



**Université
de Rennes**

**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **12/09/2023**

**Quel accès à la prévention maternité pour les
femmes en situation de vulnérabilité ?**

**Besoins et modalités d'adaptation des actions
en Ille-et-Vilaine**

Sophie ACHILLE-FAUVEAU

REMERCIEMENTS

A Arnaud Campéon, responsable pédagogique du Master PPASP, à Béatrice Valdès, responsable de professionnalisation et à Pascale Petit-Sénéchal, directrice de ce mémoire, merci de m'avoir guidée dans mes errances réflexives et pour vos conseils dans l'élaboration de ce travail.

A toutes les femmes, concernées ou professionnelles, qui ont accepté de participer au travail d'enquête, merci de m'avoir fait confiance pour me permettre d'élargir mon regard sur la maternité et d'avoir partagé vos réflexions de santé publique.

A mes collègues de stage, merci à Sandrine Tromeur, responsable de stage, de m'avoir confié des missions passionnantes et pour m'avoir aidé à structurer mon travail, merci à Isabelle, Vanessa et Marina pour les échanges studieux et informels d'une grande générosité.

A ceux qui m'ont épaulé dans la réalisation de ce mémoire, merci à Pauline pour m'avoir soutenu et remis le pied à l'étriller et pour les autres discussions, merci à Amélie dont l'amitié et l'expertise sont inestimables et qui est toujours de bon conseil et merci à Sophie d'avoir accepté de jouer le jeu de la novice, à Pascal pour son regard critique et bienveillant et merci à mon père, dernier relecteur, je marche dans tes pas.

A ma famille, un merci tout particulier à Pascal, mari solide et réconfortant, pour son soutien logistique et affectif, notamment durant mes moments de doute et de saturation. A mes enfants, merci à Amel et à Eliaz qui m'ont aidé à déconnecter de mes lectures et à me reconnecter à ma vie de maman. A mes parents, ma sœur mon frère, merci d'être là quoi qu'il arrive.

A ma promotion dans sa globalité, merci pour tous les échanges qui m'ont permis de grandir encore durant cette année de formation et plus particulièrement à Julia, Ana, Marianne, Manon, Olivia et Lucie pour leur présence et leur soutien inestimable tout au long de cette année.

A mes amis, vous vous reconnaitrez, merci de votre soutien et de votre amitié indéfectibles malgré la charge du quotidien, les aléas de chacun et l'éloignement géographique.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES UTILISES

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION	1
Contexte	1
Questionnement de la recherche.....	3
Annonce du plan	4
METHODOLOGIE	4
Le territoire d'enquête	4
La démarche d'enquête	6
<i>La recherche bibliographique</i>	6
<i>L'étude de terrain</i>	7
<i>Les entretiens</i>	8
I. La maternité, un enjeu fort pour les politiques publiques.....	10
1. La maternité comme question de santé publique.....	10
1.1. Une histoire entre féminisme et injonctions d'état	10
1.2. L'offre de maternité : suivi de grossesse et prévention.....	11
1.2.1. Des organisations de santé impliquées dans la maternité	12
1.2.2. L'offre de prévention maternité à destination des futures mères	14
1.2.2.1. L'accès à l'information et aux droits de l'assurance maternité	14
1.2.2.2. Les recommandations de prévention santé maternité.....	15
2. Des déterminants de santé au (non) recours à l'offre de santé.....	16
2.1. Un parcours de santé qui peut s'avérer complexe	16
2.1.2. La place prépondérante de la prévention	18
2.1.3. Les déterminants de santé de la maternité	19
2.2. Des femmes enceintes en situation de vulnérabilité	21
2.2.1. Des risques de santé majorés par la vulnérabilité	22
2.2.2. Une interdépendance entre la mère et le bébé.....	28
2.3. Le risque particulier du contexte migratoire.....	30
3. Les limites de la prévention maternité	31

II. Devenir mère dans un environnement adapté et sécurisé	35
1. Le logement au centre de toutes les difficultés	35
1.1. Un droit fondamental et un déterminant majeur de santé	36
1.2. Des ressources multiples concentrées autour de Rennes	39
1.3. Prévenir les difficultés par l'accès inconditionnel au logement.....	44
2. Le suivi de santé des femmes en second plan	45
2.1. Des difficultés à l'accès à la santé et à la prévention.....	45
2.1.1. Des contraintes pour toutes les femmes	45
2.1.2. Des inégalités d'accès dans un contexte de maternité.....	46
2.1.3. L'Impact sur l'exercice professionnel.....	47
2.2. Un besoin post-natal identifié en Ille-et-Vilaine	48
2.2.1. Un contexte de santé favorable mais inégal sur le département.....	49
2.2.2. Un accompagnement de profils spécifiques	50
2.2.3. Une offre de santé moins présente en post-natal	52
2.3. Développer et mettre en place des initiatives	54
2.3.1. Repérer les femmes enceintes vulnérables	54
2.3.2. Outiller les professionnels.....	55
2.3.3. Personnaliser les actions de prévention	57
3. Le besoin d'accompagner la parentalité.....	59
3.1. Devenir parent : pas inné, mal appris et peu accompagné.....	60
3.1.1. La notion de 4 ^{ème} trimestre de grossesse	61
3.1.2. Plus qu'un baby blues, la dépression post-partum	62
3.1.3. L'importance du lien d'attachement précoce	63
3.2. Un besoin de soutien de la parentalité dans le département	63
3.2.1. Des ressources précoces pour les plus en difficulté.....	64
3.2.2. Un accompagnement post-partum non encadré.....	65
3.3. Assurer un accès équitable aux ressources.....	65
3.3.1. Des besoins précis et des ressources dédiées.....	66
3.3.2. Faire alliance avec la future maman	67
3.3.3. Adapter la communication avant tout	69
3.3.3.1. Créer un contenu d'information pour tous.....	69
3.3.3.2. S'adresser aux personnes vulnérables	70
3.3.3.3. Une communication adaptée.....	71
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
RESUME	

LISTE DES SIGLES UTILISES

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

ADSF : association agir pour la santé des femmes

ADMR : association départementale (association)

ADN : Amicale du nid (association)

ALD : affectation de longue durée

AME : aides médicale d'état

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASL : ateliers sociolinguistiques

C2S : complémentaire santé solidaire

CADA : centre d'accueil de demandeurs d'asile

CAF : caisse d'allocation familiale

CAM : conseiller en assurance maladie

CCAS : centre communal d'action social

CDAS : centre départemental d'action sociale

CH/CHU : centre hospitalier /universitaire

CIDFF : centre national d'information des droits de femmes et des familles

CMP : centre médico-psychologique

CMU : couverture maladie universelle

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens

CNNSE : commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

COPA : coaching-parent (projet)

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CRSA : conférences régionales de la santé et de l'autonomie

DCGDR : direction de la coordination régionale de la gestion du risque

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSAFHIR : droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées (étude)

EM2R : Equipe mobile de réadaptation - réinsertion

ENCM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

EPCI : établissements publics de coopération intercommunale

EPICES : Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé

ENP : Enquête nationale périnatale (étude)

EPNP : entretien postnatal précoce

EPP : entretien prénatal précoce

FALC : facile à lire et à comprendre

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAS : haute autorité de santé

HTA : hypertension artérielle

ICF : indice conjoncturel de fécondité

IDA : investir dans l'attachement (projet)

Ij : indemnités journalières

IMC : indice de masse corporelle

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

LVA : lieu de vie et d'accueil

MOOC : massive open online course (E-learning)

MSA : Mutualité sociale agricole

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

ODENORE : observatoire des non-recours aux droits et aux services

OFPRA : office français de protection des réfugiés et apatrides

OMS : organisation mondiale de la santé

PANJO : promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI (projet)

PASS : permanences d'Accès aux Soins de Santé

PCH : prestation de compensation du handicap PLH : plan local d'habitat

PMI : protection maternelle et infantile

PRADO : programme de retour à domicile

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PUMA : protection universelle maladie

QPV : quartier prioritaire de la ville

RPB : réseau périnatalité Bretagne

RÉPAP : référent parcours périnatalité (projet)

RSA : revenu de solidarité active

SAFED : service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAPPH : service d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap

TISF : techniciens en intervention sociale et familiale

UDAF : union départementale des associations familiales (association)

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund/Fond des nations unies pour l'enfance

UPP : universités populaires de parents

ZRR : zones de revitalisation rurales

LISTE DES ILLUSTRATIONS

INFOGRAPHIES :

Infographie 1 :

Parcours maternité différenciant les rendez-vous obligatoires et recommandés17

Infographie 2 :

Causes de morts maternelles durant la maternité en France en 2013-15.....27

CARTE :

Carte 1 :

Répartition des ressources de soin et d'accompagnement à la maternité en Ille-et-Vilaine49

ENCARTS :

Les violences faites aux femmes : Un risque majoré par la maternité.....26

L'histoire de Karolin : une errance dépendant de sa maternité42

La psy-périnatalité : soigner la mère pour protéger l'enfant50

Être parent en situation de handicap : un cumul de vulnérabilité68

INTRODUCTION

Contexte

Qu'elle soit vécue comme une réalisation personnelle et intime, qu'elle procède d'une réponse à une logique sociétale ou qu'elle résulte d'un imprévu, la maternité constitue un fait marquant du parcours de la vie d'une femme. Dans notre société, l'injonction à procréer est particulièrement déconstruite depuis la promulgation de la loi d'interruption volontaire de grossesse (LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, 1975) portée par S. Veil et relative à l'interruption volontaire de la grossesse, permettant depuis aux femmes de choisir le moment où elles souhaitent devenir mère. Aujourd'hui, par désir de liberté, priorité professionnelle, souhait de maîtriser son corps ou convictions écologiques de lutter contre la surpopulation, des femmes refusent de devenir mère. Elles cherchent ainsi à « briser la chaîne » (Gilmer, 2016) et choisissent, en conscience, la non-parentalité au même titre que le « childfree choice » des pays anglo-saxons (Roux & Figeac, 2022). Ainsi, « jusqu'à une femme sur quatre nées dans les années 1970 pourrait rester sans enfant en raison de la faiblesse des politiques familiales et des inégalités de genre encore très marquées qui rendent difficile la conciliation entre travail et famille » (Beaujouan et al., 2017). Une diminution du nombre de naissances est en effet constatée en France depuis plusieurs dizaines d'années. On compte 723 000 naissances en France en 2022 (Pinson, 2023) soit 19 000 de moins qu'en 2021 (- 2,6 %) et 109 799 de moins qu'en 2010 (Papon, 2023)¹. Alors que la France dispose du meilleur taux de fécondité d'Europe (Pinson, 2020)², l'âge moyen à l'accouchement recule lui aussi, passant de 26,5 ans en 1977 à 31 ans en 2022 (Pinson, 2023)³.

Même si la grossesse ne dure que quelques mois, elle incarne l'étape clé du passage de la vie de femme à la vie de mère. C'est pourquoi cette période est très investie et encadrée par le système de santé français, tant au niveau médical qu'en matière de prévention. Au-delà d'un épisode de fragilité de la santé de la femme, elle constitue un engagement au bon développement futur de l'enfant à naître, dès la période prénatale. L'état des connaissances scientifiques et médicales s'étant amélioré au sujet de la vie fœtale et des capacités du nourrisson (Bayot, 2019), un suivi de grossesse consistant est mis en place, permettant une prise en soins fréquente et bénéficiant de prise en charge par l'assurance maladie. Parallèlement au suivi médical, les recommandations de santé destinées aux futures mamans foisonnent car elles sont développées aussi bien par les organismes d'assurance maladie de droit commun que par des acteurs indépendants dans un but lucratif.

¹ [Bilan démographique 2022 - Insee Première - 1935](#)

² [575.population.societes.fecondite.mars2020.france.europe.fr.pdf \(ined.fr\)](#)

³ [609f_web.fr.pdf \(ined.fr\)](#)

Cependant, des contextes socio-professionnels peuvent influencer le vécu de la santé des femmes. Prenons pour exemple le fait qu'il n'est pas toujours aisé pour les femmes enceintes de suivre le parcours de maternité tel qu'il a été pensé par les politiques publiques, notamment en fonction de la situation des mères en devenir. Dans le contexte français, la grossesse est encadrée par un ensemble de dispositions légales (droit du travail, sécurité sociale et prévention santé) et de pratiques médicales (parcours de soins type). Cette assurance maternité assigne les femmes dès le début de leur grossesse à une responsabilité primordiale de « protection du fœtus » qui s'ajoute à la gestion des tâches quotidiennes, notamment des enfants déjà nés et du « travail rémunéré » dans un « triptyque » femme-mère-travailleuse lourd à porter (Boulet, 2021). Depuis les années d'après-guerre, la qualité de vie des femmes est fortement liée au fait de disposer d'un emploi. En effet, le travail conditionne des revenus fixes et réguliers au foyer et facilite la mise en place du congé maternité qui garantit une sécurité sociale pour les femmes. Cependant, elles sont généralement plus sujettes à occuper des emplois instables ou à temps partiel, et à subir des inégalités de salaires liées à leur genre (Cros & Neveu, 2019)⁴.

La prévention en santé des futures mamans cherche à favoriser le déroulement de la grossesse et les suites de l'accouchement, aussi bien pour la mère (suites de couches, dépression post partum...) que pour le nourrisson dans son développement précoce. C'est « avant tout la promotion de la santé du fœtus, et non l'intérêt des femmes qui structure le gouvernement des grossesses » (Boulet, 2021). Socialement, lorsqu'elle rencontre des difficultés lors de sa grossesse, une femme est confrontée au « besoin d'appartenance et de supports » nécessaires pour se conduire de manière autonome et se construire par soi-même, idéalement « dans la lignée de la déclaration de l'homme et du citoyen » (Castel, 2009). Cependant, lorsqu'un « enchaînement de [...] perte de confiance en soi, puis [...] (d)'espoir entraîne les individus dans la spirale de la désinsertion » (de Gaulejac, 2019) cette égalité n'est pas assurée. La prévention cherche à avoir un impact positif sur cette spirale.

Dans ce sens, de récentes recommandations de protection de la période périnatale ont été diffusées autour du projet national des « 1000 premiers jours de l'enfant », élaboré suite au rapport coordonné par B. Cyrulnik en 2020. Ce projet particulièrement ambitieux vise à mettre en place des outils, des conseils et des actions d'accompagnement des parents, de la période de vulnérabilité de l'enfant, soit de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Les experts impliqués y préconisent un juste accès aux droits, aux soins et aux conseils de prévention pour leur santé notamment pour les femmes en situation de vulnérabilité psychique, victimes de violences, concernées par une situation de handicap ou une situation de précarité. Cependant, l'adhésion des femmes ciblées est possible si un suivi médical de grossesse est également en place, or il n'y a « jamais eu connaissance de

⁴ [Insee Flash Bretagne - 50](#)

sanctions effectives à l'encontre des femmes qui n'auraient pas réalisé tout ou partie de la surveillance prénatale » (Boulet, 2021). Les politiques publiques françaises de périnatalité n'ont pas choisi de sanctionner mais d'être incitatives, notamment par le biais de la prévention. Le déploiement du projet des « 1000 premiers jours » a donné lieu à des expérimentations et des appels à projet coordonnés par les Agences régionales de santé (ARS). Il s'est traduit, par exemple, par la remise de 170 000⁵ « bébé box 1000 jours » dans 255 maternités (soit 56% des maternités françaises) situées dans des zones de revitalisation rurales (ZRR) ou dans les villes possédant au moins un quartier prioritaire de la ville (QPV). L'objectif est par ce biais, de transmettre des accessoires de puériculture avec les recommandations auprès de populations ciblées. En Bretagne, ces nudges⁶ ont concerné 9 maternités, dont 2 en Ille-et-Vilaine (Redon et Hôpital Sud à Rennes).

Pour les femmes demandeuses d'asile ou en situation irrégulières, les soins liés à une grossesse peuvent être totalement pris en charge, car considérés comme des « soins urgents à l'hôpital » pouvant engager « le pronostic vital ou [...] conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé de la femme ou de celui de l'enfant à naître »⁷. Ainsi, ces femmes peuvent bénéficier de soins médicaux et d'un service social en centres hospitaliers et en PMI. Comme pour toutes les actions de prévention santé maternité, il est important de connaître leur efficience en générale, celle auprès des personnes qui pourraient en avoir le plus besoin du fait de leur situation de vulnérabilité.

Questionnement de la recherche

L'accès aux droits communs se fait par l'intermédiaire d'un statut administratif défini, déclenchant des permissions administratives d'accès à des droits (carte Vitale, Complémentaire santé solidaire (C2S), aide médicale d'état (AME⁸)...) par l'affiliation à un système d'assurance autorisant l'accès à des dispositifs, des prestations de santé et des prises en charge financières de ces dernières. Cependant, il semble que certaines femmes ne font pas valoir leurs droits et n'ont pas recours aux soins dont elles auraient besoin, alors que d'autres n'accèdent aux soins qu'au sein de certaines filières spécialisées souvent contraintes de gérer l'urgence et l'affluence plus que de pouvoir réaliser un suivi de qualité. L'accès à l'information périnatale, l'appropriation des recommandations de santé et l'accompagnement personnalisé à la parentalité ne se ferait donc pas de manière équitable, ne laissant pas les mêmes chances à toutes les femmes enceintes.

Ainsi, les difficultés d'accès aux droits et la nature du parcours maternité permettent-elles aux femmes d'accéder aux informations de santé et aux recommandations d'accès aux soins liées à leur maternité même lorsqu'elles-sont en situation de vulnérabilité, ou ont-elles besoin que ces

⁵ Issu d'une discussion informelle avec un acteur du ministère impliqué dans le projet des 1000 premiers jours

⁶ Outils de suggestion supposés aider à faire les bons choix, pour l'intérêt personnel et collectif. [nudge - Inserm](#)

⁷ [Circulaire DHOS/DSS/DGAS no 2005-141 du 16 mars 2005](#)

⁸ [Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État \(AME\) ? | Service-public.fr](#)

actions soient adaptées ? Dans l’affirmative, quelles sont les modalités d’ajustement ou d’innovation identifiées et imaginées pouvant être mises en place en Ille-et-Vilaine ?

Annnonce du plan

L’approche souhaitée dans ce travail est le développement d’une meilleure connaissance de terrain des parcours de maternité des femmes vivant en Ille-et-Vilaine en termes d’information et d’accompagnement de santé, en cherchant à identifier les adaptations facilitant l’accès à la prévention en santé maternité pour les femmes en situation de vulnérabilité.

Dans la première partie, nous présenterons l’offre de prévention maternité, dans son évolution et son application. Puis, nous aborderons la complexité du parcours maternité face aux risques limitant l’accès à cette offre de santé, ainsi que les limites de la démarche préventive.

Dans la seconde partie, nous ciblerons trois sujets identifiés comme clés dans notre thématique : le logement, le suivi de santé des femmes et l’accompagnement à la parentalité. Après une présentation du contexte et des obstacles rencontrés par les femmes en situation de vulnérabilité pour chacun de ces sujets, nous évoquerons les actions de prévention déjà initiées en Ille-et-Vilaine, puis des pistes pour d’autres actions au regard du benchmark et des recherches documentaires réalisés, ainsi qu’avec les entretiens menés auprès de professionnels et de femmes concernées.

METHODOLOGIE

Le territoire d’enquête

Pour mener ce travail, le territoire choisi a été fixé par mon terrain de stage : l’Ille-et-Vilaine, le 21^{ème} département le plus peuplé de France. L’échelle départementale semble pertinente car elle coïncide avec celle qui régit les organisations et les dispositifs d’accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité (cf.2.2-p.21) tout en permettant de se référer aux données de santé générales de la Caisse primaire d’assurance maladie (CPAM). Au niveau géographique, le département d’Ille-et-Vilaine présente un territoire constitué de zones urbaines et rurales (69% de sols agricoles en 2020⁹). Dans l’espace rural, 8 habitants sur 10 résident dans une commune « sous influence d’un pôle urbain » (Marguerite & Bertin, 2022). Cette dépendance implique un besoin de mobilité individuelle ou par transports en commun qui sont présents en milieu urbain et périurbain mais restent limités en fréquence et en réseau dans le milieu rural brétilien¹⁰.

⁹ [13_essentiel_synthèse_35.pdf \(agriculture.gouv.fr\)](#)

¹⁰ [CarteBreizhGo-Region-2022.pdf](#)

L'une des particularités géographiques de ce département est qu'il est limitrophe de 6 départements, répartis dans 2 autres régions ce qui peut impliquer des logiques de soins de proximité en dehors du département pour certains habitants limitrophes. Dans le département, nous comptons 7 services de maternité (1 de niveau I, 5 de niveau IIA et 1 de niveau III)¹¹ répartis dans des villes de plus de 9 300 habitants¹². Aucune maternité n'a fermé en Ille-et-Vilaine depuis 2009, année du transfert de la maternité de l'Hôtel Dieu à l'Hôpital Sud à Rennes. D'après les derniers chiffres disponibles, en 2020, 11 548 naissances ont eu lieu en Ille-et-Vilaine (tous régimes confondus), soit une moyenne de 10.6 naissance pour 1000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale. Le département compte également 22 centres de protection maternelle et infantile (PMI), généralement hébergés au sein des centres départementaux d'action sociale (CDAS) et répartis dans chaque établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou communauté de communes.

Les dispositifs d'accompagnement pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale sont principalement centralisés au niveau de la métropole rennaise. Par exemple, les structures d'hébergement d'urgence et d'insertion sont pour 7 sur 10 concentrées autour de Rennes métropole. Concernant les soins d'urgences et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), 3 territoires sont dotés (Saint-Malo, Fougères et Rennes) principalement sur la moitié nord du département. Concernant les dispositifs spécifiquement dédiés à l'accompagnement des femmes enceintes en difficultés, bien que leur rayonnement s'inscrive en théorie sur tout le département, leurs bureaux sont principalement regroupés à Rennes et intéressent donc naturellement les personnes se trouvant à proximité. Des visites à domicile sont cependant possibles pour certains dispositifs ne proposant pas d'hébergement. Enfin, les dispositifs périnataux dédiés aux femmes enceintes et aux familles en grande précarité, comme par exemple les structures d'accueil de jour ou les ateliers thématiques, sont rares et souvent localisés à Rennes (cf. Annexe n°13).

L'INSEE indique qu'en 2021 (Cazenave & Lardoux, 2022), l'augmentation de la population bretonne était due au solde migratoire. Cependant, l'Ille-et-Vilaine est le seul département de Bretagne avec un solde naturel excédentaire, soit une natalité supérieure à la mortalité. Il ne semble pas non plus que ce département soit particulièrement exposé à des risques de santé périnatale. Selon l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM) de 2013-15, la Bretagne avait avec 9.6 décès pour 100000, un ratio de mortalité maternelle inférieur à celui de la France métropolitaine (10.8/100000 naissances vivantes) (Deneux-Tharoux et Saucedo 2021).

Enfin, il ne semble pas que l'Ille-et-Vilaine soit soumise à un manque de réponse en santé. La densité des professionnels de santé concernés par la maternité (sages-femmes et médecins

¹¹ [Les maternités de la région Bretagne \(perinatalite.bzh\)](https://perinatalite.bzh)

¹² [Dossier complet – Commune de Redon \(35236\) | Insee](#)

généralistes) est globalement supérieure à la moyenne nationale (CartoSanté¹³). Il ne semble donc pas qu'une problématique d'accès à ces professionnels existe.

La démarche d'enquête

La recherche bibliographique

Afin de connaître l'état de l'art relatif à notre sujet, des recherches bibliographiques ont été réalisées dans un 1^{er} temps, principalement depuis le site internet de la bibliothèque de l'EHESP dans un format « Multibase », afin d'élargir les sources documentaires d'investigation. Pour chaque recherche, les mots clés ont été enregistrés et consignés afin de pouvoir approfondir la recherche ou d'y revenir en cas de besoin. Ainsi, les principaux mots-clés utilisés ont été « maternité », « grossesse », « femme enceinte », « accouchement » et « périnatal ». Ils ont été associés aux qualificatifs « précaire », « vulnérabilité » et « difficulté » pour prospecter les profils particuliers recherchés dans ce travail. Enfin, les résultats ont été croisés avec la notion d'« histoire » pour avoir accès à l'antériorité des politiques, mais surtout de « prévention » pour marquer l'angle d'approche souhaité. Une fois les résultats obtenus, ceux-ci ont une nouvelle fois été filtrés avec le critère géographique « France » (ceux de Bretagne, d'Ille-et-Vilaine et de Rennes ne donnant pas suffisamment de références). Le critère d'époque des recherches a débuté en 1974, pour un contexte post loi Veil, ou en 2000 pour les principales recherches, et jusqu'en 2023. Enfin, un critère de type de document a aussi été appliqué en fin de recherche pour diversifier les origines documentaires et croiser des avis d'universitaires, de professionnels de santé et de sociologues. Le sujet de la maternité est très renseigné dans la littérature, notamment concernant les notions d'inégalités sociales en santé et de précarité, aussi bien au niveau médical, social, sociologique que dans les sciences humaines. Il a pourtant été difficile de trouver des ouvrages universitaires qui ne soient pas trop généralistes et qui éclairent suffisamment le sujet de la situation de vulnérabilité.

La recherche de références s'est également appuyé sur le travail de monographie réalisé au cours de la formation de Master 2 « Pilotage des politiques et actions en santé publique » (PPASP), au sein de l'unité d'enseignement dédiée aux politiques sociales et de santé en France et en Europe. En effet, ce travail concernait une jeune femme enceinte dont l'hébergement en centre parental s'était prolongé dans un contexte de placement judiciaire de son 1^{er} enfant. Sa réalisation en novembre 2022 était une 1^{ère} approche du sujet de ce mémoire autour d'une situation singulière.

¹³ [CartoSanté \(atlasante.fr\)](https://atlasante.fr)

L'étude de terrain

Dans un second temps, deux documents sources ont été produits durant mon stage, me permettant de collecter puis d'analyser des données de santé datant de 2022 et de m'appuyer sur des données quantitatives et qualitatives liées à la prévention maternité, recueillies en Ille-et-Vilaine.

Tout d'abord, une étude statistique des naissances survenues durant l'année 2022 en Ille-et-Vilaine pour les femmes assurées au régime général de l'assurance maladie a été réalisée par le service statistiques de la Direction de la coordination régionale de la gestion du risque (DCGDR), grâce à un travail de requête auprès de la base 'ERASME' qui concerne les données relatives aux assurés. Le but de ce document produit en mars 2023 était d'avoir une idée de la consommation de soin, du profil des femmes devenues mères en 2022 dans le département et de produire une infographie à destination des partenaires pour partager ces données rarement accessibles.

Ensuite, une enquête en ligne a été diffusée au mois d'avril 2023 auprès des femmes ayant accouché durant le second semestre 2022, afin de recueillir leur expérience récente et de les questionner sur leurs représentations des besoins des femmes enceintes en matière de prévention durant la période de maternité, avec d'autres données chiffrées et de nombreux verbatim.

Ces deux documents ont été réalisés dans le but final de produire une feuille de route de la rénovation de l'offre de prévention à destination des futures mamans au niveau départemental. Globalement, j'ai pu constater que les résultats de l'enquête en ligne venaient corroborer les chiffres de l'étude statistique et qu'ils permettaient ainsi de dégager les principaux thèmes sur lesquels il allait être pertinent d'agir au niveau local. Cependant cette étude n'a pas permis de cibler précisément les femmes vulnérables car l'objectif était d'avoir une vision globale de la maternité dans le département. Le détail des résultats de ces deux travaux est proposé en annexe n°1 et n°2.

Enfin, tout au long du travail de terrain, toutes les données disponibles ont été utilisées pour nourrir de sa diversité ce mémoire. Ainsi, des observations ont été menées lors des déplacements dans les structures d'accompagnement des femmes enceintes pour les entretiens, des podcasts en relation avec les maternités difficiles ont été écoutés comme celui sur « la maternité dans tous ses états » (Radiofrance)¹⁴ dans lequel le Dr G. Hatem évoque la mise en place de la maison des femmes à Saint-Denis. Aussi, l'exposition « L'Odyssée de nos mères »¹⁵ a pu matérialiser la mobilité imposée par les difficultés de logement rencontrées par les femmes migrantes et de leurs jeunes enfants en région parisienne. Enfin, la pièce de théâtre-débat « Les riveraines, 2^{ème} spéculum »¹⁶ qui met en scène les coulisses du réseau Solipam, la gestion des appels et des demandes aussi frappantes les unes que les autres a éclairé les difficultés de prise en charge, les arrangements des professionnels

¹⁴ [La maternité dans tous ses états \(radiofrance.fr\)](https://www.radiofrance.fr/)

¹⁵ <https://wetoofestival.fr/lodysee-de-nos-meres/>

¹⁶ <https://nouvelles.univ-rennes2.fr/event/riveraines-deuxieme-speculum>

pour essayer de répondre aux demandes et le stress que cela engendre. Tous ces éléments ont donné à entendre et à voir la diversité des difficultés que peuvent rencontrer les femmes dans le cadre de la maternité et comment elles peuvent se cumuler dans des situations critiques.

Les entretiens

Dans l'objectif d'avoir une connaissance plus fine des réalités de terrain en Ille-et-Vilaine et d'approcher des situations singulières de femmes enceintes vulnérables, des entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de l'accompagnement des femmes en difficulté (enceintes et nouvelles mères). Afin de mener ces entretiens, des guides semi-directifs ont été réalisés pour les femmes concernées et pour les professionnels rencontrés (cf. Annexe n°5) dans le but de structurer les échanges et de mettre en relation les réponses des différents interlocuteurs.

Pour la réalisation d'entretiens auprès des professionnels, un benchmark des ressources territoriales a tout d'abord été effectué au sujet des dispositifs et des structures en lien avec le public spécifique recherché. Les femmes à rencontrer devaient déjà souhaiter mener leur grossesse à terme et avoir des capacités à exprimer leur vécu, ce qui excluait celles qui faisaient une démarche d'interruption volontaire de grossesse ou d'accouchement dans le secret, qui avaient des troubles psychiques sévères ou une trop faible maîtrise de la langue française. Les femmes enceintes en situation de handicap n'ont pas été ciblées, car j'ai eu l'occasion de travailler sur la parentalité des personnes en situation de handicap pendant plusieurs années lors d'une expérience professionnelle passée, et d'accompagner sur le long terme des femmes enceintes en situation de handicap moteur devenues mères. Ensuite, il a fallu identifier des structures ressources pour le suivi social et de santé des femmes enceintes vulnérables en Ille-et-Vilaine. Au final, parmi les 16 structures contactées¹⁷, 8 m'ont accordé un entretien et 2 m'ont mise en relation avec des femmes concernées.

L'organisation des entretiens avec ces structures a été globalement complexe car il n'a pas été aisé de rencontrer des professionnels. Certaines non-réponses des structures d'accompagnement pour femmes enceintes en situation de vulnérabilité peuvent s'expliquer par un contexte de charge de travail importante ou de mise en place de nouveaux dispositifs et/ou de sous-effectif de personnel. Des refus ont également été essuyés de la part de structures de soutien humanitaire dédiés aux personnes en situation de précarité ou aux femmes étrangères qui étaient trop peu en relation avec des femmes enceintes pour répondre. Enfin, des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) situées en quartier prioritaire de la ville (QPV) ont été contactées avec succès sans donner suite au regard du public ciblé. Cela questionne sur la connotation plus sociale que sanitaire de notre problématique pour expliquer cette distance, « *je n'ai pas vraiment de personnes vulnérables dans ma patientèle,*

¹⁷Centres parentaux, centres de PMI, SAFED, services PASS, associations humanitaires, associations gestionnaires d'hébergements d'urgence, réseaux de santé Louis Guillou, Périnatalité régionale et MSP.

car souvent elles sont suivies par l'hôpital ou la PMI mais font rarement des suivis en ville » (sage-femme libérale en MSP). Cela peut aussi révéler un maillage ville-hôpital solide et/ou que les femmes avec des droits indiquant un profil social vulnérable n'étaient pas considérées comme en situation de vulnérabilité par cette sage-femme et que leur prise en soin était sans différence avec les autres.

Au final, 4 femmes se sont montrées volontaires pour raconter leur histoire. Enceintes ou récemment mères, elles ont accepté de partager leur vécu de grossesse et d'expliquer les difficultés qu'elles rencontraient (difficulté de maîtrise de la langue française, isolement social et familial, difficultés de logement, accès aux droits...) Toutes venaient d'un pays étranger depuis moins de 2 ans. Parmi elles, 2 femmes étaient primipares et 2 avaient déjà accouché d'au moins un enfant dans leur pays d'origine. Pour chacune de ces situations, plusieurs facteurs de vulnérabilité sociale et économique étaient présents. L'une était en situation régulière (mariée à un français ayant la double nationalité), 1 réfugiée (procédure en cours) et 2 mères en situation irrégulière (déboutée de leur première demande d'asile). Elles avaient un logement instable ou absent pour 3 d'entre elles, 3 maîtrisaient mal la langue française et 1 seule avait plus d'un enfant à charge en France. Parmi elles, 1 ne connaissait personne dans le département, 1 avait uniquement l'appui d'une personne de sa communauté et les 2 autres avaient un mari (cf. Annexe n°3 et n°13). Toutes ces femmes ont été scolarisées dans leur pays, savent lire et écrire et ont, pour 3 d'entre elles, exercé un métier. Ces femmes avaient toutes les capacités de comprendre ma démarche et répondre à mes questions. Ainsi, sont-elles représentatives du public ciblé ? Ces entretiens individuels ont permis d'incarner le propos de ce mémoire, car la réalité de terrain que ces femmes m'ont donné à voir était variée mais ne représentait probablement pas les femmes les plus en difficulté. Quoiqu'il en soit, en leur donnant la parole, cela nous permet d'approcher la logique d'appropriation des dispositifs présents et de l'offre de prévention maternité existante et de mieux cerner les besoins spécifiques de ces femmes, ainsi que leurs attentes, bien souvent plus sociales que médicales¹⁸.

En outre, tous les entretiens ont eu lieu avant d'avoir les résultats de l'étude statistique des naissances 2022 et de l'enquête de besoin des jeunes mères. Les missions confiées dans le cadre de ce stage et le caractère d'investigation nécessaire auprès des partenaires accompagnant les femmes enceintes en situation de vulnérabilité n'ont pas permis de coordonner ces actions. Or, en croyant qu'une situation de vulnérabilité existe à un instant T et peut évoluer, l'accès aux informations de suivi et de prévention permet d'espérer une évolution positive de la situation. Cette amélioration ne sera que modérée car ce dispositif est renforcé par le système de soin et de prévention (Braverman & Loretti, 2021). Ainsi, les entretiens auprès des professionnels et des femmes vulnérables se sont déroulés en parallèle de ces études, il n'a donc pas été possible de tenir compte des résultats de l'enquête pour alimenter les échanges lors des entretiens.

¹⁸ Utilisation d'une présentation simplifiée avec images de l'offre de prévention disponible sur le site Ameli.fr.

I. La maternité, un enjeu fort pour les politiques publiques

Nous allons ici chercher à saisir la globalité de l'offre de santé maternité en France et de ses modalités d'application dans le cadre de la prévention. Ensuite, nous regarderons comment les déterminants de santé de la maternité et les inégalités sociales de santé influencent l'accès à la prévention maternité dans les situations de vulnérabilité et les limites que cela produit.

1. La maternité comme question de santé publique

1.1. Une histoire entre féminisme et injonctions d'état

Pour aborder l'offre de prévention maternité actuelle, reprenons quelques points de son histoire dans la société française. Au XVIII^{ème} et au XIX^{ème} siècle, les grossesses sont qualifiées de fréquentes « mais pas banales », car concernent 80% des femmes sous l'ancien régime avec 4 à 5 enfants par femme (Berthiaud, 2017). Initialement, la maternité existe autour de secrets et de tabous liés à l'incertitude du déroulement de la grossesse (fréquentes fausses couches) et renforcée par un état de honte du « résultat visible d'un rapport sexuel » influencé par le christianisme et l'angoisse générée par la responsabilité prêtée aux mères « sur la formation du corps, du caractère et de l'âme du fœtus » (ibid). Aussi, le risque de mortalité maternelle et infantile est contré par une volonté de développer la prévention hygiéniste, les médecins décrétant des règles contraignantes de vie à destination des femmes enceintes. Au tout début du XX^{ème} siècle, « la venue au monde d'un enfant n'intéressait encore que sa famille et son milieu et appartenait surtout aux femmes » (Knibiehler, 1986). A l'entre-deux-guerres, dans un contexte de santé publique et d'action sociale géré par des hommes, la médicalisation de la maternité va s'affirmer, notamment pour faire reculer la mortalité infantile et maternelle, éviter « la dénatalité » et favoriser le retour de la mère au foyer (Cova, 2005). Même si les cliniques restent rares en milieu rural, car il est difficile d'accepter que les naissances quittent le foyer familial, la maternité n'est plus qu'une fonction reproductive et un état physiologique, mais devient aussi le lieu de l'accouchement. C'est à cette époque que se met en place la protection des mères par les assurances sociales et les allocations familiales, soutenues par la 1^{ère} vague de féministes qui utilisent la maternité pour « pénétrer la sphère du public » par ces revendications (ibid).

A la sortie de la Seconde guerre mondiale, la France reprend une dynamique économique vertueuse, la qualité de vie s'améliore et est soutenue par la mise en place de droits pour tous et spécifiquement pour les femmes. C'est ainsi que, dans le sillon du droit de vote accordé aux femmes par ordonnance le 21 avril 1944, la sécurité sociale est mise en place par ordonnance le 4 octobre 1945, sur le modèle « bismarckien » composé d'un régime général et de régimes spéciaux. Certaines

femmes mesurent rapidement le lien entre droit civique et maternité dans une dynamique de santé publique. Pour exemple, Paulette Nardal, féministe et créatrice de la Négritude, a participé à aider les femmes vulnérables de la Martinique, devenue département français à la sortie de la guerre mais restant dans des conditions bien plus précaires qu'en métropole. Dans ce contexte d'inégalités, elle crée avec ses sœurs Alice et Lucie, le « Rassemblement féminin » pour aider les femmes et notamment les mères célibataires et prostituées de Martinique aussi bien dans leur accès au vote (en organisant leur mobilité jusqu'aux bureaux de vote) que dans leurs besoins en leur apportant une aide matérielle (création de crèches ou confection de layette). Dans le cadre de la revue « la femme dans la cité » parue de 1945 à 1951 (Palmiste, 2021), elle promeut la charte de la mère en 1947 et soutient l'émancipation des femmes précaires par l'accès à l'emploi et la communication, ayant compris que la maternité était une affaire politique¹⁹ (Gambart et Mormin-Chauvac, 2022). La seconde vague du féminisme, de 1970 à 1975, est celle de la « théorie [...] de l'émancipation immédiate des femmes » allant jusqu'à estimer que « la femme mère exécute le travail domestique à titre gratuit [...]. Elle est alors esclave parce qu'elle est dépossédée de sa force de travail par l'homme mais aussi parce qu'elle est sous sa dépendance » (Fortino, 1997). En 1974, l'arrivée de la loi Veil²⁰ légalisant l'interruption volontaire de grossesse va modifier la perception de la grossesse qui devient un choix et fait évoluer les organisations de santé, avec la mise en place des centres de planification familiale, ressources et militants.

Depuis, les lois encadrant la maternité se sont progressivement mises en place pour accompagner les femmes enceintes au niveau médical et social, ainsi que sur le plan légal pour mener une politique nataliste. Leur application revêt un caractère universel pour les citoyennes françaises. Nous allons présenter l'offre de prévention maternité telle qu'elle s'applique aujourd'hui.

