels. Un médecin du réseau Louis Guilloux explique : « *D'autres [femmes] ont été violées. Les violences physiques, psychiques, sexuelles... existent au pays, pendant le trajet et ici !* »

2.2.2 Les conditions de vie quotidiennes : un enjeu central

A ces difficultés inhérentes à l'arrivée sont souvent corrélées des problématiques de logement et de transport, qui influent de façon notable sur l'accès aux soins des FEM et sur leur prise en charge pendant leur grossesse.

L'hébergement est une problématique majeure soulevée par les professionnels et les FEM : ils constatent une offre d'hébergement existante mais saturée, des hébergements souvent précaires, peu pérennes et mal adaptés. Pour les femmes ayant le statut de demandeur d'asile, la situation est plus « aisée » (CADA). Pour toutes les autres femmes, qui relèvent du 115, l'hébergement d'urgence, d'une durée de trois jours, s'avère peu adapté à une femme pendant sa grossesse, qui a besoin de repos. La sage-femme de l'Hôpital sud rencontrée soulève : « *les femmes migrantes enceintes souffrent souvent de pathologies particulières qui nécessitent de bonnes conditions de logement et une bonne alimentation afin qu'elles puissent se reposer* ». Il existe un risque d'accouchement prématuré, confirmé par la littérature : « *les femmes très peu suivies ont un risque élevé d'issue défavorable de la grossesse [...] dû en partie à des difficultés économiques ou réglementaires d'accès aux soins, notamment pour les femmes étrangères* ». ⁴⁹

Lorsque ces femmes ont un hébergement, ces logements ne sont par ailleurs pas toujours adaptés en termes de qualité, de pérennité et de localisation géographique. Les professionnels, et notamment les sages-femmes de PMI, soulignent la difficulté d'assurer le suivi des femmes qui vivent dans des squats ou des logements insalubres.

Les hébergements, parfois situés dans les communes de l'agglomération⁵⁰, impliquent aussi des difficultés de transport. En effet, il s'agit parfois de « *gens qui viennent de loin* » d'après un médecin du réseau Louis Guilloux. Bien qu'un réseau de bus permette un accès à la ville de Rennes, la sociologue chargée de projet du réseau Louis Guilloux juge ce réseau insuffisant et l'offre de soins très centralisée sur la ville de Rennes. De plus, une sage-femme de la SAFED remarque qu'il y a « *tellement de démarches à faire qu'il faut*

⁴⁹ Kaminski M., Blondel B., Saurel-Cubizolles M-J., 2000, La santé périnatale (chapitre 11, p. 173-192), in *Les inégalités sociales de santé*, Sous la direction d'A Leclerc *et al.* Edition Inserm, La Découverte, Recherches, 2000, 436p.

⁵⁰ En 2012 : 188 personnes hébergées par le CADA Sud 35 hors commune de Rennes, sur 399 places en Ille-et-Vilaine

être sur Rennes ». Même pour celles habitant Rennes, le fonctionnement du système d'hébergement et la sectorisation des PMI ne facilitent pas toujours leur suivi.

Ces problématiques peuvent engendrer des ruptures dans la prise en charge des femmes ainsi que de leur bébé après l'accouchement. Une femme migrante, nouvellement mère, nous fait ainsi part de sa « *peur de se retrouver à la rue avec son enfant* ». A ces considérations s'ajoutent des difficultés pour se nourrir comme le formule une FEM à la sage-femme : « *Je ne peux prendre qu'un repas par jour, lequel est le plus important ?* ».

Enfin, l'entourage des FEM est parfois peu présent ou peu disponible et ne peut donc leur apporter l'aide nécessaire, par exemple pour garder les autres enfants pendant les rendez-vous médicaux ou les hospitalisations.

Ces situations d'irrégularité, cumulées aux problématiques de logement, de transport et d'emploi, engendrent des conditions de vie fortement défavorables à une prise en charge adéquate des FEM. « *L'exposition à de nombreux facteurs de stress, comme des conditions de vie habituelle difficiles, ou des événements de vie stressants tels qu'une perte d'emplois, [...] une moins grande capacité à y faire face, un soutien social insuffisant* » sont des éléments « *conduisant aux inégalités sociales d'issue de grossesse* »⁵¹ citant Rutter et Quine (1990).

2.2.3 Des confrontations culturelles qui complexifient l'accompagnement

Les difficultés de l'accès aux soins des FEM, outre les inégalités sociales de santé qui les caractérisent, résident également dans leur condition même de migrante.

Tout d'abord le moment du soin peut lui-même révéler des barrières à une prise en charge efficiente des FEM. La plus évidente est celle de la langue : comment soigner et examiner quelqu'un avec qui il est impossible de communiquer ? Les structures font alors appel à un service d'interprétariat, en interne à l'Hôpital-Sud ou au réseau Louis Guilloux. « *Mais en situation d'urgence, cela est souvent impossible* », comme l'évoque une assistante sociale du CHU. Un délai de dix jours est parfois nécessaire. Cela implique une prise en charge complexifiée et difficilement compréhensible/acceptable pour la patiente, d'où des situations de stress, d'inquiétude, d'incompréhension. La traduction peut parfois être faite

⁵¹ Ibid, Kaminski M., Blondel B., Saurel-Cubizolles M-J.

par un membre de la famille ou de la communauté présent. Le secret médical est-il alors respecté ? Et sans parler de secret médical, la question de l'intimité peut être posée lorsqu'un tiers au couple sert d'interprète pour des questions ayant trait à la sexualité ou aux relations affectives. De plus, comment être certain que la traduction a été fidèle ? « *Le secret ne peut être préservé, ce qui pose un problème éthique. Aucun moyen d'être sûre que la traduction est correcte, et que tous les conseils et prescriptions ont bien été compris par la patiente* »⁵². Enfin, dans certaines cultures, ces questions concernent seulement la femme et la « communauté » féminine, les hommes en étant exclus.