1.2. L'offre de maternité : suivi de grossesse et prévention

Au préalable, la maternité ne concerne pas que la grossesse mais également la période périnatale. En France, elle est organisée en fonction de la date présumée de conception. Elle débute lors de la déclaration de grossesse (avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse) et se termine au dernier rendez-vous médical (à la 14^{ème} semaine postnatale). Elle se compose de nombreux rendez-vous, principalement prénataux. En effet, dès la fin du 1^{er} trimestre de grossesse, la femme enceinte reçoit des indications par un calendrier transmis par la CPAM et de la part du professionnel de santé auprès de qui elle fait sa déclaration. Ces informations l'invitent à programmer des rendez-vous majoritairement auprès de la sage-femme. La déclaration de naissance enclenche le droit à un congé maternité (d'une durée variable selon le nombre d'enfants et si la grossesse est multiple) et

¹⁹ Reportage [La case du siècle - Les soeurs Nardal, les oubliées de la négritude - documentaire | France tv](#)

²⁰ [Article 2-Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse \(legifrance.gouv.fr\)](#)

préalablement un congé pathologique de 15 jours maximum, si besoin. L'assurance maternité liée à ce congé offre également des protections professionnelles (contre le licenciement ou le changement de poste au retour du congé) et des indemnités journalières compensant la perte de salaire (Boulet, 2021; Durand, 2005). Cette période concerne également de plus en plus le père dont le congé paternité a été augmenté en juillet 2021, passant de 11 à 25 jours et l'incitant à plus d'implication dans le congé parental depuis la réforme de la prestation du jeune enfant en mai 2021²¹. La France ne fait cependant pas partie des pays d'Europe les plus engagés. En effet, le temps du congé maternité est jugé « court par rapport aux besoins des enfants et des mères et à l'impact à long terme sur l'évolution de la société, notamment si l'on effectue une comparaison internationale » (Cyrulnik, 2020, p.92-93). La durée du congé paternité, qui n'est pas entièrement obligatoire et concerne trop souvent les pères qui ont les moyens de se l'offrir, appartenant généralement aux catégories socioprofessionnelles supérieures, l'est également. Les experts de ce rapport (ibid) préconisent « congé parental rénové » allongé à un trimestre pour les deux parents, accessible à tous les statuts sociaux et mieux soutenu au niveau pratique et financier.

1.2.1. Des organisations de santé impliquées dans la maternité

L'offre de maternité est structurée au niveau national sur validation du ministère de la santé et de son organe régional (l'ARS) et est globalement basée sur des recommandations de pratiques de l'HAS. L'organisation des soins dans le régime général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) repose sur une application sensiblement identique pour les régimes spéciaux, fondés sur une solidarité restreinte et comptent moins de 10% de la population générale : 5% des assurés par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et les autres par des régimes relatifs à une profession (marins, militaires...) ou à une entreprise (SNCF, RATP...) Localement, le parcours maternité du régime général se met en place par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux et avec les professionnels libéraux conventionnés.

Face aux inégalités sociales de santé, d'autres organisations sont mises en place au niveau local pour apporter des solutions complémentaires. Portés par des associations ou des structures de soins existantes, ces initiatives sont généralement soutenues financièrement par l'ARS, qui met en place un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) afin de limiter les écarts et de permettre l'accès au système de santé et médico-social de droit commun pour tous. Ce programme vise à faciliter la prise en charge financière des soins et des droits sociaux, à inscrire les personnes dans un parcours de soins et médico-social adapté et à inciter le système de santé à prendre en compte les problématiques des publics démunis. Cependant, le PRAPS Breton, ne cible pas spécifiquement la période de maternité dans ces recommandations.

²¹ Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité
Sophie ACHILLE-FAUVEAU - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2022-23

En revanche, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), cités dans le PRAPS de Bretagne, sont des dispositifs très mobilisés par les femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Ces lieux de consultations, hébergés par des centres hospitaliers, proposent un accompagnement soignant et social pouvant être gratuit pour les patients sans couverture sociale, en initiant des actions partenariales extérieures dans le but de renforcer le maillage ville-hôpital et de faciliter le repérage de ces patientes vulnérables pour améliorer leur prise en charge.

Egalement, les lieux d'exercice coordonnés sont aussi identifiés comme ressources de premiers recours pour les publics vulnérables, notamment les MSP communautaires, dans un rôle de continuité des soins. Dans une démarche préventives, les professionnels orientent, si besoin, ces femmes vers des structures spécialisées, par exemple pour soigner « *un couple mère-enfant qui aurait besoin d'une prise en soin pluridisciplinaire* » (coordinatrice, MSP en QPV).

Comme évoqué précédemment, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) jouent un rôle dans les relations de proximité avec les assurés de l'Assurance Maladie, aussi bien dans la gestion de leurs droits et de leurs démarches (remboursements de soins, indemnités journalières...) que dans le développement des politiques de prévention et de promotion de la santé au niveau départemental. Pour cela, l'Assurance Maladie s'appuie notamment sur un réseau de 89 centres d'exams de santé qui proposent des actions de prévention individualisées selon l'âge et les facteurs de risque. Même si aujourd'hui, ces lieux ne sont pas souvent fréquentés par des femmes enceintes, une démarche d'évaluation de la précarité des femmes avait été réalisée avec le score EPICES²² (Convers, 2009) et avait montré, en utilisation systématique, une meilleure coopération médicale et un suivi social renforcé. Cependant, l'utilisation de ce score a aussi été jugé inadaptée à la situation de grossesse (Azria et al., 2015, p.677), au motif que certaines questions comme la pratique du sport étaient inappropriées à cette période.

Concernant la partie sociale de l'accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères, des dispositifs coordonnés par le Conseil Départemental sont aussi mobilisables. En effet, la Protection maternelle et infantile (PMI)²³ offre des informations, des conseils ou un accompagnement, notamment par un accès gratuit et pris en charge par l'assurance maladie auprès de la mère et du jeune enfant. Durant la grossesse, la femme enceinte peut bénéficier de rendez-vous comme l'Entretien prénatal précoce (EPP) ou de séances de préparation à l'accouchement. Elle peut aussi obtenir des rendez-vous dans les locaux ou en visites à son domicile. Après l'accouchement, l'accompagnement se recentre exclusivement sur la santé du nouveau-né, au sujet de son développement et peut, si besoin, mettre l'enfant en relation avec les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) qui partage généralement les mêmes locaux dans les CDAS.

²² EPICES : Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'exams de santé

²³ [Faire suivre ma grossesse et me préparer à la naissance | Département Ille et Vilaine \(ille-et-vilaine.fr\)](https://www.ille-et-vilaine.fr/ma-grossesse-et-me-preparer-a-la-naissance)

Enfin, le dispositif Périnatalité Bretagne (Périnatalité), financé par l'ARS Bretagne, est coordonné par des sages-femmes et géré par une association de professionnels de santé libéraux et d'établissements. Ses missions visent à fédérer les professionnels de la périnatalité, dans tous modes d'exercice, autour de l'organisation des soins et de la santé publique, de valoriser les collaborations ville-hôpital et de participer à former les professionnels. Tous ces acteurs interagissent autour des professionnels de la périnatalité et des femmes enceintes pour fluidifier le parcours et réduire les risques de santé.

1.2.2. L'offre de prévention maternité à destination des futures mères

L'offre de prévention maternité disponible pour les femmes en France se compose d'une part de l'accès à l'information de suivi médical de grossesse et aux droits à l'assurance maternité, et d'autre part de recommandations de préventions destinées aux femmes enceintes.

1.2.2.1. L'accès à l'information et aux droits de l'assurance maternité

L'information relative aux droits de l'assurance maternité est avant tout transmise par l'assurance maladie qui, par l'intermédiaire des CPAM, permet la prise en charge des soins et, selon les situations, le financement des indemnités journalières (IJ) et des congés liés à la maternité (congé maternité, congé pathologique). L'application de ce droit implique également les employeurs et leur demande aussi de mettre en place des règles d'assouplissement de l'organisation du travail et de non discrimination des femmes enceintes dans le cadre du droit du travail. Toutes ces informations sont diffusées dans le cadre de la communication générale des CPAM, à partir de la déclaration de grossesse qui, dans l'usage, a lieu en fin de 1^{er} trimestre de grossesse. Concrètement, le guide « ma maternité, je prépare l'arrivée de mon enfant »²⁴ est transmis par mail et disponible en ligne. Parmi les répondantes de l'enquête de besoin du département qui l'ont consulté, ce livret a été jugé adapté dans son contenu par 84% d'entre elles et dans son format dématérialisé pour 83% d'entre elles.

Lors du 1^{er} contact avec une femme enceinte par un professionnel de la PMI, un « carnet de maternité » lui est également remis afin de lui permettre d'avoir les informations essentielles à une bonne santé et au suivi de la grossesse au niveau médical et administratif.

Enfin, un carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse)²⁵ avait également été développé par le ministère de la santé mais semble désormais remplacé par le « carnet de bienvenue »²⁶ issu du projet des « 1000 premiers jours », porté par le Ministère de la Santé et de la Prévention, consultable en ligne et transmis par la CAF dès la déclaration de grossesse auprès d'elle.

²⁴ ameli.fr/sites/default/files/Documents/guide-maternite-2023.pdf

²⁵ [couverture-28-11-exe \(reseaux-perinat-hn.com\)](https://reseaux-perinat-hn.com/couverture-28-11-exe)

²⁶ [1000premierjours-carnet-digital-16.03.22.pdf \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr/1000premierjours-carnet-digital-16.03.22.pdf)

Ainsi, ces documents d'informations générales déployés par des politiques publiques sont des livrets de 32 à 46 pages, différents et généralement dématérialisés. Dans ces documents, la distinction entre la grossesse et la maternité n'est pas toujours claire et les recommandations destinées à la mère sont plus nombreuses avant l'accouchement. Les données qu'ils contiennent évoquent les démarches administratives à réaliser pour bénéficier des prises en charge adaptées (comme la mise à jour de la carte Vitale pour bénéficier d'une prise en charge des soins obligatoires dès le 4^{ème} mois et durant le 3^{ème} trimestre de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour postnatal, de tous les examens obligatoires et conseillés à 100% de prise en charge), les modalités de calcul des IJ mais également des informations sur les rendez-vous obligatoires et recommandés de suivi de la santé pendant la grossesse. Enfin, des recommandations de prévention sont également indiquées pour la santé et l'environnement de la mère et pour préparer l'arrivée de l'enfant. La question se pose de savoir quelle est la pertinence de disposer de plusieurs documents dont une grande partie du contenu est similaire. Est-ce un moyen de multiplier les sources d'information ? Est-ce efficace ?

1.2.2.2. Les recommandations de prévention santé maternité

Concernant les recommandations de prévention santé, un calendrier est disponible pour suivre les rendez-vous et les consultations à réaliser dans le cadre du suivi médical de la grossesse. Certains rendez-vous sont obligatoires avant la naissance comme les 7 examens prénataux (du 3^{ème} au 9^{ème} mois de grossesse), l'entretien prénatal précoce (EPP à réaliser à partir du 4^{ème} mois de grossesse) et la consultation avec un médecin anesthésiste (au 8^{ème} mois de grossesse). Lors des examens prénataux, des bilans biologiques et sanguins réguliers peuvent être prescrits.

D'autres rendez-vous sont uniquement recommandés dans le cadre du suivi de grossesse : une échographie trimestrielle (aux 3^{ème}, 5^{ème} et 8^{ème} mois de grossesse), un examen bucco-dentaire (à partir du 4^{ème} mois de grossesse), 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité (à partir du 7^{ème} mois de grossesse) et un bilan prénatal de prévention. Ce dernier rendez-vous vise à faire un point, si possible avant le 6^{ème} mois de grossesse, sur les habitudes de vie de la future mère : alimentation, consommation de substances (tabac, alcool, drogues, médicaments), activité physique et vaccination. Pris en charge à 70% par la CPAM, il ne peut être valorisé que par la sage-femme, ce qui n'affiche pas la prévention santé personnalisée comme une priorité dans le parcours maternité.

Une fois le nouveau-né arrivé, d'autres rendez-vous de santé sont obligatoires : une consultation médicale postnatale (à réaliser dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement) et un entretien postnatal (EPNP) à effectuer dans les 4 à 6 semaines après l'accouchement) visant à repérer les premiers signes de la dépression post-partum, pouvant être doublé si besoin (dans les 10 à 14^{ème} semaines postnatales). L'EPP et l'EPNP placent un professionnel de santé au cœur du suivi de santé de la femme, le plus souvent une sage-femme ou aussi un médecin généraliste ou gynécologue.

Après l'accouchement, une visite au domicile est recommandée par une sage-femme libérale (seule habilitée à réaliser cette mission) dans les 1 à 7 jours après la sortie, selon la durée d'hospitalisation en maternité et du mode d'accouchement. D'autres visites à domicile peuvent être organisées jusqu'au 12^{ème} jour postnatal. Selon les besoins de la mère, des séances de rééducation périnéale et abdominale peuvent être prescrites (10 à 20 en moyenne). Enfin, 2 séances de suivi post-natal réalisées par la sage-femme viennent répondre aux questions de la jeune mère.

Le projet des « 1000 premiers jours » a également apporté des recommandations en matière de santé environnementale, notamment dans le cadre du site internet dédié à ce projet qui évoque la qualité de l'air intérieur, les substances chimiques et les risques de bruits intenses pour le nourrisson. Ces recommandations sont également relayées par 11 maternités en Bretagne dont 1 en Ille-et-Vilaine via des actions ciblées sur la qualité de l'air²⁷. Toutes ces préconisations de prévention peuvent également être évoquées par les professionnels de santé ainsi que les structures conventionnées impliqués dans le suivi de la maternité, et peuvent être soutenues dans le cadre de leur conventionnement avec l'assurance maladie via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). La maternité est un sujet suffisamment universel pour identifier les inégalités en matière de suivi de santé, d'accès à la prévention et de risques de santé.

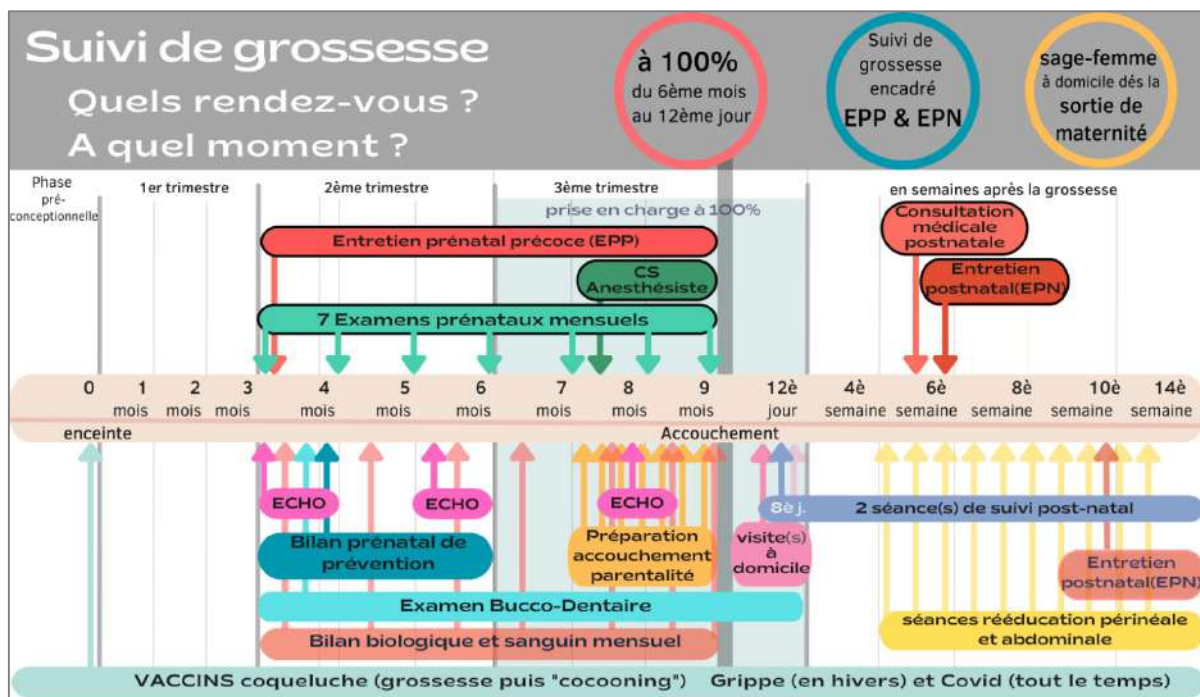
2. Des déterminants de santé au (non) recours à l'offre de santé

2.1. Un parcours de santé qui peut s'avérer complexe

2.1.1 Une densité d'obligations, recommandations et usages

Le parcours maternité se base sur les recommandations d'experts de l'HAS et de rapports comme l'enquête nationale périnatale (ENP) produite tous les 5 ans par Santé Publique France. Parmi les recommandations récentes, l'ENP est obligatoire depuis juillet 2022 afin de venir en miroir avec l'EPP obligatoire depuis mai 2020. Ces deux rendez-vous viennent encadrer la période de maternité et favoriser l'adhésion aux actions de prévention. Autre recommandation datant de juillet 2022, la vaccination contre la coqueluche reste visiblement difficile à faire progresser car n'a concerné que 21% des femmes brétiliennes en 2022 (cf. Annexe n°1). Ce faible chiffre est expliqué par les répondantes à l'enquête de besoins qui évoquent la « peur pour le bébé » (cf. Annexe n°2). Ces ajouts chargent un parcours de maternité déjà dense de 11 rendez-vous obligatoires et jusqu'à une trentaine avec ceux recommandés pour une maternité sans complications.

²⁷ [media1113.pdf \(perinatalite.bzh\)](#)



Infographie 1 : Parcours maternité différenciant les rendez-vous obligatoires et recommandés

(Source : Sophie Achille-Fauveau à partir du site ameli.fr mai 2023 – Annexe n°14)

Cette frise chronologique montre que les rendez-vous de suivi de grossesse sont nombreux dès le 3^{ème} mois. Il est donc difficile de s'approprier ce parcours, certains rendez-vous se chevauchent, des rendez-vous peuvent avoir lieu une fois sur plusieurs mois et d'autres obligatoires (comme l'EPNP) sont pris en charge à 70% par la CPAM et peuvent demander une avance des frais. Aussi, des confusions existent « EPP, Bilan prénatal précoce, consultation prénatale... même les professionnels ne s'y retrouve pas parfois ! » (Directrice médicale, Périnatalité). Cependant certaines femmes réalisent plusieurs EPP durant une grossesse mais auprès de différents professionnels, ce qui questionne la coordination des professionnels de santé autour de la maternité.

En effet, le parcours de maternité repose presque exclusivement sur la sage-femme. Les femmes en situation de vulnérabilité sont quasi systématiquement orientées vers la PMI ou les centres hospitaliers pour réaliser leur suivi de grossesse, soit une prise en soin moins individualisée qu'en libéral... Hors de l'exercice libéral, même si les structures de PMI offre une possibilité de suivi au domicile très utiles dans certaines situations, le moindre choix d'horaire et le format collectif souvent imposé peut ajouter des obstacles aux femmes dont la situation personnelle (présence d'autres enfants) ou professionnelle (emploi précaire) est déjà circonscrite.

Ainsi, le suivi de grossesse, aussi bienveillant soit-il, peut être vécu comme une contrainte pour la femmes à cause de « l'encadrement du temps de la grossesse et les tensions entre différentes temporalités » qui « assigne les femmes enceintes à des responsabilités supplémentaires au nom de la "protection" du fœtus qui viennent s'ajouter au travail domestique et, pour nombre

d'entre elles, au travail rémunéré » (Boulet, 2021), c'est pourquoi, « concilier maternité et précarité n'est pas chose facile » (Durand, 2005). Comme « l'égalité en terme d'accès aux soins ne garantit pas nécessairement une parfaite équité sur le plan de la santé » (ibid), il est d'autant plus nécessaire de réaliser une prévention primaire auprès des femmes enceintes, de manière précoce dans les parcours de santé et de donner les chances de prévenir les troubles de santé et de pathologies pour réduire la « mortalité évitable » des mères (Tessier et al., 2018).

2.1.2. La place prépondérante de la prévention

En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »²⁸ et la décline en niveaux primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. Le niveau primaire constitue « l'ensemble des actions qui visent à réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au sein d'une population. » (Peretti-Watel & Moati, 2009). En périnatalité, cela consiste à informer sur les risques de santé, les facteurs aggravants et les comportements favorables.

Du fait de la situation de dépendance du fœtus, toute la responsabilité de cette prévention pèse sur la mère en devenir qui doit à la fois s'occuper de sa santé et de celle de son enfant. Cela définit bien l'environnement dans lequel se positionne l'action de l'Assurance maladie en matière de prévention, exclusivement ciblée sur les femmes enceintes, dans une logique de gestion de risque financier que pourrait engendrer un défaut de suivi de grossesse. La prévention semble donc avoir un intérêt pour tous les individus « considérant ces derniers comme les entrepreneurs de leur propre santé tout à la fois autonomes, calculateurs, aptes à se projeter dans le futur et fortement attachés à leur santé » (ibid) et pour la société, en limitant la survenue de problèmes de santé évitables. Cependant, il est nécessaire de prendre en compte les mécanismes environnementaux, sociaux et psychologiques qui régissent les agissements des individus et la manière dont la société organise la réponse pour ceux qui n'ont pas accès au droit commun.

Ainsi, la CPAM d'Ille-et-Vilaine identifie les femmes en difficulté par l'intermédiaire de 3 critères administratifs : l'attribution d'une C2S (contributive ou non), un âge inférieur à 20 ans et le fait de ne pas avoir déclaré de médecin traitant référent. D'autres données peuvent fragiliser une situation (logement instable, manque de finances, communication difficile, isolement...) mais sont absentes du dossier des assurés de la CPAM. Cependant, ces critères, considérés comme des facteurs aggravant les risques de santé, orientent les actions locales qu'elle organise.

Depuis 2008, l'Assurance maladie a mis en place des interventions locales à destination des femmes enceintes, en collaboration avec des partenaires de la périnatalité. Ces « Ateliers collectifs

²⁸ Préambule à la Constitution de l'OMS, New York, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) entré en vigueur le 7 avril 1948

maternité » visent à accompagner les informations administratives (accès aux droits et aux soins), à apporter des conseils sur le suivi et les recommandations de prévention, dans un temps d'échange. La période de crise sanitaire du Covid-19 a mis en lumière, auprès de tous, la fragilité des femmes enceintes en matière de santé en les associant notamment au public à risque face à ce virus. Le respect des gestes barrières a donc rapidement stoppé l'organisation de ces ateliers. Cette suspension a été l'occasion, pour les CPAM, de prendre du recul et de critiquer l'efficacité des actions menées pour chercher à renouveler l'offre de prévention destinée aux femmes enceintes. Des initiatives et de nouvelles actions se sont construites progressivement et très inégalement sur le territoire national. L'un des constats partagé par les organisateurs des ateliers est la difficulté de mobiliser les femmes répondant aux facteurs de vulnérabilité sociaux et médicaux.

2.1.3. Les déterminants de santé de la maternité

Il est important de considérer les déterminants de santé de la maternité, afin de mieux identifier les facteurs qui déterminent l'état de santé d'une femme à ce moment. Selon l'OMS, ce sont des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (Alla, 2016) et en fonction de l'impact qu'ils ont sur la santé de l'individu, ils se répartissent dans les facteurs protecteurs ou facteurs de risques.

Les facteurs protecteurs sont peu cités dans la littérature, car ils n'ont pas besoin d'être soutenus par des politiques publiques, contrairement à ceux qui constituent un risque. Tout d'abord, la biologie humaine de chaque femme fait rentrer en jeu des risques dépendant de son patrimoine génétique, mais pouvant également être liés au lieu de résidence et à l'âge, la femme pouvant procréer entre 15 et 50 ans selon l'assurance maladie²⁹. D'ailleurs, les examens et la nature du suivi de santé ne sera pas le même pour une femme de plus de 35 ans et une jeune femme mineure.

Ensuite, l'environnement englobe des risques physiques du bon développement fœtal du fait des différents types de pollution (air intérieur, cosmétique...) Les risques conjoncturels peuvent aussi avoir des conséquences socio-économiques (niveau d'éducation, emploi, logement, revenus, culture...) et avoir des répercussions sur le suivi médical. Les facteurs désignant une situation de vulnérabilité sont multiples, peuvent se cumuler souvent, rendant la situation complexe, et la faire basculer dans la grande précarité (Boinot, 2008; Gasquet-Blanchard & Moine, 2021). Selon le guide pratique que la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) a réalisé en 2014, cumuler maternité et précarité engendre même un « contexte d'urgence médicale ».

Des déterminants individuels sont aussi des éléments importants durant la maternité car ils sont à l'origine de la singularité d'un parcours de maternité. En fonction du mode de vie, de la

²⁹ [Baisse de la fertilité et de la fécondité : pourquoi ? | ameli.fr | Assuré](#)

profession, des loisirs, des comportements à risque (alimentation, sédentarité...) ou des consommations toxiques ou addictives, les conseils de prévention et l'accompagnement ne seront pas les mêmes, comme en cas de défaut d'observance du traitement dans le cadre d'un diabète gestationnel. Des profils cumulant des facteurs conjoncturels et des conduites à risques pourront être orientés en psy-périnatalité (cf. 2.2.2 p.54) ou auprès du SAFED (cf. 2.2.3. p.56).

Enfin, le système de santé a aussi sa place dans les facteurs défavorables pour mener une grossesse à son terme dans de bonnes conditions. En effet, « *les difficultés de compréhension du système de santé, du système de protection, de compréhension d'une démarche, du non-recours aux droits, des conséquences des délais de traitement de certains dossiers, ça touche toute la population, pas seulement le public précaire* » (assistante sociale, PASS). Aussi, l'accès aux soins peut-il être limité par le coût des soins et du transport ou le refus de soin de certains soignants. Ces déterminants de santé interagissent de manière plus ou moins directe sur la maternité, dès la période de grossesse. La prévention vise donc à agir précocement sur la santé des femmes, même si des difficultés d'accès créent des inégalités sociales de santé entre les femmes et constituent le moteur de la vulnérabilité.

Ainsi, l'état de santé des femmes enceintes présente des écarts liés en premier lieu à des facteurs sociaux d'iniquité ; moralement et éthiquement inacceptables, mais potentiellement évitables, et constituent les inégalités sociales de santé maternelle. « Quel que soit le mode de catégorisation sociale utilisé, l'existence des inégalités sociales de santé maternelle, qu'il s'agisse de morbidité maternelle sévère ou de mortalité maternelle, se confirme » (Azria et al., 2015b, p.681). Parmi les clés d'une prise en charge adaptée au public vulnérable, « *la confiance, c'est vraiment le maître mot* » (assistante sociale, PASS) et se construit en s'adaptant aux réalités de chaque femme. La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif affiché des politiques publiques de santé. Cependant, les moyens d'y arriver tels le renforcement des capacités individuelles, l'amélioration des conditions de vie ou la réorientation des services de santé reste parfois empêchés (Schapman-Segalie & Lombrail, 2018). En effet, la difficulté est souvent réduite à sa seule dimension économique alors que « sans dispositif d'accompagnement, les plus précaires ne peuvent accéder aux soins » (Desprès, 2005). La situation sociale a besoin d'être stable avant de s'engager dans le soin.

D'après l'ENP 2021, le taux de femmes en situation de précarité est seulement 5.2% des femmes ayant accouché en France en 2021. Selon l'INSEE, qui calcule la précarité selon le cumul de 4 critères (ne pas vivre en couple, percevoir le RSA, être assurée par l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale, ne pas avoir de logement personnel). Enfin, l'étude statistique réalisée auprès des brétiliennes ayant accouché en 2022, seules 3% bénéficiaient d'une C2S (participative ou non) et 4% d'une ALD, soit des aux inférieurs à la population générale (cf. Annexe n°1). Nous pouvons donc en conclure qu'un faible nombre de femmes enceintes connaît une situation de vulnérabilité dans le département. Cependant, le besoin de ces femmes d'avoir accès à la prévention est bien réel.

2.2. Des femmes enceintes en situation de vulnérabilité

Quel que soit le moment de leur survenue, les difficultés rencontrées peuvent être passagères et transitoires ou correspondre à une situation de précarité existant en amont de la grossesse. Selon Wresinski (1987)³⁰, « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Or, les situations de vulnérabilité peuvent aussi être liées à des contextes indépendants d'une précarité sociale ou financière comme dans les situations de violences intrafamiliales ou des troubles de santé mentale altérant le lien d'attachement et les compétences psychosociales des parents (Meynaud, 2016). Finalement, il est «*plus facile de définir le grand isolement social* » (assistante sociale, PASS), qui correspond au public migrant, aux personnes en rupture de droits, qui ont renoncé aux soins, ont une santé dégradée et sont éloignés du système de santé quand ils arrivent aux urgences... Pour eux, le retour à domicile, lorsqu'ils en ont un, questionne les professionnels.

La gradation de la vulnérabilité étant complexe, les risques maternels ont surtout été étudiés dans les situations d'« ultra-précarité » (Gasquet-Blanchard & Moine, 2021, p.232). Ces situations extrêmes ont été étudiées en Seine-Saint-Denis par l'observatoire du Samu social de Paris. En 2015, l'étude « la grossesse et ses malentendus » du projet Rémi³¹ évoque les « rares expériences de rattrapage des difficultés rencontrées par les patientes » malgré la recherche d'informations et d'antécédents, car la précarité n'est généralement pas repérée en amont (Rico-Berrocal & Le Méner, 2015). Dans des situations de grande vulnérabilité, « l'insécurité induite par la précarité à laquelle font face les familles sans-domicile [...] entraîne une certaine détresse psychologique chez les parents et des adversités [...] particulièrement dommageables à la santé mentale des enfants » (Unicef, 2022).

Globalement, il n'y a « *pas de définition claire [...] on oscille entre différents concepts.* » (assistante sociale, PASS). Une situation de vulnérabilité se définit donc par l'accumulation de nombreux critères, créant un contexte défavorable : difficultés administratives, mauvaise communication avec les soignants, situation de handicap, éloignement du système de santé, contexte social et environnemental lié à l'emploi, logement, isolement, pauvreté... Des caractéristiques individuelles peuvent aussi ajouter des sources de difficultés comme le jeune âge, des relations passées avec l'ASE ou encore un vécu d'expériences traumatiques. Aucun consensus ne définit les modalités d'évaluation d'une situation de vulnérabilité tant elle est multifactorielle.

Il semble donc important de pouvoir nuancer les contextes et de garder en tête l'idée qu'une situation de vulnérabilité peut s'améliorer comme s'aggraver et que la prévention peut jouer un rôle sur la santé de la mère et de l'enfant. Afin de ne pas limiter le regard posé sur les femmes enceintes

³⁰ [Rapport-WRESINSKI.pdf \(joseph-wresinski.org\)](#)

³¹ « [Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-St-Denis](#) », samu social Paris 2015

qui rencontrent des obstacles de vie et qui font avec leur environnement et leurs moyens, nous choisirons de parler dans ce mémoire des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

2.2.1. Des risques de santé majorés par la vulnérabilité

Comme dit précédemment, la première motivation de la prévention auprès de femmes enceintes est de prévenir les risques de santé pour la mère et l'enfant. I. Bayot rappelle le principe de la « maternité palléo » qui évoque la place de la femme enceinte et de la mère lorsqu'« il n'était pas question de perdre un enfant » (Editions Eres, 2019)³². Avant même la délivrance, la grossesse engage la responsabilité de la future mère. Le risque de santé maternel est surtout médical, en termes de mortalité³³ et de comorbidités tout au long de la grossesse, durant l'accouchement puis longtemps après celui-ci. Pour l'enfant, les risques physiologiques et de fausse-couche dépendent de la grossesse et de l'accouchement, puis au long cours, des conséquences avant tout psychoaffectives.

2.2.1.1. La grossesse

Durant la grossesse, « l'exposition maternelle à une situation sociale défavorable » augmente la survenue de complications périnatales, notamment de retard de croissance ou pathologies, alors qu'un risque accru de prématurité pour l'enfant d'une femme en situation de vulnérabilité est retrouvé dans certaines études (cf. 2.2-p.21), mais pas dans d'autres (Gottardi et al., 2022). Des pathologies de grossesse augmentent chez les femmes en situation de vulnérabilité, à cause de leurs conditions de vie ou d'un suivi de santé moins rigoureux. Des études ont montré les risques majorés en cas de faible niveau socioéconomique avec des « fausse couche spontanée, de césarienne, de prééclampsie³⁴, d'hémorragie, d'accouchement prématuré, de mortinatalité et d'anomalie de trajectoire pondérale des nouveau-nés » (Deruelle et al., 2022, p.4).

L'ENP réalisée en 2021³⁵ informe sur la fréquence et les facteurs de risques des pathologies de grossesse et de comorbidités. Ainsi, le diabète gestationnel continue d'être plus fréquent avec « 16,4% des femmes ont reçu ce diagnostic en 2021 contre 10,8% en 2016 » en France (p.50). Cette augmentation s'explique notamment « par l'augmentation de l'âge » avec 24.5% de femmes ayant 35 ans ou plus « et par l'IMC maternel », avec 15.5 en moyenne pour les naissances vivantes, supérieur à la moyenne nationale (p.158). En 2021, on comptabilise un tiers de femmes ayant accouché en surpoids (23% en surpoids et 14,4% obèses³⁶). Ces chiffres doivent être considérés dans un contexte d'évolution des recommandations de dépistage (p.50) accusés de dégager des faux positifs (p.50). Rappelons que les femmes enceintes avec un niveau socioéconomique bas sont plus

³² [Le quatrième trimestre de la grossesse - 1001BB n°157 \(editions-eres.com\)](https://www.editions-eres.com/le-quatrieme-trimestre-de-la-grossesse-1001BB-n157)

³³ [Évolution de la mortalité maternelle : 2000–2017 \(who.int\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)

³⁴ Maladie de grossesse, dysfonctionnement du placenta (hypertension artérielle et protéines dans les urines)

³⁵ Enquête nationale périnatale 2021

³⁶ Un Indice de masse corporel (IMC) entre 25 et 29.9 correspond à un surpoids et > 30 à une obésité

sujettes à « la malnutrition [qui] représente pour ces populations un double fardeau [...] d'une dénutrition et d'un surpoids » (Deruelle et al., 2022). D'autres pathologies de grossesse restent fréquentes selon cette étude, tel l'« HTA³⁷ gravidique » (4.3% de femmes diagnostiquées) ou l'hémorragie post-partum présente dans 11.6% des cas. Concernant l'anémie, évoquée par Desta comme « *diminution de sang* » car consistant en un taux d'hémoglobine affaibli, elle a été diagnostiquée chez 25,2% des femmes enceintes en 2021 et « pourrait favoriser certaines complications obstétricales, en particulier la survenue d'une dépression du post-partum » (p.50).

En partant du principe que « La précarité représente un facteur de risque médical supplémentaire » (Coulm, 2020), il faut considérer les vulnérabilités médicales et sociales d'une femme enceinte pour mesurer ses risques en santé maternelle. Un recours au système de santé plus rare ou tardif est un signe d'alerte et doit questionner sur les causes de ce non-recours. Un suivi prénatal compliqué est une perte de chance pour la mère et l'enfant, surtout si elle présente déjà d'autres facteurs de risque (ibid). Le « gradient social de santé périnatale » indique également des « risques comme la mortalité néonatale par anomalie congénitale, l'accouchement prématuré ou le petit poids de naissance » dont des « facteurs intermédiaires » sont responsables tels « le tabagisme, l'usage de drogues, l'exposition à des stress psychologiques et physiques, l'accès aux soins, les infections génitales ou la pénibilité du travail. » (Azria, 2015, p.1078). Cependant ces interactions sont complexes et ne permettent pas de généraliser (Azria, 2015 p.1083).

La difficulté de suivi de la grossesse peut avoir plusieurs origines. Parmi elles, le fait d'habiter en zone rurale moins bien pourvue en soin limite l'accès aux actes de suivi de grossesse. Malgré cela, « aucune donnée n'est disponible en France concernant les prévalences des inégalités défavorables de grossesse [...] selon la localisation urbaine ou rurale des naissances » comme le précise la cohorte mère-enfant PELAGIE (Bertin, 2015)). Egalement, avoir moins de 20 ans est identifié comme un risque de méconnaissance du système de santé (Coulm, 2020, p.15) et d'immaturité psychiques et identitaires « *ce sont des bébés qui ont des bébés* » (coordinatrice MSP en QPV). Ce risque semble augmenté par un passé de placement de la mère, d'autant plus si elle a été longuement exposée à des violences (Rousseau et al., 2016). La grossesse chez l'adolescente est d'ailleurs devenue « un problème de santé publique » (Le Den, 2014)³⁸, considérée systématiquement comme non désirée. Dans le cas d'Axelle, jeune maman enceinte en centre parental, ses 2 grossesses ont été désirées, bien que construites sur une histoire personnelle émaillée de violences intrafamiliales : "*j'ai voulu y croire parce que j'ai connu la famille qui s'est fait violenter et puis ça s'est arrangé donc j'ai voulu y croire*"(Axelle). Ainsi, l'accompagnement de la périnatalité dans la période de transition enfant-

³⁷ Hypertension artérielle

³⁸ En 2000, politiques de prévention des grossesses des adolescentes IREPS sur la contraception et l'IVG.

adulte n'est généralement pas la priorité, « *on sait bien que les publics qu'on accompagne sont hors sol, aujourd'hui, il faut aller vers* » (coordinatrice, centre parental).

« L'influence de l'environnement sur la durée de gestation semble maintenant bien établie, notamment en ce qui concerne la pollution de l'air, certains composés organiques persistants [...] et le plomb » (p 81) sur les risques à court et long terme d'une naissance prématurée de l'enfant. La pollution de l'air concerne aussi bien les particules fines en milieu citadin que les pesticides en milieu rural (Béranger, 2017). La santé environnementale dans la période périnatale est qualifiée par le projet des « 1000 premiers jours » comme une « période où l'exposition aux substances toxiques est la plus dangereuse [...] soit l'alcool, des médicaments, des perturbateurs endocriniens, des métaux lourds ou d'autres toxiques » (p.35). L'exposome qui correspond à l'ensemble des expositions environnementales toute la vie (alimentation, air, rayonnement, comportement, environnement psychoaffectif et socioéconomique...) est un indicateur étudié dans l'étude européenne de cohorte longitudinale HELIX³⁹ réalisée avec l'Inserm-Cnrs de Grenoble (Agier et al., 2019).

Au delà des pathologies de grossesse plus fréquentes chez les femmes qui répondent à des critères de vulnérabilité (Gottardi et al., 2022), des risques de comorbidités sont présents pour la mère et pour son enfant (Coulm, 2020). Face au manque d'alternatives au suivi numérique de la santé ou à l'absence de traduction pour les femmes ne parlant pas le français, les femmes doivent « compenser les failles institutionnelles » qui freinent l'accès à des soins de qualité et les expose plus à des problèmes de santé comme le diabète gestationnel (Racioppi, 2022), pathologie fréquente chez les femmes originaires d'Afrique du Nord (Sauvegrain et al., 2016). D'autres problèmes de santé sont liés à des facteurs secondaires (E. Azria, 2015), p.1080) et environnementaux tels, la consommation de substances, la pénibilité de l'activité quotidienne, l'état de santé mentale et les conditions de vie (Haab et al., 2022, p.667).

Face à ces difficultés, la qualité de la relation avec les soignants détermine la détection du risque pour la santé périnatale. En effet, le discours des femmes peut être moins audible lorsqu'elles présentent des critères jugés délétères par le soignant. Par exemple, l'insistance d'une femme auprès d'un soignant dans un contexte d'urgence peut être mal interprétée et rendre son discours inaudible (Rico-Berrocal & Le Méner, 2015, p.106). Également, une femme en situation de vulnérabilité ne pensera pas à poser les bonnes questions au professionnel lors de la consultation, parce qu'elle n'aura pas identifié le moment comme propice ou pertinent pour sa question et restera sans réponse, sans solution, plus à risque de passer à côté d'un trouble de santé et de risquer une mort évitable (Tessier et al., 2018, p.120).

³⁹ [Exposome précoce et fonction pulmonaire chez les enfants en Europe: cohorte longitudinale HELIX \(oclc.org\)](https://oclc.org)

2.2.1.2. L'accouchement

Le temps de l'accouchement présente un risque physiologique important pour la mère à cause de pathologies spécifiques comme la pré-éclampsie pouvant amener au décès lors de la délivrance. Selon l'OMS, la mortalité maternelle pendant ou après l'accouchement a baissé de moitié en Europe entre 2000 et 2020⁴⁰. Le recueil et le partage précoce entre professionnels des données relatives à la femme enceinte participera à réduire les l'inégalité de qualité des soins.

Sur le territoire, l'accouchement crée des inégalités sociales de santé, par le choix possible de la maternité, du suivi et du mode d'accouchement. Malgré les démarches de prévention universaliste proportionnée⁴¹ (cf. 2.3.3-p.60), cela a une incidence sur la mortalité (Lombrail et al. 2004, p.68).

2.2.1.3. La période post partum

Le risque majeur en période post-partum est la santé mentale et spécifiquement les conséquences des risques anxio-dépressifs de la mère. D'après l'ENP 2021 (Santé publique France, 2021), « L'état psychologique des femmes durant la grossesse semble s'être dégradé ; elles sont 8,9% à s'être senties « assez mal » (vs 7,3% en 2016) et 3,4% « mal » (vs 2,8% en 2016) durant leur grossesse » (p.42). Lorsque la mère présente un niveau de stress important (vécu de violences...) ou matérielles (difficulté à trouver un mode de garde pour son autre enfant, reprise du travail, organisation des courses, gestion du sommeil...), cela peut fragiliser sa santé mentale et amener à des situations de débordement pouvant être à l'origine du symptôme redouté du « bébé secoué » (Vellut et al., 2017, p140). Dans de telles situations, la prévention a toute son importance pour protéger l'enfant. *« Il y a les entretiens du post-partum, [...] mais est-ce que toute seule la sage-femme avec deux entretiens comme ça c'est suffisant ? Ça peut être fluctuant, on peut passer aussi après parce que la dépression elle peut venir plus tard. » (Directrice médicale, Périnatalité).* En cas de pathologie psychiatrique des services spécialisés peuvent exister. (cf. p.2.2.2-p.54).

⁴⁰ [Mortalité maternelle \(who.int\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)

⁴¹ [Qu'est-ce que l'universalisme proportionné ? | L'ANISS \(laniss.fr\)](https://www.laniss.fr/fr/actualites/actualites/2021/09/2021-09-01-qu-est-ce-que-l-universalisme-proportionne)



Les violences faites aux femmes : Un risque majoré par la maternité

La violence faite aux femmes est un sujet très présent dans les politiques publiques depuis le « Grenelle contre les violences conjugales » de 2019 qui a rendu un « plan de lutte contre les violences faites aux femmes »⁴² composé de 30 mesures de protection des femmes et des enfants. 3 ans après⁴³, aucune action phare ne concerne la périnatalité. Pourtant, cette période est révélatrice ou génératrice de violences intraconjugales de par le changement qu'elle annonce dans le couple.

Ces violences touchent toutes les femmes mais restent plus fréquentes dans un environnement précaire. De plus en plus de femmes accèdent à des hébergements d'urgence sociale d'éloignement du conjoint violent. Au niveau sanitaire, l'accompagnement est à la fois médical, psychologique et social (Blazy, 2001, p.331). Prenons l'exemple du service de soin en périnatalité du CH du Vésinet qui accueille les femmes « en grande difficulté » en moyen séjour. L'identification en prénatal de « problèmes psycho-sociaux comme violences conjugales,[...] intrafamiliales, inceste, »⁴⁴ permet « un étayage, différent selon leur fragilité [...] d'un travail de précision, du "sur mesure" » (ibid p.336) rare, les maternités ne disposant pas de services dédiés (Haab et al., 2022, p.673).

En périnatalité, « l'intérêt de la mère passe par l'aide à la mère en tentant de la rencontrer et de répondre à ses besoins » (Blazy, 2001, p.332). Elles prennent souvent conscience des violences subies à ce moment par peur pour leur grossesse, comme Desta qui a fui un environnement violent « *pour me protéger et pour protéger le bébé parce que j'avais fait 2 fausses couches...* »

Selon l'observatoire national des violences faites aux femmes Déclic Violence⁴⁵, la grossesse est également un moment propice au dépistage des violences grâce au suivi de santé et aux temps d'échanges avec un professionnel de santé qui connaît les recommandations de repérage de l'HAS⁴⁶. Les sages-femmes sont particulièrement sensibilisées à la question par l'ordre des sages-femmes⁴⁷ et les réseaux de périnatalité⁴⁸ notamment par le risque de recours tardif au suivi de santé.

Ainsi, des structures dédiées aux femmes victimes de violences doivent être pluridisciplinaires pour répondre avec justesse aux mères. A Rennes, cette dynamique s'inscrit dans la Maison des femmes⁴⁹ qui ouvrira en septembre 2023 et par les places d'hébergement d'urgence maternité créées en 2022 par l'association Aurore⁵⁰. Ces structures sont notamment en lien avec les acteurs du sanitaires (service PASS-CHU de Rennes) et médico-sociaux (SAFED).

⁴² Dossier de clôture du grenelle contre les violences conjugales [Mise en page 1 \(gouvernement.fr\)](#)

⁴³ [dossier-de-presse-septembre-2022-grenelle-des-violences-conjugales.pdf \(egalite-femmes-hommes.gouv.fr\)](#)

⁴⁴ [Hôpital Le Vésinet \(hopital-levesinet.fr\)](#)

⁴⁵ [La grossesse: une période à risque propice au dépistage | Déclic Violence \(declicviolence.fr\)](#)

⁴⁶ [Violences femmes essentiel en 4 pages 2022-03-03 11-46-35 779.pdf \(has-sante.fr\)](#)

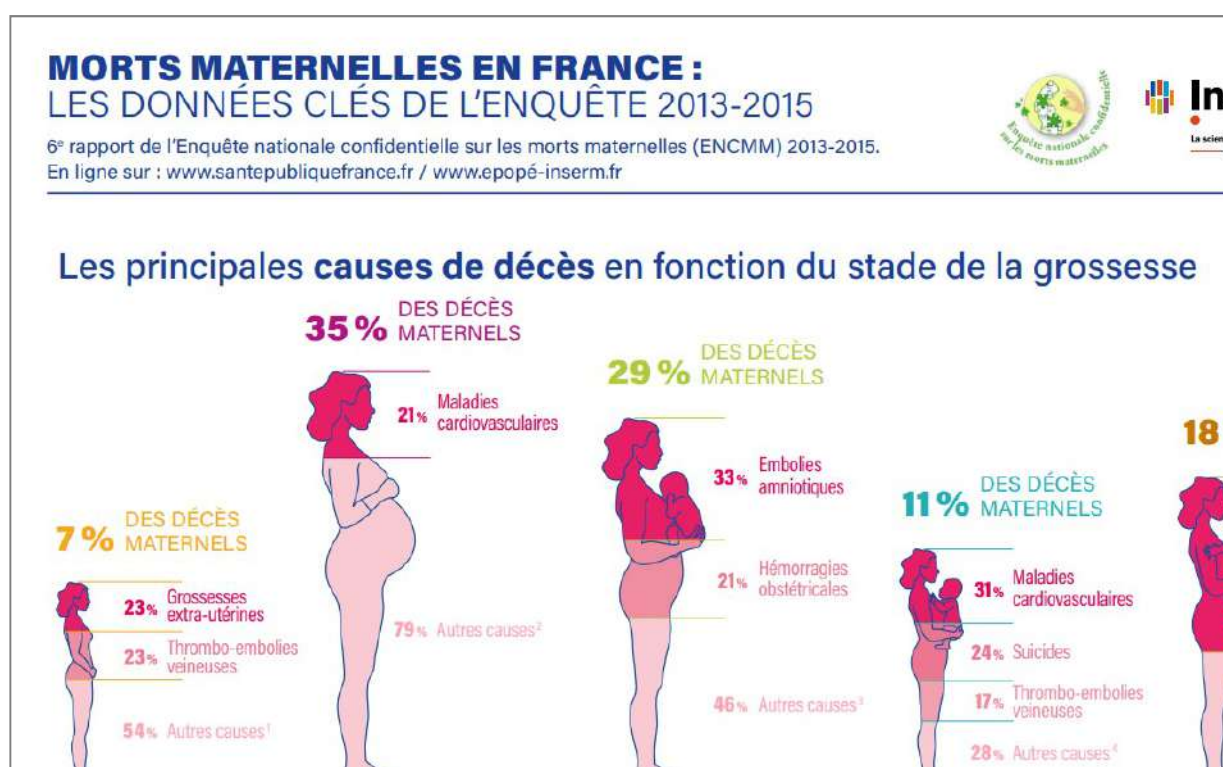
⁴⁷ [Protection des femmes et des nouveau-nés victimes de violences - CNOF \(ordre-sages-femmes.fr\)](#)

⁴⁸ [Violences et Périnatalité \(perinatalite.bzh\)](#)

⁴⁹ [La maison des femmes victimes de violences ouvrira à Rennes en septembre 2023 \(ouest-france.fr\)](#)

⁵⁰ <https://www.aurore.asso.fr/>

Des contextes de violences intrafamiliales sont aussi un véritable risque pour le nourrisson lorsqu'il y a « un ressenti plutôt négatif vis-à-vis de l'enfant » (Vellut et al., 2017, p.140). Dans des cas graves avec décès de l'enfant, les situations peuvent correspondre à des « parents violents mais conventionnels » avec des troubles psychologiques mineurs, sans difficulté d'emploi mais avec un « stress professionnel » et non « financier ou matériel ». Le « caractère répétitif des secouements » (ibid p.144) en réaction à des « pleurs [qui] sont clairement identifiés comme pouvant déclencher des gestes violents » compte, alors que le secouement unique de l'enfant semble être « consécutif à un débordement explosif d'un des parents » (ibid p.140). Le premier facteur de risque reste celui de « l'existence d'une précédente violence contre l'enfant ». Ainsi, « il n'est pas suffisant d'avoir souhaité un bébé pour être parent » (ibid p.147). Ce sujet du symptôme du bébé secoué montre bien la diversité des vulnérabilités dans un profil « jeune », précaire, l'addiction et le manque de maturité, mais aussi à des contextes de famille recomposées ou de ressenti péjoratif envers l'enfant.



Infographie 2 : Causes de morts maternelles durant la maternité en France en 2013-15

(Source : Epopé Inserm-Santé publique France : [lien téléchargement](#)- Annexe n°13)

Comme le montre l'infographie ci dessus, produite par Santé Publique France, au sujet de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) en France en 2013-15, les risques de mortalité maternelle varient selon le moment avec un risque majoré après la grossesse, notamment concernant le suicide maternel durant 1 année. Dans cette enquête, les femmes présentant une « vulnérabilité sociale » constituaient 8.6% des décès. Ceux-ci étaient majoritairement liés à des causes obstétricales et cardiovasculaires et étaient souvent évitables car

liées à des « soins non optimaux » (Tessier et al., 2018, p.119). Les conclusions de l'enquête notaient l'importance de donner les informations préventives en s'assurant qu'elles sont comprises, de collaborer autour de la patiente et de partager les données collectées (ibid, p.121).

Parmi les situations aggravant cette vulnérabilité, les grossesses multiples présentent un « haut risque bio-psychosocial » car elles nécessitent une adaptation de la prise en soin et un accompagnement à la parentalité dès la grossesse, avec un suivi psychologique et pratique dès la naissance pour favoriser le développement des interactions mère-enfants (Wendland, 2007, p.24).

Face à tous ces risques, un fonctionnement partenarial solide entre la ville et l'hôpital est essentiel mais aussi entre les maternités et le libéral, entre les dispositifs médico-sociaux et les structures d'exercice coordonné, entre les associations et les travailleurs sociaux... Car le suivi de santé influence les risques de santé maternelle. En effet, même en comptant des structures ressources pour répondre aux problématiques, des professionnels engagés dans leur pratique et investis dans l'accompagnement, l'Ille-et-Vilaine montre une volonté politique innovante comme pour la PCH⁵¹ Parentalité qui a aidé des parents en situation de handicap bien avant sa généralisation en janvier 2021 ou le service SAFED (cf. 2.2.3.p.56), mis en place par le Conseil Départemental depuis plus de 40 ans pour aider les femmes enceintes en difficulté. Cependant, des situations restent mal accompagnées : des femmes enceintes à la rue et des professionnels démunis.

2.2.2. Une interdépendance entre la mère et le bébé

En ce qui concerne le risque de santé pour le nourrisson, il reste la priorité. En effet, le suivi médical de la grossesse est pensé pour protéger le fœtus au plus tôt. D'ailleurs, les recommandations de prévention santé liées à une modification de comportement ou d'habitude de vie de la maman débutent dès la période préconceptionnelle. Le rapport de l'OMS « Mettre fin aux décès de nouveau-nés et aux mortinaissances évitables d'ici 2030 »⁵², paru en septembre 2020, indique sans surprise que les chances de survie d'un prématuré dépendent du lieu de vie et indique que « moins de 10 % des très grands prématurés décèdent dans les pays à revenu élevé ». Ce rapport de l'OMS rappelle que « la prévention des décès et des complications d'une naissance prématurée commence par une grossesse en bonne santé » et indique comme solutions prioritaires « les conseils sur une alimentation saine, une nutrition optimale, le tabagisme et l'usage de substances psychoactives ; [...] l'échographie précoce pour aider à déterminer l'âge gestationnel et détecter les grossesses multiples ; et au minimum 8 contacts avec des professionnels de la santé pendant la durée de la grossesse, à commencer avant 12 semaines, pour identifier et gérer d'autres facteurs de risque, tels que les infections ». Le lien d'attachement est également évoqué dans ce rapport expliquant la « nécessité

⁵¹ Prestation de compensation du handicap, délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées
⁵² [french-version-every-newborn-targets-and-milestones-to-2025.pdf \(who.int\)](#)

de veiller à ce que la mère et la famille jouent un rôle central dans les soins au nourrisson. Les mères et les nouveau-nés doivent rester ensemble dès la naissance » en valorisant le soutien aux familles et aux pères par des visites à domicile de professionnels de santé qualifiés. Finalement, ce rapport à visée mondiale et humanitaire fait écho aux recommandations françaises.

Les risques de santé pour le bébé sont présents à différentes étapes de son développement : in utéro par le risque fœtal lié à une consommation de substances psychoactives ou à un contexte de violence. A l'accouchement, parmi les risques plus fréquents chez les femmes en situation de vulnérabilité, le risque de prématurité et de petit poids de naissance ont été montrés (Gottardi et al., 2022) et peuvent notamment engendrer des lésions handicapantes chez l'enfant. En Bretagne, le risque de naissance prématurée est à 5.6% (contre 7% au niveau national) et le petit poids du bébé à la naissance à 6.3% (contre 7% en France). Ces chiffres sont stables par rapport à l'ENP 2016 et le taux breton est parmi les plus bas d'après l'ENP 2021 (p 166-167). A l'inverse, la macrosomie fœtale⁵³ a augmenté avec un taux passant de 5% en 2016 à 8.7% en 2021. Des liens sont faits avec l'existence d'un diabète gestationnel ou d'une obésité chez la mère, or un nouveau-né dépassant les 4,8 kg représente un danger pour lui-même et pour sa mère.

L'état de santé du nourrisson peut aussi être altéré par de mauvaises conditions de vie dès la naissance (sommeil dégradé, alimentation pauvre, insécurité... et stress contagieux). Le fœtus comme le nourrisson ont besoin d'une protection de leur santé car ils dépendent entièrement des adultes et plus particulièrement de leur mère, pour tous leurs besoins essentiels. « *C'est pendant ces 3 [...] voir ces 6 premiers mois qu'il faut mettre le paquet parce que tout ce qu'on fera là, c'est de la prévention pour plus tard, on sait que tout ce qui se passe dans l'enfance avec un mauvais lien, avec des liens d'attachement qui ne sont pas de qualité, ça provoque des troubles du comportement, des maladies chroniques, des dépressions...* » (Directrice médicale, Périnatalité).

Enfin, les conclusions d'une étude cas-témoins basée sur l'auto-évaluation et l'observation en maternité IIB, indiquent que « la précarité influence dès la maternité le lien mère-enfant, c'est-à-dire les sentiments que la mère porte à son bébé. En revanche, elle n'influence pas la relation mère-enfant car les interactions sont préservées » (Lyonnais, 2016, p.262). Or, « les situations d'altération du lien mère-enfant sont des précurseurs des troubles de l'attachement » et du développement ultérieur de l'enfant (Dupuy & Kojayan, 2021, p.56). Là encore, il est conseillé de « s'intéresser dès la naissance de l'enfant aux particularités de son développement sans attendre que les troubles s'installent [...] Les collaborations professionnelles sont nécessaires, encore faut-il que les ressources existent, ce qui est loin d'être le cas en dehors des grandes agglomérations » (ibid). Ainsi, la prévention peut aider des parents en difficulté si elle développe le portefeuille de compétences

⁵³ À la naissance, bébé pesant plus de 4 kg et dont les dimensions dépassent des valeurs normales maximales.

psychosociales que détient chaque parent (Gorza et al., 2018, p40), afin de lui permettre de travailler ce lien. Ce sujet mériterait d'être développé mais nous nous en tiendrons à la maternité.

2.3. Le risque particulier du contexte migratoire

Comme toutes les femmes d'Ille-et-Vilaine rencontrées dans le cadre de ce mémoire, les femmes nées à l'étranger présentent un risque spécifique. Le risque accru de mortalité maternelle des femmes migrantes, notamment subsahariennes, est « une réalité partagée » par plusieurs études réalisées en Europe (Danemark, Pays-Bas, Royaume-Unis) mais aussi au Canada et en Australie. Ce risque résulte d'abord de soins sous-optimaux, soit l'écart avec une bonne pratique ou une pratique standard, notamment par défaut d'accès aux professionnels de santé. Le suivi périnatal inadéquat car tardif (au-delà de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée) réduit de 50% des consultations obligatoires ou recommandées pour la population générale (Sauvegrain et al., 2016, p.391).

Cet accès à un suivi de santé dépend aussi du vécu de la migration et concerne des femmes en situations d'extrême vulnérabilité. La maternité est moins taboue dans ce contexte, d'ailleurs, lors d'un débat sur « les femmes dans la migration »⁵⁴, des humanitaires ont rappelé l'invisibilité de ces femmes causée par le traitement médiatique de la migration qui les déshumanise en les réduisant à des chiffres et se référant à des catégorisations masculines. Alors qu'une personne exilée sur deux est désormais une femme, les violences de toutes natures dont elles sont victimes peuvent être à l'origine de leur départ ou subies sur le chemin de l'exil et causer des psychotraumas sévères. Ces contextes ont un fort impact sur leurs enfants présents ou à naître et constituent un enjeu de santé publique car un stress est « radioactif » et se diffuse de la mère à l'enfant ; « *mon fils (de 5 ans) ça l'a affecté, 'comment maman, on a quitté ?', il se pose beaucoup de questions, là c'est pas bien, moi je me demande pourquoi ça, je suis venue me protéger, et pourquoi on me fait ça, mais j'ai tout laissé là-bas en Afrique* » (Desta). Cette onde de choc fait écho aux données scientifiques analysées par le Center on the developing child (Harvard University) et utilisées par le projet Panjo, ayant prouvé le risque toxique du stress extrême de la mère sur l'enfant⁵⁵.

Ce phénomène de stress post-traumatique est confirmé dans une publication de l'IRDES qui précise que « les personnes étrangères sans titre de séjour » interrogées dans l'enquête Premiers pas sont 54 % à avoir vécu un ou plusieurs événements traumatiques : 33 % déclarent avoir vécu un tel événement dans leur pays d'origine, 19 % pendant leur parcours migratoire et 14 % en France » (Prieur, 2022)p.4). Le stress généré peut devenir traumatique pour la femme enceinte « *il y a une dame qui m'a ramassée, quand elle m'a vu dehors elle m'a dit « non mais tu es enceinte, tu ne peux pas rester comme ça [...] j'ai accouché directement, tellement j'avais du stress* » (Desta) et pour le

⁵⁴ Débat public « [Les femmes dans la migration](#) », Médiapart, Paris, le 25 mars 2023.

⁵⁵ [Toxic Stress \(wpengine.com\)](#)

nourrisson « beaucoup de stress, mon bébé est mort ici, à Rennes, à l'Hôpital » (Karolin). Ces situations critiques empêchent l'accès à la prévention, le stress prenant toute la place.

Cependant, les femmes qui vivent une situation critique ont tout autant le droit d'avoir accès à l'information de prévention que les autres. « *Ca va pas être la priorité et pour autant, on ne peut pas se dire parce que leurs difficultés sont si importantes, on ne peut pas ne pas leur proposer* ». En effet, une fois qu'une femme a l'information, « *c'est elle qui va décider à quel moment elle se saisit et ne se saisit pas de cette information* » (assistante sociale, PASS). En attendant que leur situation s'améliore, les femmes cultivent leur invisibilité (Boinot, 2008, p.103) et peuvent être fuyantes face aux accompagnants sociaux, moins si elles ont un enfant qui leur donne plus de protection avec leur statut de mère (idib p.104). La raison de cette difficulté d'identification est notamment la mobilité qu'engendre l'instabilité d'hébergement, ce qui les discrimine. « La notion de discrimination renvoie aujourd'hui à un ensemble de critères parmi lesquels ressortent tout particulièrement ceux du sexe, de l'origine, de l'âge, du handicap et de l'orientation sexuelle. Penser les discriminations amène ainsi à saisir les inégalités dans leurs dimensions plurielles et invite à s'intéresser à l'articulation des rapports sociaux » (Braverman & Lorette, 2021, p.12). Mais « Si l'on considère qu'en 2015 un enfant sur 5 est né en France de mère née à l'étranger, alors les inégalités de santé maternelle liées à l'immigration sont une réelle priorité de santé publique » (Sauvegrain et al., 2016, p.395).

3. Les limites de la prévention maternité

Comme l'ont montré des études, « la multiplicité des facteurs impliqués dans la construction des inégalités, leur effet cumulatif agissant tout au long de la vie, souvent renforcé plus que réduit par le système de soins et de prévention » (Braverman & Lorette, 2021, p.9) aggrave les écarts entre les femmes. Des solutions de santé publique ont donc été mises en place pour lutter contre les inégalités de santé en offrant notamment de l'aide aux familles en fonction de leur statut économique et social. Pour ce qui est de la prévention de santé maternité, les femmes ne sont pas touchées de manière identique par les recommandations.

Si nous considérons les classes moyennes et supérieures, la catégorie socioprofessionnelle d'une femme, sa stabilité et son ancienneté dans sa classe sociale ainsi que sa profession peut lui donner une vision en « réalité [...] "augmentée" » renforcée par « les richesses matérielle et culturelle » qui occupent son quotidien (Van Zanten, 2021, p.622). Cette condition lui permettra notamment de financer des accompagnements hors nomenclatures, comme si elle pouvait acheter ses soins. Elle pourra choisir une clinique privée qui répondra à des exigences hôtelières s'approchant d'un « hôtel-spa », avec des « produits de beauté » à disposition et des couloirs « vides de chariots de soins ou de ménage, d'affiches de prévention ou d'informations sur le fonctionnement du service » (Gelly et al., 2021, p.76). Ces établissements qui offrent aussi une « nurserie, c'est super.

On peut y aller n'importe quand. Je l'ai donné [l'enfant] tous les soirs à minuit pour le récupérer quand je me réveillais », n'aident pas à créer le lien d'attachement mère-enfant. Également, des soins peuvent être obtenus sur demande, comme la césarienne programmée sans raison de santé, jusqu'à 2 fois plus que le taux national (ibid, p.75), ou un 1^{er} examen tardif réduit « à 38 semaines [8 mois] on fait juste une écho pour le poids fœtal » pour se positionner comme un lieu sans contrainte (ibid, p.90). Si on se réfère à l'ENP 2021, 3.5% des femmes ont eu un déclenchement de leur accouchement sans raison médicale et seulement 1% pour une césarienne sans motif médical, ce qui correspondrait à près de 7 500 femmes, rapporté au nombre total de naissances en 2021. Ces soins sont « non conformes aux recommandations médicales nationales » (ibid, p.80) et peuvent finalement pénaliser les femmes. Quel crédit aurait la prévention maternité auprès de femmes qui « remettent en cause les discours médicaux » (ibid, p.73) et choisissent des établissements qui ne respectent pas les recommandations nationales pour vivre leur accouchement sans contraintes ? Il n'est cependant pas question d'exclure ces femmes de la prévention.

Les femmes des catégories socioprofessionnelles moyennes ne reçoivent généralement pas d'accompagnement spécifique mais n'ont pas non plus suffisamment d'aisance financière pour certains extras. Cette catégorie de femmes est souvent plus sensible aux messages et comprend les enjeux des campagnes de prévention et la notion de choix éclairé. Malgré tout, l'assistante sociale du PASS prenait l'exemple d'un « *couple inséré professionnellement, ils ont une maison, ils avaient leur 1^{er} enfant, ils n'ont pas 18 ans et en fait elle était en peine parce qu'effectivement les médecins lui ont dit qu'elle allait accoucher prématurément et que là pour l'instant elle était en arrêt de travail et qu'il fallait qu'elle se repose. Elle a dit qu'elle est allée voir sur internet, sur Ameli.fr, service public.fr... "Je ne vois rien qui correspond à ma situation"* ». Cela questionne : pourquoi « *une femme qui a tous les habitus pour comprendre, [...] n'a pas compris et n'a pas réussi à trouver par elle-même la réponse ?* » Parce qu'« *il y a plein d'informations disponibles mais je ne sais pas par où commencer !* ». Cet exemple illustre le besoin de ne pas catégoriser « *Où est la précarité ? Où est-ce qu'elle commence ? Comment elle se définit ? Qu'est-ce qu'on accompagne ? Comment on peut accompagner ? Quelles sont les réponses qu'on peut mettre en place ?* » (assistante sociale, PASS). L'universalité des actions de prévention reste donc primordiale.

Enfin, en s'intéressant aux femmes qui dépendent des catégories socioprofessionnelles inférieures, les avis divergent. Prenons l'exemple des recommandations de prévention alimentaire liées au diabète gestationnel « *plus le niveau de vie est bas et plus la prévention n'a aucun intérêt* » pense une coordinatrice de MSP située en QVT, alors que la directrice médicale de Périnatalité Bretagne pense « *qu'on s'adresse mal à elles* » et que « *les femmes [en situation de vulnérabilité] ne font pas parce qu'elles sont mal informées* ». Elles reçoivent des aides spécifiques pour accéder aux soins et peuvent bénéficier d'un accompagnement favorisant leur compréhension

du système de santé, des droits et de ce qui leur est demandé de faire, notamment en matière de prévention. Mais ce n'est pas forcément suffisant. Dans les situations critiques, les professionnels de l'accompagnement doivent aller à l'essentiel, leur temps étant phagocytée par l'organisation du relais pendant un « *suivi très court dans une période de grande vulnérabilité, donc il faut des solutions derrière* » (assistante sociale, conseil départemental). Par exemple, une cheffe de famille monoparentale et ayant un travail précaire, mal rémunéré et avec des horaires atypiques n'aura-t-elle pas une charge quotidienne trop lourde pour prendre du recul sur son suivi de santé et faire siennes les recommandations de prévention ? Il est donc important que les professionnels qui effectuent le suivi de cette femme questionnent ses connaissances et sa compréhension des conseils de prévention pour accompagner le message pour l'aider dans cette appropriation.

Les femmes qui ne parlent pas le français, qui sont à la rue ou qui n'ont pas de droits peuvent difficilement se saisir des recommandations de prévention, parfois inadaptées à leur situation. Par exemple, lors de la rencontre avec Imani, lorsque la question de la « pratique physique » recommandée durant la grossesse a été évoquée pour savoir si elle la connaissait, elle s'en est amusée car, avec ses 8 mois de grossesse de jumeaux, elle se déplace quotidiennement pour les nombreuses démarches administratives et de santé qu'elle doit réaliser du fait de son suivi tardif. Les femmes enceintes sans domicile fixe sont amenées à avoir une grande mobilité et à ne pas choisir ce qu'elles mangent, ce qui rend certaines préconisations malvenues.

Aussi, la prévention peut ne pas toucher sa cible parce qu'elle parle d'un sujet pour lequel les femmes ne se sentent pas concernées. Prenons l'exemple de Desta qui disait, au sujet de la contraception, « *je dois mettre l'implant, ça m'a un peu compliqué, ça peut faire jusqu'à 2 semaines avec des écoulements, et quand j'ai retiré ça, tout de suite je suis tombée enceinte de mon garçon ! Après je me suis dit, non, je dois arrêter, je ne dois plus mettre ça. Ça ne me convenait pas, ça faisait des problèmes et d'autres difficultés* ». Malgré ses 4 enfants et plusieurs fausses couches à 24 ans, le suivi de santé qu'elle a eu dans son pays ne lui a pas permis, après le retrait de son implant, d'utiliser un autre moyen de contraception. En 2017, le rapport DSAFHIR (Samu social de Paris)⁵⁶ établissait aussi un défaut de contraception exposant les femmes isolées et migrantes à des grossesses imprévues, ainsi qu'à un renoncement aux soins notamment de médecine générale, et à l'inadaptation des hébergements d'urgences aux besoins des femmes enceintes (p.42).

D'autres actions de prévention ne trouveront pas non plus d'écoute pour des raisons culturelles, par exemple « *les femmes musulmanes refusent ce test (trisomie 21) car pour elles, avorter, est inconcevable* » (coordonnatrice MSP-QPV). Rashida évoque ce test en disant « le mongol » mais n'a aucune restriction au sujet de la vaccination qu'elle a en partie faite dans son pays, donc sans réticence culturelle. Inversement, Desta évoque l'alimentation conseillée dans son

⁵⁶ « [Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées](#) », du samu social Paris, 2020

pays en suite de couche « *en Afrique, quand tu accouches et que tu rentres à la maison, il faut prendre des légumes, des feuilles de manioc, chez nous on prend ça [...] tout le temps après l'accouchement, ça permet d'augmenter un peu les sangs* » mais qu'elle ne peut pas trouver à Rennes et sa douloureuse première confrontation avec les boîtes de conserves, dans une banque alimentaire, elle qui avait l'habitude de manger des produits frais.

Ainsi, l'attitude des professionnels prend une grande part dans l'efficacité de la prévention maternité auprès du public de manière générale et auprès des personnes les plus vulnérables. Les campagnes de communication pensées pour être universelles ne sont pas, de l'avis de tous, adaptées aux femmes en situation de vulnérabilité. Par exemple, une coordinatrice de MSP situé en QVT explique « *je crois à la prévention, plus percutante, qui est donnée par le médecin (que la personne connaît); elle a plus d'impact parce qu'elle est personnalisée avec les médecins d'ici* ». Selon elle, cette communication doit d'ailleurs être très directe pour être efficace, comme en prenant l'exemple des risques liés au diabète gestationnel, et pour l'infirmière de la MSP « *contrainte d'utiliser des mots forts et d'exprimer les risques fœtaux et maternels de manière cru "mort du bébé", "malformation du bébé"* ». Le postulat adopté dans cette MSP est « *on peut évoquer les risques, mais il faut s'adapter à la culture... finalement on n'est pas là pour essayer d'abaisser la courbe* » (Coordonnatrice MSP-QPV). Quelle que soit la situation, il faut donc « *s'adapter par rapport à une temporalité, aux besoins, par rapport à cette ligne de mire* » (assistante sociale, PASS).

Au final, la prévention générale n'est accessible qu'à une partie de la population et ne permet pas de couvrir la totalité des axes de prévention que couvre la maternité. Si l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS)²⁸, elle demande une capacité de communication et de compréhension, une disponibilité et une réelle ouverture d'esprit ainsi que les moyens quotidiens de les réaliser de manière personnelle. Ainsi, malgré les limites que nous venons d'évoquer, il est évident que chaque femme a le droit d'accéder aux recommandations de prévention pour pouvoir être actrice de sa santé et, dans l'idéal, prendre des décisions éclairées pour suivre, ou non, ces recommandations. Les femmes rencontrées étaient en responsabilité de leur situation, avec des valeurs et des espoirs et avec le souhait de pouvoir agir en faveur de leur situation. Elles avaient toutes les capacités de s'occuper d'elles et de leur bébé dans une attitude digne face aux difficultés, à condition qu'il leur soit donné les moyens de faire évoluer leur situation, avec des outils dont elles pourraient se saisir de manière légitime.

Nous allons ainsi voir, dans la deuxième partie de ce travail, comment les actions de prévention peuvent être adaptées pour être les plus appropriées possibles. Pour cela, nous allons nous appuyer sur les entretiens, la littérature et les expériences identifiées au niveau national et qui pourraient inspirer des initiatives pour l'Ille-et-Vilaine.

II. Devenir mère dans un environnement adapté et sécurisé

Dans le but de réduire les inégalités en santé dans l'accès à la maternité, des actions globales sont mises en place auprès des femmes enceintes et visent à toucher le plus grand nombre bien qu'elles puissent « engendrer des effets pouvant aggraver les inégalités sociales de santé car plus favorables pour les catégories aisées » (Porcherie et al., 2018a, s.26). Alors, des démarches ciblées vers les femmes en situation de vulnérabilité cherchent à réduire les écarts de santé mais risquent de stigmatiser les bénéficiaires. L'important est donc de réfléchir au « modus operandi » des actions dites « universelles » et de travailler à les rendre réellement adaptées à toutes, dans une démarche de justice sociale. C'est ainsi que la mise en œuvre de mesures universelles proportionnées, agissant sur le gradient social de santé, coordonnées localement et respectant le principe de subsidiarité⁵⁷ cherchent à réduire les écarts entre les extrêmes de manière graduée en visant l'ensemble de la population, en ciblant des groupes de population et en concernant des individus présentant un risque particulier (ibid).

Lors des études de terrain, cette gradation nécessaire des mesures à prendre s'est illustrée de manière majeure sur trois thématiques qui vont être développées ici. Tout d'abord le logement a été pointé comme une difficulté par toutes les personnes rencontrées, professionnelles et femmes concernées, et confirmé dans les lectures. Ensuite, la santé des femmes constitue le cœur de notre thématique et a été au centre des échanges avec les personnes interviewées. Enfin, la parentalité, suite logique de la maternité, est revenue comme un thème nécessaire à préparer et est déjà un axe gouvernemental fort des politiques publiques dans le cadre du projet des « 1000 premiers jours ».

1. Le logement au centre de toutes les difficultés

Selon le code de l'action sociale et des familles⁵⁸, « les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile ». Cette mission revient aux Conseils Départementaux mais est partagé avec l'État au titre de l'aide sociale de l'État⁵⁹, pour les familles en détresse sollicitant le 115 pour un hébergement d'urgence. Le droit au logement est un droit inconditionnel pour les personnes en détresse depuis 2009 et donc pour les femmes enceintes sans logement.

Il représente également un thème incontournable d'évaluation des critères de vulnérabilité (Haab et al., 2022; Saïas et al., 2021) « *Le problème numéro un à régler chez une femme enceinte c'est la question de l'hébergement* », « *On mesure maintenant combien ça peut être compliqué de se*

⁵⁷ La responsabilité d'une action publique revient à l'entité compétente la plus proche de ceux qui sont directement concernés par l'action.

⁵⁸ 4° de l'article L. 222-5- [Situation des femmes enceintes sans domicile fixe \(senat.fr\)](#)

⁵⁹ Article L. 345-2-2 et 345-2-3 du code de l'action sociale et des familles

projeter, d'être sereine, d'aborder d'autres questions tant que la question de l'hébergement n'est pas résolue » (assistante sociale, PASS). Si on se réfère au score EPICES, échelle validée créée par les Centre d'Examens de santé de la CPAM, pour mesurer la vulnérabilité sociale, le fait d'être propriétaire de son logement est un des facteurs sensibles. Sans aller jusqu'à la notion de propriété, le logement répond par ses équipements aux besoins d'être logé sous-entend une sécurité matérielle.

Nous allons ici chercher à savoir si les difficultés d'accès au logement qui concernent souvent les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sont présentes en Ille-et-Vilaine et comment elles sont ou pourraient être compensées par des initiatives.

1.1. Un droit fondamental et un déterminant majeur de santé

« *Quand on peut stabiliser une femme en situation de précarité sur son hébergement, on peut avancer et faire d'autres démarches* » (assistante sociale, PASS). Le logement représente un droit fondamental et « un déterminant de santé majeur » des populations, reconnu par l'OMS (Arcella-Giroux et al., 2021)p.4). Lorsqu'il est défavorable et insécuritaire, il influence négativement la santé physique (promiscuité, risque respiratoire) et psychique (mauvaise qualité, sur-occupation).

Dans l'étude PELAGIE qui mesure l'impact des inégalités sociales et de la pollution atmosphérique sur les risques de grossesse, la Bretagne est détaillée en contexte urbain et rural par famille de territoires : l'agglomération urbaine (composée de la ville et de la banlieue), les villes isolées et les zones rurales, avec des habitats dispersés (Bertin, 2015). Les logements situés dans des territoires ruraux, aussi exposés aux risques d'insalubrité, peuvent être situés dans des zones reculées et limiter l'accès aux services, aux commerces de proximité ainsi qu'aux lieux de soins et alourdir la charge quotidienne par un besoin de mobilité véhiculée. Les logements isolés éloignent aussi leurs occupants du système de santé ce qui cause un non-recours aux droits de santé.

L'accès au logement est conditionné par le statut socio-économique du demandeur, notamment pour le logement social qui est basé sur un reste à vivre et sur les revenus financiers du foyer. Situés en périphérie des grands pôles urbains, les logements sociaux sont 2 fois plus occupés par les familles monoparentales du fait de leur précarité budgétaire. Les femmes représentent 60 % de ces familles monoparentales et 1 sur 3 vit sous le seuil de pauvreté (Cros & Neveu, 2019)⁶⁰. Entre 2014 et 2017 en France, 3 personnes sur 10 avaient des difficultés de logement (chauffage, isolation, inadapté, couteux...) et pour 56% étaient des familles monoparentales (Arnold et al., 2019)⁶¹. Concernant l'emploi, les femmes constituent 70 % des travailleurs pauvres, elles occupent pour 62 % des emplois non qualifiés et 82 % d'entre elles travaillent parfois avec des horaires fractionnés ou

⁶⁰ [11 millions de personnes sont locataires d'un logement social - Insee Première - 1715](#)

⁶¹ [Une personne sur dix connaît des difficultés de logement durables - Insee Première - 1743](#)

atypiques à temps partiel, subi ou souhaité, et mal rémunérés (Bousquet et al., 2017), p.6). Leurs revenus bas ne leur permettent pas d'accéder facilement à un logement ni d'en choisir la localisation.

En devenant enceinte, leur situation n'évolue pas de manière favorable au niveau socio-économique et peut même s'aggraver. En effet, la grossesse peut être considérée comme un travail, physique et cognitif, peu compatible avec une vie quotidienne de mère avec un travail précaire. La triple journée de ces femmes ressemble à un « parcours de soins complexe assorti d'une multitude d'injonctions sanitaires et de démarches administratives » qui les oblige souvent à quitter leur emploi assez tôt (Boulet, 2021)p.7). Si le logement participe à l'insertion sociale et scolaire d'une famille, son absence est une source d'invisibilité pour celles qui, en constante mobilité, ne font que passer et ne peuvent rien construire sans pouvoir s'ancrer dans un territoire. L'état de grossesse existe sur un temps court et implique un changement de situation rapide qui ne peut pas être anticipé en « anté-conceptionnel » pour prévoir un logement. Ainsi la temporalité de l'accès au logement social est incompatible avec celui de la maternité.

L'hébergement doit donc être envisagé, mais les structures d'hébergement prennent en compte la situation sociale et spécifique des personnes selon leur statut (urgence, insertion, handicap...) ce qui exclut des personnes ne rentrant pas exactement dans leurs critères. L'hébergement est inadapté à la maternité par l'insécurité liée à l'aspect temporaire de l'occupation du logement et à l'incertitude de l'avenir qu'il procure (Castel, 2009). Une femme enceinte vivant dans ces conditions peut difficilement réaliser un suivi de grossesse avec le même professionnel. Même si les besoins de logement évoluent après un accouchement, « *comme le dispositif de logement social est saturé, il y a moins de sortie en centre maternel, tout est embolisé* » (assistante sociale, conseil départemental).

Les situations d'absence de logement sont généralement dues à un défaut de droits et poussent à trouver d'autres solutions : caravane, foyer maternel, hôtel, amis... (Durand, 2005) p.16) Afin de limiter ces situations, il est essentiel de savoir comment les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sont repérées, en amont, par les professionnels et les dispositifs dédiés pour les mettre à l'abri et trouver des solutions durables. Par exemple, comme l'expliquait Clélia Gasquet-Blanchard⁶² lors de la visite guidée de l'exposition photographique « Lignée : l'odyssée de nos mères » de Pauline Gauer⁶³, les départements de la région parisienne abordent l'hébergement social des femmes enceintes ou mères sans domicile de manière différente : certains proposent des hébergements pour quelques jours, afin de permettre au plus grand nombre d'avoir du temps de répit dans un logement là où d'autres prennent le parti de proposer un hébergement dans la durée mais sans répondre à toutes les demandes. Une bénéficiaire d'hébergements d'urgence est contrainte à « une vie mobile

⁶² Directrice du réseau de santé Solipam (Solidarité Paris Mamans) et enseignante chercheuse à l'EHESP

⁶³ Exposition proposée aux apprenants de Master 2 et au personnel de l'EHESP, le 22/05/20230.

et "avec ses sacs" (Gasquet-Blanchard & Moine, 2021) p.228) et pour pouvoir les poser, se projeter et construire sa vie à un endroit, sans craindre d'être délogée, le temps est nécessaire.