De même, les pratiques culturelles des FEM peuvent se heurter aux principes de notre système de santé. Comme l'évoque la sage-femme de la PMI du CDAS Kléber, « *Pour les femmes africaines l'excision et l'infibulation sont des sujets rarement discutés et posent soucis au moment de l'accouchement* ». Ces éléments peuvent poser de sérieux problèmes médicaux (risques hémorragiques) mais aussi légaux : comment doivent réagir les soignants face à des pratiques condamnées par la loi ? Le rôle d'information et de prévention des soignants peut entrer en contradiction avec les croyances de femmes parfois ignorantes de leurs altérations physiques. « *Le fossé culturel semble alors infranchissable et pour éviter l'affrontement ouvert, les soignants n'insistent pas* ».⁵³

La pratique de certains examens et procédures médicales peuvent s'avérer inquiétants pour les FEM. Les femmes africaines, par exemple, manifestent auprès des professionnels l'impression que la césarienne est très souvent utilisée dans leur prise en charge et, parfois, imposée, ce qui dans leur représentation contrevient à leur situation de mère. La sage-femme du SAFED déclare ainsi : « *les césariennes peuvent poser problème, c'est un peu une humiliation...surtout pour le premier enfant* ».

A cela, peuvent se surajouter des fossés culturels sur la conception de la grossesse, l'arrivée du bébé, les soins nécessaires, la place et le rôle du père et de l'entourage. « *Conflits et différences de points de vue sont tus et n'émergent que sous forme de crise* »⁵⁴.

Enfin, face aux histoires de vie évoquées plus haut, les soignants sont bien souvent démunis. Ils ne se sentent pas armés pour prendre en charge de telles patientes et leur positionnement est ainsi extrêmement difficile. Une sage-femme explique : « *C'est d'une*

⁵² Dejours R., 2010, Migration et accouchement : chercher, repérer, avancer, in *Enfances & Psy* n°48, mars 2010, p. 21-32

⁵³ Ibid

⁵⁴ Gabai N., 2013, Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la relation soignants/soignés, in *Médecine & Hygiène* (Vol. 25), avril 2013, p. 285-307

violence extrême », tandis qu'un responsable de CADA confirme « *On peut être le réceptacle de tout ça* ».

Certains n'envisagent qu'une prise en charge sanitaire pour conserver une position distanciée et estiment qu'ils ne peuvent aller plus loin dans le cadre de leurs missions. Ainsi des sages-femmes du CHU expliquent : « *Cette personne, on la prend en tant que telle, qu'est-ce qu'on peut lui apporter, quels sont ses besoins, le temps de son séjour. Après, ce n'est plus nous* ». Certains professionnels n'estiment avoir ni le droit ni les moyens d'investir les histoires de vie de leurs patientes, ce qui est retrouvé dans la littérature⁵⁵.

D'autres professionnels ont énormément de mal à conserver une distance face à des situations, au point de trop s'impliquer et de surinvestir leur fonction. L'empathie, sans doute nécessaire, à l'exercice de ces métiers doit être questionnée : où placer le curseur ? Les professionnels se retrouvent en effet parfois dans des situations « impossibles » qui les amènent à prendre des décisions extrêmes voire inappropriées. Une sage-femme déclare : « *Qu'est-ce que je peux faire à un moment donné à part les prendre chez moi ?* ».

L'impuissance ressentie des professionnels peut aussi générer des frustrations, un mal-être, car ils peuvent se sentir remis en cause dans leurs pratiques⁵⁶. De fait les difficultés d'interaction entre les FEM et les acteurs du système d'accès aux soins sont réelles : les incompréhensions mutuelles existent et peuvent ériger des barrières. Les soignants doutent de leur utilité, car il y a un décalage entre les conseils donnés aux futures mères et ce qu'elles peuvent mettre en pratique. Une sage-femme du SAFED explique « *elles nous disent « je ne sais pas où dormir » alors que nous on dit « il faut se reposer » !* ».

⁵⁵ Ibid Gabai N.

⁵⁶ Ibid Dejours R.

Conclusion

Le travail réalisé sur la question de l'accès aux soins des FEM dans l'agglomération rennaise nous a permis de revenir sur un certain nombre d'*a priori* et d'investiguer des champs plus larges que le seul domaine sanitaire.

Le système de prise en charge, tel qu'il nous est apparu dans l'agglomération rennaise à travers les différents témoignages est lisible, tant par les FEM que par les professionnels, ces derniers rapportant d'ailleurs une saturation des structures nécessitant une grande anticipation du fait du nombre de demandes et du temps d'attente.

Cette saturation peut être le symptôme de divers facteurs. D'une part, les frontières sont perméables et floues entre les missions des acteurs. D'autre part, compte tenu du contexte socio-économique actuel, il existe une précarité accrue qui peut générer un rejet face à des situations complexes. Les structures se renvoient les FEM sans pouvoir réellement prendre le temps de les orienter vers les structures les plus appropriées.

Ainsi, les entretiens menés nous ont poussés à reconsidérer notre première hypothèse qui concernait la lisibilité du réseau de soins pour les FEM, qui apparaît dans l'agglomération rennaise est organisé, coordonné et compréhensible tant pour les professionnels que pour les patientes. Il fonctionne grâce aux liens tissés entre les professionnels, rendant la coordination possiblement « personne-dépendante » et donc fragile avec un risque d'essoufflement. De plus, certains professionnels nuancent la bonne coordination des structures, en précisant un manque de lien entre les domaines sanitaire et social.

Ceci nous pousse à nous interroger sur la place du sanitaire dans le « soin » au sens plus large de « prendre soin », et ne s'arrêtant donc pas à un acte technique. Cette question se pose d'autant plus chez les femmes migrantes qui présentent des problématiques plus larges que celles purement médicales. Les entretiens réalisés nous ont permis de vérifier en partie l'hypothèse selon laquelle les FEM serait une population précaire, démunie, isolée et vulnérable, à tel point que les difficultés d'ordre administratif, économiques et sociales seraient prioritaires relativement à leur santé.

Ainsi, si la grossesse est bien un facteur de vulnérabilité, elle est aussi, paradoxalement, une protection, comme l'indique un médecin : « *Pour les femmes enceintes, y a (encore ?) une sorte de « traitement de faveur » du fait de leur « aura ». On va décrocher son téléphone et obtenir des nuits d'hôtel. Ça reste précaire, mais au moins elles sont encore*

considérées, contrairement aux hommes ». Le cumul de vulnérabilité apparaît paradoxalement comme plus protecteur qu'une vulnérabilité « simple » en ce qu'il permet de débloquent certains verrous institutionnels plus rapidement : une personne à la rue ne constitue pas une urgence sanitaire alors qu'une femme enceinte dans les mêmes conditions le devient.