Le manque de logement met à mal toutes les compétences maternelles. Une femme en situation de vulnérabilité ne pourra pas appliquer facilement les recommandations de suivi et de prévention sans s'attacher à un territoire, sans rester en relation avec son cercle de soin et tisser des relations de confiance pour évoluer dans un environnement serein pour vivre sa grossesse. Le logement écarte les risques d'agression et de nuisances environnementales d'une vie à la rue.

Une fois le bébé né, il est extrêmement difficile pour la jeune mère sans domicile de suivre les premières recommandations de santé pour son enfant, sans lui offrir un environnement stable comme par exemple le respect du rythme de sommeil. Cela engendre des jugements de la part des autres et de mauvaises interprétations de la part des soignants de difficultés qui deviennent des risques sociaux et induisent une « sanitarisation du social » (Honta, 2021)p.72) par un traitement social des vulnérabilités autour d'une question sanitaire. Dans les situations complexes, différents secteurs doivent collaborer pour la santé de la mère et de l'enfant, ce qui n'est pas souvent réfléchi dans la construction de politiques de santé publique qui agissent dans « des logiques d'interdépendances et des ressources complémentaires dont ils disposent » (Mariette & Pitti, 2021) p.64). C'est d'ailleurs ce qui a pu être observé lors de l'étude de terrain. Toutes les structures contactées étaient impliquées dans l'accompagnement des femmes enceintes notamment en situation de vulnérabilité et comprenaient donc des professionnels avec un profil sanitaire, médico-social et social. Suite à la demande d'entretien, l'orientation s'est systématiquement faite vers les travailleurs sociaux et non vers les professionnels de santé, notamment les sages-femmes présentes dans ces équipes et expertes de la maternité. Cela semble montrer que lorsqu'il est question de femmes enceintes en situation de vulnérabilité, il est avant tout question d'une problématique sociale avant la question sanitaire de la prise en soin d'une femme en difficultés.

D'ailleurs, lorsqu'une femme appelle le 115 pour une demande d'hébergement d'urgence, une des premières questions qui lui est posée est de savoir si elle est enceinte et si elle a des enfants⁶⁴, mais cela donne rarement des solutions adaptées, le Samu social étant assailli de demandes. Pour une femme enceinte à la rue, exclue de son domicile alors que la maison reste « le champ social attribué à la femme », elle devient « socialement et moralement suspecte » (Boinot, 2008) p.105) et peut amener des réactions de rejet de la part des autres car « une femme sans-abri dérange à notre insu nos représentations les plus archaïques. » (Mondière, 2003)p.7).

Ainsi, les problèmes d'accès au logement et à l'hébergement que rencontrent les femmes enceintes en situation de vulnérabilité est donc liés aux difficultés financières, administratives et

⁶⁴ Emission A l'air libre « [Enceintes, exilées, elles vivent à la rue](#) » – Médiapart - 22/06/2022

sociales de leur statut et aux situations incompatibles avec les pré-requis demandés. En conséquence, une structure d'hébergement pour personnes handicapées n'accueillera pas une femme en situation de handicap avec son nourrisson, une structure d'hébergement d'urgence pour femmes victimes de violences n'hébergera pas une femme enceinte à la rue qui vit avec son mari sans conflit et un foyer de jeune travailleur demandera à un jeune couple en démarche d'insertion qui va devenir parent de chercher un autre lieu d'accueil, comme cela a été le cas pour Axelle, priée de quitter un foyer de jeunes travailleurs lorsqu'elle était enceinte. Ce cloisonnement visant à répondre à des problématiques prioritaires exclut aussi des femmes dont les besoins sont réels. Selon l'ENP 2021, 6.3% des femmes ayant accouché dans l'année avaient un logement instable ce qui, rapporté au nombre de naissances, pourrait correspondre à environ 45000 femmes en France.

1.2. Des ressources multiples concentrées autour de Rennes

Le logement est un thème central dans notre problématique et même « *le problème principal* » (assistante sociale, PASS) des problématiques sociales rencontrées dans les services de permanences d'accès aux soins (PASS). Ceci s'est retrouvé dans le travail d'investigation lors duquel la totalité des personnes rencontrées, les femmes comme les professionnelles, ont pointé le logement comme une problématique dans le parcours de santé d'une femme enceinte.

Au niveau de Rennes métropole, le programme local d'habitat prévu pour 2023 soutient l'accès au logement social et à la propriété⁶⁵ par la production de nouveaux logements, l'encadrement du montant des loyers et une aide à l'accession grâce notamment à un Organisme foncier solidaire⁶⁶. Malgré cette dynamique favorable relative au logement social, des besoins d'hébergement ne sont pas couverts sur le département, y compris dans le secteur de Rennes, et « *des femmes enceintes sont remises à la rue* » (assistante sociale, conseil départemental).

Tout d'abord, l'accès à un logement social demande un temps long. D'après l'observatoire du Creha Ouest, qui gère et anime les fichiers départementaux de la Demande Locative Sociale en Bretagne, pour obtenir un logement social en Ille-et-Vilaine, il faut compter un délai de 18,6 mois en moyenne (en 2022) et 17 mois pour les publics prioritaires (en 2021)⁶⁷. Le délai s'allonge même en ville pouvant aller jusqu'à « Trois ans d'attente à Rennes pour obtenir un logement social » d'après sa maire, Nathalie Appéré, qui s'en inquiète dans un article de la presse locale en mai 2023⁶⁸. Ce délai est bien supérieur à la durée d'une grossesse. Le logement social n'est donc pas une solution envisageable pour une femme enceinte en situation de vulnérabilité sans logement en Ille-et-Vilaine.

⁶⁵ [14011_10911_CP_lancement_revision_PLH_210415.pdf \(rennes.fr\)](#)

⁶⁶ [Le Plan Local de l'Habitat de Rennes Métropole - 2015-20.pdf](#)

⁶⁷ [Nos bilans et publications - CREHA Ouest \(creha-ouest.org\)](#)

⁶⁸ [ENTRETIEN. « Trois ans d'attente à Rennes pour obtenir un logement social » \(ouest-france.fr\)](#)

L'hébergement semble donc plus accessible à ces femmes. Le dispositif qui répond de la manière la plus personnalisée à ces situations est le centre parental, qui propose un accompagnement pouvant aller jusqu'aux 3 ans de l'enfant. Depuis 2016, les centres maternels sont devenus centres parentaux, prenant plus en considération les pères/coparents dans la structure familiale en suivant l'initiative lancée par le centre parental parisien "Aire de famille" (Van der Borgh, 2017). En Ille-et-Vilaine, 5 centres parentaux associatifs existent dans 5 formats différents permettant de répondre au plus près aux besoins des familles hébergées.

Le centre parental de Saint-Malo, géré par l'association sociale Le Goéland⁶⁹, impose des temps collectifs au sein d'un « appartement-atelier » qui sert de « base rapprochée » à l'équipe médico-sociale, dans le même hall que les appartements autonomes mis à dispositions pour les mères et les familles. Il crée du lien social par « *des ateliers collectifs [...] ça me fait du bien du coup, parce que j'aime bien quand il y a du monde, pourtant jeune j'étais tout le temps isolée* » (Axelle).

Parmi les 3 centres parentaux situés dans le secteur rennais, le centre parental géré par l'association ESSOR⁷⁰, a une stratégie ciblée sur les publics très jeunes, jusqu'à 26 ans, en cohérence avec les services de mesures éducatives et administratives qu'ils proposent en lien étroit avec l'ASE. L'Asfad gère un centre parental d'urgence afin de répondre à des situations particulièrement critiques et propose 2 places pour le département à Rennes, et un centre parental⁷¹ propose des ateliers socio-culturels de travail du lien mère-enfant en proximité. Dans une démarche d'insertion, ils proposent également un programme gradué d'accès au logement partant du centre parental vers un logement social géré par l'ASFAD pouvant évoluer en un logement social de droit commun.

Enfin, l'association « 3 petits pas⁷² » gère un lieu de vie et d'accueil (L.V.A), situé au sein d'un hébergement partagé en pleine campagne au nord de l'Ille-et-Vilaine. Il accueille 3 mères isolées et leurs enfants de moins de 3 ans, pour un accompagnement professionnel et fortement personnalisé. La petite taille de cette structure offre un suivi partagé entre des membres d'un éco-hameau, des professionnels extérieurs et une entraide entre les femmes hébergées.

Cette diversité de formats pour des structures similaire montre la recherche de réponses singulières en Ille-et-Vilaine. Ces structures sont géographiquement concentrées sur la métropole rennaise et les places sont rares. Même si une plateforme, gérée par le département, organise les orientations, la collaboration entre ces structures leur permet de faire le choix final d'admission et d'échanger des locataires pour répondre au mieux au projet d'insertion. L'hébergement en centre parental est donc plus qu'un logement, c'est aussi un outil d'insertion pour aider ces femmes à construire leur projet de vie et tisser le lien d'attachement avec leur enfant (Chatoney, 2018) p.42).

⁶⁹ [Centre parental - Association Le Goéland \(asso-legoeland.com\)](http://asso-legoeland.com)

⁷⁰ [Le Centre Parental - L'Essor \(essor35.fr\)](http://essor35.fr)

⁷¹ [Centre parental "Ti an Ere" - ASFAD](http://www.asfad.org)

⁷² [Bigotière - Coopérative Oasis \(cooperative-oasis.org\)](http://cooperative-oasis.org)

Alors, lorsque ce type d'hébergement n'est pas accessible, d'autres hébergements sont envisagés en fonction des situations et des ressources du département. Par exemple, Imani, enceinte de 8 mois et de jumeaux, est hébergée dans un CADA du fait de son statut de demandeuse d'asile, ce qui ne lui permet d'avoir une visibilité que sur quelques mois. Dans l'attente du jugement concernant sa demande d'asile, elle se recentre sur son suivi de grossesse. Très isolée « *Pas famille, pas mari. Oui, toute seule. Je suis demandeur d'asile* », elle s'appuie sur les associations d'accès au soin et à la santé pour créer du lien social et être accompagnée au sujet de son devenir de mère (cf. chapitre 2.2). Les foyers ou autres dispositifs hôteliers d'accueil des demandeurs d'asile ne sont ni équipés ni organisés pour l'accueil de femmes enceintes ou de jeunes mères. Imani devra, en parallèle de son suivi de grossesse tardif, trouver des solutions d'hébergement pour son entrée dans la vie de mère.

Les femmes migrantes qui ont épuisé leurs droits suite à un refus de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) de leur accorder le statut de réfugiée se retrouvent à la rue, sans statut ni solution d'hébergement. Le droit au logement inconditionnel n'est donc pas entièrement respecté en Ille-et-Vilaine comme ailleurs en France. Par exemple, Desta, mère de 2 jeunes enfants, est hébergée à Rennes chez une mère célibataire de sa communauté car « *c'est pas ma vraiment ma sœur, c'est ma sœur comme nous sommes des africaines, elle voulait seulement m'aider car je ne savais pas je vais aller où. On m'a dit de quitter, je ne savais pas aller où* ». Même si cette situation lui offre une sécurité actuelle, elle reste très anxieuse de l'avenir, n'ayant aucune piste d'amélioration depuis son refus d'asile, et ne sachant pas quand s'arrêtera la générosité de la logeuse. Cette situation est d'autant plus incompréhensible pour Desta qu'elle a été déplacée d'une structure d'hébergement à une autre et qu'une fois son refus en main, elle a été priée de sortir du logement qui lui avait été mis à disposition, sans autre solution durable. La solidarité communautaire est souvent présente chez les populations étrangères, comme cela a également été montré dans un reportage tourné en région Parisienne⁷³.

Les structures d'accompagnement présentes sur le territoire rennais proposent des actions spécifiques pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, mais malgré un contexte globalement favorable, des femmes enceintes sont parfois « *remises à la rue* » (assistante sociale, Conseil Départemental) ou « *sans réponse* » (coordinatrice, centre parental), et les solutions d'hébergement temporaire qui existent « *manque[nt] de places* » (assistante sociale, PASS). Comme ailleurs en France, les parcours peuvent être décousus comme le montre l'histoire de Karolin.

⁷³ Reportage « **Enceintes, exilées, elles vivent à la rue** » Médiapart, juin 2022 - <https://youtu.be/SU3iBU5MIuI>



L'histoire de Karolin : une errance dépendante de sa maternité

La situation de Karolin est représentative de la mobilité imposée variable en fonction de la situation sociale et familiale. Karolin est arrivée en France il y a 2 ans, dans un contexte de fuite de pressions religieuses dans son pays et laissant son 1^{er} enfant à son 1^{er} mari malgré tous ses efforts.

A leur arrivée à Rennes, Karolin et son mari habitent dans leur voiture. Karolin, enceinte de 5 mois, fait rapidement une fausse couche car elle subissait « *beaucoup de stress* ». Après un temps d'hébergement en camping pendant 3 mois, puis en hôtel séquentiel, puis dans leur voiture, Karolin est de nouveau enceinte. Sa grossesse et sa demande d'asile en cours permettent au couple d'obtenir un logement jusqu'à la fin du suivi de grossesse. Après l'accouchement et le refus de l'OFPPA, leur logement leur est retiré et ils sont, avec leur nouveau-né, de nouveau à la rue, « *2 mois, j'ai habité avec [mon fils] dans voiture, [il avait] 2 semaines, c'est catastrophe !* » Malgré de nombreux appels au 115, la famille ne trouve pas de solution commune, les hébergements d'urgence étant genrés. L'association Bienvenue⁷⁴ leur permet de profiter d'un hébergement durant 6 mois.

Depuis, sans statut et sans place en hébergement, ils vivent de nouveau à la rue, dans leur voiture avec leur fils de 9 mois. Comme souvent, ces changements d'hébergement peuvent se compter en dizaines durant une même grossesse. Mais sans lieu d'habitation fixe, comment réaliser un suivi de santé de son enfant en PMI et le scolariser, lui qui est pourtant né en France ?

Comme nous l'avons montré précédemment, les dispositifs spécifiques de réponse aux besoins d'hébergement d'urgence sont de plus en plus saturés de demandes et ne peuvent pas répondre favorablement à toutes, malgré la loi. Ainsi dans le cadre de la SEA 35, l'association Amicale du nid (ADN)⁷⁵ a mis en place un dispositif spécifique d'accueil d'urgence nommé « Maya maternité » qui accueille, sur orientation du 115, les femmes enceintes dès le 6^{ème} mois de grossesse, seules, avec enfants ou sortantes de maternité et jusqu'au 2^{ème} mois de l'enfant. Cet hébergement d'une durée de 15 jours est renouvelable 1 fois. Ainsi, 8 places sont disponibles, uniquement sur le secteur rennais. En 2019, l'association solidarité femmes indiquait que « les femmes étrangères sont également plus souvent, victimes de violences associées les mettant en danger. En 2018, elles représentent 54% des victimes ayant émis une demande de mise en sécurité dans le cadre du dispositif national » de la Fédération Nationale Solidarité Femmes (Fédération Nationale Solidarité Femmes, 2019, p31)⁷⁶, notamment celui du logement au point d'en faire un guide juridique et de bonne pratique⁷⁷. Le fait que cette initiative soit portée par une association liée à la protection

⁷⁴ [Qui sommes-nous ? - Bienvenue ! \(association-bienvenue.fr\)](http://www.association-bienvenue.fr)

⁷⁵ Association de prévention, accompagnement, insertion des personnes en situation ou danger de prostitution

⁷⁶ [Le-3919-en-2018.pdf \(solidaritefemmes.org\)](https://www.solidaritefemmes.org/le-3919-en-2018.pdf)

⁷⁷ <https://www.solidaritefemmes.org/assets/upload/2020-Organismes-Hlm.pdf>

contre la prostitution n'est pas anodin. En effet, en région parisienne, des femmes à la rue ont pu expliquer être amenées à accepter des actes sexuels contre un hébergement ponctuel ou pour obtenir des choses inaccessibles et nécessaires tel un ticket de métro⁶⁴. Le Samu social, permet aussi l'accès à des logements temporaires dans des hôtels « sociaux » financées par l'État pour une ou plusieurs journées. En Ille-et-Vilaine et d'après la fiche de saisine⁷⁸, le fait d'être enceinte n'est pas un critère repéré à l'avance contrairement à la composition familiale, mais un espace de texte libre permet aux professionnels de renseigner les spécificités de la situation. Malgré une recherche de territorialisation des ressources en matière d'hébergement social et d'urgence, 3 zones géographiques se dégagent : le nord avec une ressource diversifiée et présente, le centre avec de nombreuses ressources au niveau de la métropole rennaise et le sud du département, moins bien pourvu, notamment concernant les femmes enceintes et les jeunes mères. Une inégalité territoriale d'accès à l'hébergement semble donc présente en Ille-et-Vilaine. (cf. Annexe n°6)

La précarité résidentielle des femmes enceintes décrite dans la région parisienne et plus spécifiquement en Seine Saint-Denis existe aussi à moindre échelle, en Ille-et-Vilaine. Face à ces besoins non couverts, des associations tentent de combler les manques en élargissant leurs missions. Par exemple, l'association Un petit bagage d'amour, qui fourni « le matériel nécessaire aux mamans afin qu'elles puissent accueillir le bébé dans de bonnes conditions et avec dignité »⁷⁹ participe à financer des nuits d'hôtels pour les mères sans solution dans le cadre de subventions. Cette initiative locale cumule des solutions au droit commun, mais ne permet pas de mettre fin à la mobilité imposée à ces femmes qui transportent tout ce qu'elles ont dans une poussette. Comme pour d'autres associations humanitaires, les travailleurs sociaux la sollicitent directement ce qui fait penser qu'elle devient un acteur indispensable.

Le fait de ne pas disposer d'hébergement systématique pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité renforce leur invisibilité. « *Ça ne m'est pas arrivé souvent de remettre une femme enceinte dehors le soir, mais ça m'arrive aujourd'hui et c'est terrible... ça c'est insupportable* » (assistante sociale conseil départemental). Lorsqu'elles ne peuvent pas avoir accès à un hébergement long, elles appellent le 115 pour chercher un hébergement d'urgence, attribué selon le profil et limité en nombre. Pour exemple, les femmes victimes de violences ont accès à des hébergements réservés qui semblent mal répartis en l'Ille-et-Vilaine : principalement dans le secteur de Rennes (à 75%), à Saint Malo (à 18%) dans une association d'accompagnement social et à la parentalité et à Fougères (7%) mais aucune solution de proximité n'existe dans la moitié sud du département. N'ayant pas pu rencontrer les gestionnaires de ces services d'accueil d'urgence, nous n'avons pas les éléments de compréhension de cette répartition.

⁷⁸ [signalement-115-version-juillet-23.pdf \(siao35.fr\)](#)

⁷⁹ [L'équipe | UPBDA - Un petit bagage d'amour \(unpetitbagagedamour.org\)](#)

Ainsi, un logement stable et défini permettrait probablement aux femmes en situation de vulnérabilité de se libérer de la recherche de solutions organisationnelles et de pouvoir devenir plus actrice de leur situation, de mieux se considérer et de prendre soin d'elles et de leur progéniture. Le logement constitue donc une base importante pour que les femmes "abimées par la vie" puissent à la fois répondre aux injonctions de suivi de grossesse, de suivi de santé de leur enfant, et plus globalement s'insérer dans la cité. L'accompagnement humain de ces situations complexes est d'une grande importance pour faire évoluer favorablement la situation de ces femmes. En Ille-et-Vilaine, les solutions existantes sont principalement basées sur l'hébergement temporaire ou d'urgence.

1.3. Prévenir les difficultés par l'accès inconditionnel au logement

La difficulté d'accéder à un logement ou à des places d'hébergement pour les femmes en situation de vulnérabilité sont principalement liées à des décisions politiques transversales. La complexité de ces politiques réside dans le fait que la question du logement social engage des acteurs sociaux et territoriaux mais également différents ministères (logement, santé, social). Cependant, « C'est pour lutter contre ces inégalités qu'au fil du temps, la responsabilité de l'habitat s'est étendue de la sphère privée à la sphère publique » (Laval & Estecahandy, 2019) p.101).

La collaboration entre les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux fluidifie les parcours et l'accès au logement pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Le partage des informations essentielles entre les partenaires permet aux professionnels de santé de s'inquiéter des questions sociales et aux travailleurs sociaux de s'intéresser aux questions du soin dans une plus grande transversalité et une analyse plus fine des situations.

A court terme, il est utile de continuer à faire évoluer les dispositifs existants, pour améliorer la flexibilité des organisations et répondre au plus juste à la diversité des besoins. Au même titre que l'élargissement de l'accueil des pères généralisé dans les centres parentaux, il serait nécessaire de proposer des solutions pour ne pas séparer les familles lorsqu'elles souhaitent rester ensemble, notamment dans les lieux d'hébergement temporaires éloignés des ressources de périnatalité.

Dans les conditions actuelles impliquant une mobilité vers les ressources d'hébergement, faciliter les déplacements paraît également indispensable. En donnant une carte de mobilité gratuite et nominative pour les femmes enceintes ou mères en situation de vulnérabilité, l'accès à un lieu d'hébergement ou de répit serait facilité, comme celui d'aller vers les lieux d'accueil de jour dédiés notamment dans des zones dotées (territoire rennais) ou dépourvues (sud du département) et faciliterait la mobilité demandée pour la réalisation de démarches administratives et d'insertion.

Aussi, au regard des valeurs du dispositif « un chez soi d'abord » initialement dédié aux personnes avec des troubles psychiques à la rue, celles-ci pourraient être transposable aux femmes

enceintes sans solution stable d'hébergement, avec un accès rapide et choisi en temporalité et en intensité d'accompagnement (services logement et accompagnement séparés). Cette démarche initialement corrélée aux questions de santé environnementale liée à la grossesse pourrait ensuite évoluer vers l'insertion, l'autonomie et la sécurité de la famille.

Enfin, le financement d'un plus grand nombre de logements, de places d'hébergement et de solutions transitoires permettrait de protéger les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur un temps plus long, y compris après l'arrivée de l'enfant. L'évolutivité d'un logement temporaire vers un logement autonome et durable est à généraliser. Une réflexion globale des politiques publiques transversales viserait à repenser les financements pour limiter les conséquences du manque de logements sur la santé sociale des femmes afin de s'occuper de leur santé de manière pérenne.

2. Le suivi de santé des femmes en second plan

Le suivi de grossesse prend soin de la santé de la femme pour prendre soin du fœtus, mais après l'accouchement, la santé de la mère passe au second plan. Après avoir identifié les difficultés d'accès à la prévention maternité pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité, nous présenterons les initiatives existantes en Ille-et-Vilaine, et de nouvelles pistes.

2.1. Des difficultés à l'accès à la santé et à la prévention

2.1.1. Des contraintes pour toutes les femmes

Pour respecter les recommandations de santé, une femme enceinte doit assimiler beaucoup d'informations administratives, médicales et de santé, surtout si elle est primipare⁸⁰. Cependant, l'offre de maternité n'est pas toujours utilisée, notamment concernant l'absence autorisée pour certains examens médicaux sur le temps de travail, souvent prise sur des congés et qui pénalise les femmes avec un emploi précaires (Durand, 2005). Le défenseur des droits a d'ailleurs mis en place un guide⁸¹ pour le respect des droits des travailleuses enceintes, partageant ce constat.

Le contexte de renoncement aux soins s'explique selon « les trois dimensions - disponibilité, accessibilité et acceptabilité- (qui) n'ont pas toujours la même importance » selon P.Warin (Revil et al., 2020, p.272). En effet, entre une « femme handicapée » qui a de nombreux frais de santé à charge et une femme de 25 à 34 ans qui, comme 1/4 d'entre elles, renoncent aux soins de manière volontaire pour « préserver leur budget sortie (29 %), partir en vacances (25 %), faire du shopping (22 %) ou pour acquérir un nouveau smartphone (22 %) » (ibid), les réalités ne sont pas les mêmes. L'Observatoire des non-recours aux droits et aux services ((ODENORE, s. d.)⁸² a mené des enquêtes

⁸⁰ Enceinte pour la 1^{ère} fois

⁸¹ [Guide sur les discriminations en raison de l'état de grossesse dans le secteur privé \(defenseurdesdroits.fr\)](https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/guide-sur-les-discriminations-en-raison-de-l-etat-de-grossesse-dans-le-secteur-priv%C3%A9)

⁸² [ODENORE - Université Grenoble Alpes - Accueil \(msh-alpes.fr\)](https://www.odenore.fr/)

qui « montrent clairement que le phénomène est une réalité sociale dont l'ampleur était sous-estimée et qu'il ne touche pas uniquement les personnes les plus précaires » (ibid p.263). D'ailleurs, selon l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde en 2021(CREAI ORS, 2022)⁸³, parmi les personnes accueillies « 33 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse et 58 % des femmes enceintes reçues en consultation de médecine générale nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente » avec une « faible couverture maladie puisque 94 % des femmes enceintes reçues [...] en 2021 n'en ont pas » (p.12).

2.1.2. Des inégalités d'accès dans un contexte de maternité

En matière de santé, l'inégalité d'accès aux droits et aux soins est en défaveur des femmes en situations de vulnérabilité. Selon une étude de 2016, 64% des femmes ont un moindre suivi gynécologique et l'accès à la contraception (4 fois plus) du fait de leurs conditions de vie, du manque de moyens financiers et de « freins culturels et symboliques » (Bousquet et al., 2017, p.103). L'aspect financier reste le 1^{er} facteur de renoncement aux soins du fait du reste à charge, des dépassements d'honoraires et des déplacements liés aux territoires (Revil et al., 2020, p.267). L'accès aux droits peut aussi être freiné des représentations liées à un faible niveau d'éducation, une difficulté d'organisation liée aux conditions de vie ou d'un « illettrisme »⁸⁴ empêchant l'accès aux services de santé désormais majoritairement numérisés (ibid p.262). Ces facteurs compliquent la conciliation entre la maternité et une vie difficile qui renforce le défaut d'équité des soins (Durand, 2005, p.23) et les inégalités.

Les inégalités sociales en santé en périnatalité sont généralement abordées de manière réductrice. Les actions destinées aux parents ciblent les mères défavorisées « sans tenir compte des gradients sociaux de la santé » (revenus, niveau d'étude, emploi...) qui impliquent différents secteurs. Ces actions centrent la parentalité « sur le comportement maternel » de manière ponctuelle et prénatale (Pierron, 2019, p.41). Néanmoins, tous les acteurs s'accordent à dire que ces actions améliorent la santé de la mère et du nourrisson « dès le début de la vie » (ibid p.57).

Comme l'a rappelé P. Warin en 2019 (Revil et al., 2019)⁸⁵, « le phénomène du renoncement aux soins ne relève pas simplement de comportements qu'il s'agirait de modifier, mais de conditions de vie problématiques » (Revil et al., 2020, p.268). Les inégalités peuvent se matérialiser par une « précarité relationnelle » (Durand, 2005)p.18) qui renforce l'éloignement des ressources de prévention du parcours de maternité. Or, T. Lang précise aussi que « la prévention reste encore extrêmement technique et s'insère assez mal finalement dans la trajectoire de santé des personnes » (Revil et al., 2019)p.16). Le mal-recours aux soins qui en découle se concrétise par une utilisation des services d'urgence plus fréquente que la moyenne par les femmes en situation de vulnérabilité,

⁸³ [MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf \(medecinsdumonde.org\)](#)

⁸⁴ Incapacité à utiliser des appareils numériques par manque/absence de connaissances de leur fonctionnement.

⁸⁵ Colloque "[Renoncement et accès aux soins, de la recherche à l'action](#)" des 6 et 7/06/2019

en « difficultés pour respecter le calendrier des examens recommandés et prescrits ou pour réaliser des examens complémentaire (Coulm, 2020, p.17) d'autant plus s'il faut changer de lieu de consultation. Cette pratique présente un risque de perte de chances, car parmi les facteurs aggravant les risques de « morbidité et la mortalité néonatales et maternelles dans ces populations précaires » (ibid), on retrouve les soins « sous-optimaux » de suivi de maternité (E. Azria et al., 2015b, p.680).

Les consultations inaccessibles sont aussi « créées et amplifiées par le système de soins » (Schapman-Segalie & Lombrail, 2018, s.55). On constate une « altération du dépistage et de la coordination des parcours de soin des femmes présentant des vulnérabilités psycho-sociales » en maternité. Seules 28.4% d'entre-elles ont une unité spécifique de dépistage des vulnérabilités grâce à des questions standardisées et des « interventions ciblées » en aller-vers, selon l'enquête nationale réalisée en 2018 , p.672) et révélant les usages des professionnels des maternités.

2.1.3. L'Impact sur l'exercice professionnel

Face aux situations de vulnérabilité, les professionnels doivent adapter leur pratique. Celle-ci peut renvoyer « *aux professionnels une impuissance totale et quand on ne sait pas quoi faire du repérage et bien on ne repère plus...* » (directrice médicale, périnatalité). En effet, les professionnels de santé ont aussi des freins culturels et symboliques qui les obligent à se décentrer (Camara et Moro, 2020, p.27) et à accepter de se faire bousculer pour créer la relation, « *La confiance, c'est vraiment le maître mot* » (assistante sociale, PASS). Exercer auprès d'un public en situation de vulnérabilité demande de faire un pas de côté car l'offre de santé est souvent mal adaptée à ce public. « Les professionnel-le-s hospitaliers travaillent dans un contexte de plus en plus contraint par des politiques [...] Pour leur assurer l'accès aux traitements et la continuité des soins, les professionnels décrivent des "pratiques buissonnières" sous forme de "bricolages" parfois aux limites de la légalité ». Pour cela, ils « les médecins adaptent leur pratique médicale, [...] en s'astreignant à des consultations plus longues et plus fréquentes ». Aussi « l'engagement des sages-femmes indépendantes [...] auprès de familles marquées par des situations de crise durant la période postnatale » est confronté aux difficultés d'obtenir « de l'aide auprès de leur réseau professionnel, (médecins et sages-femmes) exerçant à l'hôpital » (Braverman & Loretta, 2021, p.14).

« *Maintenant le système de santé, c'est la peur de perdre sa patientèle, sa clientèle [...] c'est de la concurrence* » (directrice médicale, périnatalité). Alors que l'objectif des collaborations est de pouvoir « identifier sans stigmatiser » les femmes qui en ont besoin (CNNSE,(Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2014)⁸⁶, il est primordial que « *chacun connaisse l'existence [...] et les compétences de chacun et de se dire [...] cette famille elle a des vulnérabilités, ça sort de*

⁸⁶ [sante.gouv.fr/CNNSE2014 Prise en charge et accompagnement femmes en situation de vulnerabilite](https://sante.gouv.fr/CNNSE2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_femmes_en_situation_de_vulnerabilite)

mon champ du possible et que j'ai besoin de travailler avec mes collègues de PMI qui vont prendre [...] le relais [...] qui viendrait en renfort» (ibid).

La présence géographique de proximité des centres de PMI, répond aux besoins des femmes sans accès aux soins libéraux mais limite leur choix de la méthode de suivi et du professionnel. Ces centres peuvent avoir une connotation sociale négative « *au début je ne voulais pas me faire son suivi en PMI* » (Axelle) ou ressource par les consultations pluridisciplinaires « mère-enfant » et des « *consultations lactation prises en charge* » (puéricultrice, PMI) qu'ils proposent et qui apportent une plus grande mixité de profils. Pour éviter les clivages, les centres de PMI doivent se coordonner fortement avec les autres acteurs de santé pour accompagner la maternité et la période postnatale.

2.2. Un besoin post-natal identifié en Ille-et-Vilaine

En Ille-et-Vilaine, les ateliers collectifs maternité étaient en place par la CPAM, la CAF et une sage-femme libérale, pour préparer l'arrivée de l'enfant en évoquant les démarches administratives à réaliser, la prévention et le suivi de grossesse et les droits et la parentalité. Cette action montrait déjà ses limites lors d'un bilan interne réalisé en 2019, car il ne touchait que 500 femmes enceintes par an, soit moins de 5% de la cible. Ensuite, seulement 6% des participantes avaient un profil vulnérable (C2S, moins de 20 ans, sans médecin référent déclaré). Enfin, ces réunions limitaient l'accès en lieu et en date. Dans le contexte de crise sanitaire, ces actions ont été suspendues en 2020 sans aucune autre action. Ainsi, dans le cadre d'un stage long au Pôle prévention de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, il m'a été proposé une mission de rénovation de l'offre de « prévention à destination des futures mamans » et d'engager une étude des besoins.

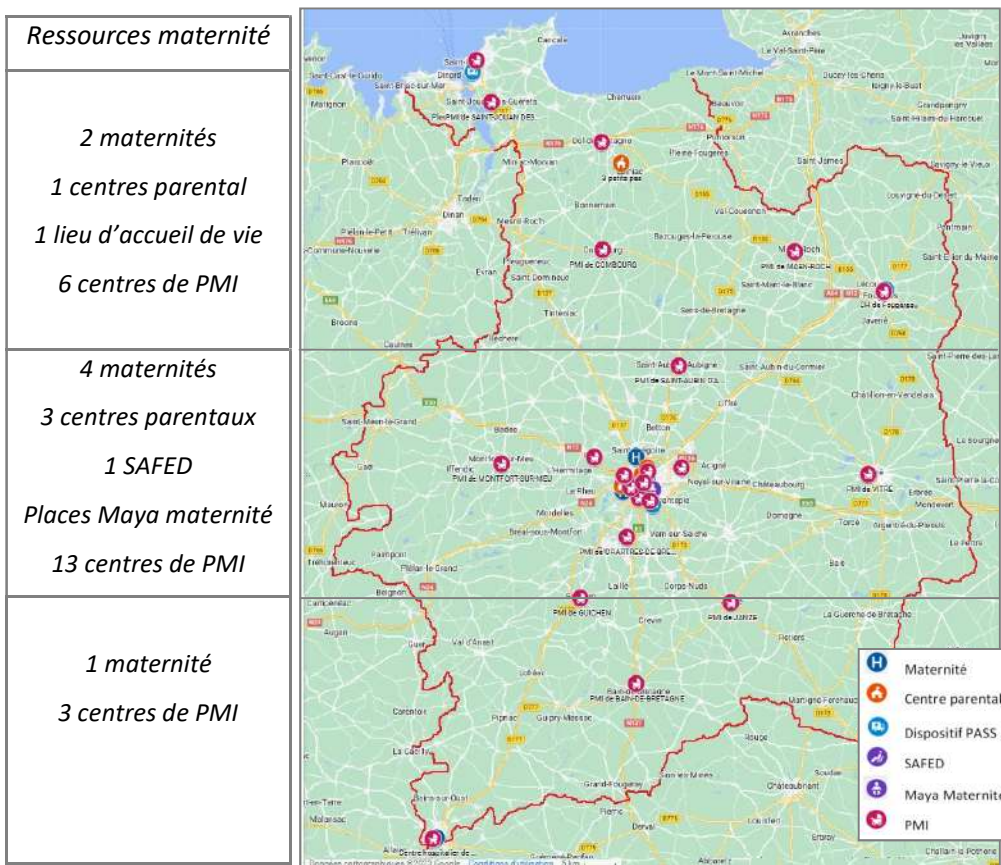
Ainsi, afin de mieux cerner les pistes à investiguer, un benchmark des actions de prévention émanant des CPAM a indiqué que fin 2022 parmi les 102 CPAM, 37 proposaient une information numérique. Seulement 16 caisses organisaient des ateliers maternité à distance et/ou collectifs. Plusieurs services de la CPAM d'Ille-et-Vilaine (communication - marketing, innovation, accompagnement, accueil et prévention) ont participé aux réflexions préalables à un nouveau projet.

Ce travail collaboratif a permis un état des lieux des naissances en Ille-et-Vilaine, pour les femmes ayant accouché en 2022 et relevant du régime général. Cette étude statistique a confirmé certaines données épidémiologiques nationales comme la baisse du nombre de naissances ou l'augmentation de l'âge des femmes parturientes. Elle a précisé aussi le manque d'accès à certaines offres de prévention (vaccination, soins dentaires, tabac) et le faible nombre de femmes avec des critères administratifs de vulnérabilité : 3% avec une C2S et 4% avec une reconnaissance d'affectation de longue durée en (ALD) (cf. Annexe n°1). Ensuite et afin de recueillir le vécu et les besoins de prévention des femmes enceintes en 2022, une enquête en ligne a été organisée et a permis de recueillir 9% de retours, soit 513 réponses. Cette enquête a mis en exergue des résultats

pouvant servir de fondement pour identifier les points à améliorer : le renoncement aux soins concerne 13% des répondantes alors que ces dernières sont suffisamment connectées pour répondre à l'enquête en ligne. 34 % d'entre elles ont précisé avoir connu des difficultés durant la grossesse et 21% ne pas avoir eu de visite à domicile en sortie de la maternité. L'information de prévention était en majorité transmise par la sage-femme et issue d'internet, puis auprès d'autres femmes enceintes. Enfin, un souhait fort a été exprimé de voir des thématiques post-natales mieux abordées liées à la parentalité, au soin du nourrisson et à la santé de la mère (cf. Annexe n°2 et 4) même si ces travaux n'étaient pas ciblés sur les femmes en situation de vulnérabilité présentes en Ille-et-Vilaine.

2.2.1. Un contexte de santé favorable mais inégal sur le département

Les inégalités sociales de santé défavorables aux mères en situation de vulnérabilité font consensus (Braverman & Loretta, Coulm, Vellut et al.). Or, « *il y a une richesse, en tout cas à Rennes, de réponses et des possibilités, il y a aussi des initiatives associatives* » (assistante sociale, PASS).



Carte 1 : Répartition des ressources de soin et d'accompagnement à la maternité en Ille-et-Vilaine

(source : S.Achille-Fauveau depuis le benchmark internet des ressources – juin 2023)

Tout d'abord, l'offre de santé maternité est inégalement répartie sur le territoire. Le zonage des sages femmes libérales est centré sur Rennes et aux alentours des principales villes du département, notamment celles comportant une maternité (cf. 2.2.1-p51). En 2020, ces villes hébergeaient 539 277 habitants soit la moitié de la démographie départementale. Comme le montre

la carte générale des ressources maternité, la densité de la population est centrée sur Rennes puis Saint-Malo et dans une moindre mesure sur Fougères, Vitré et Redon. Cela correspond précisément aux territoires hébergeant une maternité, 3 des 7 maternités étant situées dans Rennes Métropole. Les femmes qui réalisent leur suivi et leur préparation de grossesse en centre hospitalier le font par choix ou par manque de solution libérale. Les sages-femmes libérales conventionnées avec l'assurance maladie sont plus nombreuses près de Rennes et moins au nord-est du département. Certaines accompagnent l'accouchement à domicile qui concerne environ 1% des femmes⁸⁷ et des maisons de naissance ("Parent'eizh"⁸⁸ et "la bulle"⁸⁹) soutiennent un accouchement physiologique dans des conditions légales. Des actions de prévention sont aussi mises en place en maternité dans le cadre du projet des « 1000 premiers jours », comme des « BB box » (cf. p.3) et des ateliers de prévention comme au CHU de Rennes. Au regard des naissances de 2021 et 2022, les zones de faible nombre de naissances sont les mêmes et, à part à Redon et à proximité de Dinan, les territoires avec un grand nombre de naissance hébergent une maternité ou en sont limitrophes (cf. Annexe n°8).

2.2.2. Un accompagnement de profils spécifiques

La métropole rennaise héberge des solutions alternatives pour les femmes en situation de vulnérabilité. Citons les ateliers socio-linguistiques (ASL) « ma grossesse en France » du réseau Louis Guillou⁹⁰ qui contribue à la meilleure maîtrise du français autour de la grossesse, du maternage et de la parentalité, en évoquant des recommandations de prévention. Même s'ils ne touchent que 50 femmes par an, ils créent un lien social précieux entre des femmes isolées pendant leur grossesse.

Dès la sortie de la maternité, la visite à domicile d'une sage-femme est recommandée. En Ille-et-Vilaine, le programme de retour à domicile (PRADO) maternité n'est plus organisé par l'assurance maladie depuis la crise sanitaire mais revient à la mère, parfois assistée par la maternité qui ne propose pas cette offre. De même, les sages-femmes de PMI ne répondent pas non plus à cette mission car « *ne sont pas là le week-end, à 17h elles ne sont plus joignables* » (directrice médical, périnatalité). Si bien qu'une femme sans contact préalable avec une sage-femme libérale, risque de se voir refuser une visite de sortie de maternité comme 1^{er} contact. Malgré tout, une coordinatrice de MSP située en QPV à Rennes indique que les femmes vulnérables ont toute leur place dans leur patientèle. Dans cette MSP communautaire, ces femmes sont rencontrées pour des soins gynécologiques et de suivi de maternité « *avec ou sans suivi existant* » notamment dans le cadre du PRADO, de la « *permanence des soins* » (coordinatrice MSP-QVT), mais dans un périmètre géographique limité. Des services spécifiques existent en cas de troubles psychiatriques.