In fine, il semble que la migration, en tant que telle, n'est pas problématique mais plutôt une situation à prendre en compte puisqu'elle peut s'accompagner de situations de ruptures plus ou moins douloureuses. Les déterminants sociaux de santé qui ont un impact sur l'accès aux soins des FEM sont le logement, le statut juridique ou encore la capacité du système à se rendre suffisamment compréhensible pour elles.

Les FEM s'inscrivent dans l'écueil classiquement décrit du système de santé français : un système tourné vers le curatif et peu vers la prise en compte des besoins globaux de la personne et des actions préventives à mettre en œuvre. Cette conclusion recoupe plusieurs des recommandations, pourtant anciennes, de la charte d'Ottawa⁵⁷ dont l'objectif est l'amélioration de la santé des populations en agissant sur les déterminants de santé :

- La création d'environnements favorables, ce qui pour les FEM se traduirait par une meilleure accessibilité au logement et aux transports en priorité⁵⁸
- Le renforcement de l'action communautaire, ce qui à Rennes pourrait se concrétiser par la mise en place de groupes de parole valorisant les expériences et savoirs des mères⁵⁹, à l'image des programmes de préparation à la naissance dédiés aux femmes migrantes mis en place à Genève⁶⁰ ou à Saint-Denis⁶¹
- La réorientation des services de santé vers une prise en charge plus globale, ce qui est déjà amorcé au travers des staffs pluridisciplinaires du CHU et des différentes cliniques rennaises.

Une autre recommandation de la charte d'Ottawa concerne l'élaboration de politiques favorables à la santé. Il ressort de notre enquête que, si dans l'agglomération rennaise, le réseau est lisible, les politiques nationales à appliquer le sont beaucoup moins. En effet, les politiques migratoires peuvent apparaître contradictoires avec les politiques de protection

⁵⁷ OMS, 1986, Charte d'Ottawa, disponible sur :

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

⁵⁸ Donzelot J., 2004, La ville à trois vitesses : relégation, périurbanisation, gentrification, in *Revue ESPRIT*, mars 2004

⁵⁹ Dangaix D., 2009, Il est impératif de valoriser le savoir traditionnel des mères, Interview de D. Bonet, in *La Santé de l'homme n° 402*, juil-août 2009

⁶⁰ Goguikain Ratchiff B. *et al.*, 2011, Devenir mère en terre étrangère, in *Les cahiers de la puericultrice*, n°252, déc 2011, p.26-29

⁶¹ Davoudian C., 2008, Maternité d'exil, in *La clinique Lacanienne n°12*, p. 69-73

de la santé. Ces contradictions sont récurrentes dans les discours de plusieurs de nos interlocuteurs, qui se voient pris en étau entre ceux qui leur répètent « *qu'on ne peut pas accueillir toute la misère du monde* », et leur éthique qui exige d'accueillir et de prendre soin. Face à ces injonctions paradoxales, à la souffrance des FEM s'ajoute le désarroi des différents acteurs, pour qui « *Le plus difficile est de se retrouver démunis face aux demandes de certaines femmes* » ou comme le confie une sage-femme « *Ça remue les travailleurs sociaux (...) C'est d'une violence terrible* ».

Au-delà de la souffrance des acteurs qui peut être un frein pour la prise en charge des FEM, il convient de questionner la place que la France veut accorder aux FEM dans un contexte de politiques migratoires nationale et européenne en constante mutation.

Bibliographie

Textes réglementaires

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé codifié dans le Code de Santé Publique

Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, Journal officiel de l'Union européenne du 6 fév. 2003 p. 18-25

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi N°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance modifiant l'article L.2112-2 du CSP

Rapports

Calvez M. *et al*, 2006, Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH : Modalités d'accès et contextes socioculturels, Université Rennes 2 (40p.)

Dubié J. et Richard A. : Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la politique d'accueil des demandeurs d'asile, le 10 avril 2014 (164p.)

Inspection générale des affaires sociales, 2011, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance (201p.)

Letart V. et Touraine J-L. : Rapport sur la réforme de l'asile remis au Ministre de l'Intérieur, le 28 novembre 2013 (394p.)

Noblecourt O. : L'égalité pour les Femmes migrantes, Rapport remis au ministère des droits des Femmes en février 2014 (43p.)

OFPPA à l'écoute du monde : Rapport d'activité 2013 (123p.)

Rapport d'activité PADA, 2012 (20 p.)

Rapport d'activité CADA Canton de Bruz, 2012 (58 p.)

Rapport d'activité CADA Vallons de Vilaine, 2012 (56 p.)

Rapport d'activité du Centre médical Louis Guilloux, 2013 (70 p.)

Articles

Aïdan P. et Djordjevic D., 2007, Dossier Maux d'Exil : Femmes et exilées, une double discrimination, in *La lettre du Comité aux membres du réseau n°20*, Comité médical pour les exilés, sept 2007, p. 1-3

Beddock R., 2007, La santé des femmes, sans frontières, Dossier Maux d'Exil : Femmes et exilées, une double discrimination, in *La lettre du Comité aux membres du réseau n°20*, Comité médical pour les exilés, sept 2007, p. 5-6

Bougeard N., 2009, Accompagner les femmes enceintes en difficultés, in *Lien social n° 944*, 8 oct. 2009, p. 10-14

Cadart M-L., 2004, La vulnérabilité des mères seules en situation de migration, in *Dialogue n°163*, janv. 2004, p 60-71

Cognet M, Hoyez A-C., Poiret C., 2012, Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations, REMI, (28) 2 pp. 7-10.

Cognet M., Hamel C., Moisy M., 2012, Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, in REMI vol. 28 - n°2

Dangaix D., 2009, Il est impératif de valoriser le savoir traditionnel des mères, Interview de D. Bonet, in *La Santé de l'homme n° 402*, juil-août 2009

Davoudian C., 2008, Maternité d'exil, in *La clinique Lacanienne n°12* – p. 69-73

Dejours R., 2010, Migration et accouchement : chercher, repérer, avancer, in *Enfances & Psy n°48*, mars 2010, p. 21-32

Donzelot J., 2004, La ville à trois vitesses : relégation, périurbanisation, gentrification, in *Revue ESPRIT*, mars 2004

Fassin D., 2007, La santé des étrangers, in *La Santé de l'Homme, n° 392*, nov-dec. 2007 .