⁸⁷ Enquête de besoin second semestre 2022

⁸⁸ [Parent'eizh, pôle physiologique | HGO - Clinique Mutualiste La Sagesse \(clinique-rennes.fr\)](https://www.hgo-clinique-mutualiste.com/)

⁸⁹ [La Bulle - filière physiologique du CHU de Rennes | Sans-peri.com](https://www.la-bulle-rennes.fr/)

⁹⁰ [Cours de français « Ma grossesse en France » \(rlg35.org\)](https://www.rlg35.org/)



La pspérinatalité : soigner la mère pour protéger l'enfant

Le suivi des femmes enceintes ou récemment mères présentant des troubles psychiatriques sévères ne peut parfois pas éviter l'hospitalisation de la mère. Au-delà du risque pour la santé maternelle, il existe un risque pour l'enfant aussi bien dans le comportement que sa mère pourrait avoir, ou ne pas avoir à son égard, que dans la séparation qu'imposerait l'hospitalisation.

Des observations sur le lien d'attachement réalisées dans les années 50 par des pédiatres et des psychanalystes ont montré l'effet vertueux de la prise en charge de la diade mère-enfant sur la récurrence pathologique. Après des travaux d'analyse des décompensations psychiatriques ou fragilités de jeunes mères en post-partum (Meynaud, 2016, p.73), la notion de « troubles psychiatriques gravido puerpéraux » a été reconnue par l'OMS en 1993 (Sutter-Dallay, 2010, p.159).

Depuis, les politiques publiques de santé mentale et de protection de l'enfance ont mis en place des services de soins de psy-périnatalité qui accompagnent et prennent en soins ambulatoires, ou en services spécialisés, à la fois la mère qui a besoin de soins psychiatriques et l'enfant qui à besoin que sa mère s'occupe de lui. En effet, la complexité des processus psychiques de la maternité existe généralement dès le désir d'enfant et nécessite la vigilance des professionnels spécialisés, voire un éclairage psychiatrique. Ce type de prises en charge récentes cherche à maintenir le lien entre la mère et l'enfant et le considère dans le secteur de la psychiatrie. Actuellement, cette période conceptuelle de « psychiatrie périnatale » s'étale « entre le moment hypothétique du projet parental d'enfant et la fin de la deuxième année du nourrisson » donc un période plus longue que celle de la maternité (Meynaud, 2016, p.18).

L'unité de psychologie et de psychiatrie périnatale « U3P » mise en place à Rennes intervient auprès des situations psychiatriques périnatales sévères de son territoire d'intervention en ambulatoire et parfois sans nécessité de relais. Les pathologies les plus fréquentes dans ce type de services font parties de celles présentes chez 1/3 des femmes suivies par le SAFED (en 2021 et 2022) soit entre 30 et 40 femmes par an et accompagnent le placement en pouponnière si besoin.

Le projet des « 1000 premiers jours » a proposé en 2022 un budget conséquent au titre du fond innovation psychiatrie en faveur des équipes mobiles de pspérinatalité mobilisable dans le cadre de l'appel à projet national diffusé par l'ARS Bretagne⁹¹ et en renfort de l'offre de soins parent-enfant en ambulatoire et hospitalier. Un mooc « Santé mentale périnatale au cours des 1000 premiers jours » (PNS, s. d.)⁹² dédié aux professionnels de santé est proposé dans le cadre d'un projet européen.

⁹¹ [Microsoft Word - REVU DP FIOP 22 - Proposition Avis AAP.docx \(sante.fr\)](#)

⁹² [Pns - MOOC SANTÉ MENTALE PÉRinatale AU COURS DES 1000 PREMIERS JOURS](#)

2.2.3. Une offre de santé moins présente en post-natal

Selon les informations recueillies en Ille-et-Vilaine, les femmes en situation de vulnérabilité arrivent à bénéficier d'un suivi de grossesse mais leur parcours de maternité s'arrête à la frontière de l'accouchement et le suivi de santé post-natal n'est apparemment pas aussi présent.

Après 4 accouchements dans son pays et un parcours migratoire avec son enfant de 4 ans pour fuir la violence conjugale, Desta est arrivée en France, « *il y a une dame qui m'a ramassée, quand elle m'a vu dehors elle m'a dit 'non mais tu es enceinte, tu ne peux pas rester comme ça !'* ». Puis Desta a rapidement accouché « *tellement j'avais du stress* ». « *Quand j'ai accouché, [...] on m'a dit d'appeler le service pour dire que je n'ai pas d'endroit pour aller, on m'a dit [...] tu peux pas rester à l'hôpital, tu dois sortir d'ici* ». Elle est rapidement sortie de la maternité parisienne pour partir, avec ses vêtements souillés de sang, au domicile de la femme qui l'avait secourue et qui accepta de les héberger quelques jours. Ce type de parcours ne semble pas isolé d'après la pièce de théâtre « *Les riveraines : 2^{ème} speculum* »⁹³ qui met en scène des situations rencontrées par le réseau Solipam⁹⁴ et qui évoque notamment une situation similaire qui se heurte à la froideur de l'accueil téléphonique du SAMU. Après cet accouchement marquant, Desta a été orientée vers Morlaix puis à Rennes, ce qui ne lui a pas permis de soigner son anémie et a participé au traumatisme de sa maternité « *on m'a négligé, on m'a même pas dit de rentrer à l'hôpital pour faire les examens pour voir, on m'avait dit j'ai des diminution de sang à l'hôpital* » (Desta). Ce parcours morcelé est fréquent chez les femmes migrantes (cf I.2.3 p.30). Malgré tout, du fait des violences subies durant parcours migratoire, Desta bénéficie actuellement d'un suivi auprès d'un psychiatre demandé par la PMI qui soigne ses enfants.

Suite à un suivi de grossesse en France qui s'est bien déroulé, Karolin n'a pas vu son passé suffisamment pris en compte. Après avoir laissé son 1^{er} enfant à son ancien mari au pays, Karolin enceinte de 5 mois et son conjoint ont fui leur pays pour quitter le harcèlement des institutions religieuses. Une fois en France, elle vécut un nouveau drame, « *j'ai beaucoup de problèmes psychologiques, post-partum, parce que mon bébé est décédé* ». Contrairement à Desta, aucun appui psychologique ne lui a été proposé, peut-être du fait qu'elle ne vit pas seule « *je n'ai pas eu de soutien psychologique, mon mari m'a aidé, après (mon fils)!* »

Enfin, l'histoire d'Imani questionne sur l'avenir qu'elle connaîtra. Arrivée en France à plus de 6 mois de grossesse et enceinte de jumeaux, elle est hébergée en CADA. « *Je suis toute seule. Juste à l'hôpital... Pas famille, pas mari. Oui, toute seule. Je suis demandeur d'asile déjà [...] En Tunisie, interdit femme pas mariée.[...] C'est pour ça, je suis là.* » (Imani) La grossesse gémellaire présente des risques majorés de santé et la mise en place du suivi de grossesse a été tardif, Imani bénéficie de

⁹³ [Compagnie de théâtre Mi-fugue, Mi-raison \(mfmr.fr\)](http://mfmr.fr)

⁹⁴ [Solipam](http://solipam.org)

nombreux rendez-vous de santé sans pouvoir rattraper le retard de suivi. Cependant, une fois ses 2 nouveau-nés arrivés, si sa demande d'asile est rejetée, quelle offre aura-t-elle pour l'aider ?

Des services comme le SAFED (initialement mis en place pour répondre aux accouchements dans le secret suite à la légalisation de l'IVG) interviennent auprès de « toute femme enceinte en détresse qui a besoin d'aide en urgence ». Leurs accompagnements concernent seulement 30% de personnes en errance et majoritairement des femmes qui ont des droits et ne les remettent pas en cause mais qui rencontrent « *des difficultés multiples* » (assistante sociale, conseil départemental). Concrètement, les femmes qui accèdent à ce service peuvent être accompagnées jusqu'aux 2 mois de l'enfant, un « *suivi très court dans une période de grande vulnérabilité, donc il faut des solutions derrière* » (*ibid*), ce qui occupe souvent une bonne partie de l'accompagnement. En 2021, selon son rapport d'activité, le SAFED a accompagné 105 femmes dont 90% avec un accompagnement intensif (plus de 6 rendez-vous) et pour 1 femme sur 3 du fait d'une pathologie psychiatrique. Principalement majeures (83.5%) et de nationalité française (76%), elles ont été orientées par des CDAS rennais pour 85%, ceux du nord du département pour 10% et ceux du sud du département pour 2%. Là encore, la disparité Nord/Sud et la centralisation des besoins à Rennes est vérifiée.

Même si certaines structures d'exercice coordonné acceptent les prises en soin des femmes en situation de vulnérabilité inconnues, l'accès à des soins primaires reste difficile. Par exemple, même avec un accompagnement social de proximité « *sur le secteur médical, ne serait-ce qu'un médecin généraliste, c'est l'enfer ! Sur des publics comme ça qui ne vont pas forcément faire du forcing, il y a du lâcher prise, on laisse couler et puis on appelle le 15 ou SOS médecin... ils nous connaissent !* » (coordinatrice, centre parental). Les structures sociales n'arrivent donc pas toujours à modifier l'usage systématique des urgences. Alors, le nouveau Service d'Accès aux Soins (ARS de Bretagne, 2021)⁹⁵, géré par les urgences du CHU de Rennes, permet de répondre aux besoins de soins non programmés avec les libéraux, en lien avec la permanence des soins ambulatoires (ARS de Bretagne, 2023)⁹⁶ le soir et le week-end.

Mais pour les femmes d'Ille-et-Vilaine, c'est un besoin postnatal qui semble très présent. Ainsi, d'après les résultats de l'enquête de besoins maternité 2022, les sujets prioritaires souhaités concernent avant tout la parentalité, le risque de dépression post-partum, l'allaitement, la santé des femmes, l'isolement, la paternité puis l'enfant (cf. Annexe n°4).

⁹⁵ [Le Service d'Accès aux Soins \(SAS\) | Agence régionale de santé Bretagne \(sante.fr\)](#)

⁹⁶ [La permanence des soins | Agence régionale de santé Bretagne \(sante.fr\)](#)

2.3. Développer et mettre en place des initiatives

2.3.1. Repérer les femmes enceintes vulnérables

Une des clés de l'accès à la prévention maternité pour les femmes enceintes est de pouvoir identifier celles qui sont exclues des circuits habituels. Le projet ARIANE⁹⁷ évoque les forts enjeux périnataux dû à des problèmes invisibles, liés à une image négative de la parentalité et de ce fait « sous déclarés, sous-détectés et sous traités » (Saïas et al., 2021). Ce projet consiste en un contact prénatal universel systématique (transmission d'un SMS d'information sur la PMI puis appel téléphonique pour échanger) et jouit d'une bonne acceptabilité de la part des femmes contactées, ce qui facilite le repérage des vulnérabilités et permet de mettre en place des actions de prévention précoces et proches des besoins identifiés (ibid).

Ensuite, le dépistage et les soins buccodentaires entièrement pris en charge durant la période de maternité est un réel argument pour raccrocher avec un suivi dentaire régulier. Certains professionnels rencontrés ne connaissaient pas cette offre qui peut sembler loin des questions de maternité. L'information transmise par la CPAM aux femmes enceintes assurées au 4^{ème} mois de grossesse mériterait d'être doublée auprès des professionnels de santé et médico-sociaux.

Au niveau médico-social, le dispositif Panjo⁹⁸ participe à identifier les vulnérabilités le plus précocement possible. Ce dispositif propose des visites à domicile d'1h30, basées sur une observation in situ puis une transmission bienveillante par des professionnels formés en pluridisciplinarité. A destination de ceux dont la vulnérabilité a été décelée tôt (au moins 2 rendez-vous prénataux), cette démarche s'insinue dans les interstices de l'accompagnement existant, avant et surtout après l'accouchement, pour renforcer le lien d'attachement au domicile des familles. « *Panjo, c'est très bien mais c'est que pour les équipes de PMI, ça ne s'ouvre pas aux autres.* » (directrice médicale périnatalité). Une relation partenariale forte doit donc exister pour favoriser le relai, au regard des difficultés de recrutement dans le médico-social depuis le Ségur de la santé et de la prévention⁹⁹ et d'un financement de ce dispositif dont la pérennité est inconnue. En Bretagne, le déploiement régional des interventions Panjo était inscrit dans le Plan régional de santé (PRS-2 p.28)¹⁰⁰ en 2022. Début 2023, l'Ille-et-Vilaine était le département le moins avancé en nombre de professionnels formés (10 contre 85 en moyenne dans les autres départements) et en nombre d'inclusions. Expérimenté dans le secteur de Fougères avec 4 familles incluses et 3 repérées en 2022, ce dispositif devrait être déployé en Ille-et-Vilaine¹⁰¹ prochainement pour identifier les familles.

⁹⁷ [Ariane, le contact prénatal universel | L'ANISS \(laniss.fr\)](#)

⁹⁸ Élaboré en 2014-20 par l'INPES/Santé publique France, et l'association l'Aniss ([PANJO | L'ANISS \(laniss.fr\)](#))

⁹⁹ [Ségur de la santé : les conclusions - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)

¹⁰⁰ [Le projet régional de santé 2 | Agence régionale de santé Bretagne \(sante.fr\)](#)

¹⁰¹ Annonce faite par le conseil départemental en copil régional le 10/03/2023

Les femmes en situation de vulnérabilité doivent, pour couvrir leurs besoins physiologiques et de sécurité tels qu'énoncés dans la pyramide de Maslow¹⁰², se rapprocher d'associations humanitaires générales qui adaptent leur dons aux besoins des mères et des jeunes enfants (aide alimentaire, vêtements, matériel de puériculture). En Ille-et-Vilaine, il y a « énormément d'associations, mais beaucoup de besoins » (présidente d'association humanitaire), par exemple les Restos du cœur y proposent 17 « espaces petite enfance » et proposent des « activités bien sûr et aussi les activités rue, les hébergements et les logements »¹⁰³ mais aucun « Resto bébé » comme dans les Côtes-D'armor ou le Morbihan. L'association parisienne Un petit bagage d'amour¹⁰⁴, dont l'objet est de « permettre d'avoir le nécessaire » lors du séjour à la maternité et juste après, dispose d'une dizaine d'antennes en métropole dont une près de Rennes. « L'association est devenue un besoin » précise la présidente. A l'inverse, d'autres associations humanitaires ou de soutien aux femmes n'ont pas eu d'expérience avec des femmes enceintes.

Egalement dans les lieux d'hébergement pour des personnes en situation sociale sensible comme les foyers de jeunes travailleurs, les CADA ou les prisons, les professionnels n'ont pas de mission ou de connaissances spécifiques relatives à la maternité. Il semble donc important d'assurer des interventions transversales insertion et périnatalité pour assurer un suivi à ces femmes enceintes et favoriser l'interconnaissance entre les professionnels qui orientent et ceux qui accompagnent.

2.3.2. Outiller les professionnels

Tout d'abord, il serait possible d'améliorer « le système de cotation pour les séjours des femmes chez qui existent des vulnérabilités psycho-sociales en revalorisant la tarification des actions spécifiques » au sein des maternités avec des outils d'identification et de prise en charge adaptant l'offre d'hospitalisation aux situations de vulnérabilité en cours de maternité (Haab et al., 2022).

Après l'accouchement, la mixité de professionnels présente dans toutes les structures d'accompagnement des femmes enceintes est à renforcer. « Je pense que c'est notre problème en France, entre professionnels de santé, où on se situe, en établissement, en PMI ou en libéral, on ne se fait pas confiance, même si ce n'est pas clairement dit, il y a un manque de confiance » (directrice médicale, périnatalité) un rapport de concurrence entre les professionnels libéraux et associatifs peut entraver l'accompagnement (Pierron, 2019, p.60). La priorité reste l'interconnaissance, la reconnaissance des compétences partagées et des ressources de chacun par l'intermédiaire de la « formation interprofessionnelle » pour assurer « une meilleure formation de certains soignants, qu'ils soient plus à l'aise, à l'écoute active, à la reformulation » (directrice médicale, périnatalité). Ainsi, les relais et les spécialisations autour de problématiques complémentaires de leur activité

¹⁰² [La pyramide de Maslow : la théorie des besoins - Psychologue.net](https://www.psychologue.net/la-pyramide-de-maslow-la-theorie-des-besoins)

¹⁰³ [Nos actions : Les Restos ILLE-ET-VILAINE \(restosducoeur.org\)](https://restosducoeur.org/)

¹⁰⁴ [Les Nids | UPBDA - Un petit bagage d'amour \(unpetitbagagedamour.org\)](https://unpetitbagagedamour.org/)

professionnels de santé.» Mais pour être inscrit dans les parcours de formation, « il est indispensable que les organisations portent ces valeurs et soutiennent leur mise en place concrète » (Boujard & Achille-Fauveau, 2021, p.232), notamment dans l'organisation d'une réponse adaptée.

2.3.3. Personnaliser les actions de prévention

Généralement, les femmes bénéficient des ressources d'accompagnement prénatal proposées localement par la sage-femme (piscine, yoga, haptonomie). Cette offre peut motiver le choix d'un professionnel, d'un suivi plus éloigné géographiquement et présenter un risque de santé.

Ainsi, assurer la pertinence de la prévention, c'est décliner les actions dans un « principe d'universalisme proportionné », pour atteindre différents niveaux de littératie¹⁰⁶. Pour cela, l'intégration des contraintes journalières des femmes tout au long du parcours (accessibilité, possibilité de se libérer du temps, prendre les transports...) est d'autant plus nécessaire pour les femmes isolées ayant d'autres enfants, parlant une langue étrangère ou connaissant mal le système de santé (Pierron, 2019,p.60). Pour permettre aux femmes d'avoir accès à une maternité choisie, il faut limiter leur sentiment d'être une mauvaise mère avant même d'être mère, car elles n'ont pas les moyens d'appliquer les conseils préventifs et de réaliser tous les rendez-vous. Cet accès gradué passe donc par la considération de la condition de vulnérabilité d'une femme et par la nécessité d'offrir un panel de solutions, adaptées et concrètes pour les sujets de la maternité.

Parmi les tabous, le 1^{er} trimestre de grossesse, dit « fantôme », est « pointé[es] du doigt par les jeunes mères » (Monteiro de Carvalho, 2021, p.69) car, « très mal accompagné » (p.41) et qui renforce le besoin des femmes enceintes de faire des recherches sur « des règles hygiéno-diététiques (53,3%), le développement foetal (40%), les risques et les maux de la grossesse (33 ,3%) » (p.14). Le besoin d'aide dans les démarches administratives (p.49) et la peur de déranger les sages-femmes qui manquent de temps (p.42) sont aussi évoqués. Il paraît donc capital de rendre l'information disponible au grand public pour ne pas laisser une recherche aléatoire « augmenter l'anxiété » (p.46).

Ainsi, le pôle prévention de la CPAM d'Ille-et-Vilaine détient une feuille de route pour 2024, pour mettre en place de capsules vidéo mensuelles sur la maternité. Selon les thématiques, basées sur une étude de besoins, ces formats destinés aux femmes pourront aussi être utilisés par les professionnels de la périnatalité et comme outils d'animation au sein d'ateliers collectifs. L'intérêt des capsules est de faire un focus sur des thèmes prioritaires en Ille-et-Vilaine et d'aider les utilisateurs à cibler les actions de prévention correspondantes.

¹⁰⁶ Connaissance, compétences, motivation et capacité à repérer, à comprendre, à évaluer et à utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie- [La littératie \(reflis.fr\)](http://La.littératie.reflis.fr)

Ces capsules pourraient aussi être utiles lors de démarches d'aller vers que pourraient réaliser des équipes mobiles, dans un accompagnement à la parentalité personnalisé. Ces équipes diminueraient le besoin de mobilité et assureraient une offre de proximité au domicile, dans les hébergements sociaux et les lieux de détention. En répondant aux inégalités territoriales, elles proposeraient des formats différents pour assurer à un large public dans une démarche de « faire avec » (Gorza et al., 2018) p.45) pour retisser le lien des femmes avec leur santé. Des dispositifs d'aller vers existent avec les bus PMI qui proposent des consultations mensuelles (dans la Somme¹⁰⁷, l'Hérault¹⁰⁸, les Yvelines¹⁰⁹...) ou encore l'unité mobile Opti-Soins¹¹⁰ qui accompagne les femmes enceintes des zones rurales vers Clermont-Ferrand pour éviter des complications d'un accès distant pour le suivi médical de grossesse. En Ille-et-Vilaine, cette mobilité est utilisée par des dispositifs non encadrés d'accompagnement à la parentalité, comme par exemple les Doulas (cf. 3.2.2-p.67) et est envisagée pour l'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap (cf. p.3.3.2-p.72). Ces équipes mobiles seraient complémentaires des dispositifs Panjo de la PMI.

Des initiatives d'accompagnement périnatal s'expriment en dehors des maternités, dans des structures d'exercice coordonné lorsque des sages-femmes y travaillent. Par exemple, le projet « IDA » d'investissement dans l'attachement¹¹¹ porté par la MSP Avenir Santé de Villejean (Rennes) regroupe des professionnels de santé dans l'accompagnement de parents volontaires dans la reconnaissance du 4^{ème} trimestre de grossesse (cf. 3.1.1-p.63) et la mise en place d'une « tribu familiale ». D'autres expérimentations s'organisent ailleurs, notamment dans le cadre de l'article 51¹¹², comme le projet « CoPa¹¹³ coaching parental » porté par un groupement hospitalier de territoire (GHT) et met en place un accompagnement post-natal standard ou renforcé, par des auxiliaires de puériculture en complémentarité et coordination avec les dispositifs existants. Ces projets pourraient se développer en Ille-et-Vilaine si les conclusions de l'expérimentation « RéPap » (cf. 3.1-p.63) des « 1000 premiers jours » préconisent une généralisation du dispositif fin 2023.

Dans le contexte particulier des violences intrafamiliales, la Maison des femmes Gisèle Halimi sera inaugurée en septembre 2023 à Rennes, pour apporter des réponses adaptées. Coordinée par D. Delespine, sage-femme coordinatrice ayant exercé dans la 1^{ère} maison des femmes créée en Seine-Saint-Denis en 2016¹¹⁴, il s'agira d'un lieu d'accueil, de soins et d'écoute pour les femmes victimes de violence et leurs enfants. Ce projet interdisciplinaire est porté par la ville de Rennes, le CHU et l'Asfad et sera installé devant l'hôpital sud qui héberge la maternité du CHU.

¹⁰⁷ [Le bus PMI | Conseil départemental de la Somme](#)

¹⁰⁸ [Protection Maternelle et Infantile \(PMI\) - Site du Département de l'Hérault \(herault.fr\)](#)

¹⁰⁹ [Le Bus PMI au service de tous depuis 2 ans - Yvelines Infos \(yvelines-infos.fr\)](#)

¹¹⁰ [Projet Opti'soins | Unité mobile de suivi de grossesse unique en France \(chu-clermontferrand.fr\)](#)

¹¹¹ [IDA – Avenir Santé Villejean Beauregard- MSP Rennes Nord/Ouest \(asvb-msp-rennesnordouest.fr\)](#)

¹¹² Dispositif d'expérimentation de nouvelles organisations en santé sur des modes de financement innovant

¹¹³ [Le dispositif CoPa • GHT Coeur Grand Est \(ght-coeurgrandest.fr\)](#)

¹¹⁴ [La Maison des femmes](#)

Ainsi, l'idéal serait que chaque femme puisse trouver les réponses qui lui correspondent dans un portefeuille de ressources, qui pourrait être matérialisé avec la femme durant son parcours de maternité via un outil guide. Cela lui permettrait d'exprimer ses choix, d'y inscrire les ressources qui la concernent et d'y partager sa culture de manière respectueuse et attrayante. C'est le travail que mène actuellement le centre parental de l'Asfad dans la réalisation d'un support de « parcours de santé » avec un graphiste, dans un design de la facilitation graphique (cf. 2.3.3-p.61). Son investissement par la mère et le suivi, ou non, du chemin tracé seront autant d'informations pour les professionnels et les dispositifs qui prendront le relai de ces situations. Globalement, le fait d'impliquer les femmes en situation de vulnérabilité plus largement dans les politiques publiques de périnatalités semble également être un levier intéressant. Les notions d'autodétermination et d'empowerment, très présentes dans des secteurs comme le handicap, mais semble peu investi dans la périnatalité. « Les programmes les plus efficaces sont ceux débutés avant la naissance et ceux pour lesquels les parents ont la possibilité de participer activement » (Pierron, 2019, p.35). La transférabilité « du savoir issu des personnes en grandes difficultés sociales » étant possible (de Goer et al., 2018) et à l'heure où les patients ressources et experts sont incontournables dans le domaine médical, la notion d'agentivité¹¹⁵, ou « pouvoir d'agir », peut trouver sa place dans le cadre associatif. Citons l'association agir pour la santé des femmes (ADSF)¹¹⁶ où des « Femmes Repaires », recrutées parmi les publics cibles et formées à la médiation, contribuent aux activités de l'association avec des missions de médiatrice en santé et en parentalité (rapport d'activité 2022- ADSF p.7).

3. Le besoin d'accompagner la parentalité

Après leur accouchement, beaucoup de femmes se sentent abandonnées et ont besoin d'être épaulées dans leur parentalité naissante (Monteiro de Carvalho, 2021). En effet, il n'y a pas de continuité dans les recommandations de prévention après l'accouchement. La femme, particulièrement lorsqu'elle est primipare, est laissée à son propre sort dans la découverte de sa maternité. Les besoins de la mère évoluent en parallèle ou de manière concomitante à ceux de son enfant : le sommeil diurne et nocturne du duo mère-enfant ; l'allaitement et l'alimentation (consommations alimentaires et d'alcool de la mère et diversification de l'enfant) ; les soins dentaires de la mère et les premières dents de l'enfant ; la vaccination de la mère (principalement en prénatal) puis du bébé dès le début de sa vie ; l'activité physique de la mère puis le développement psychomoteur de l'enfant ; l'organisation familiale et la place du reste de la famille (père et fratrie) ; la communication entre la mère et les autres (proches et professionnels).

¹¹⁵ Faculté d'un être à agir sur le monde, les choses, les êtres, à les transformer, les influencer.

¹¹⁶ Femmes repaires (association ADSF) <https://adsfasso.org/qui-sommes-nous-nos-actions/>

Ainsi, un accompagnement préventif et durable de la parentalité est souhaitable. Une situation de vulnérabilité d'une femme n'est pas un fait établi : « *Les situations on les rencontre à un moment T, et sans doute que [...] on peut espérer que dans quelques semaines, quelques mois, quelques années... la situation aura effectivement évolué* » (assistante sociale, PASS). C'est d'autant plus avéré si la femme concernée connaît les clés qui peuvent l'aider à faire face à sa situation et à ses nouvelles responsabilités de mère. Ainsi, « *il n'y a pas de préjugé sur ce que sera la parentalité et si les familles vont être en capacité ou pas* », « *il y a autant de parcours que d'histoire* » et « *parfois, le bébé arrive et on sent qu'il y a quelque chose qui se transforme* » (coordinatrice, centre parental).

Après avoir précisé ce qu'attendent les femmes en fin de parcours de maternité et donc au début de leur vie de parent, nous expliquerons les ressources présentes en Ille-et-Vilaine et les axes de travail qui pourraient répondre aux besoins identifiés par les parents et les professionnels.

3.1. Devenir parent : pas inné, mal appris et peu accompagné

Lorsqu'un enfant arrive au monde, sa mère vit un temps de construction identitaire de responsabilité d'un être dépendant et immature. Depuis les années 70, l'instinct maternel est déconstruit en France et suscite la controverse pour ne plus être associé à une attitude naturelle et non-apprise (Bayot, 2020). Or, les femmes, en premier lieu les plus aisées, organisent la gestion de leur enfant par d'autres adultes dès les premiers mois, notamment lors de la reprise du travail. Le temps d'appropriation de la parentalité de manière exclusive est donc court, ce qui le rend difficile.

L'intérêt d'y travailler le plus précocement possible, soit dès le début de la grossesse pour préparer l'arrivée de l'enfant, doit aider à l'appropriation des conseils de prévention par les parents. « *Il faut connaître les parcours, taper à la bonne porte pour avoir la bonne information [...] les consultations médicales c'est bien mais pour les plus précaires ou vulnérables, ils ne savent pas poser ces questions là à ce moment là, c'est une consultation médicale alors on ne pose pas certaines questions.* » (directrice médicale, périnatalité). Dans ce sens, l'expérimentation « Référent parcours périnatalité » (RÉPAP)¹¹⁷ est réalisée jusqu'en décembre 2023 dans le cadre des 1000 premiers jours pour toutes les femmes. Ce référent a pour mission d'organiser un accompagnement personnalisé et sans rupture de la grossesse aux trois mois de l'enfant, pour améliorer la santé de la diade mère-bébé grâce et participer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette recommandation avait déjà été émise par l'ANAP en 2016 sous les termes de « référent unique pour suivre une grossesse et particulièrement les grossesses à risque et les grossesses complexes aux niveaux psychologique et social ». Actuellement, « *on voit bien ce qui émerge : des centres de parentalité, des accompagnants à la parentalité qui sont parfois des anciens*

¹¹⁷ [Expérimentation « Référent parcours périnatalité » \(RÉPAP\) Ministère Santé et Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr/actualites/2023/12/14/le-referent-parcours-perinatalite-rpap)

professionnels de santé mais pas que, ça vient combler un vide » observe la directrice médicale de Périnatalité Bretagne qui partage cet objectif en agissant pour « Améliorer le repérage et la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité », en renforçant « la prise en charge coordonnée des acteurs sanitaires et médico-sociaux » autour de « l’environnement psychologique de la naissance » et du « repérage des dépressions périnatales et des violences conjugales et intrafamiliales » (rapport d’activité 2022 Périnatalité).

3.1.1. La notion de 4^{ème} trimestre de grossesse

Pour assurer un accès serein à la parentalité, il faudrait déjà que la définition de la période post-partum soit collective. D’une durée de 28 jours selon l’OMS et de 10 semaines dans le système français, elle l’est plus longue dans certains pays du nord de l’Europe et est qualifiée de « 4^{ème} trimestre de grossesse » par des professionnels de la périnatalité. Cette notion a été développée par J. Liedloff dans les années 70¹¹⁸ qui préconisait des pratiques (portage, cododo et allaitement) inspirées d’un peuple indigène du Venezuela. Repris par le pédiatre Dr W. Sears qui encourageait des pratiques parentales basées sur la théorie de l’attachement, il a été popularisé vers 2000 par le Dr H. Karp qui prônait la réponse aux besoins du nourrisson (succion et berçage). Au final, ce 4^{ème} trimestre de grossesse vise à assurer un environnement favorable à la période de « dégestion » de l’enfant et de « post-gestation » de la mère dans la recherche d’un nouvel équilibre corporel (Bayot, 2019). Le fait de sanctuariser cette période serait favorable à la création du lien d’attachement et limiteraient les risques d’épuisement parental. « *C’est pendant ces 3 premiers mois [...] qu’il faut mettre le paquet parce que tout ce qu’on fera là, c’est de la prévention pour plus tard, [...] des liens d’attachement qui ne sont pas de qualité, ça provoque des troubles du comportement, des maladies chroniques, des dépressions* » (directrice médicale périnatalité).

Les femmes ont certes besoin d’accompagnement et de soin mais elles ont besoin d’être entourées (Le Mener, 2016, p.26) et de s’appuyer sur quelqu’un pour mieux s’orienter dans le système de santé. Cet environnement est précieux aussi pour que les femmes venant d’un autre pays puissent vivre leur maternité avec leurs codes et leur culture (Camara & Moro, 2020, p.26). L’entourage aide à gérer la charge quotidienne de la maison et de la famille pour pouvoir pleinement se rendre disponible à leur nouvel enfant, surtout pour les multipares. Selon l’adage du proverbe africain « il faut tout un village pour élever une enfant ». Il est donc bien question que d’autres adultes aident la mère à faire grandir son enfant, en faisant les courses, le ménage, les repas... pour que la mère aille bien et que son enfant aille bien également. D’ailleurs, des femmes expriment une sensation « d’abandon au post-partum », « de tabou », « c’est assez violent comme phase », et un souhait « j’aurais aimé qu’on me prépare » (Monteiro de Carvalho, 2021, p.52). A la question « Et

¹¹⁸ « Le concept du continuum » Jean Liedloff -mars 2008- Edition Ambre – ISBN 9782846390729 (284639072X)
Sophie ACHILLE-FAUVEAU - Mémoire de l’Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2022-23

donc là, c'est la PMI qui vous accompagne vous dans votre santé ? », Desta a répondu « surtout la santé de mes enfants... » (Desta). Le suivi de la santé des femmes, moins présent en postnatal, peut produire un sentiment négatif « on m'a négligée » (Desta) et une dégradation de santé mentale.

3.1.2. Plus qu'un baby blues, la dépression post-partum

Le baby blues, existe « entre le 2^{ème} et 5^{ème} jour après l'accouchement », comme un état transitoire, ou devient une dépression post-partum s'il s'installe. Moins tabou qu'auparavant, cette pathologie est vulgarisée par certaines personnalités publiques comme la championne olympique Laure Manaudou (Brut, 2022)¹¹⁹ qui a récemment raconté sa dépression post-partum après sa 3^{ème} grossesse, participant ainsi à briser la représentation d'une mère débutante dépassée par l'arrivée de son premier enfant. Cependant, le dépistage reste difficile même par les 2 rendez-vous post-nataux obligatoires depuis juillet 2022 : « Il y a les entretiens du post partum, oui, c'est bien, mais est-ce que toute seule la sage-femme avec 2 entretiens comme ça c'est suffisant ? Ça peut être fluctuant, on peut passer aussi après parce que la dépression elle peut venir plus tard... » (directrice médicale périnatalité), la vigilance doit donc être partagée par une multitude d'acteurs. Actuellement, l'Echelle d'Édimbourg appelée "test EPDS" est disponible sur le site de la CAF. A partir d'un certain score, une orientation est proposée vers l'association Maman blues¹²⁰, qui propose et l'aide et un groupe de parole départemental en visioconférence.

Aussi, les collaborations pluriprofessionnelles et des formations sur la santé mentale post-partum existent pour développer les pratiques en relation avec l'exercice coordonné en QPV et en milieu rural (mutli-accueil de Saint-Michel en Brenne, en lien avec la MSA)¹²¹. Dans l'usage, la collaboration avec un psychologue formé en psychotrauma périnatal est de plus en plus fréquente. Rappelons que le suicide est la 2^{ème} cause de mortalité maternelle post-partum après la 43^{ème} semaine postnatale (Deneux-Tharoux & Saucedo, 2021). « Au cours de la grossesse, près de 10 % des femmes enceintes décrivent un mal-être psychologique en France. Cette prévalence est doublée ou triplée parmi les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité sociale »(Ibanez et al., 2018)s.90) Ce mal-être est souvent perçu comme anormal et contre-nature par les mères et est caché par peur d'être jugée. Ainsi, le lien avec une puéricultrice permet un passage de relai avec la sage-femme et une aide précoce concernant l'allaitement, ou avec des Techniciens en intervention sociale et familiale (TISF)¹²² le lien d'attachement ou la prévention de l'épuisement dans le développement des compétences de parents.

¹¹⁹ [Laure Manaudou brise le tabou de la dépression post-partum | Brut.](#)

¹²⁰ [Association Maman Blues \(maman-blues.fr\)](#)

¹²¹ [1000 premiers jours en Brenne, des actions à découvrir \(parc-naturel-brenne.fr\)](#)

¹²² [122 lien783-web_interview_adrien_taqet.pdf \(admr.org\)](#)

3.1.3. L'importance du lien d'attachement précoce

Les femmes ayant vécu un passé difficile et mises en relation avec l'Aide sociale à l'enfance présentent souvent des difficultés dans la création du lien d'attachement. En effet, la période de maternité crée un effet boomerang sur un passé qui peut peser lourd et qui peut altérer l'environnement de l'enfant en le rendant moins propice à son évolution : « *Souvent c'est [...] des familles, des jeunes femmes dont on n'a peu pris soin ou pas bien pris soin, donc c'est travailler comment je prends soin de moi et en prenant soin de moi, de fait, j'aurai cette façon de prendre soin de mon enfant !* » (coordinatrice, centre parental).

Les femmes peuvent se questionner pour savoir si elles arriveront à devenir mère dans leur contexte de vie. L'isolement social empêche le partage des inquiétudes et a un effet défavorable sur la confiance en sa capacité d'être mère. Ainsi, l'anxiété de Rashida, 31 ans, est palpable lorsqu'elle parle de l'accouchement « *Moi, j'ai la phobie !* » alors qu'elle vit avec son mari, qu'ils souhaitent cet enfant et qu'ils ont un logement stable, elle reste isolée « *Il y a rien à la maison, sauf mon mari tout le temps au travail* ». Autre exemple, dans l'attente de la naissance de ses jumeaux, Imani se questionne « *est-ce-que je vais être capable ?* » sans aide ni proches et hébergée en CADA. Un accompagnement peut permettre de retrouver des repères et de construire un lien avec son enfant. C'est ce que montre la situation d'Axelle qui évoque « *une adolescence assez compliquée, [...] j'étais souvent isolée, souvent seule et dans ma vie* » et se prend à apprécier la compagnie de ses co-résidentes du centre parental (cf. 1.2.-p 42) et à devenir une « *maman poule* » (Axelle). Ce lien parent-enfant est également soutenu par les centres de PMI dans le suivi de santé des enfants.

Aussi, « *les femmes (en situation de vulnérabilité) ne font pas parce qu'elles sont mal informées* », « *on s'adresse mal à elles* » selon la directrice médicale de périnatalité Bretagne. Les outils utilisés fonctionnent mal, par exemple, lorsqu'il s'agit de s'inscrire pour participer à un webinaire et utiliser le chat pour poser des questions, certaines n'auront pas l'aisance suffisante pour anticiper leur inscription, organiser leur connexion et poser spontanément des questions par écrit. La temporalité n'est pas toujours la même, l'immédiateté et l'incitation à court terme fonctionnent souvent auprès de ce public. En 2016, l'ANAP a préconisé d'intégrer les spécificités des femmes précaires dans les politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé en ville et en milieu rural. Reste à savoir si les résultats des actions de « *recherches interventionnelles* » peuvent irriguer la décision publique et tirer profit des expérimentations de terrain pour « *guider la décision politique* » (Porcherie et al., 2018b, s.44).

3.2. Un besoin de soutien de la parentalité dans le département

En Ille-et-Vilaine comme ailleurs, l'organisation du soutien à la parentalité est inscrite dans de nombreux documents organisant la réponse locale à cette question de santé publique.

Concrètement, le PRASP cherche à « développer une démarche renforcée de prévention et de promotion de la santé pour les populations les plus exclues » et a notamment identifié les « femmes en situation de précarité ». Le PRS cherche lui à « agir en faveur de la santé périnatale, des enfants, des adolescents et des jeunes adultes » par l'intermédiaire des projets Panjo (cf. 2.3.1-p.58), de la santé environnementale (cf. 2.1.3-p.19) et du projet des « 1000 premiers jours ». Ces projets prônent l'action précoce et ciblent notamment les femmes en situation de vulnérabilité.

3.2.1. Des ressources précoces pour les plus en difficulté

Le besoin de soutien lorsqu'on devient parent n'est pas nouveau et était réalisé, avant que notre société évolue vers davantage d'individualisme et que des dispositifs existent, par les proches (mère, famille ou communauté) avec des méthodes liées à leurs expériences et leurs croyances. Des structures d'appui à la parentalité existent en Ille-et-Vilaine mais sont soumises à conditions d'accès.

Citons, les centres parentaux, qui sont réservés aux jeunes femmes enceintes ou jeunes mères (et aux couples) avec des difficultés d'ordre social (violences, isolement, logement...) Cet accompagnement débute avant l'accouchement autour de questions générales « *Pour vous c'est quoi les mots à mettre sur le suivi, sur l'accouchement, sur le parcours* » et individuelles « *auprès de qui je trouve de l'aide et du soutien ?* » (coordinatrice, centre parental) vers l'autonomisation. Ensuite, « *pour une femme, lorsque l'enfant est là, elle peut être débordée et il n'y a pas de moyen particulier de mis en place* » (coordinatrice, centre parental). Les centres parentaux réalisent un accompagnement personnalisé, avec un projet parental guidé par des professionnels référents. Cependant, « *Il y a un vrai boulot à faire sur l'accompagnement auprès des sages-femmes, la contraception par la suite... On n'est pas très bons là* » (coordinatrice, centre parental). Ainsi, ces équipes pluridisciplinaires soutiennent des situations, orientées par les travailleurs sociaux, qui nécessitent un appui au suivi de santé et un soutien à l'insertion sociale et professionnelle.