Gabai N., 2013, Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la relation soignants/soignés, in *Médecine & Hygiène*, avril 2014, Vol. 25 p. 285-307

Géry Y., 2007, Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques !, Entretien de F. Molenat, in *La Santé de l'homme n° 391*, sept-oct. 2007

Goguikain Ratcliff B. *et al.*, 2011, Devenir mère en terre étrangère , in *Les cahiers de la puericultrice, n°252*, déc 2011 p.26-29

Lacaze F., 2007, Femmes migrantes : de l'invisibilité à la surexposition, Dossier : Femmes et exilées, une double discrimination, in Maux d'Exil n°20, sept. 2007, p. 3-4

Jacques B., 2007, De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? in *La Santé de l'homme n°391*

Lesselier C., Femmes migrantes en France, le genre et la loi, in *Les cahiers du CEDREF*, décembre 2004

Lesselier C., 2007, Femmes, exils et droit d'asile, Dossier Maux d'Exil : Femmes et exilées, une double discrimination, in *La lettre du Comité aux membres du réseau n°20*, Comité médical pour les exilés, sept 2007, p. 7-8

Lucas-Gabrielli V. et Coldefy M., 2003, Le territoire comme élément structurant

de l'organisation des soins, *ADSP* n° 82, mars 201, p. 32-34

Malin M., 2009, Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland (15p.)

Morillon A., 2013, Immigrés et réfugiés à Rennes : toute une histoire... in *Place Publique*, mars 2013

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

Stanojevich E-A., 2007, Introduction du dossier « la santé des migrants », in *La Santé de l'Homme* n°392 : nov-dec 2007, p.14

Stanojevich E-A., Veisse A. 2007, Repères sur la santé des migrants, in *La Santé de l'Homme* n°392 nov-dec 2007, p. 21-24

Terrien L., 2004, Des parturientes d'origine africaines et leur maternité en France : les réunions de « l'arbre à Palabres », lieu d'expressions interculturelles, in *Migration santé* n°119 p. 7-29

Ouvrages

Leclerc A. *et al.*, 2000, Les inégalités sociales de santé. Edition Inserm, La Découverte Recherches, 436p.

Moro M-R., De la Noë Q., Mouchenik Y., 2004, Manuel de psychiatrie transculturelle, Chapitre clinique transculturelle de l'enfant et de l'adolescent, Editions La pensée sauvage, p. 34 – 308 (397 p.)

MIP antérieurs

Groupe 18 – 2009 : Place du réseau migrant dans la prise en charge médico-sociale des migrants en Ile et Vilaine (55p.)

Groupe 25 – 2012 : Rupture suivi de grossesse un rôle clef des acteurs de santé (61p.)

Thèses et mémoires

Julie M-J., 2009, Mémoire Eude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différentes pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède), Nancy Université

Sites internet

Site internet de l'UNESCO : <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Site internet de l’Insee : <http://www.insee.fr/fr/>

Site de l’OMS : <http://www.who.int/fr/> et charte d’Ottawa : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1

Sur la grossesse et sa médicalisation :

http://www.omum.fr/blog/histoires_de_maternage/lhistoire-de-la-maternite-en-europe-le-xxeme-siecle-entre-baby-boom-feminisme-et-medicalisation/

http://www.couplesfamilles.be/index.php?option=com_content&view=article&id=165:la-medicalisation-de-la-naissance&catid=6:analyses-et-reflexions&Itemid=9

<http://www.mipes.org/-Le-temps-de-la-naissance-a-1,384-.html>

http://fr.wikipedia.org/wiki/Grossesse#Surveillance_m.C3.A9dicale_en_Occident

<http://enfantsdelavenir.org/les-derives-de-lhyper-medicalisation-de-la-grossesse-et-de-laccouchement>

http://books.google.fr/books?id=JaO2YjZJbS0C&pg=PA143&lpg=PA143&dq=m%C3%A9dicalisation+grossesse&source=bl&ots=iUhBwCs_TT&sig=yTrb7bIt8L03YuZiurUITGFExc&hl=fr&sa=X&ei=QpVkU8_gOMaLOKjlgdgO&ved=0CEoQ6AEwBjgU#v=onepage&q=m%C3%A9dicalisation%20grossesse&f=false

<http://enfantsdelavenir.org/les-derives-de-lhyper-medicalisation-de-la-grossesse-et-de-laccouchement>

Autres

Gasquet-Blanchard C. Extraits du projet Par’san, inégalités de santé et périnatalité

Liste des annexes

Annexe 1 : Définitions.....	p. II à III
Annexe 2 : Méthode.....	p. IV à V
Annexe 3 : Structures rencontrées/Types de fonctions.....	p. VI à VII
Annexe 4 : Cartographie des structures rencontrés.....	p. VIII à IX
Annexe 5 : Grilles d'entretien et d'analyse.....	p. X à XV
Annexe 6 : Historique de l'immigration en Bretagne.....	p. XVI
Annexe 7 : Cadre réglementaire de l'accès aux soins.....	p. XVII à XVIII
Annexe 8 : Le suivi de la femme enceinte en France.....	p. XIX

Annexe 1 : Définitions

Aide médicale de l'État (AME) : dispositif de protection maladie destiné aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources.

CMU complémentaire : les personnes qui ont de faibles ressources (et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une assurance complémentaire privée) peuvent bénéficier de la CMU complémentaire ; elle permet au patient de se faire soigner sans déboursier d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments.

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

Déterminants de santé : Facteurs d'ordre socio-économique dont la combinaison des effets, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel, agissent sur l'état de santé. Ils comprennent le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, la culture.

Étranger : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Excision : Ablation rituelle du clitoris et , parfois, des petites lèvres, pratiquées par certaines populations, considérée comme une mutilation génitale.

Exilé : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Infibulation : Suture des petites ou grandes lèvres de la vulve.

Migrant : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) : sans argent et sans protection maladie, seules ces permanences de l'hôpital public peuvent délivrer des soins nécessaires.

Réfugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

Sécurité sociale de base (dont couverture maladie universelle - CMU - de base) : protection maladie pour la prise en charge des frais médicaux, droit pour toute personne vivant en France en situation régulière et depuis au moins trois mois (sauf pour les demandeurs d'asile, qui sont dispensés de cette dernière condition).

Annexe 2 : Méthode

- **Trois rencontres dès fin mars 2014** : partage de la bibliographie, liste des institutions ou personnes à contacter.

- **1^{ère} journée MIP**

- Rencontre avec la référente, Mme Gasquet, échanges sur ses travaux, les liens possibles avec la problématique envisagée, orientation des pistes de travail
- Trois entretiens organisés par ses soins avec des acteurs concernés par la thématique.
- Ebauche du plan, répartition du travail en 3 groupes : réglementation, structures rennaises, grille d'entretien.

- **Jours suivants**

- Documents communs sur DropBox® : une vision commune du travail et échanges continus au sein du groupe suite aux entretiens Réajustement du plan,
- Enrichissement de la bibliographie avec fiches de synthèse,-Rédaction par sous-groupe des différentes parties et relecture par binômes
- Préparation du diaporama en vue de la présentation orale

- **Suivi avec la référente** : points réguliers réalisés avec notre référente via Skype®

- **Population étudiée**

La population cible : les femmes enceintes migrantes (FEM) dans l'agglomération rennaise quel que soit le terme de celle-ci.

- **Méthodologie retenue**

- Entretiens semi-directifs avec grille d'entretien (voir annexe n°5) auprès de professionnels de terrain et auprès de femmes migrantes enceintes ou tout nouvellement mères.
- Complément par des recherches bibliographiques.

Entretiens professionnels : 15

5 sages-femmes dont une cadre, 1 assistante sociale, 1 conseillère économique sociale et familiale, 1 psychologue, 1 puéricultrice, 1 médecin coordinateur, 1 sociologue, 1 responsable de service, 2 stagiaires de master

- Retranscription des entretiens dans son intégralité et répertoriés dans un tableau (annexe n°3)
- En face à face après prise de rendez-vous par courriel et par téléphone,
- Modalités : en binôme afin de faciliter à la fois l'interaction avec la personne interviewée et la prise de note, dont trois enregistrés sur dictaphone,

Entretiens populationnels : 5 réalisés par le groupe et 7 menés par Mme Gasquet-Blanchard

- Exploitation des entretiens de FEM menés par Mme Gasquet-Blanchard au mois de novembre 2013
- Rencontre avec cinq femmes migrantes à la PMI de Villejean
- Analyse des entretiens à partir d'une grille de lecture adaptée à notre thématique

Limites

Difficultés liées au calendrier scolaire et aux ponts de mai, avec impact sur la disponibilité des personnes et la possibilité de mener l'ensemble des entretiens.

Bibliographie

- Avant le travail, des documents et articles nous ont été fournis par Mme Gasquet-Blanchard, enrichi par d'autres sources documentaires sur la thématique proposées par l'équipe de la bibliothèque.
- Pendant le MIP : à partir de ces documents, articles et ouvrages, d'autres sources ont été recherchées, soit sur des bases de données (Cairn) soit via des moteurs de recherche internet (Google).

Annexe 3 : Structures rencontrées/Types de fonctions

Structure	Nombre d'entretiens réalisés
Réseau Louis Guilloux	2 entretiens
EHESP	2 entretiens
SAFED	1 entretien
CDAS-PMI Kléber	2 entretiens
CHU – Hôpital Sud	2 entretiens
CDAS-PMI Villejean	2 entretiens
Association rennaise des centres sociaux - Carrefour 18	1 entretien
CADA Sud 35	1 entretien
CMP Villejean	1 entretien
TOPIK⁶²	1 entretien
CDAS – PMI Aimé Césaire	1 entretien
CAMSP Pontchaillou	1 entretien

Professionnels rencontrés	Nombre d'entretiens
Sages-femmes	5
Puéricultrices	2
Auxiliaire de puériculture	1
Médecin	1
Assistante sociale	1
Conseillère d'économie sociale et familiale	1
Responsable structure d'hébergement	1
Psychologue	1
Sociologue	2

⁶² Association qui a pour objectif d'être un centre d'études, d'expertise, de définitions, de recherche

Entretiens populationnels menés	
FME rencontrées par le groupe	5
Entretiens transmis par Mme Gasquet-Blanchard	7

Personnes contactées mais non rencontrées
Médecin du Monde Nantes
Croix rouge
OFII
CIMADE
PMI centrale CG 35
PADA
CPEF Aimé Césaire

Annexe 4 : Cartographie des structures rencontrées

Figure 1 : Carte des quarante-trois communes de l'agglomération rennaise



Figure 2 – Carte des structures sanitaires, médico-sociales et sociales



Etablissements de santé



Réseaux médicaux sociaux
(SAFED, Louis Guilloux)



PMI / CDAS



Accueil des demandeurs d'asile

Cette carte représente les structures sanitaires, médico-sociales et sociales auxquelles les FEM ont accès dans l'agglomération rennaise.

Les lieux d'hébergement des demandeurs d'asile répertoriés dans le sud de l'agglomération dépendent d'un des deux CADA de l'agglomération rennaise, le CADA Sud 35 (données du rapport d'activité 2012 de ce CADA). Le second est situé à Rennes même.

Nous remarquons une forte concentration des structures sanitaires (CHU et cliniques), des PMI et des structures associatives dédiées à l'accueil des migrants dans la ville de Rennes. Quelques centres de PMI sont répartis dans l'agglomération : Pacé, Chartres de Bretagne, Cesson-Sévigné et Thorigné-Fouillard.

Parallèlement, les CADA semblent s'inscrire dans une démarche de développement des lieux d'hébergement hors de Rennes. On en retrouve ainsi à l'extérieur de Rennes Métropole (Bain de Bretagne, Crévin, Bourg des Comptes, Guichen et Goven), ce qui peut notamment poser des problèmes de transport pour les FEM. Ainsi, le site le plus éloigné, Bain de Bretagne, se situe à 35 km de Rennes.