Finalement, la population générale des femmes enceintes fréquente rarement les centres de PMI. Selon les résultats de l'étude statistique des naissances 2022 (cf. Annexe n°1), 90.5% des femmes ont été suivies entre le 3^{ème} et le 9^{ème} mois de grossesse, par une sage-femme, un gynécologue et/ou un médecin traitant en libéral. De 5% à 14.1% des femmes n'indiquant pas de suivi (variable selon les mois de grossesse) ont probablement eut un suivi par la PMI. Selon l'enquête de besoin réalisée auprès de 9% des femmes ayant accouché durant le second semestre 2022 en Ille-et-Vilaine (5600 femmes¹²³), la plupart sont suivies par le secteur libéral, 3% indiquent avoir eu un suivi de grossesse en PMI et 7% en postnatal. Cela confirme qu'une minorité de femmes réalisent leur suivi en PMI. Ainsi, le suivi de l'enfant comme vecteur de vigilance sur la santé post-partum des mères concernerait surtout les femmes qui connaissent déjà la PMI.

¹²³ Femmes disposant d'un compte Ameli pour permettre la participation à l'enquête en ligne

3.2.2. Un accompagnement post-partum non encadré

Avant tout, « lorsque la vulnérabilité est identifiée en amont, c'est plus facile pour après, l'arrivée du bébé, l'accompagnement est déjà engagé » (coordinatrice, centre parental). Cet accompagnement à la parentalité existe en Ille-et-Vilaine dans des organisations floues et décousues.

Souvent considéré par le prisme du soin, l'accompagnement vers la parentalité débute en anténatal avec la sage-femme puis en postnatal avec les rendez-vous avec le médecin traitant et à la PMI dans le cadre du suivi de santé de l'enfant. Un besoin de guidance est exprimé par les parents, et n'a actuellement pas de réponse organisée dans le système de santé. C'est un des objectifs de Périnatalité Bretagne qui cherche à renforcer « la prise en charge coordonnée des acteurs sanitaires et médico-sociaux » autour de « l'environnement psychologique de la naissance », par « le repérage des dépressions périnatales et des violences conjugales et intrafamiliales » (rapport d'activité 2022 Périnatalité Bretagne). Mais sans encadrement, des associations plus ou moins fiables proposent des actions de santé et de bien-être aux parents. En Ille-et-Vilaine, ces actions sont investies par des professionnels de santé variés (aide-soignante, puéricultrice, psychologue...) ou issus de formations alternatives (hypnothérapeute, reflexologue, sophrologues...). Elles (exclusivement des femmes) se définissent comme « accompagnante périnatale », « accompagnante en parentalité et périnatalité » ou « consultante en parentalité » et s'estiment expertes dans cette activité. Les Doulas, antennes locales d'une entité nationale, proposent des accompagnements auto-labellisés par des formations internes à leurs adhérents. Sans accréditation ni contrôle, ces activités engendrent une vigilance des professionnels de santé et des institutions de santé. « On voit bien ce qui émerge : des centres de parentalité, des accompagnants à la parentalité qui sont parfois des anciens professionnels de santé mais pas que, ça vient combler un vide, une faille » observe la directrice médicale de Périnatalité Bretagne. Il y a là un sujet autour duquel une réponse doit être apportée pour accompagner les femmes, et notamment celles en situation de vulnérabilités, de manière individualisé et gratuite.

3.3. Assurer un accès équitable aux ressources

La gradation des messages de prévention demande d'éviter les hiérarchies pour ne pas discriminer, mais de prioriser les publics selon les risques encourus et les conséquences en matière de santé publique car « si la prévention consiste en principe à informer, conseiller, encourager les personnes qui n'ont pas de « bons » comportements de santé, cette main tendue finit toujours par montrer du doigt ceux à qui elle s'adresse. » (Warin, 2003)p.82). C'est ici toute la difficulté de la prévention : proposer un discours global et équitable tout en personnalisant l'information de manière la plus pertinente et respectueuse possible. Ainsi, les actions doivent être adaptées pour mieux identifier les pistes qui rendraient l'accès à la prévention en santé plus équitable.

3.3.1. Des besoins précis et des ressources dédiées

Le dernier trimestre de la période de maternité, évoque principalement le risque pour la santé mentale de la mère. Des actions précoces à destination des jeunes parents existent aussi sur d'autres territoires seraient des pistes à explorer en Ille-et-Vilaine.

Divers projets innovants liés à la parentalité sont financés dans le cadre des appels à projets ARS des « 1000 premiers jours » en 2022 mais n'ont pas encore été mis en place. L'accompagnement des parents a besoin d'être soutenu pour limiter les risques d'épuisement et d'isolement, avec des cercles de sociabilité tels les « samedis des 1000 jours » à Bordeaux. *« Avoir un référent du parcours, [...]un fil rouge dans leur parcours [...] parfois ce sont des familles qui ne vont plus aux consultations pour des raisons qu'on arrive pas forcément à comprendre, [...]qu'il puisse être un peu le phare, [...] récolter les informations, analyser un petit peu, ré-informer les parents, être à leur écoute, pouvoir répondre à certains moments, en cadrant bien sûr ! »* (directrice médicale, Périnatalité.)

Les parents ont aussi besoin de trouver du soutien avec des espaces d'information et de soutien. Autres exemples, un projet d'hébergement post-natal transitoire entre la maternité et la maison pour celles qui en ont besoin, une « maison de la parentalité » itinérante en QPV avec des permanences polyvalentes comme à Charleville-Mezière), des permanences psychologiques gratuites et sans rendez-vous à Grenoble et des actions de gestion des pleurs à La Roche-sur-Yon, tous précieux aussi pour les nouveaux parents (Vellut et al., 2017, p.148). A Rennes, le centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF), qui apporte un soutien juridique et un accompagnement dans l'accès à l'emploi, la protection contre les violences et l'exercice de la parentalité, organise des « ateliers pour mamans solo »¹²⁴ pour rompre l'isolement, action à déployer. Plus largement, des maisons des 1000 jours, lieux ressources pour les parents et les professionnels sont été créés depuis 2021. En Ille-et-Vilaine, une 1^{ère} maison pourrait se créer avec le soutien de la CAF et de la CPAM, par exemple à la Maison des Familles à Saint-Malo¹²⁵.

La préparation de la période de vie post-natale débute en amont de l'accouchement, en incitant la femme enceinte à se projeter dans ses futurs besoins, au delà de l'équipement de la chambre et de la valise de maternité, d'identifier des ressources quotidiennes (garde d'enfants, courses, déplacements...) et des besoins personnels (culturels et identitaires) afin de lui permettre de se centrer sur leur enfant. Pour cela, le plan post-natal, outil surtout utilisé dans les pays anglo-saxons, trace les organisations futures et les personnes ressources (cf. Annexe n°11). Au-delà du soin, la « charge de travail des parents sur leur disponibilité parentale » peut être accompagnée par des professionnels et des politiques publiques avec « une plus grande tolérance sociale aux faiblesses et difficultés de tout un chacun » (Vellut et al., 2017)p.148).

¹²⁴ [Club Parents Solos - Ille et Vilaine \(cidff.info\)](https://clubparents-solos-ille-et-vilaine.cidff.info)

¹²⁵ [Maison de la famille \(ville-saint-malo.fr\)](https://maison-de-la-famille-ville-saint-malo.fr)

3.3.2. Faire alliance avec la future maman

Lorsqu'une femme devient mère, elle se questionne : « *c'est quoi se construire dans la vie ? Oui c'est le travail, oui c'est le logement évidemment, mais aussi comment on s'enrichit, on construit ses désirs, ses envies, les choses qu'on n'a pas envie...* » (coordinatrice, centre parental). Pour qu'elle s'implique avec les professionnels et fasse alliance autour de la santé « *il faut être inventif, il faut se réorganiser, tout mettre à plat et voir ce qu'on veut pour l'accompagnement [...] on vit de plus en plus isolés parce qu'on s'isole par les réseaux sociaux* » (directrice médicale, périnatalité).

(Cette créativité peut être aidée par la formation des professionnels, telle l'éducation thérapeutique ou des techniques participatives. Citons notamment le projet « Vulnérabilité, Repérage, et Accompagnement Parental » qui, avec l'EPP, utilise la cartographie grâce aux méthodes d'animation comme le photolangage¹²⁶. La santé environnementale est aussi expérimentée dans la formation au sein des maternités (comme en Bretagne)¹²⁷ et des consultations pour couples infertiles (réseau PREVENIR, mise en place par le Centre PRE²B¹²⁸ à Rennes, par un article 51).

Les parents en situation de vulnérabilité devraient également être associés dans l'élaboration des politiques publiques, comme les diagnostics de territoire ou la définition des axes prioritaires du PRAPS et du PRS, car « La place donnée aux parents [...] dans les actions menées à leur endroit est un critère d'appréciation de la qualité des dispositifs mis en œuvre. » (Pierron, 2019, p.14). Mais l'idéal est que les parents puissent être à l'initiative des recommandations. Ainsi, lors de sa journée départementale annuelle en décembre 2018, le réseau parentalité de la CAF d'Ille-et-Vilaine¹²⁹ a présenté la démarche-projet d'Universités populaires de parents (UPP)¹³⁰ qui se traduit par l'organisation de groupes de parents autonomes qui construisent un livrable basé sur des données probantes, avec l'appui d'un professionnel d'université, servant d'outil aux institutions et aux élus. Actuellement, aucune dynamique d'UPP n'est lancée dans le département et les travaux rendus au niveau national depuis sa création ne concernent pas la périnatalité.

¹²⁶ [Cartographie Urkind® au service des parents et professionnels de périnatalité \(profession-sage-femme.com\)](https://www.profession-sage-femme.com/)

¹²⁷ [Les maternités bretonnes s'engagent dans la santé environnementale](#)

¹²⁸ [Centre PRE²B - Prévention des Risques Environnementaux et Reproduction en Bretagne \(oscarsante.org\)](https://www.oscarsante.org/).

¹²⁹ [Réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents \(Reaap\) | Bienvenue sur Caf.fr](#)

¹³⁰ [Le réseau des UPP locales - AF UPP IPC \(parents-citoyens.org\)](https://parents-citoyens.org/)



Être parent en situation de handicap : un cumul de vulnérabilité

Les femmes en situation de handicap souhaitant devenir mère doivent relever de nombreux défis et nécessitent une prise en soin spécifique pour préparer l'arrivée de l'enfant. En effet, il peut être difficile d'accéder aux soins gynéco-obstétriques en milieu ordinaire, d'affronter les freins de certains soignants mal formés au handicap et le regard des autres une fois devenues mère. La considération politique de ces situations évolue, notamment avec l'appui politique du comité parentalité des personnes en situation de handicap¹³¹ lancé en 2017.

Evoquons Mme D. (Achille-Fauveau et al., 2013), femme seule sans relations familiales et dont la situation de handicap est principalement due à des troubles moteurs liés à une paralysie cérébrale¹³². Sa grossesse, bien que désirée, a diminué ses capacités fonctionnelles et son autonomie quotidienne. Mise en relation avec un service de PMI dès sa déclaration de grossesse, la méconnaissance de sa pathologie fait douter les professionnels de sa capacité à être mère. Un travail collaboratif avec le réseau de santé Breizh Paralysie Cérébrale¹³³ a permis de trouver des solutions adaptées. Au final, des aides humaines extralégales dégressives sont venues compléter la prestation de compensation du handicap (PCH) liée à la parentalité et celle déjà en place pour Mme D. Elle a aussi dû éduquer les techniciens en insertion sociale et familiale formés à l'aide éducative mais pas à être les bras d'une mère. Lors de l'allaitement, moment privilégié, personne ne pouvait la remplacer.

Ainsi, compétences psychosociales des personnes en situation de handicap sont souvent mises en cause. Or, les besoins d'accompagnement diffèrent selon la nature du handicap (sensoriel, moteur, intellectuel...), de la conception à la parentalité. Là où certaines sont empêchées par leurs corps, d'autres le sont par des troubles de la relation ou un isolement social. La pair-aidance est important dans le handicap¹³⁴ et peut aider à accompagner à viser à « un langage commun, à la capitalisation des compétences, différentes, mais complémentaires » (Titran, 2004, p.76).

En Ille-et-Vilaine, les femmes en situation de handicap peuvent peiner à accéder aux soins gynécologiques, à cause de la durée longue des consultations. Même si des consultations dédiées Handiaccès¹³⁵ existent à Rennes pour les femmes empêchées, c'est souvent à l'hôpital et en PMI qu'a lieu le suivi. L'équipe mobile Em2r¹³⁶ accompagne la périnatalité adaptée mais un appel à projet de l'ARS soutient la création de dispositifs d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité des personnes en situation de handicap en région Bretagne (SAPPH¹³⁷) donneront ses résultats fin 2023.

¹³¹ [Le Comité parentalité des personnes en situation de handicap | Unaf](#)

¹³² [Qu'est ce que la paralysie cérébrale ? | FONDATION PARALYSIE CEREBRALE](#)

¹³³ [Paralysie cérébrale en Bretagne : traitement et informations \(neuro-bretagne.com\)](#)

¹³⁴ [Annexe à la lettre d'engagement \(breizh-sante-handicap.fr\)](#)

¹³⁵ [Consultations dédiées - Handiaccès - Breizh Santé Handicap \(breizh-sante-handicap.fr\)](#)

¹³⁶ [A propos de notre mission Jusqu'à domicile - Pôle Saint-Hélier \(pole-sthelier.fr\)](#)

¹³⁷ <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/111825/download?inline>

3.3.3. Adapter la communication avant tout

Toutes les actions visant à remettre la prévention au cœur d'un projet de parentalité passent par la communication : celle qui informe et celle qui constitue l'action. Finalement, « *chacun crée son flyer "si ça marchait, ça ferait longtemps qu'on le saurait."* (directrice médicale, périnatalité). Pour assurer une communication pertinente, il est nécessaire de créer un contenu et de s'adresser aux personnes ciblées avec une communication adaptée et des actions d'aller-vers.

3.3.3.1. Créer un contenu d'information pour tous

La communication doit permettre aux personnes concernées de connaître l'existence des actions de prévention et de se sentir légitimes à y participer. Pour cela, il faut des outils de communication simples et pertinents. La communication des actions de prévention maternité est avant tout conçue pour convaincre les femmes du bienfondé du suivi de grossesse et d'atteindre un changement de comportement (arrêter de fumer) ou une action (se faire vacciner). Elle doit donc être adaptée à tous les profils de femmes aussi bien sur le fond que sur la forme. Or, dans les différents lieux approchés lors de l'étude de terrain, ce n'est pas le cas, (cf. Annexe n° 9). En termes de visibilité, les outils de communication sont trop nombreux et se confondent dans un environnement coloré mais illisible. Les affiches et prospectus sont inadaptés aux personnes maîtrisant mal le français ou comprenant mal l'écrit. En termes de ressources, si les acteurs montrent une réelle volonté à mettre à disposition des informations, un défaut de mise à jour est constaté (prospectus affichés au mur, impression trop petite, documents périmés depuis plusieurs années) et l'utilisation des impressions est approximative (documents non uniformisées, erreurs de frappe)

« *Accompagner l'information pour se l'approprier ! Ce n'est pas en diffusant de l'information brute que ça va fonctionner, surtout pour les populations les plus vulnérables* » (directrice médicale, périnatalité). En prévention, l'information est efficace si elle est adaptée au public (Dreux & Jeanneteau, 2009, p.50) et si les stratégies de prévention en santé compilent information, éducation et prise en compte des « facteurs sociaux et culturels qui affectent nos comportements. » (Raude, 2013, p.61).

Ailleurs, certains acteurs de la santé pensent qu'une information de prévention « faite maison » est plus pertinente en termes d'appropriation par les professionnels qui livreront l'information avec leurs mots. Il semble cependant qu'il serait utile de partager ces expériences et de faire en sorte de partir d'un document universel et de partager ses outils dans une visée d'amélioration collective. Pourtant, « *on en est toujours là, la pochette de flyers, de documents... mais vous avez pas eu ça ? On vous a remis ça, ce document ! C'est quoi ? Quelle couleur ? Je sais pas !* » (assistante sociale, PASS). Cela est confirmé par Rashida qui, à l'évocation du guide maternité de l'assurance maladie répond « Oui, oui, rose ! » ne pouvant l'identifier autrement.

Pour les outils numériques, leur usage s'est désormais démocratisé. Par un téléphone portable ou via un espace numérique¹³⁸, internet est un levier indispensable pour les femmes en situation de vulnérabilité pour la recherche de solutions et la réalisation des démarches administratives. D'ailleurs, les femmes rencontrées étaient toutes propriétaires d'un téléphone portable connecté, notamment pour avoir accès à une application de traduction. Cependant, rappelons que si « *même les personnes les plus vulnérables ont un téléphone portable* » (directrice médicale, périnatalité), cela n'insinue pas que l'information n'a pas besoin d'être accompagnée et personnalisée, d'autant plus auprès des publics vulnérables. Selon une étude transversale basée sur des questionnaires, les professionnels « désirent majoritairement conserver un format papier, sans pour autant exclure les nouvelles technologies » (Cot et al., 2022, p.80).

Ainsi, la communication de prévention doit exister en format dématérialisé. Cela permet une diffusion silencieuse sur un écran en salle d'attente avec une transcription en sous-titre, mais également une traduction facile en langue des signes ou dans une langue étrangère, orale ou écrite. L'accès aux espaces numériques permet « un accès plus large aux informations » et une meilleure réactivité (Monteiro de Carvalho, 2021,p.57). « Les différentes études montrant une lassitude des multiples flyers donnés en consultation au profit des outils numériques », il est préconisé de réaliser « un coaching parental» en complémentarité de la « la création d'un site web ou d'une application par un professionnel de santé » de l'accompagnement (p.69). Ainsi, l'utilisation d'internet favorise la personnalisation des informations recherchées, pour « se réassurer face aux doutes et à son manque de connaissance » surtout chez les primipares qui cherchent à connaître les expériences des autres.

3.3.3.2. S'adresser aux personnes vulnérables

Alors que certaines femmes ne font pas valoir leurs droits, par manque d'information pour 4 personnes sur 10¹³⁹, complexité des démarches, crainte de conséquences négatives ou encore par souhait d'autonomie (Pirus 2023, p.1), entraînant un retard de suivi de santé.

« *Comment s'adresser aux personnes vulnérables... moi j'ai toujours pas trouvé la réponse !* » (directrice médicale, périnatalité). Afin que les femmes aient une meilleure connaissance des ressources, le pôle prévention de la CPAM des Côtes-d'Armor expérimente une action d'incitation à la participation à un forum d'intervention. L'objectif est d'inviter les femmes assurées en situation de vulnérabilité à venir récupérer un « sac bébé », rempli de produits d'hygiène et de puériculture de qualité. Ces nudges⁶ ont pour objectif d'encourager les femmes à venir prendre connaissance des informations de suivi et de prévention de manière accompagnée et personnalisée. Toutefois, le coût notable du projet et la charge d'organisation risquent de limiter sa généralisation.

¹³⁸ [guide_utilisation_carto_inclusion.pdf \(ille-et-vilaine.fr\)](#)

¹³⁹ [ER1263.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

Pour assurer un bon niveau de littératie¹⁰⁷ des femmes enceintes en situation de vulnérabilité, il leur est indispensable de pouvoir accéder à l'information et de la comprendre pour se l'approprier puis évaluer et appliquer les recommandations visant à maintenir une bonne santé (Sørensen et al., 2012). La veille des actions et des documentations est difficile car l'information est morcelée, créée sans concertation. Cela montre de nouveau l'importance de l'interconnaissance et de la collaboration autour de la construction d'outils de prévention adaptés. Il est aussi pertinent de s'appuyer sur des pairs et des proches afin d'ajuster la communication et de disposer d'une information plus efficace. N'oublions pas que le temps de la maternité est court et qu'il ne permet donc pas de s'engager dans un long cheminement.

Enfin, les modalités de diffusion de l'information doivent toucher la cible souhaitée en s'appuyant sur le réseau de professionnels et de partenaires, dans les lieux fréquentés par les femmes enceintes, favorisant la pair-émulation, sont autant de piste de canaux de communication. Des formats « papier » sans date et avec les coordonnées peuvent être un outil de base pour tous.

3.3.3.3. Une communication adaptée

En termes de communication, il est important de savoir « *Comment on accompagne les informations ? Les rendre audibles, lisibles, compréhensibles* » (assistante sociale, PASS). Pour cela, il est impératif que les outils de communication soient travaillés dans une « communication universelle » (comme préconisé par la CNAM¹⁴⁰), dans un format « simple », « concret » et « clair », rédigé avec « des phrases simples », une « syntaxe de base » et des illustrations. Un outil issu d'un travail collaboratif permettra une utilisation graduée tant dans un format papier ou numérique et dans son mode de diffusion (courrier, mail, flyer ou article). Le but est de limiter le nombre de documents produits, pour éviter de brouiller le message par des éléments de langages discordants.

Dans l'idéal, pour que la communication soit lisible et adaptée au plus grand nombre, il est préférable qu'elle s'appuie sur un document comportant les informations illustrées par des pictogrammes, dans une démarche de pensée visuelle universelle. C'est ce que propose la facilitation graphique, outil très actuel que des structures de périnatalité s'approprient comme un centre parental dans la création d'un « parcours maternité » participatif (cf.2.3.3-p.63.) c'est aussi pour adapter le discours aux personnes en situation de handicap, que les documents sont réalisés en format « facile à lire et à comprendre » (FALC¹⁴¹) ce qui permettra une meilleure compréhension de la part des personnes avec des difficultés cognitives, dans un schéma simplifié mais pas simpliste, pour une information synthétique. Le format FALC doit être validé par un comité de lecture composé de personnes concernées.

¹⁴⁰ [L'Assurance Maladie sort son Guide de communication universelle \(icibarbes.com\)](https://www.icibarbes.com/)

¹⁴¹ [Facile à lire et à comprendre \(FALC\) : une méthode utile \(culture.gouv.fr\)](https://culture.gouv.fr/)

CONCLUSION

De nombreuses limites ont été rencontrées dans l'élaboration de ce travail, notamment par la difficulté d'accès à certains acteurs qui auraient pu éclairer notre réflexion sur ce qui participe à construire une situation de vulnérabilité et les réponses adaptées. Cependant, les entretiens menés ont orienté ce travail vers l'aspect social de la grande vulnérabilité mais n'ont pas permis d'aborder des femmes intégrées dans la société, avec des critères de vulnérabilités moins visibles.

Malgré ces limites, des besoins d'adaptation des actions de prévention ont bien été identifiées et des solutions nouvelles ont été trouvées dans l'accès à la santé, et au sujet de la parentalité, malgré un manque de lisibilité et de communication avéré.

Ainsi, les principales clés de l'adaptation des actions de prévention maternité se résument en 3 points. Tout d'abord, la collaboration interprofessionnelle qui permet de recueillir les informations pertinentes, de les partager pour mieux repérer les femmes en situation de vulnérabilité et de les orienter vers des dispositifs de santé adaptés. Ensuite, la réalisation d'un accompagnement de santé prénatal et postnatal personnalisé, en collaboration avec la femme pour graduer les réponses en fonction des signes de vulnérabilité. Enfin, un travail de communication universelle simple et proportionné grâce aux adaptations (facilitation graphique, FALC, numérique...) et maillage partenarial assure une bonne diffusion de l'information et un accompagnement fin de celle-ci.

Dans la société idéale et utopique, chaque femme serait en bonne santé avant et après la grossesse et pourrait « respirer, boire, manger, être soutenue, dormir, se comprendre, comprendre son bébé » (Launay & Suquet, 2023)¹⁴² dans un logement stable, avec un suivi de santé choisi. Chacune serait entourée de ses proches dans un cercle de soutien, en confiance et sans jugement, et par des professionnels formés et compétents. Chacune pourrait être disponible pour son bébé, en étant soutenue dans la gestion du quotidien et des tâches qui lui sont inhérentes. Tous ces besoins seraient tracés dans un plan individualisé prénatal et post-natal, dont l'élaboration pourrait être guidée par un accompagnant à la parentalité. Chaque professionnel travaillerait dans un cadre défini et de manière collaborative et en proximité ce qui laisserait de la place pour tous.

Reste donc à savoir si l'ambition affichée dans le projet des « 1000 premiers jours » va permettre d'approcher cet idéal et de concrétiser des recommandations théoriques, dans une meilleure équité d'accès aux actions de prévention maternité, de faire en sorte que les situations de vulnérabilités puissent être mieux considérées, accompagnées et écoutées et que cela se retranscrive dans l'application opérationnelles et locales de ces politiques publiques de santé.

¹⁴² [SOS Post-partum - Marie-Elise Launay, Violette Suquet - Achat Livre | fnac](#)

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Alla, F. (2016). 3. Les déterminants de la santé. In *Traité de santé publique* (p. 15-18). Lavoisier.
<https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- Berthiaud, E. (2017). La grossesse invisible : La représentation des reines et des princesses enceintes à la cour de France (XVIIe-XIXe siècles). In P. Mormiche & S. Perez (Éds.), *Naissance et petite enfance à la cour de France (Moyen-Âge—Xixe siècle)* (p. 139-152). Presses universitaires du Septentrion. <http://books.openedition.org/septentrion/10762>
- Braverman, L., & Loretto, A. (2021). *Santé, inégalités, discriminations*. Presses universitaires de Louvain. [La santé face aux inégalités et aux discriminations \(uclouvain.be\)](http://www.uclouvain.be)
- Boujard, S., & Achille-Fauveau, S. (2021). Collaboration interprofessionnelle—Chapitre 12. In *Santé Publique/Sciences Humaines et Sociales/Formation et Professionnalisation* (Elsevier-Masson, p. 221-233). Elsevier-Masson. <https://www.elsevier-masson.fr/sante-publiquesciences-humaines-et-socialesformation-et-professionnalisation-9782294770517.html>
- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu—Robert Castel* (Editions du Seuil). Le seuil. https://www.decitre.fr/ebooks/la-montee-des-incertitudes-9782021127027_9782021127027_1.html
- De Gaulejac, V. (2019). Lutte des places : (Struggle for places – lucha por las posiciones). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 406-408). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0406>
- Launay, M.-E., & Suquet, V. (2023). *SOS post-partum | Marie-Élise Launay, Violette Suquet | First Éditions* (Editions First). <https://www.lisez.com/livre-grand-format/sos-post-partum/9782412078242>
- Le Den, M. (2014). *Grossesses et maternité à l'adolescence Socio-histoire d'un problème public* (ehe.oai.oai.ehesp.eds.302280; l'Harmattan). l'Harmattan; Bibliothèque de l'EHESP.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat08547a&AN=ehe.oai.oai.ehesp.eds.302280&site=eds-live>

ARTICLES DE REVUE ET DE MAGAZINE

- Achille-Fauveau, S., Gallien, P., Durufle-Tapin, A., Nicolas, B., Grangeret, V., & Colin, A. (2013). Parenthood and disability : Care pathway of a mother with cerebral palsy. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine ; volume 56, page e100 ; ISSN 1877-0657*.
<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.126>
- Arcella-Giroux, P., Morvan, B., Vandentorren, S., & Joubert, M. (2021). Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. *La santé en action*, 457. [Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. Le dossier de La Santé en action, n° 457, septembre 2021. \(santepubliquefrance.fr\)](http://www.santepubliquefrance.fr)
- Azria, E. (2015). Inégalités sociales en santé périnatale. *Archives de Pédiatrie*, 22(10), 1078-1085.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.07.006>

- Azria, E., Stewart, Z., Gonthier, C., Estellat, C., & Deneux-Tharoux, C. (2015b). Inégalités sociales de santé maternelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 43(10), 676-682. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.09.004>
- Bayot, I. (2019). Le post-partum côté femme : Un quatrième trimestre de « gestation » ? Sortir des dénis culturels pour un meilleur accompagnement. *Revue de Médecine Périnatale*, 11(1), 26-26-31. Complementary Index. <https://doi.org/10.3166/rmp-2019-0040>
- Bayot, I. (2020). Instinct maternel : Réalité et controverses. In *Soins, corps et langage* (p. 87-102). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2020.01.0087>
- Beaujouan, É., Sobotka, T., Brzozowska, Z., & Zeman, K. (2017). La proportion de femmes sans enfant a-t-elle atteint un pic en Europe ? : *Population & Sociétés*, N° 540(1), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.540.0001>
- Béranger, R. (2017). Prématuration et facteurs environnementaux. *Revue de Médecine Périnatale*, 9(2), 81-86. Cairn.info. <https://doi.org/10.1007/s12611-017-0410-3>
- Blazy, M. (2001). femme enceinte en état de maltraitance : Quel risque périnatal? *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 14(6), 331-336. [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(01\)80098-0](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(01)80098-0)
- Boinot, K. (2008). Femmes sans abri. Précarité asexuée ? *VST - Vie sociale et traitements*, 97(1), 100-105. <https://doi.org/10.3917/vst.097.0100>
- Boulet, E. (2021). La triple journée des femmes enceintes : L'encadrement des grossesses en France, entre droits des femmes et devoirs des mères. *Enfances, Familles, Générations*, 38, 1086959ar. <https://doi.org/10.7202/1086959ar>
- Camara, H., & Moro, M. R. (2020). Attendre, accueillir et faire grandir son bébé, entre ici et là-bas. *Sages-Femmes*, 19(1), 25-27. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.018>
- Cazenave, M., & Lardoux, J.-M. (2022). *Bilan démographique 2021 : Les naissances en hausse pour la première fois depuis dix ans—Insee Analyses Bretagne—114*. Insee analyses Bretagne. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6656478#consulter>
- Chatoney, B. (2018). Le centre parental : Pour répondre aux besoins des enfants. *Les Cahiers Dynamiques*, N°76(4), 42. <https://doi.org/10.3917/lcd.076.0042>
- Convers, M. (2009). Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La Revue Sage-Femme*, 9(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2009.12.003>
- Cot, S., Durand, D., Daniel, S., Paris, S., Millot, I., & Biquet, C. (2022). Prévention au premier trimestre de la grossesse : Perspective des professionnels. *Santé Publique*, Vol. 34(1), 71-85. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0071>
- Coulm, B. (2020). La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes. *Sages-Femmes*, 19(1), 12-12-17. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.016>
- Cova, A. (2005). Où en est l'histoire de la maternité ? *Clio*, 21, 189-211. <https://doi.org/10.4000/clio.1465>
- Deruelle, P., Sananes, N., Pontvianne, M., & Lecointre, L. (2022). De la dénutrition à la malnutrition. Influence du niveau socioéconomique sur la macrosomie. *Périnatalité*, 14(1), 3-8. Cairn.info. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0143>
- Desprès, C. (2005). La couverture médicale universelle : Des usages sociaux différenciés. *Sciences sociales et santé*, 23(4), 79-110. <https://doi.org/10.3406/sosan.2005.1667>

- Dupuy, R.-P., & Kojayan, R. (2021). Les 1 000 premiers jours, là où tout commence : Impact de l'environnement, prévention et repérage précoce : quelles connaissances, quels outils et dispositifs pour une nouvelle organisation des soins dès la grossesse. *Périnatalité*, 13(2), 55-57. <https://doi.org/10.3166/rmp-2021-0114>
- Durand, D. (2005). Maternité chez les femmes en situation de précarité. *La Revue Sage-Femme*, 4(1), 14-23. [https://doi.org/10.1016/S1637-4088\(05\)86212-1](https://doi.org/10.1016/S1637-4088(05)86212-1)
- Fortino, S. (1997). De filles en mères. La seconde vague du féminisme et la maternité. *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 5(1), 17-17. <https://doi.org/10.4000/clio.421>
- Gasquet-Blanchard, C., & Moine, R. (2021). Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité. *Revue française des affaires sociales*, 3, 225-240. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0225>
- Gelly, M., Cristofalo, P., & Gasquet-Blanchard, C. (2021). Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : Ériger des biens ordinaires en biens rares. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, pp.72-91. <https://doi-org.ehesp.idm.oclc.org/10.3917/arss.236.0072>
- Gilmer, É. (2016). Un choix qui dérange. *L'école des parents*, 618(1), 45. <https://doi.org/10.3917/epar.618.0044>
- Gorza, M., Houzelle, N., Sempé, S., Lasbeur, L., Hamsany, M., Du Roscoät, E., & Cardoso, T. (2018). Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : L'action de Santé publique France. *Enfances & Psy*, 77(1), 37-48. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.077.0037>
- Gottardi, E., Lorthe, E., Schmitz, T., Mandelbrot, L., Luton, D., Estrellat, C., & Azria, E. (2022). Inégalités sociales de santé périnatale : Association entre marqueurs de précarité sociale et prématurité. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 51(1), 80. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.11.086>
- Haab, E., Werschuren, C., Parquet, C., Sauvegrain, P., Blanc, J., Crenn-Hebert, C., Fresson, J., Gelly, M., Gillard, P., Gonnaud, F., Vigoureux, S., Ibanez, G., Ngo, C., Regnault, N., Deneux-Tharaux, C., & Azria, E. (2022). Dépistage et parcours de soins en cas de vulnérabilités psycho-sociales maternelles : Une enquête nationale française. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50(10), 666-666-674. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.07.002>
- Honta, M. (2021). Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural: *Revue française des affaires sociales*, 3, 69-87. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0069>
- Knibiehler, Y. (1986). Françoise Thébaud, Quand nos grand'mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'Entre-deux guerres, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986, (Médecins et société ; 2). *Histoire de l'éducation*, 37(1), 103-105. <https://doi.org/10.3917/hed.37.1.103>. https://www.persee.fr/doc/hed_37_1_103
- Laval, C., & Estecahandy, P. (2019). Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. *Rhizome*, 71(1), 101-110. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rhiz.071.0101>
- Le Mener, E. (2016). L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes. *La santé en action*, 26-27. [Santé en action – Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr)
- Lombrail, P., Lang, T., & Pascal, J. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : Que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 61-71. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.995>

- Lyonnais, E. (2016). Impact de la précarité dans l'établissement de la relation mère-enfant. *La Revue Sage-Femme*, 15(6), 259-263. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.09.006>
- Mariette, A., & Pitti, L. (2021). Soigner les « précaires » en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique. *Gouvernement et action publique*, VOL. 10(4), 39-67. <https://doi.org/10.3917/gap.214.0039>
- Mondière, G. (2003). Être une femme SDF, est-ce différent? *Rhizome*, 11, 6-7. [Être une femme SDF, est-ce différent ? - Rhizome 11 - Orspere-Samdarra](https://doi.org/10.3917/rhizome.11.006)
- Palmiste, C. (2021). Le « Rassemblement féminin » (1945-1951) : À la croisée des différents réseaux de Paulette Nardal. *Fédérer Langues, Altérités, Marginalités, Médias, Éthique*, 1, Article 1. <https://doi.org/10.25965/flammes.100>
- Peretti-Watel, P., & Moati, J.-P. (2009). *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés*. [cr_peretti-watel_moati-2009_sk-fev2014.pdf \(apsapa.eu\)](https://www.apsapa.eu/ressources/le-principe-de-prevention-le-culte-de-la-sante-et-ses-derivees-cr-peretti-watel-moati-2009-sk-fev2014.pdf)
- Porcherie, M., Le Bihan-Youinou, B., & Pommier, J. (2018a). À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé: *Santé Publique*, S1(HS1), 25-32. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0025>
- Porcherie, M., Le Bihan-Youinou, B., & Pommier, J. (2018b). Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France: *Santé Publique*, S1(HS1), 33-46. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0033>
- Racioppi, A. (2022). Responsabilisation des femmes enceintes et soins différenciés dans le suivi médical du diabète de grossesse. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 24, Article 24. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11185>
- Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : Paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 176(2), 49-64. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/comla.176.0049>
- Rousseau, D., Riquin, É., Rozé, M., Duverger, P., & Saulnier, P. (2016). Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*, 1, 343-374. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343>
- Roux, S., & Figeac, J. (2022). No kids, more life? Du souci environnemental au sein des communautés childfree. *Mots. Les langages du politique*, 128(1), 151-175. <https://doi.org/10.4000/mots.29600>
- Sauvegrain, P., Rico-Berrocal, R., & Zeitlin, J. (2016). Quelles sont les causes de la mortalité périnatale et infantile élevée en Seine-Saint-Denis ? Consultation des professionnels du département par un processus Delphi. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(8), 908-917. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.02.002>
- Schapman-Segalie, S., & Lombrail, P. (2018). Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé: *Santé Publique*, S1(HS1), 47-61. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0047>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Sutter-Dallay, A.-L. (2010). Psychose et maternité. *L'information psychiatrique*, 86(2), 153-161.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0592>
- Titran, M. (2004). Bientraitance parentale et grande précarité. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.003>
- Van der Borght, F. (2017). Le centre parental, un espace de prévention précoce protégeant le tissage affectif de la triade père-mère-bébé. *Contraste*, N° 46(2), 251-268.
<https://doi.org/10.3917/cont.046.0251>
- Van Zanten, A. (2021). Lahire (Bernard) (dir.) *Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants*. Paris, Le Seuil, 2019, 1230 p., 27 €. *Revue française de sociologie*, 62(3-4), 621-625. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfs.623.0621>
- Vellut, N., Cook, J., & Tursz, A. (2017). Qui sont les parents auteurs de secouements à enfants ? *Recherches familiales*, 14(1), 135-148. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rf.014.0135>
- Warin, P. (2003). Mesurer le non-recours aux prestations [la recherche d'indicateurs]. *Revue des politiques sociales et familiales*, 73(1), 90-96. <https://doi.org/10.3406/caf.2003.2015>
- Wendland, J. (2007). Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire. Du désir d'enfant à la relation mère6Foetus ; *Enfance & Psy*, 34(1), 10-25. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.034.0010>

RAPPORTS

- Arnaud, A., Valon-Szöts, L., & Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). (2016). Suivi de grossesse et organisation des acteurs. Retour d'expériences et enseignements. ANAP – 80 pages <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/suivi-de-grossesse-et-organisation-des-acteurs-retour-dexperiences-et-enseignements>
- Ben Smida, S., Douay, C., Lignon, J., Ramblière, L., Stahl, M., & Vandentorren, S. (2022). *GRANDIR SANS CHEZ SOI. Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants*. Unicef France. [synthèse] - 5 pages - https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/10/HD_WEB_Synthese_SAMU_pageapage.pdf
- Bousquet, D., Couraud, G., Lazimi, G., & Collet, M. (2017). *La santé et l'accès aux soins une urgence pour les femmes en situation de précarité.pdf* (2017-05-29-SAN-O27). Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité | Égalité-femmes-hommes \(egalite-femmes-hommes.gouv.fr\)](https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-laccès-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-précarité-égalité-femmes-hommes)
- Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. (2014). *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité CNNSE_2014 – 72 pages -* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf
- Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecin du monde en 2021* [Rapport annuel]. CREA I ORS. (2022) – 65 pages - https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf
- Cyrułnik, B. et al (2020). *Rapport-1000-premiers-jours – 130 pages*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Fédération Nationale Solidarité Femmes. (2019). *Observatoire violences conjugales*, 44 pages <https://www.solidaritefemmes.org/assets/upload/Le-3919-en-2018.pdf>.

Revil, H., Warin, P., Richard, F., & Blanchoz, J.-M. (2020). « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). *Revue française des affaires sociales*, 4, 261-297. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0261>

Rico-Berrocal, R., & Le Méner, E. (2015). *La grossesse et ses malentendus : Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (réduction de la mortalité infantile, périnatalité et néonatale en Seine Saint Denis)* [Observatoire du Samusocial de Paris], 118 pages, [Erwan LE MENER \(samusocial.paris\)](http://www.samusocial.paris)

Samu social de Paris. (s. d.). *DSAFHIR - Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées*. Consulté 30 août 2023, à l'adresse <https://www.samusocial.paris/dsafhir-droits-sante-et-acces-aux-soins-des-femmes-hebergees-isolees-refugiees>

SITOTHEQUE

1000 premiers jours. (s. d.). 1000premiersjours-carnet-digital-16.03.22.pdf. Consulté 30 août 2023, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-carnet-digital-16.03.22.pdf>

3 petits pas. (s. d.). Lieu de vie et d'accueil « 3 petits pas ». Bigotière - Coopérative Oasis. Consulté 30 août 2023, à l'adresse <https://cooperative-oasis.org/oasis/bigotiere>

Alvarez, B. (2023, mai 11). ENTRETIEN. « Trois ans d'attente à Rennes pour obtenir un logement social ». Ouest-France.fr. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/rennes-35000/entretien-trois-ansdattente-a-rennes-pour-obtenir-un-logement-social-364671e6-effb-11ed-bc4b-ac1b06b7bf07>

ADMR 85. (s. d.). ADMR 85 | la référence du service à la personne. Consulté 31 août 2023, à l'adresse <https://www.admr85.org/>

AF UPP IPC. (s. d.). Le réseau des UPP locales. AF UPP IPC. Consulté 30 août 2023, à l'adresse <https://www.parents-citoyens.org/universites-populaires-de-parents/le-reseau-des-upp/>

ARS de Bretagne. (2021, mai 12). *Le Service d'Accès aux Soins (SAS)*. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/le-service-dacces-aux-soins-sas-0>

ARS de Bretagne. (2023, janvier 16). *La permanence des soins*. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-permanence-des-soins>

CartoSanté. (s. d.). *CartoSanté—Indicateurs : Cartes, données et graphiques*. Consulté 30 août 2023, à l'adresse <https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator>

Expérimentation « Référent parcours périnatalité » (RéPAP). 1000 premiers jours. (2023). <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/experimentation-referent-parcours-perinatalite-repap-pour-un-accompagnement>

PNS. (s. d.). *MOOC Santé mentale périnatale au cours des 1000 premiers jours*. <https://pns-mooc.com/fr/mooc/25/presentation>.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, 75-17 (1975). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>

Complémentaire santé solidaire, Circulaire (2005). https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_DHOS_DSS_DGAS_2005-141%20du%2016%20mars%202005_soins_urgents.pdf

Article L345-2—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance, (2014). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028807133

THESES ET MEMOIRES

Bertin, M. (2015). *Impact des inégalités sociales et de la pollution atmosphérique sur le risque d'issues défavorables de la grossesse dans la cohorte père-enfant PELAGIE : rôle du contexte urbain-rural*. Université Rennes 1. [Thèse de Biologie et Sciences de la Santé] ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/b3771982-7a7c-44d0-a3b8-fa0c2bffe241?inline

Meynaud, Q. (2016). *Etude descriptive de l'activité clinique de l'Unité de Psychologie et de Psychiatrie Périnatale de Rennes (bilan, perspectives)*. Université Rennes 1. [Thèse de médecine] ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/f203da59-b2c2-4f9d-8ff9-bd9392b1d3a0?inline

Monteiro de Carvalho, M. M. (2021). *Enquête sur la place d'internet chez la femme enceinte au cours de la grossesse* UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE. [Mémoire sage-femme]. [Enquête sur la place d'internet chez la femme enceinte au cours de la grossesse - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance \(cnrs.fr\)](http://Enquete_sur_la_place_d'internet_chez_la_femme_enceinte_au_cours_de_la_grossesse_-_DUMAS_-_Depot_Universitaire_de_Memoires_Apres_Soutenance_(cnrs.fr))

Pierron, A. (2019). *Promotion de la santé des mères et des nouveau-nés : Réduire les inégalités sociales de santé*. Université de Lorraine [Thèse en Science de la Vie et de la Santé] hal.univ-lorraine.fr/tel-02558251/document

ACTES COLLOQUE

De Goer, B., Vanoye, J., & Bernati, C. (2018). Un colloque élaboré à partir du savoir des personnes en grandes difficultés sociales: *Santé Publique, S1(HS1)*, 99-104. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0099>

Dreux, C., & Jeanneteau, P. *Journées de la Société française de médecine périnatale (Angers, 14-16 octobre 2009)*.

Revil, H., Warin, P., Richard, F., & Blanchoz, J.-M. (2019). Actes du colloque « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». *colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques-vd.pdf*. <https://www.pacte-grenoble.fr/sites/pacte/files/files/colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques-vd.pdf>

STATISTIQUES

Arnold, C., Levesque, M., & Pontière, L. (2019). Une personne sur dix connaît des difficultés de logement durables—Insee Première—1743. Insee première [Une personne sur dix connaît des difficultés de logement durables - Insee Première - 1743](http://Une_personne_sur_dix_connaît_des_difficultés_de_logement_durables_-_Insee_Première_-_1743)

Cros, L., & Neveu, L. (2019). *En Bretagne, les femmes à la tête d'une famille monoparentale sont plus souvent en situation de pauvreté que celles vivant seules*—Insee Flash Bretagne—50. Insee flash. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3743338>

Marguerite, & Bertin, S. (2022). *Dans l'espace rural breton, 8 habitants sur 10 résident dans une commune sous influence d'un pôle urbain*—Insee Flash Bretagne—85. Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6441622>

- Papon, Ivain. (2023). *L'espérance de vie stagne en 2022 et reste inférieure à celle de 2019*. Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000#titre-bloc-8>
- Pinson, G. (2020). France : La fécondité la plus élevée d'Europe: *Population & Sociétés*, N° 575(3), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.575.0001>
- Pinson, G. (2023). France 2022 : L'écart entre les naissances et les décès se réduit: *Population & Sociétés*, N° 609(3), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.609.0001>
- Pirus, C. (2023). *Prestations sociales : Pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information*. Drees. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/ER1263.pdf>
- Prieur, C. (2022). Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. *Question d'économie et de la santé*, 266. [Questions d'économie de la santé 266 : Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France - Irdes](https://doi.org/10.3917/qes.266.001)

ETUDES ET EXPERIMENTATIONS

- Agier, L., Basagaña, X., Maitre, L., Granum, B., Bird, P. K., Casas, M., Oftedal, B., Wright, J., Andrusaityte, S., de Castro, M., Cequier, E., Chatzi, L., Donaire-Gonzalez, D., Grazuleviciene, R., Haug, L. S., Sakhi, A. K., Leventakou, V., McEachan, R., Nieuwenhuijsen, M., ... Siroux, V. (2019). Early-life exposome and lung function in children in Europe : An analysis of data from the longitudinal, population-based HELIX cohort. *The Lancet Planetary Health*, 3(2), e81-e92. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30010-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30010-5)
- Cinelli Hélène, Lelong Nathalie, Le Ray Camille (Inserm-Epopé), Demiguel Virginie, Lebreton Elodie (Santé publique France) et Deroyon Thomas (DREES) *Enquête nationale périnatale*(2021). [Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 | Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/actualites/2021-11-18-enquete-nationale-perinatale-2021)
- Coulm Bénédicte, Bonnet Camille, Blondel Béatrice (Drees), Vanhaesebrouck Alexis, Vilain Annick, Fresson Jeanne, Rey Sylvie (Inserm) - *Enquête nationale périnatale*(2016). 317 pages - [rapport Perinat 2016.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/rapport-perinat-2016)
- Deneux-Tharoux, C., & Saucedo, M. (2021). *Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 (Synthèse)*. [Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/actualites/2021-11-18-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles)
- Ibanez, G., Falcoff, H., Denantes, M., Magnier, A.-M., Baunot, N., Chauvin, P., Dommergues, M., & Robert, S. (2018). Projet Bien-être : Vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales: *Santé Publique*, 31(HS1), 89-97. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0089>
- Tessier, V., Leroux, S., & Guseva-Canu, I. (2018). Mortalité maternelle chez les femmes en situation de précarité. Résultats de l'ENCMM, France 2010–2012. *Anesthésie & Réanimation*, 4(1), 116-116-122. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2017.11.017>
- Saias, T., Mörch, C.-M., Comtois, J., Girard, I., Bodard, J., & Gerhard, J.-L. (2021). Évaluer les besoins des femmes enceintes : Une étude-pilote du dispositif Ariane. *Santé Publique*, 33(4), 483-492. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0483> - <https://www.laniss.fr/ariane-le-contact-prenatal-universel>

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* (Avis et rapports du conseil économique et social 6)- 113 pages. [GRANDE PAUVRETÉ ET PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE | Le Conseil économique social et environnemental \(lecese.fr\)](#)

SUPPORTS AUDIO ET VIDEO

Brut. (2022). *Laure Manaudou brise le tabou de la dépression post-partum*. [entretien] <https://www.brut.media/fr/sport/laure-manaudou-brise-le-tabou-de-la-depression-post-partum-47a5cf1c-758f-4ce0-8060-c9f45c136e05>

Bayot Ingrid - (2019, avril 25). *Le quatrième trimestre de la grossesse (1001BB n°157)*[vidéo] Editions Eres. <https://www.youtube.com/watch?v=apxlPztQD28>

Gambart, M.-C., & Mormin-Chauvac (Réalisateurs). (2022). *Les sœurs Nardal, les oubliées de la négritude* [Documentaire]. Morgane Production / Une prod à soi / France Télévisions. <https://la1ere.francetvinfo.fr/documentaire-les-s-urs-nardal-les-oubliees-de-la-negritude-1375042.html>

Radiofrance. (05 janvier 2016). *La maternité dans tous ses états*. [podcast] <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/revolutions-medicales/la-maternite-dans-tous-ses-etats-8770540>

ANNEXES

Annexe 1 : Infographie

Enquête statistique des naissances en Ille-et-Vilaine en 2022 2

Annexe 2 : Extraits

Enquête de besoin maternité auprès des jeunes mères d’Ille-et-Vilaine en 2022 3

Annexe 3 : Tableau

Profil des femmes en situation de vulnérabilité rencontrées 8

Annexe 4 : Nuage de mots

Des besoins des femmes d’Ille-et-Vilaine (cf.annexe 2 9

Annexe 5 : Guides d’entretien semi-directifs

Femmes concernées et professionnels rencontrés 10

Annexe 6 : Carte

Hébergements temporaires et d’urgence (SIAO 35)..... 12

Annexe 7 : Carte

Zonage des sages-femmes libérales et conventionnées en Ille-et-Vilaine..... 13

Annexe 8 : Carte

Naissances en Ille-et-Vilaine 2021 et 2022..... 14

Annexe 9 : Visuel

affichages de salle d’attente..... 16

Annexe 10 : Retranscription

Entretien de Desta.....17

Annexe 11 : Document

Exemple de plan postnatal..... 31

Annexe 12 : Carte

Cartographie schématique des ressources autour de la maternité en Ille-et-Vilaine 32

Annexe 13 : Infographie

Enquête des causes de morts maternelles durant la maternité (France, 2013-15)..... 33

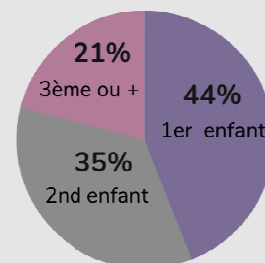
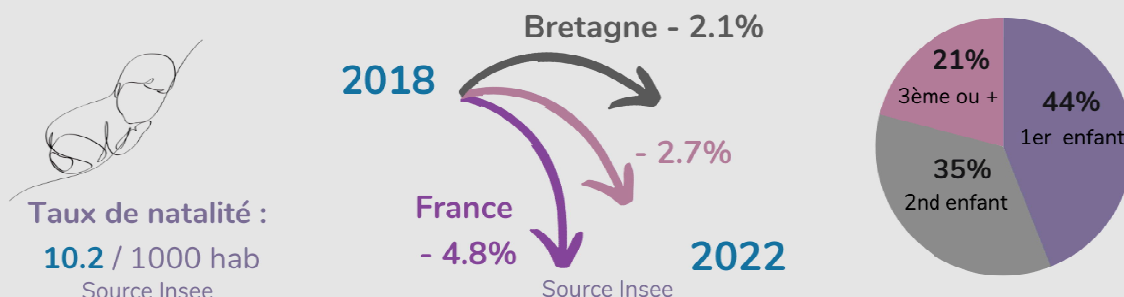
Annexe 14 : Frise

Parcours maternité différenciant les rendez-vous obligatoires et recommandés34

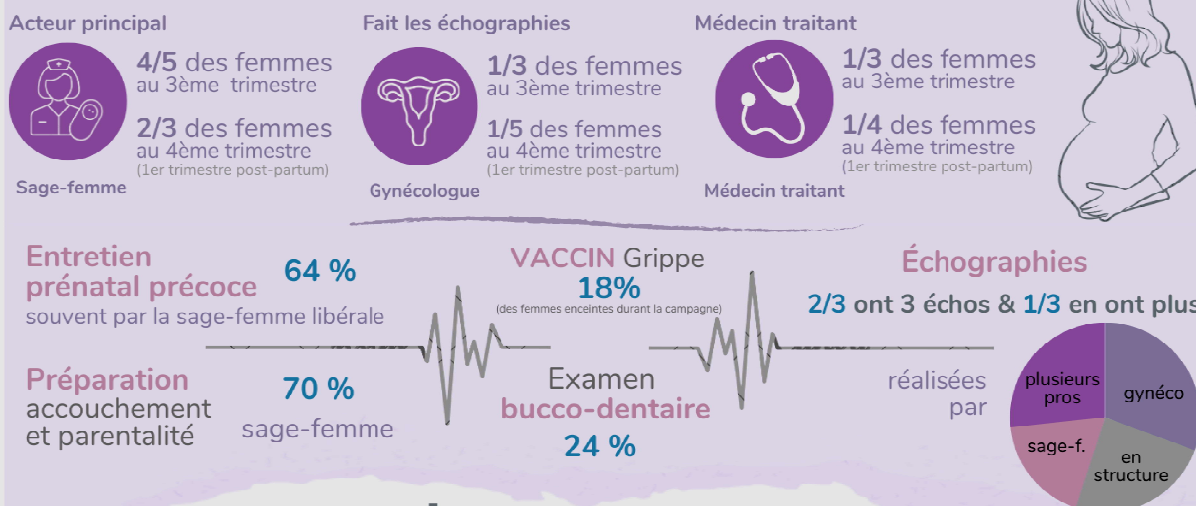
ANNEXE 1

Infographie enquête statistique des naissances en Ille-et-Vilaine en 2022
Femmes résidant en Ille-et-Vilaine et assurée au régime général

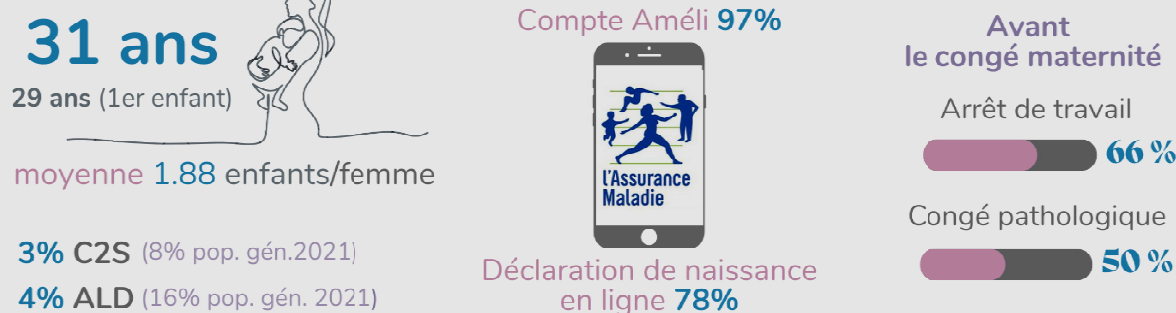
10 096 naissances en Ille-et-Vilaine en 2022



Le suivi de maternité



Les mamans



Focus



TABAC

Prescription de substituts nicotiniques : 3%
Par: Médecin traitant 65% Sage-femme 22% Gynécologue 7%

Taux de fumeuses enceintes en Bretagne : 16% (Enquête nationale périnatale 2021)

Entrée en vigueur en juillet 2022 : (parmi les femmes enceintes à partir de juillet 2022)

VACCIN contre coqueluche 21%

POST-PARTUM Séances de prévention 13% (1ère) 3% (2nde)

Pôle Prévention - infographie réalisée à partir des données statistiques ERASME-CPAM 35 du régime général d'assurance maladie-mai 2023

ANNEXE 2

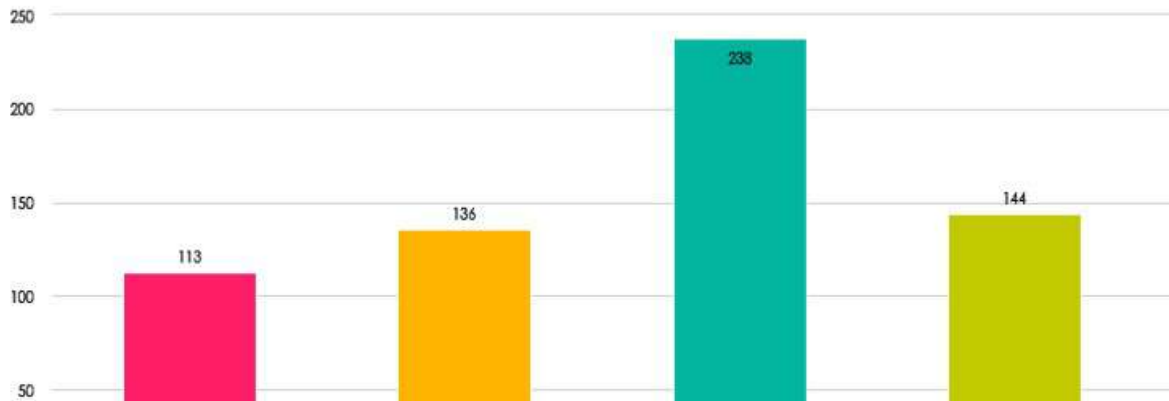
Extraits choisis de l'enquête des besoins maternités auprès des jeunes mères du 2nd semestre 2022 d'Ille-et-Vilaine ayant accouché, réalisée en ligne (outil Vocasa – durée 15 j.)

513 répondantes sur 56000 contactées soit 9%

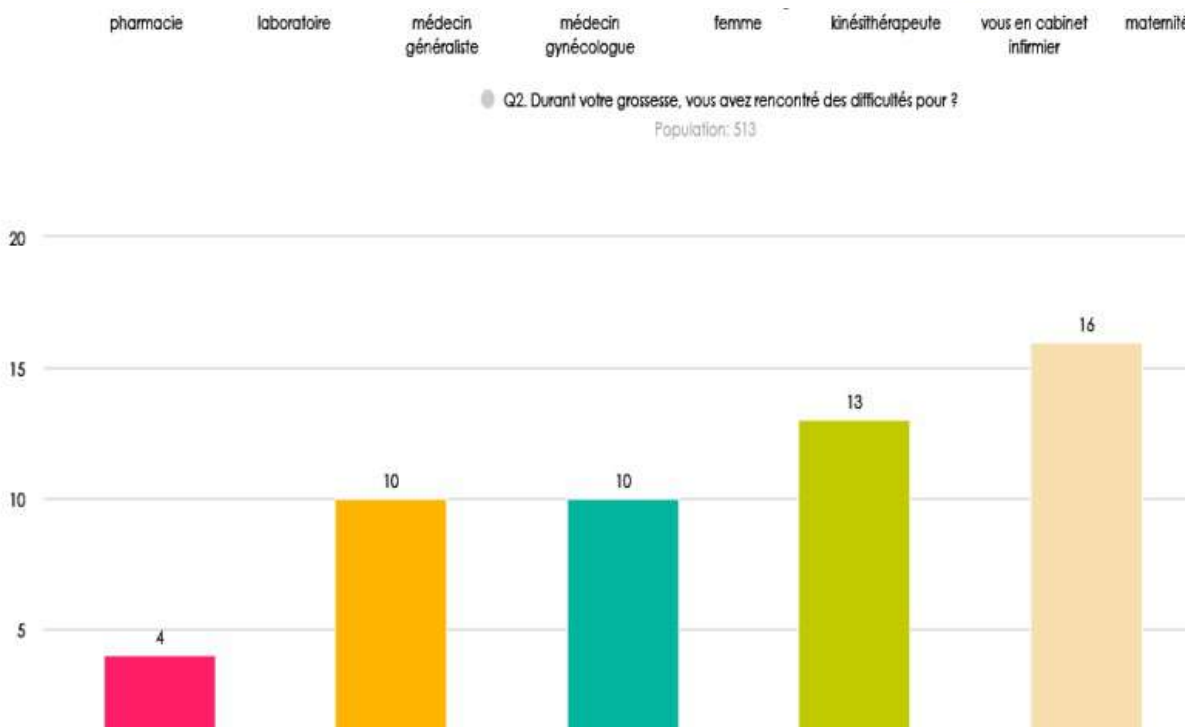
INFORMATION SUIVI DE GROSSESSE

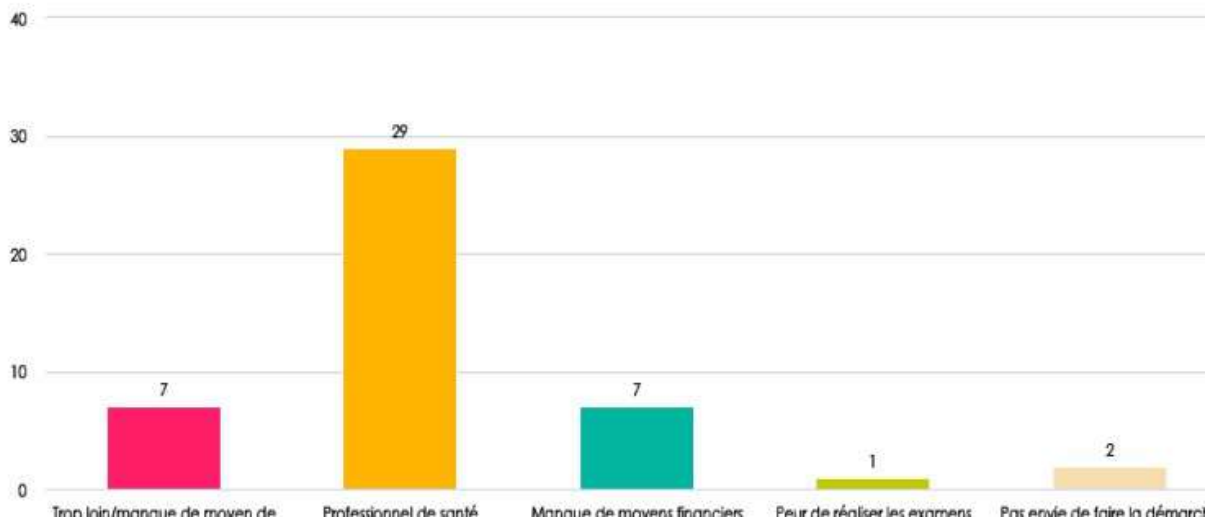
Pour 81 % des femmes, l'information a été facile à trouver pour

- 62 % auprès de professionnels de santé
- 37 % sur internet
- 35 % lors d'échanges avec d'autres mamans
- 29 % dans un livre/magazine



2 femmes sur 3 n'ont rencontré aucune difficulté durant leur grossesse (66%)





LE SUIVI DE GROSSESSE

77% des femmes déclarent avoir bénéficié d'un **suivi de grossesse** auprès de

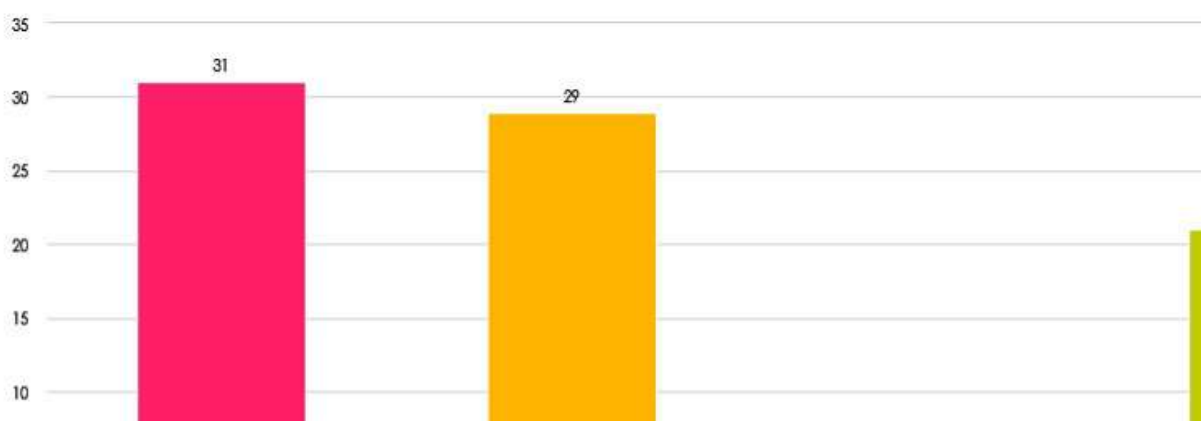
- **Sage-femme libérale (59%)**
- **Gynécologue (49%)**
- Sage-femme hospitalière (28%)
- Médecin généraliste (23%)
- Sage-femme de PMI (3%)

Au total, 90% des femmes ont été en relation avec une sage-femme pendant l

LE RETOUR A LA MAISON

Lors du retour à la maison, elles sont **79 %** à avoir bénéficié d'au moins une d'une **sage-femme libérale**.

Pour l'organisation de ce rendez-vous, **69% d'entre elles ont organisé ce r aide**, les autres ont eu l'aide de la sage-femme libérale à 50% et de la materni. Celles qui n'ont pas eu de visite à domicile de sage femme à la sortie de ma avoir eu un suivi post-partum avec le **médecin généraliste (8%)** ou avec la P.



COQUELUCHE

74% d'entre elles se sont fait vacciner durant leur grossesse. Parmi les commentaires, il a pu être identifié la méconnaissance des recommandations de la vaccination à chaque grossesse, certaines indiquant ne pas s'être fait vacciné car à jour de leur calendrier vaccinal.

L'information leur avait été transmise par :

- La **sage-femme** (30%),
- Le **MG** (26%),
- Le **Gynéco** (25%),
- L'assurance maladie (4%),
- La maternité (2%)
- L'entourage (2%)
- La communication grand public
- Le pharmacien

Parmi les 24 % qui ne se sont pas fait vacciner, **elles ne l'ont pas fait**

- Par **peur pour le bébé** (46%),
- Par peur pour elle (10%)
- D'autres l'avaient déjà fait

GRIPPE

Parmi les répondantes, **75 %** connaissaient les **recommandations**.

Seulement 34% d'entre elles se sont fait vacciner durant leur grossesse. Il est utile de savoir que même si les femmes enceintes représentent un public prioritaire, elles doivent effectuer une demande pour obtenir leur bon de vaccination contrairement aux autres publics prioritaires. Cela s'explique par le fait qu'il n'est pas possible de connaître par anticipation les femmes qui seront enceintes durant la période vaccinale contrairement aux personnes présentant des pathologies chroniques.

L'information leur avait été transmise par :

- Le **Médecin Généraliste** (28%),
- Le **Gynéco** (23%),
- La **sage-femme** (21%),
- La communication grand public (8%),
- L'assurance maladie (7%),
- Le pharmacien,
- Soi-même,
- L'entourage

Parmi les 24 % qui ne se sont pas fait vacciner, **elles ne l'ont pas fait**

- Par **peur pour le bébé** (67%),
- Par peur pour elle (24%),
- 64% pas enceintes durant la campagne vaccinale

COVID-19

Parmi les répondantes, **92 %** connaissaient les **recommandations** et **56%** d **fait vacciner** durant leur grossesse.

L'information leur avait été transmise par :

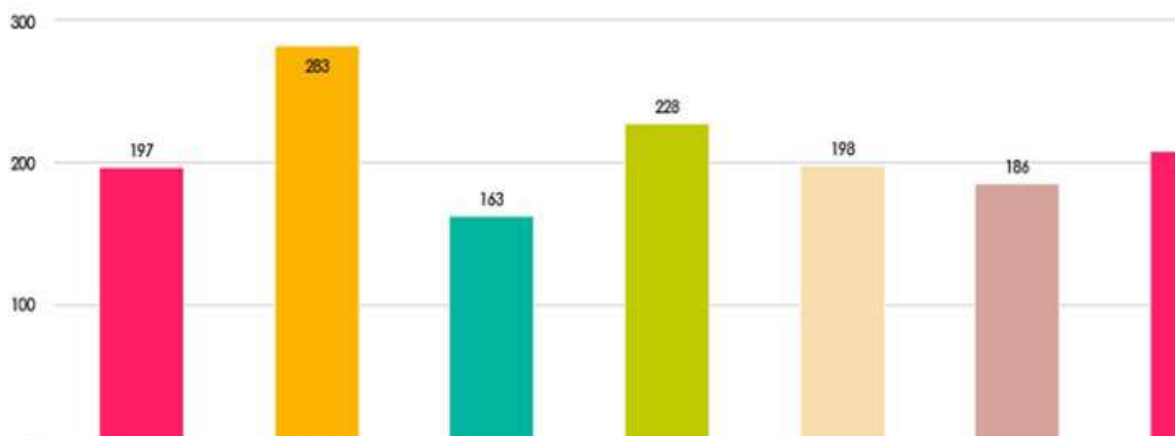
- Le **Médecin Généraliste** (33%),
- La communication grand public (31%),
- Le **Gynéco** (25%),
- La **sage-femme** (20%),
- L'entourage,
- L'assurance maladie (9%),
- Le pharmacien (7%)

COMMUNICATION @ DE L'ASSURANCE MALADIE

Pour les 95 % des femmes qui ont reçu **des mails de l'assurance maladie** dura 88% d'entre elles les ont **lu** (pour 36% parfois et pour 52% tout le temps). 78% des femmes qui ont lu les mails ont trouvé leur **fréquence adaptée** (42 tout à fait) et 74% que leur **contenu était adapté à leur besoins** (40 % plutôt très adaptés).

Les femmes qui ont participé à cette enquête pensent que des **informa transmises** sur le thème :

- **Droits 79%**
- **Démarches 64%**
- Conseils pour **accueillir bébé 58%**
- Calendrier de **suivi de grossesse 56%**
- **Coordonnées** de professionnels **55%**
- Lieux et dates d'**ateliers maternité 52%**
- **Numéros utiles 46%**



ACTIONS QU'ELLES SOUHAITENT VOIR METTRE EN PLACE

Les femmes qui ont répondu à l'enquête sont **55 %** à penser que les **outils maladie sont suffisants** pour accompagner les femmes durant la période de 1. A partir d'une liste proposée, les répondantes ont priorisé les 3 formats qu'elles en résulte un intérêt pour :

- Une **application (23%)**
- Un **calendrier personnalisable (23 %)**
- Un **rendez-vous personnalisé (17 %)**
- Un **forum/chat (9%)**
- Une **plaquette (9%)**
- Un atelier collectif (7%)
- Un podcast (7%)
- Une foire aux questions (6%)
- Une vidéo (4%)

PROJET DES 1000 PREMIERS JOURS

Suite au rapport de 2020, le projet des **1000 premiers jours** met en place des actions et des expérimentations : *kit remis en maternité, expérimentation RéPap, appels à projets de l'ARS...*

Parmi les participants, **74%** connaissaient le projet des **1000 premiers jours** et **41%** ont utilisé les **outils** ou participé à des **actions** du projet.

Contrairement aux souhaits exprimés pour 23% d'entre elles d'avoir accès à une application, parmi les femmes qui connaissaient ce projet, elles sont seulement **14%** à avoir téléchargé l'**application des 1000 premiers jours**.

tation (ppt) des résultats



ANNEXE 3

Profil des femmes en situation de vulnérabilité rencontrées

Femmes enceintes et/ou récemment mères rencontrées grâce à des associations

	<i>Imani</i>	<i>Rashida</i>	<i>Destà</i>	<i>Karolin</i>	<i>Axelle</i>
Pays d'origine	Tunisie (en avion)	Algérie (en avion)	Congo (en avion via la Turquie et la Grèce)	Géorgie (en voiture)	France
Arrivée en France	décembre 2022	octobre 2022	mai 2022	février 2020	NC
Langue parlée	Arabe (Tunisie), apprend le français	Arabe (Algérie), apprend le français	Francophone	Géorgien, anglais et un peu le français	Français
Logement	CADA	Domicile marital	Hébergée chez une dame puis CHP (Région parisienne, Morlaix, Rennes) puis hébergée par sa communauté	Voiture (à la rue) Camping SPADA Association Bienvenue Voiture (à la rue)	Centre parental paye 10% du loyer
Situation familiale	Célibataire	Mariée	Seule mariée (mari au pays)	En couple	En couple
Nombre de grossesse	1 (enceinte de 8 mois, jumeaux)	1 (enceinte de 4 mois)	9	3	2 (enceinte de 7 mois)
Nombre d'enfants	0	0	6 : 9 mois et 5 ans plusieurs fausses couches (4 au pays : 8-10-14-17 ans)	2 : 9mois (1 au pays (4 ans) et 1 mort-né en France (6ème mois)	1 : 13 mois
Causes de la migration	Mère célibataire « interdit » dans son pays	Rapprochement familial dans le but de construire une famille	Violences intrafamiliales au pays par son mari et sa belle-sœur	Harcèlement religieux, conjoint non baptisé	contexte de violences (mise à la porte par sa mère puis par ses grands-parents)
Situation civile	Demandeuse d'asile	En cours de régularisation	Refus de régularisation de l'Ofpra	Refus de régularisation de l'Ofpra	RAS
Profession	Sans emploi Au pays : Coiffeuse	Sans emploi Au pays : psychologue assistante chez un médecin	Sans emploi (a été scolarisée mais mère à 17 ans)	Sans emploi Au pays : manager de supermarché	en congé maternité serveuses, femme de ménage
Revenus	ADA		En attente		RSA
Protection sociale	N° d'immatriculation provisoire (attente retour OFPRA)	Attestation Carte vitale	C2S	AME	CPAM Carte vitale + C2S
Souhait	Elever ses enfants et travailler en France	ASMAT ou travailler en crèche	Elever ses enfants	Avoir un logement	vivre de manière autonome, avec son ami et avoir un travail

ANNEXE 4

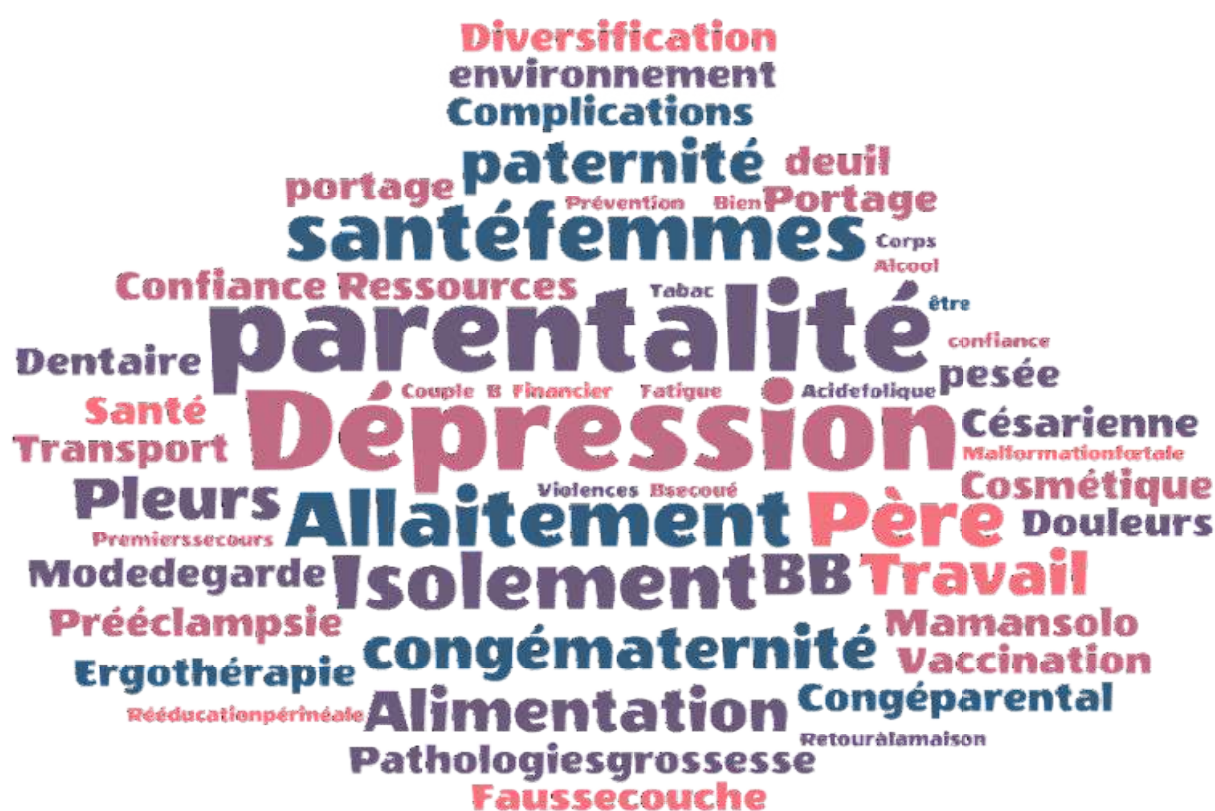
Besoins identifiés par les femmes d'Ille-et-Vilaine ayant accouché

Durant le second semestre 2022

Rubrique « Votre avis » :

Q15. Avez-vous des idées à nous soumettre en termes de prévention auprès des futures mamans ?

Les femmes qui ont répondu à l'enquête sont 26% à avoir proposé des axes d'amélioration, notamment concernant les thèmes qu'il serait souhaitable d'évoquer.



Nuage de mot

Source : thèmes évoqués par les participantes à l'enquête (cf. Annexe 2)

ANNEXE 5

Guides d'entretien semi-directifs pour les femmes et les professionnels

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF femmes enceintes

Tout d'abord je vous remercie de m'accorder de votre temps pour témoigner de votre expérience femmes enceintes en difficulté en Ille-et-Vilaine.

Pour rappel, je réalise un mémoire autour de la question : Quel accès à l'offre de prévention pour les femmes enceintes en difficulté en Ille-et-Vilaine ?

Je rencontre donc des femmes enceintes en difficulté pour mieux connaître leur vécu et leur parcours, je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions. Pour ne pas déformer vos propos, je vous prie de noter que notre entretien puis détruirais ce document une fois mon travail terminé. Tout est bon pour vous.

avant

grossesse

La structure

Pouvez-vous vous présenter à moi ? (votre prénom, votre profession, votre ancienneté dans le secteur, éventuellement vos expériences antérieures...)

Pouvez-vous me présenter votre structure ? (missions, composition de l'équipe, temps de travail, missions principales vous concernant...)

Qui finance votre activité ? (Conseil départemental, ARS, DREETS, dons, mécénat, autres ?)

Savez-vous ce qui a motivé la mise en place de ce dispositif à l'origine ? (rappel historique)

Aujourd'hui, quelle est l'activité de ce dispositif ? (intensité des sollicités, liste d'attente, financements...)

Les femmes enceintes en situation de précarité

Qui sont les femmes enceintes que vous accompagnez ? (pauvreté, SDF, violences, migrantes...)

Comment les identifiez-vous ? (Modalités d'accès, partenariat)

Comment les accompagnez-vous ? (santé, logement, droits/finance, écoute, insertion pro, soutien psychologique...)

Cet accompagnement se fait-il dans de bonnes conditions pour vous ? (pas assez de temps, manque de personnel, difficulté d'accès au public...)

Prévention

Selon vous quel est l'intérêt de mener des actions de prévention dans le temps de la maternité ?

Quelles sont les actions de prévention proposées par votre dispositif aux femmes accompagnées ?

Selon vous, quels sont les besoins non couverts pour ce public ? Que faudrait-il mettre en place ?

Perspectives

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF femmes enceintes

Tout d'abord je vous remercie de m'accorder de votre temps pour témoigner de votre expérience pendant la période particulière qu'est la grossesse.

Comme il vous l'a été dit par **Nom de l'interlocuteur** et dans le cadre de mes études en santé publique, je mène une enquête auprès de femmes enceintes qui vont dans des associations comme **Nom de la structure** pour mieux connaître leur vécu et leurs besoins. Je vous propose donc de répondre à quelques questions. Tout est bon pour vous ?

Pour ne pas déformer vos propos, je vais enregistrer votre parole, je détruirais ces documents à la fin de mon travail terminé.

avant

grossesse

Pouvez-vous vous présenter à moi ? (votre prénom, votre âge, votre lieu de résidence, votre situation familiale, si vous avez d'autres enfants, combien et quel est leur âge, ...)

Pouvez-vous me dire quelle était votre vie avant la grossesse ? (conditions de vie, travail, situation sociale, difficultés éventuelles...)

Pouvez-vous me raconter comment est arrivée votre grossesse ? (choix seule ou avec un partenaire, prévu...)

Pouvez-vous me préciser qui accompagne votre santé pendant cette grossesse ? (professionnel de santé, service ou structure, ...)