Annexe 5 : Grilles d'entretien et d'analyse

Grille d'entretien professionnels de santé

Date (et qui fait l'entretien) :

Présentation de la structure

- Type de structure, taille de la structure, horaire d'ouverture..
- Quels services proposez-vous ? De qui dépendez-vous ?(financement)

Identité/fonction de la personne interrogée

- Qui êtes-vous ? Quel est votre rôle dans la structure ? Depuis combien de temps y travaillez-vous ? votre engagement ?

Public accueilli

- Quel public accueillez-vous ? (homme, femme, enfants, caractéristiques socio-professionnelles, origines...) > question resserrée : quelle proportion de femmes enceintes accueillez-vous ? quelles capacités d'accueil
- Si femmes migrantes, comment les définissez-vous ? (âge, origines, durée de résidence, primo-arrivantes, composition de la famille, réseau , CSP, niveau qualification) y a-t-il des profils spécifiques ?

Prise en charge des femmes migrantes enceintes

Vision quotidienne

- Comment vous sont-elles adressées (filiales, organismes) et par qui ?
- Pensez-vous que leur statut de FME induit forcément une prise en charge spécifique et adaptée ? (caractéristiques culturelles, vécu de la migration, adaptation, intimité, secret...)
- En avez-vous une (protocole d'accueil, interprétariat) ?
- Quel est votre regard, ressenti sur cette prise en charge des FME ?
- Quelles sont selon vous les difficultés rencontrées par ces femmes ?
 - o -conditions matérielles
 - o -barrières linguistiques
 - o -barrières culturelles
 - o -barrières familiales
- Quels sont les points forts de la prise en charge des FME ?
- Pensez-vous que l'équipe partage votre vision ?
- Comment les femmes sont-elles réorientées ? (porte de sortie)

Bilan/prospectives

- Quelles sont les améliorations à apporter ?
- Selon vous, quel est le regard, ressenti des femmes prises en charge (difficultés, satisfaction) ?
- Connaissez-vous la file active, avez-vous un suivi statistique, base de données ?
- Possédez-vous des outils, méthodes d'évaluation ? quel recul sur vos pratiques ?

Connaissance et liens avec les autres structures

- X -

- Que savez-vous de la prise en charge des femmes migrantes enceintes sur l'agglomération rennaise ? (structures, difficultés, parcours de soin, réseaux...)
- Quels sont vos liens avec ces autres structures ? (modalités de coordination)
- Si coordination contractualisée, sous quelle forme ? (réunions collégiales, de synthèse, suivi des femmes...)
- Si pas de coordination, pourquoi (points de rupture) ? Le déplorez-vous ? Que proposeriez-vous ?

Regards sur le système de prise en charge

- Selon vous le système de prise en charge est-il lisible pour les femmes enceintes migrantes ?
- Si non, que faites-vous, quelles sont vos stratégies pour le rendre plus efficace et plus lisible ? (pratiques système alternatif, D) quels freins dans votre pratique ?

Grille d'analyse des entretiens de professionnels

1- personne interviewée	2-structure et présentation de celle-ci	3-Organisation (réseau bien organisé, connaissance du réseau, outil de coopération interprof.)	4-Protocole spécifique "migrants" ou mesures mises en œuvre (interprétariat...)	5-Efficacité de la prise en charge	6-Lisibilité du réseau	7-parcours des migrants (porte d'entrée et de sortie, existence de réseau ou filière, +/- légaux....)	
8-déterminants environnementaux et économiques (transports, logements..)	9-déterminants culturels (langues, cultures..)	10-déterminants socio-affectifs (isolement, histoire personnelle, forc de caractère....)	11-déterminants liés au système de santé (prise en charge sanitaire uniquement)	12-déterminants liés au système de pec globale (social, lien social et sanitaire...)	13-difficultés liées à des déterminants autres	14-vécu des professionnels (difficultés, ressenti, visions, évolution dans le temps...)	15-améliorations possibles

Grille d'entretien sociologue

Date (et qui fait l'entretien) :

Identité

- Qui êtes-vous ? Depuis combien de temps travaillez-vous ? De quoi traitent vos travaux ? Etes-vous rattaché à une structure ? (financement)

Migrations

- Contexte historique des migrations en Bretagne, en Ile-et-Vilaine sur l'agglomération Rennaise ? (quels pays, quels migrants, part des femmes et leur âge ? Focus XXème siècle et époque contemporaine)
- Quels facteurs explicatifs ? (culture bretonne, « rumeur Montparnasse » ?)
- Contexte de l'accueil (évolutions politiques migratoires, cadre réglementaire national et accueil local : acteurs, structures)

Prise en charge des femmes migrantes et des FME

- Femmes migrantes, comment les définissez-vous ? (âge, origines, durée de résidence, primo-arrivantes, composition de la famille, réseau, CSP, niveau qualification) y a-t-il des profils spécifiques ? Une tendance actuelle ? Des éléments chiffrés par zone d'origine ?
- Quelles sont selon vous les difficultés rencontrées par ces femmes ?
- Que savez-vous de la prise en charge des femmes migrantes enceintes sur l'agglomération rennaise ? (structures, difficultés, parcours de soin, réseaux...)
- Pensez-vous que leur statut de FME induit forcément/devrait induire une prise en charge spécifique ? (caractéristiques culturelles, vécu de la migration, adaptation, intimité, secret...)

Connaissance et liens avec les structures d'accueil

- Quel regard portez-vous sur la coordination des structures d'accueil et de soins ? Y a-t-il des manques, pourquoi (points de rupture) ? Le déplorez-vous ? Que proposeriez-vous ?

Regards sur le système de prise en charge, bilan et perspectives

- Selon vous le système de prise en charge est-il lisible pour les femmes enceintes migrantes ? Développent-elles des stratégies d'adaptation par rapport au système de prise en charge actuel ?
- Selon vous, quel est le regard, ressenti des femmes prises en charge (difficultés, satisfaction) ? Au final, quelles seraient selon-vous les améliorations à apporter aujourd'hui ?