Cet accompagnement se fait-il dans de bonnes conditions pour vous ? (pas le choix, écoute, disponibilité, ressource...)

Rencontrez-vous des difficultés dans votre vie ? Avec votre grossesse ?

Pouvez-vous me dire en quoi l'association **Nom vous aide ?** (besoins primaires, soins, suivi de grossesse...)

Comment se passent vos relations avec les professionnels ? (confiance, méfiance, défiance...)

Que connaissez-vous des recommandations de suivi de grossesse recommandées en France ? (suivi de grossesse, échographies, soins dentaires, séances de préparation à la grossesse et à la parentalité...)

Qu'avez-vous utilisé ou que souhaiteriez-vous utiliser dans cette offre ?

Avez-vous bénéficié de soins sans présenter votre carte vitale ? Si oui lesquels et où ?

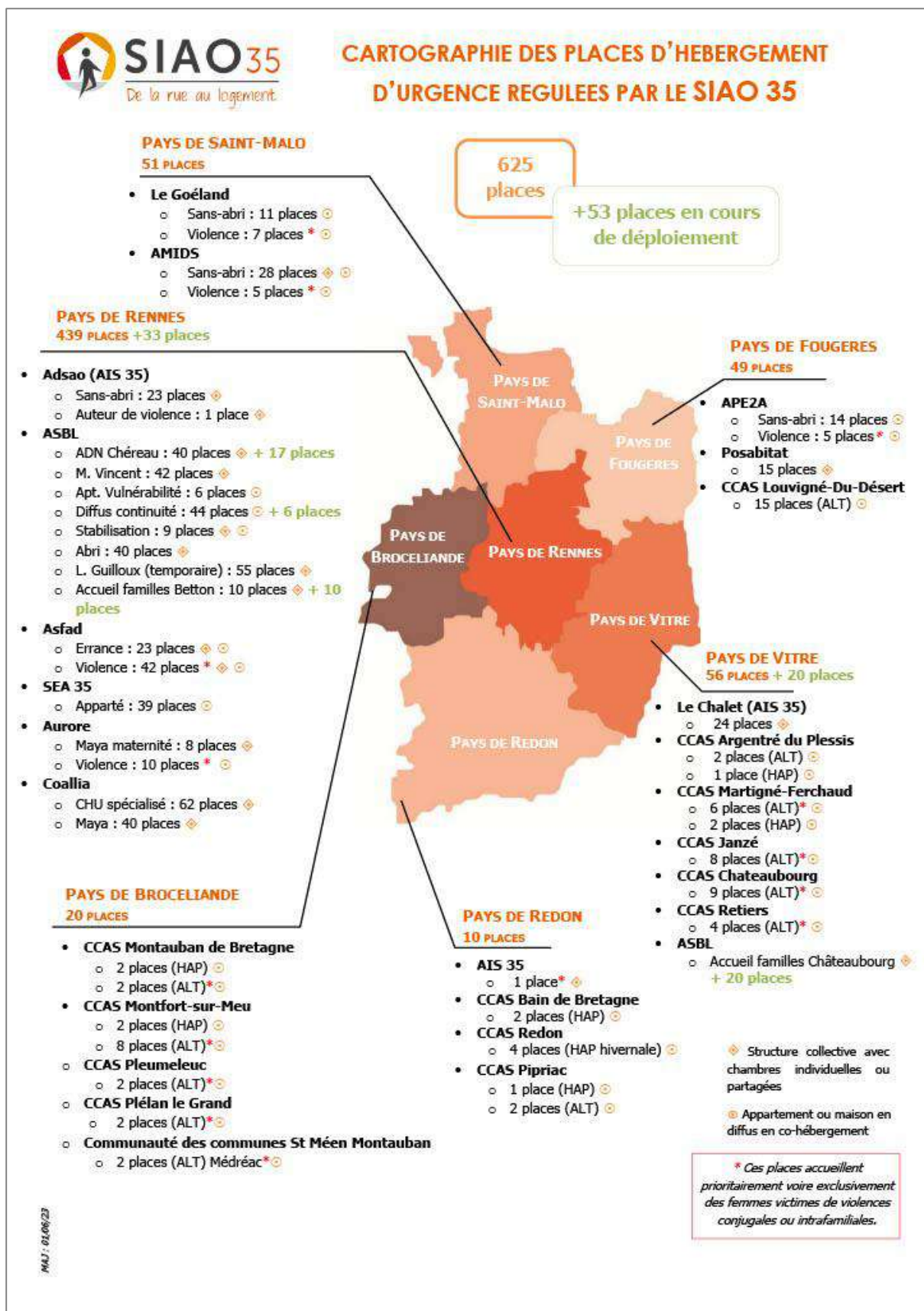
Pouvez-vous me dire de quoi vous auriez besoin pour mieux prendre soin de votre santé pendant votre grossesse et de votre futur bébé ? (en terme de moyens, de soins, d'accompagnement, de conseils, ...)

Pouvez-vous me préciser ce que vous souhaiteriez qui soit mis en place pour les femmes dans votre situation ? (dispositif, aide financière, aide humaine, hébergement...)

ANNEXE 6

Carte des hébergements temporaires et d'urgence

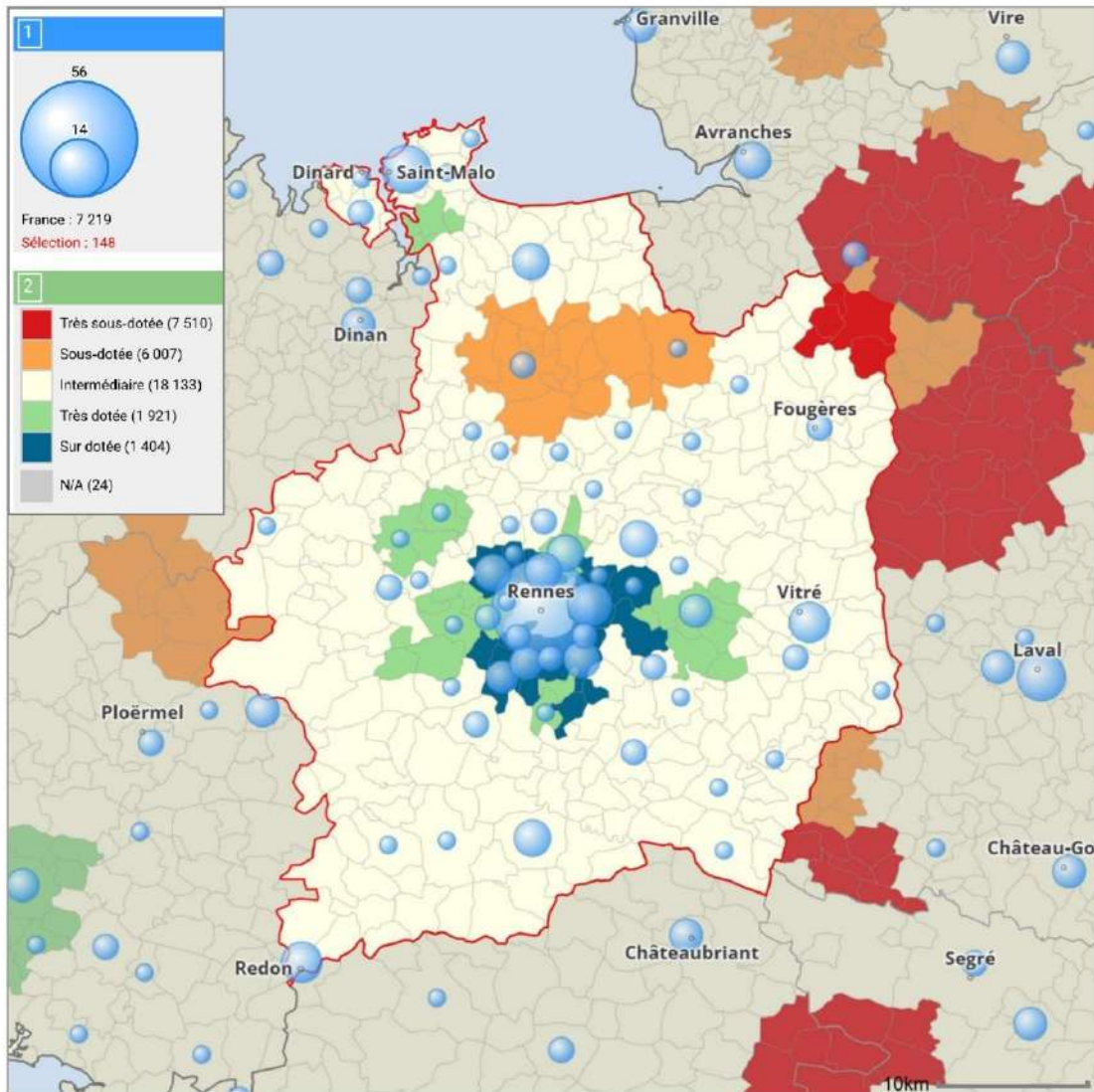
(source : SIAO 35 - <http://www.siao35.fr/pages/historique.html>)



ANNEXE 7

Zonage des sages-femmes libérales et conventionnées en Ille-et-Vilaine

(source : données Cartos@nté – juin 2023)



1 Nombre de sages-femmes libérales actives toute l'année, 2021 Source : SNDS

Nombre de sages-femmes libérales conventionnées ayant une activité sur toute l'année

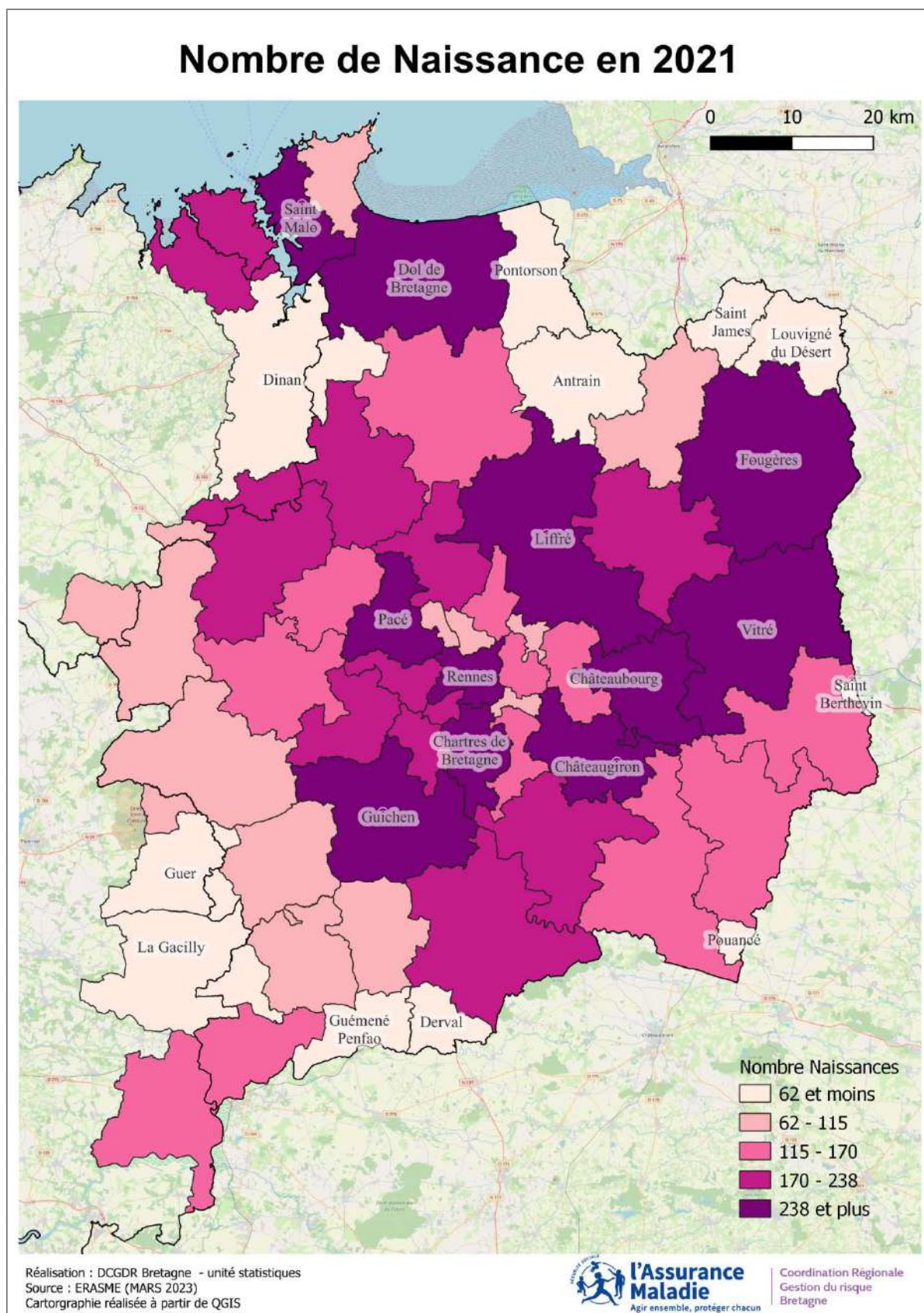
2 Zonage conventionnel des sages-femmes Source : CNAMTS - ARS

En cas d'installation en exercice libéral dans une zone « très sous dotée » ou « sous dotée » en sages-femmes libérales, le contrat incitatif sages-femmes permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle et de bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales.

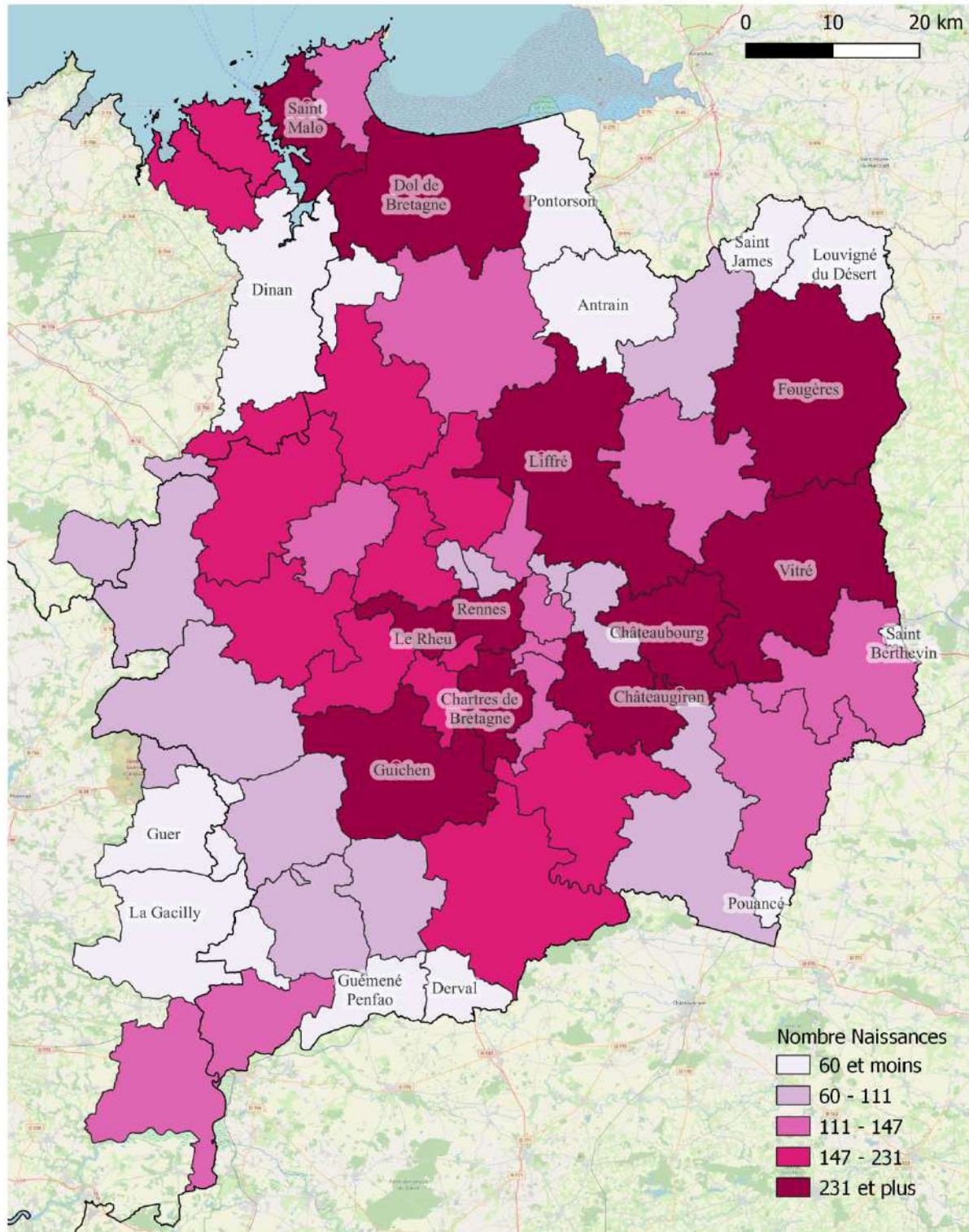
ANNEXE 8

Naissances en Ille-et-Vilaine 2021 et 2022

(source : DCGDR Assurance maladie - CPAM d'Ille-et-Vilaine)



Nombre de Naissance en 2022



Réalisation : DCGDR Bretagne - unité statistiques
 Source : ERASME (MARS 2023)
 Cartographie réalisée à partir de QGIS



Coordination Régionale
 Gestion du risque
 Bretagne

ANNEXE 9

Visuel de l'affichage de salles d'attentes de dispositif d'accompagnement pour femmes enceintes en situation de vulnérabilité

Environnement trop chargé :

Trop d'informations, se chevauchent, typologies et couleurs variées



Affichage mal adapté :

Affichage de flyers, impression aux mauvaises dimensions, documents obsolètes



ANNEXE 10

Retranscription de l'entretien de Desta

(Tutoiement demandé avant l'entretien)

Sophie

Dans un premier temps, je vous laisse me raconter votre histoire avant d'être maman, pour que je sache un petit peu dans quel contexte vous étiez, et puis ensuite comment votre grossesse est arrivée et puis comment ça c'est passé... et puis après je reviendrais peut-être avec quelques questions pour avoir quelques précisions, à tout moment, vous pouvez me dire je n'ai pas envie de répondre et vous avez le droit, pas de soucis d'accord ?

Desta

D'accord, c'est très bien

Sophie

Alors c'est parti, je vous écoute.

Desta

Moi je m'appelle Desta, je suis née au Congo, à Kinshasa précisément, le xx/xx/1989, maintenant j'ai 34 ans. Ma 1ère fille aînée à 17ans, donc j'ai accouché à 17 ans ! C'est mon 1er mari j'ai couché pour la 1ère fois et directement je suis tombée enceinte, quand je suis tombée enceinte, mes parents, comme ça donne ma fille est tombée enceinte, on m'a pris directement et on est parti me déposer chez mon copain. Quand je suis arrivée là-bas, on était calmes, et j'ai accouché de ma 1ère fille aînée, ma deuxième fille, on est restées en paix, après il a dit ça fait longtemps on est restés ensemble avec toi, ce serait bien qu'on puisse régulariser notre mariage

Sophie

Parce que vous n'étiez pas mariés ?

Desta

On n'étaient pas encore mariés, on a régularisé notre mariage, et quand on s'est mariés en 2012, j'ai accouché de mon garçon en 2013, et puis 4ème j'ai accouché en 2014 de mon 4ème enfant, elle a 8 ans, et puis j'ai pris un peu de temps, il y avait des fausses couches là-bas, ouais, j'ai fait des fausses couches, et puis en 2018 j'ai accouché de mon garçon, lui, il est à l'école, après, en 2022 j'ai accouché de notre garçon (elle désigne son enfant de 9 mois).

Sophie

D'accord, du coup vous n'aviez pas de moyen de contraception ?

Desta

Non, moi on me mettait ça (elle désigne son bras, là ou on pose un implant) ?

Sophie

L'implant ?

Desta

Ça me compliquait un peu, je saignais chaque jour, quand il y avait la période de mes règles, je saignait comme... il y avait beaucoup d'écoulement de sang, je réglais beaucoup, ça me diminuait le sang, ça coule, ça diminuait un peu le sang... il y a des cas, quand tu regardes mon enfant de 2013 et mon enfant de 2014, à partir de là j'avais mis parce quand j'accouche 2013/2014 tu vois l'écart, je

n'ai pas mis d'espace parce que quand j'ai accouché en 2013, directement je suis tombée enceinte, et j'ai accouché de ma fille, et puis j'ai dit, non non, je dois mettre l'implant, ça m'a un peu compliqué, ça peut faire jusqu'à 2 semaines avec des écoulements, et quand j'ai retiré ça, tout de suite je suis tombée enceinte de mon garçon ! Après je me suis dit, non, je dois arrêter, je ne dois plus mettre ça. Ça ne me convenait pas, ça faisait des problèmes et d'autres difficultés à présent je vous dis, si j'ai des règles, ça diminue mes sangs, quand j'ai mes règles, je perds beaucoup de sang. On m'a donné le médicament, pendant 3 mois, car j'avais fait l'examen, on m'avait dit que j'avais une diminution des sangs, je ne sais pas pourquoi, mais j'avais dit, je ne veux plus mettre le truc là, même quand j'ai accouché des garçons, j'ai dit non, je mets pas !

Sophie 5 :00

Et vous aviez pu en discuter avec un Médecin ou une sage-femme ?

Desta

Je, quand j'ai accouché des garçons, on m'a appelé à l'hôpital, je suis allée là-bas on m'a dit « tu n'as pas de problème », on m'a fait des touchés, on m'a consulté, on a fait tout, on m'a dit « tu n'as pas de problème »... Je sais pas pourquoi y'a diminution des sangs. Quand j'ai accouché l'enfant il y avait aussi, on m'avait dit aussi j'ai diminution des sangs... on m'avait donné des médicaments, que je prenais, je ne sais pas pourquoi, je ne sais pas pourquoi... je suis allée une fois, moi-même j'aurais mal, moi-même je sais, je me sens un peu, j'ai mal à la tête, les médicaments mais ça ne va pas, ça continue, je suis allée faire les examens, quand je suis allée là-bas on m'a dit, on a regardé les examens on m'a dit « tu n'as pas de problème de sida, ok tout ça, le sucre ça va et tout ça ça va, mais tu as seulement une diminution du sang ». C'est pour ça qu'on m'a donné les médicaments à prendre pendant 3 mois. Et puis après il y aura un autre examen pour voir si ça continue, je sais pas si ça va s'arrêter ou c'est quoi.

Sophie

C'est quelque chose qui t'inquiète ?

Desta

Oui c'est ça ce qui m'inquiète, seulement, comme je prends le médicament, ça va...

Sophie

Oui, je le ressens, ce qui est important c'est d'avoir un prochain rendez-vous et qu'il y ait un suivi...

Desta

C'est ce qu'on m'a dit, quand j'ai fait l'examen on m'a dit tellement « tu vas accoucher » tu avais laissé du temps tu ne prenais pas le médicament, c'est pour ça, c'est ça, tu prends le médicament pendant 3 mois, on regarde si ça continue, on va regarder qu'est-ce qui se passe. C'est ça mon histoire, j'ai 6 enfants... 4 au pays et 2 ici !

Sophie

Et alors qu'est-ce qui a fait que tu es venue du pays jusqu'ici ?

Desta

Il y a eu des problèmes avec mon mari, on a eu des difficultés parce que mon mari, sa sœur est venue habiter chez nous, c'est ce qui a commencé par là, quand sa sœur est venue habiter chez nous, il y a eu des problèmes, elle a commencé à dire n'importe quoi sur moi, elle ne voulait pas de monde à la maison, gérer la maison comme si c'était sa maison, bon il y a eu des problèmes comme dans les couples, mais il y a toujours eu des problèmes, j'ai dit non non, je dois quitter, j'avais pas dit à mon mari que je peux quitter directement parce que lui il a beaucoup d'argent, il voulait pas que je quitte directement, il va refuser, je dis à mon mari, comme on construisait des maisons, j'ai dit à mon mari, tu me donnes de l'argent je pars acheter du matériel, il m'a donné cet argent, j'ai fui, j'ai

directement quitté là-bas, j'ai quitté le pays, quand j'ai quitté là-bas, j'étais enceinte de mon fils, lui ne savait pas.

Sophie

Ça a dû être difficile cette période là, de prendre cette décision aussi ?

Desta

Oui, c'était difficile mais je n'avais pas le choix, j'étais obligée de faire ça, parce que il y a eu des problèmes, il me frappait tout le temps, des violences et il faisait tout parce que sa sœur aussi était là, sa sœur aussi me faisait tout le temps des choses, j'ai dit non non, je dois quitter, je dois être protégée, je voulais rester là-bas à Turquie mais non à Turquie c'est pas un pays, et puis on m'a tellement... (pleurs)

Sophie

C'est dur...

Desta

Il y a eu tellement de violences, tellement de choses là-bas, Turquie c'est pas un pays, moi quand je suis arrivée là-bas je voulais être protégée mais ce n'était pas difficile de rester là-bas, Turquie c'est pas un pays, quand tu n'as rien, j'avais de l'argent, on m'a d'abord volé de l'argent, j'avais tout perdu, j'avais rien, j'avais mon fils, je devais d'abord chercher l'endroit pour, j'étais là dans la maison de quelqu'un tellement tu dois faire ta vie, lui aussi, tu dois payer le loyer, tu dois faire tout pour te permettre d'être... la solution c'était de partir, de quitter la maison de mon mari. J'ai tout laissé, parce que j'ai laissé des voitures, je n'ai pas regardé tout ça...

Sophie 10 :00

Il fallait fuir ?

Desta

Oui pour me protéger et pour protéger le bébé parce que j'avais fait 2 fausses couches...

Sophie

Il était dans ton ventre ce bébé là ?

Desta

Oui, oui, il était dans mon ventre,

Sophie

Et l'autre était petit ?

Desta

Oui et là il est à l'école.

Sophie

Et tu as pu venir par l'avion ?

Desta

Oui, j'ai quitté mon pays par l'avion, ici je suis venue par [Madagascar], ensuite j'ai fait de Turquie jusqu'à Grèce, et puis Grèce, j'ai pris les documents d'après, à partir d'après puis les documents pour entrer ici en France et puis voilà.

Sophie

Et donc ici tu avais ta sœur ?

Desta

Non, c'est pas ma vraiment ma sœur, c'est ma sœur comme nous sommes des africaines, elle voulait seulement m'aider car je ne savais pas je vais aller où. On m'a dit de quitter, je ne savais pas aller ou

Sophie

En arrivant tu a été ou ?

Desta

Quand je suis arrivée, j'étais à Paris, Paris, j'ai fais ma demande là-bas, on m'a envoyé à Morlaix, à Morlaix, on m'a envoyé ici à Rennes, quand je suis arrivée ici on m'a donné la maison, l'appart ici, et puis ça n'a pas tenu, on m'a dit de quitter la maison, on n'a même pas regardé si j'ai des enfants, on m'a dit de quitter la maison, ça c'est pas normal...

Sophie

Et c'était pourquoi ?

Desta

On m'a dit c'est fini, tu a demandé l'asile, on n'a pas accepté, tu dois quitter la maison, quand je suis quittée, on n'a pas regardé si j'avais des enfants, on m'a dit d'appeler le 115, et puis j'ai commencé à appeler le 115, mais ils ne répondent pas... ils n'ont pas de solution, et ils savent bien que j'ai des enfants, et mon fils ça l'a affecté, comment maman, on a quitté, il se pose beaucoup de questions, là c'est pas bien, moi je me demande pourquoi ça, je suis venue me protéger, et pourquoi on me fait ça, mais j'ai tout laissé là-bas en Afrique, je manquais de rien, parce que j'avais tout, j'ai laissé des maisons, j'ai laissé des voitures, j'ai tout laissé, quand je suis venue ici c'est pour me protéger, j'ai compris ici, si tu n'as pas de l'argent, tu n'as pas de chance, on ne te donne pas... on ne te donne pas, c'est ce que j'ai compris, même si tu parles de ton histoire, même si tu pleures, même si tu fais ceci, c'est pour ça j'avais dit je ne vais plus parler, parce que même si je parle, on ne te croit pas, inutile de parler, il faut te taire, tu restes calme, j'ai tout parlé de mon... même l'avocate elle m'a dit « Madame tu as bien parlé », je ne savais pas que tu parlais comme ça ! Je lui ai dit, c'est mon histoire, c'est ma vie, j'ai parlé de ma vie et pourquoi ça ? Même l'avocate elle n'était pas contente, mais elle a dit on n'a pas le choix, c'est pas moi !

Sophie

Ça vous semble injuste ?

Desta

Oui, c'est ce que l'avocate elle a dit c'est de l'injuste... mais on n'a pas le choix

Sophie

Il manque des places...

Desta

Moi j'ai des enfants, ils devraient protéger ceux qui ont des enfants, mais ici en France, on ne compte pas ça... même si tu as des enfants, on te jette dehors. C'est pas bien, il faut d'abord protéger les enfants, mais si il arrive un problème à mes enfants, qu'est-ce qu'ils vont dire ? S'il arrive un problème ? On va dormir ou ? Et s'il arrive un problème avec mon fils comme il est affecté là, qu'est-ce que je vais leur dire ? Il me demande « maman on avait tout à la maison, pourquoi on est venu faire ici ? » Moi je suis venue pour me protéger mais je ne vois rien, on ne me protège pas...

Sophie

Il a été témoins votre fils de ça ?

Desta

Oui, il a été témoins de tout ça !

Sophie

Donc il peut peut-être comprendre ça aussi ?

Desta

Oui, je lui ai parlé mais comme c'est un enfant, on ne peut pas tout dire aussi...

Sophie

Je comprends...

Desta

C'est ça mon histoire...

Sophie

D'abord merci de me dire tout ça, de la confiance, du coup par rapport à la grossesse, ce qui est intéressant c'est que vous avez eu plusieurs grossesses en Afrique, dans votre pays, et pour votre grossesse en France, est-ce que vous avez pu avoir des soins, avoir un suivi ?

Desta

Ici en France, non non.

Sophie 15 :00

Rien ?

Desta

Je n'ai pas été suivie ici en France, quand je suis arrivée, j'étais déjà au terme.

Sophie

Et où avez-vous accouché alors ?

Desta

A Paris

Sophie

Quand vous êtes arrivée à Paris vous avez accouché...

Desta

Directement, tellement j'avais du stress...

Sophie

Vous avez accouché avant terme ?

Desta

Ouais, ouais, comme j'avais du stress, je sais pas là où partir, quand je suis arrivée en France je savais pas là où partir, il y a une dame qui m'a ramassée, quand elle m'a vu dehors elle m'a dit « non mais tu es enceinte, tu ne peux pas rester comme ça », j'avais du stress, tellement j'avais du stress que la dame, quand elle m'a ramassée, je suis arrivée chez elle dans sa maison, elle m'a dit « je dois appeler le 115 » le service qui donne des maisons, comme c'était le week-end, ça tombait un vendredi, ça ne passait pas, elle m'a dit, on doit patienter jusqu'à lundi, on va rappeler... Nous on attendait le lundi, j'ai accouché le samedi !

Sophie

Bon, voilà...

Desta

La nuit ça a commencé, ça a commencé à me menacer, comme je sais, je connaissais les signes, je me sens pleins de douleurs, je me sens un peu de ... Non non, je vais accoucher, elle me dit « comment tu sais ? » j'ai dit « ça c'est 6ème enfant », je connais, je sais, chez nous en Afrique quand tu sens des douleurs comme ça tu commences à marcher, tu commences à faire des tours, des tours, des tours, à tourner, tourner, tourner de la maison, à aller aux toilettes tout le temps, je voulais aller me soulager tout le temps, je me suis dit non, ça... Quand je suis allée aux toilettes pour aller faire pipi j'ai vu du sang sortir, après j'ai dit à la dame « je vais accoucher », après elle a appelé les pompiers, quand les pompiers sont venus, ils m'ont dit « Madame, comment tu sais que tu vas accoucher ? » « vous devez l'emmener à l'hôpital », je voulais accoucher, elle m'a dit « comment tu sais », j'ai dit « ça c'est mon 6ème enfant, je sais », après on m'a ramené, on m'a pas ramené tout de suite, on a regardé ma tension, si c'est bon, on m'a dit, on doit l'amener, on m'a ramené en chaise roulante directement dans la voiture, j'ai dormi dans le lit, dans le poste de jour directement, ça commençait à sortir... Après le monsieur m'a dit « Non, non, Madame, soit calme » et il a commencé à parler, quand on est arrivé à l'hôpital, 5 minutes, c'était beaucoup et j'ai accouché. On m'a dit, directement comme ça ! On m'a dit Madame attend, j'ai dit non, je sais, et j'ai commencé à pousser, ça a commencé à sortir directement. Le Monsieur a dit, je vois la tête de l'enfant...

Sophie

Et tu habitais où à Paris ?

Desta

A Paris j'habitais à [ville parisienne].

Sophie

Dans un logement ?

Desta

Dans un logement d'une dame, elle qui m'avait ramassée, elle m'a accueillie dans sa maison, elle m'a dit seulement j'attends, le lundi on va appeler le 115, mais elle dit attend le lundi, mais j'ai accouché le samedi, c'était ça.

Sophie

Et est-ce que c'est cette dame qui t'a hébergé un moment ? Elle t'a mis en relation avec des associations ou des services ?

Desta

Non, ce que je peux dire, non, elle m'a dit avec des services, non

Sophie

Comment es-tu passée de Paris à Morlaix ? Par quel intermédiaire ?

Desta 20 :00

Quand j'ai accouché, on m'a dit de rester, j'étais à l'hôpital, on m'a dit d'appeler le service pour dire que je n'ai pas d'endroit pour aller, on m'a dit ici, on peut pas, tu peux pas rester à l'hôpital, tu dois sortir d'ici, la dame elle m'a accueilli dans sa maison, « je vais t'amener », « on doit d'abord t'enregistrer », quand je suis allée là-bas j'ai expliqué je n'ai pas d'endroit pour partir, c'est à eux, quand on m'a enregistré, on m'a donné l'endroit, on m'a donné la maison, on m'a dit « tu dois aller à Morlaix », c'est là où j'ai été à la préfecture, j'ai passé par tout là, après on m'a dit « tu dois aller à Morlaix », je suis partie à Morlaix et puis je suis venue à Rennes...

Sophie

En train à chaque fois peut-être ?

Desta

Oui, là j'ai déjà accouché mon fils.

Sophie

Et du coup, est-ce que quand tu as eu tes enfants en Afrique, on t'a donné des conseils pour prendre soin de ta santé quand tu étais enceinte ?

Desta

Oui, chez nous là-bas c'est comme ça, tu es enceinte de, ça fait 3 mois, tu commences... chez vous vous appelez ça PMI, on partait pas chez femme sage tout le temps, on partait chaque moi, on donnait le médicament pour le sang, on donnait le médicament pour le ventre, on nous donnait le médicament et on nous montrait comment accoucher, comment faire ceci, on nous apprend, chaque mois on partait, on nous parlait tout le temps de ça, comment accoucher, comment faire ceci, comment faire cela, éviter quand tu es en train d'accoucher faire sortir d'abord les saletés de caca, éviter tout ça, c'était pour la 1ère fois quand j'ai accouché ma fille, on nous dit tout le temps.

Sophie

Et ça tu l'as fait pour la 1ère fois, pour ta 1ère fille, est-ce que tu l'as refait pour les autres enfants, à chaque fois ?

Desta

Oui, on le faisait à chaque fois, dès que tu tombes enceinte, il faut aller là-bas, tu parles des échographies, tu parles de tout ça, chez nous là-bas, on nous apprend beaucoup de choses... chez nous, quand tu accouches, on ne met pas de truc, tu dois accoucher à tes efforts... on nous a appris de faire ceci, de faire cela, de comment accoucher, comment il faut attendre, si on te dis pousses, tu pousses, si on te dit d'attendre, tu attends, on te dit non ne fais pas ça... c'est ça. C'est ce qu'on nous dit.

Sophie

D'accord, et est-ce que tu as eu des conseils sur comment manger, comment faire de l'activité physique etc. ?

Desta

Oui oui, on nous dit, on nous a tout conseillé, on nous dit il faut éviter de manger ça, chez nous on mange des gombos... vous connaissez ça ?

Sophie

Non

Desta

Des gombos, chez nous on nous dit, à partir de 8 mois, 7 mois, tu dois commencer à manger des gombos, ça permet à l'enfant de sortir directement, plus vite.

Sophie

Ce sont des légumes ?

Desta

Oui, ce sont des légumes, et de manger ça, ça permet à l'enfant de sortir vite, et puis chez nous aussi, si on voit, on t'a dit tu vas accoucher le 9, le 9 tu n'as pas accouché, on te donne encore une semaine, on t'ajoute encore une semaine, si tu n'as toujours pas accouché, on te donne encore l'autre date, si on te vois le 14ème jour tu n'a pas accouché, là on te provoque, on doit te provoquer, on doit te faire la césarienne. Mais chez nous on laisse le temps, on va pas directement, tu as dépassé, non, non, tu vas directement à l'hôpital, non, non, on va sortir l'enfant.

Sophie

En France, c'est une semaine.

Desta

Chez nous c'est comme ça, c'est 7 jours, on te laisse le temps, pour voir si ça ne va pas, pour provoquer si l'enfant doit sortir, pour éviter, ça peut étouffer l'enfant, et puis l'enfant peut prendre des choses là-bas, c'est pas bien...

Sophie

Voir s'il y a du liquide, s'il a de la place...

Desta 25 :00

Oui s'il est dans le bon, avec l'échographie... Mais moi quand j'ai accouché, ma fille en 2014, j'avais des difficultés, quand je suis arrivée à l'hôpital je ne sais pas si j'étais partie trop tôt, mais quand je suis partie à l'hôpital, on m'a mis la perfusion, mais pour tous mes enfants on ne me mettait pas ça, quand on m'a mis la perfusion, on m'a mis ça, c'était mini... Je commençait à sentir des douleurs, ça a fini, ça a diminué, on m'a dit non, non, on te donne 2 jours, si ce que tu as comme douleurs c'est arrêté, si tu veux pas accoucher, tu vas passer par l'opération, j'ai dit non, je ne veux pas passer par l'opération, je vais marcher, je commence à marcher, marcher, marcher, je fais je tour de l'hôpital, quand je fais le tour de l'hôpital, directement j'ai accouché ! Chez nous c'est comme ça, on apprend beaucoup de choses, il faut marcher tout le temps, il ne faut pas tout le temps, quand tu es enceinte, il ne faut pas être paresseuse, tu dois travailler, tu dois marcher, tu dois faire ceci, tu dois faire tout... C'est pas une maladie !

Sophie

Et est-ce que le moral de la maman il est pris en compte ? Est-ce qu'on fait attention au moral parce que tu le sais sûrement, quand on a un bébé, ça va et puis tout à coup... Le moral baisse

Desta

Nous on nous dit d'éviter des stress, à la maison quand tu es à la maison, on appelle aussi papa, papa il faut éviter de faire du stress à maman, mon mari moi, ce que j'ai aimé à mon mari, il parlait tout le temps avec ses enfants... Si tu vois mes enfants, accouché même le date de notre mariage, il parlait tout le temps avec les enfants dans le ventre, dit à mon enfant, il ne faut pas accoucher pendant la nuit parce que la nuit chez nous il y a tellement le policiers et de bandits chez nous, il faut éviter ça, l'enfant aussi écoute, mes enfants écoutaient aussi ce que leur papa disait, tous mes enfants ont accouché, mon fils en 2013, moi je suis mariée en 2012, mon fils en 2013 j'ai accouché mon fils il est né la même date que notre mariage, c'est mon fils... Quand je fête l'anniversaire de notre mariage, je fête aussi l'anniversaire de mon fils, c'est bien avec mon mari, il parfait tout le temps avec les enfants dans le ventre, ne dérange pas maman... Moi mes enfants ne m'ont pas dérangé, quand je pars, directement j'accouche, me enfants ne m'ont pas dérangé... C'est ça. Quand il parle avec son enfant, son enfant bouge tout le temps, c'est que c'est papa qui parle ! C'est ça...

Sophie

Et donc, toi, au niveau du moral après les grossesses ça a été ? Il n'y a pas eu de difficultés ou de besoins ?

Desta

Non

Sophie

Et si tu avais eu besoin, on t'a dit vers qui tu pouvais aller ?

Desta

Non

Sophie

Non... C'est pas quelque chose de... En France, c'est quelque chose auquel on fait attention, si la basse de moral dure plus de 2 ou 3 jours.

Desta

Quand j'ai accouché ici en France on m'a rien dit, directement j'ai commencé les démarches pour trouver un endroit pour