Grille d'entretien femmes migrantes ⁶³

A- Habitation :

- Quartier et type d'habitation (*logement fixe*)
- Temps passé dans le quartier
- Confort dans l'habitation

B- Travail :

- Activité : activité professionnelle et organisation de l'activité durant la grossesse
- Pénibilité : aménagement du temps de travail Durée des transports
- Droit du travail : lien avec l'employeur, arrêt de travail, prise du congé maternité

C- Parcours migratoire :

- Lieu/pays de naissance
- Situation au pays d'origine (socio-économique, familiale, scolarité, professions exercées, lieux de vie, langues parlées)
- *Routes et itinéraires migratoires:*
 - *pays et villes traversés, lieux dans lesquels elle a vécu avant d'arriver à Lyon/France; durée; conditions du voyage (violences...)*
 - *recours à des centres de santé, ONG, hôpitaux, médecin libérale)*
- L'année qu'elle s'est installée à Lyon/France
- *Conditions d'immigration :*
 - *Raisons pour lesquelles elle a quitté son pays d'origine* (sociales, économiques, familiales, politiques etc.), situation de son statut au pays d'origine (formation, ancienne profession)
 - *Situation personnelle de la migration*, si elle l'a fait toute seule ou si elle a rejoint quelqu'un à Lyon/France, son réseau
 - *Motivations et circonstances du départ* (décision familiale ou non, contacts, réseaux, projets)
- Conditions d'arrivée (lieux, réseaux, entourage, statut juridique et titre de séjour...)
- Parcours depuis l'arrivée jusqu'à aujourd'hui (résidentiel, habitat, entourage, travail, prises en charge diverses...) / lien avec l'employeur durant la grossesse
- Changements dans la structure familiale liés à la migration / présence d'un entourage durant la grossesse / Autres enfants (en France ? au pays ?) / Père de l'enfant ? / Rapport avec la mère (restée au pays ?) / Perte de l'accompagnement du groupe
- Impressions de la France, notamment du système de soins ; si la vie en France est tout à ce qu'elle attendait avant d'arriver, l'intégration depuis son arrivée

Projets de rester en France ou retourner vivre au pays d'origine

D- Entourage et bien-être:

- Présence de famille, d'amis dans votre entourage avec qui partager la grossesse, à qui se confier (*réseau associatif*)
- Vécu personnel durant la grossesse (*stress moral, humeur, etc.*)
- Activités pratiquées liées à la grossesse ou au bien-être en général (*discussion, visite, activités, promenades, massage, repas, etc.*)

⁶³ Sur le modèle fourni par Mme Clélia Gasquet-Blanchard

E- Grossesse :

- Découverte de la grossesse et annonce (*identification des symptômes, prévue ou non, désirée ou non, annonce au père, à l'entourage, qu'a fait la femme personnellement et administrativement => (Inscription en maternité, EPP, 3 échos - 12/24/34)*)
- Temporalité grossesse/administration (*rupture de soins /déclaration tardive*)
- Investissement de l'enfant à naître (préparation de la chambre de l'enfant)/ du statut de femme enceinte (*prise de rendez-vous chez un professionnel de santé*) par la femme et par son entourage (*le père ou un membre de la famille ou ami accompagne la femme lors des consultations, rapport du couple pendant la grossesse*).

F- Suivi de grossesse :

- Rapports aux soins (*pluralisme médical, situations de non recours, etc.*)
- Rapports avec les personnels de santé ou personnels sociaux (*rapports de genre, de génération, origines, blocages, etc.*)
- Connaissance du système de santé et de son fonctionnement (*prévention, accès à l'information => quels usages et quelle appropriation de l'information*)
- Accessibilité aux soins (*distance spatiale par rapport au domicile, mode de transport, temporelle, côté pratique/facile => effort à faire*)
- Expériences antérieures de la grossesse et comparaison des systèmes de soins ou des lieux du soin (*point de vue technique, relationnel, administratif*) par rapport au pays d'origine.

Automédication/médecines alternatives

G- Préparation à l'accouchement :

- Démarche d'une préparation à l'accouchement (contexte, quel entourage mobilisé)
- Déroulement de la préparation (lieu, personnes, nombre, durée, etc.)

H- Accouchement :

- Déroulement de l'accouchement (pour se rendre à la maternité, personnes présentes, durée du travail, etc.)
- Rapport au corps (douleur, stress face à l'évènement)
- Rencontre avec l'enfant

I- Post-Partum

- Déroulement du séjour en maternité (pour vous-même, pour le bébé)
- Visites (des proches, des personnels)
- Rapport au corps (douleur, allaitement, fatigues)
- Rapport à l'enfant (découverte de l'enfant)

J- Perspectives

- Redéfinition du projet de vie
- **Données démographiques et sociologiques** (si non apparues dans l'entretien) :

Concernant la mère :

- Age de la mère :
- Statut marital :
- Situation familiale :
- Pays d'origine (si femme migrante) :

Concernant l'enfant :

- Rang de la grossesse :

- Pathologie de l'enfant :
- Terme :
- Poids de l'enfant :

Grille d'analyse des entretiens de femmes migrantes

Profil	Origine	Parcours migratoire	Grossesse	Environnement	Contact soins	Difficultés

Annexe 6 : Historique de l'immigration en Bretagne

La Bretagne du XIXe siècle est marquée par une forte émigration de sa population. Selon le géographe Roger Toinard, entre 1831 et 1962, plus d'un million de Bretons auraient quitté leur région de naissance.

Cependant elle a toujours accueilli des étrangers, comme en atteste le premier recensement en 1851 : les quatre départements bretons comptent 1 870 étrangers, soit 0,08% de l'ensemble de la population y résidant.

Au début du XXe siècle, les ressortissants britanniques sont les plus nombreux, représentant 56% dans l'Ille-et-Vilaine.

La Première Guerre mondiale provoque une immigration de masse, composée de travailleurs issus d'autres pays et des Colonies, employés pour l'économie de guerre. La grande majorité d'entre eux ne restera pas.

En 1926, les Britanniques et les Italiens tiennent le haut du pavé devant les Belges et les Polonais : ils travaillent notamment dans les carrières de granit ou de grès. Cette pratique se poursuit dans les années 1930 malgré les mesures affirmant la préférence pour la main-d'œuvre française.

De 1926 à 1946, le nombre d'étrangers est stable – environ 7 000 personnes –, mais les nationalités les plus représentées changent : moins de Britanniques, plus d'Espagnols et d'Italiens. Dès la fin 1937, les réfugiés sont incités à retourner chez eux ou à partir dans d'autres régions françaises.

La Bretagne sort exsangue de la guerre. Les étrangers participent à la reconstruction des villes, au développement des grands centres urbains et à l'industrialisation de la région. Par exemple, l'arrivée de l'usine Citroën, en 1962, entraîne le recrutement d'une main-d'œuvre rurale et étrangère, qu'il faut rapidement loger. C'est l'une des raisons de la construction de la Zup-sud : Le Blosne.

Les immigrés marocains et portugais y apportent une large contribution. Ils ont été parmi ses premiers habitants et y résident encore avec leur famille. L'immigration turque est plus tardive.

Annexe 7 : Cadre réglementaire de l'accès aux soins

L'accès aux soins des FME est juridiquement protégé, au niveau international par des conventions dont la France est signataire. Au niveau territorial celui-ci s'organise autour de la régionalisation des politiques migratoires et des politiques de santé.

Au niveau international :

La France est signataire de la Charte Sociale Européenne du 18 octobre 1961 ratifiée à la même période que son pendant en matière de droits civils et politiques, la Convention européenne des droits de l'Homme. L'article 11 de cette charte concerne le droit à la protection de la santé. Par ailleurs, elle est un des pays inventeurs du droit humanitaire dans les années 1980 (défense de résolutions à l'ONU, action de Médecins sans frontières). En matière de protection des femmes migrantes, la France est signataire de conventions comme celle du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique qui interdit la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le statut de migrant ou de réfugié ou d'autres statuts.

Au niveau territorial :

La Bretagne est une des deux premières régions françaises à avoir expérimenté la réforme de la régionalisation de l'accueil des demandeurs d'asile depuis juin 2006 à l'initiative du Comité Interministériel de Contrôle de l'Immigration (CICI). Depuis cette date, en Bretagne, le préfet de département chef-lieu de région est seul compétent pour délivrer ou refuser l'autorisation provisoire de séjour aux demandeurs d'asile et pour faire une offre d'hébergement en Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA). La régionalisation des demandes d'asile depuis 2006, conduit l'agglomération rennaise à devenir une plaque tournante des migrations en France, mettant au défi les réseaux médico-sociaux antérieurement existants de pouvoir y répondre efficacement.

En application de la loi HPST⁶⁴ du 21 juillet 2009, un plan régional de santé est mis en œuvre pour définir les priorités de santé selon un découpage en 8 territoires, ne recoupant pas les limites départementales⁶⁵. L'ARS Bretagne les a jugé « *pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge*

⁶⁴ Hôpital Patient Santé Territoires – N°2009 -879

⁶⁵ Article : le territoire comme élément structurant de l'organisation des systèmes de santé – Véronique Lucas-Gabrielli ; Magali Coldefy – contact santé, hors série N°4- approches territoriales de la santé 2011- p 12-14

de l'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours »⁶⁶. L'agglomération rennaise est entièrement incluse dans le territoire de santé Rennes- Fougères-Vitré-Redon.

⁶⁶ Site Internet de l'ARS Bretagne – mai 2014

Annexe 8 : Le suivi de la femme enceinte en France

Le Code de la Santé Publique (CSP) fixe le cadre du suivi de grossesse : obligation de déclaration, temporalité des examens, intervenants mobilisés.

Ainsi, la déclaration de grossesse ouvre la voie à un suivi financé à 100% par la sécurité sociale comprenant :

- 7 consultations prénatales
- 3 échographies
- 1 consultation d'anesthésie
- 8 séances de préparation à la naissance dont un entretien individuel en début de grossesse
- 1 consultation postnatale.

Le suivi médical peut être assuré par un médecin généraliste, une sage-femme consultant en cabinet libéral ou à l'hôpital, un(e) gynécologue et/ou obstétricien consultant en cabinet libéral ou à l'hôpital.

En outre, la loi n° 93-121, article 48, du 27 juillet 1993 énonce qu'à « l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le VIH est systématiquement proposé à la femme enceinte ».

*Thème n°2, Animé par : GASQUET-BLANCHARD Clélia, Maître de conférences en
Géographie de la Santé*

ACCES AUX SOINS DES FEMMES ENCEINTES MIGRANTES DANS L'AGGLOMERATION RENNAISE

BESSET Jean-François, DH ; BORDAS Honorine, D3S ; HEGUY Florence , AAH ; LE NEILLON Johanna , IASS ; LEMAIRE Claude, DS ; LETORT Hélène , D3S ; MUNEROL Lidiana , MISP ; NOLOT Cécile , IES ; SEVRES Joëlle , IASS ; RAMJATTAN Martine, AAH

Résumé :

Notre étude de recherche nous a permis d'aborder différentes hypothèses de départ et d'investiguer des champs bien plus larges que le seul domaine sanitaire. Après avoir délimité les termes du sujet, nous nous sommes interrogés sur les mécanismes et processus de l'accès aux soins des FEM et sur leur appropriation du réseau de soin au sein du territoire.

Notre première partie est consacrée à l'étude du contexte politico-historique et des différentes structures concernées par ce sujet. Les liens familiaux et conjugaux semblent être des déterminants importants pour obtenir le droit au séjour en France. Les FEM, porteuses d'autres cultures, doivent s'accommoder d'un contexte de médicalisation accrue. Au delà de la qualité de la prise en charge sanitaire, l'accès aux soins des FEM est aujourd'hui garanti par la présence d'un réseau sanitaire, médico-social et social bien implanté. Le CHU de Rennes par l'intermédiaire de l'Hôpital Sud joue un rôle moteur dans l'accès aux soins des FEM présentes dans l'agglomération.

Notre seconde partie met en avant l'analyse de nos diverses recherches et des entretiens menés sur le terrain. Nous pouvons constater plusieurs atouts sur l'agglomération rennaise : l'offre de soins est coordonnée entre les différents acteurs, lisible et bien identifiée par les FEM. Cependant, il existe plusieurs freins à cet accès aux soins qui sont d'ordre environnemental, administratif, mais aussi socio-économique. De plus, la situation de migrante implique des barrières linguistiques et des différences culturelles qui sont également à prendre en compte. Face aux histoires de vie parfois difficiles des FEM, les soignants peuvent se trouver démunis. Ils ne se sentent pas suffisamment armés pour prendre en charge de telles patientes et leur positionnement est ainsi extrêmement difficile.

Mots clés : Grossesse, migration, réseau, inégalités, prise en charge, déterminant de santé, accès aux soins

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs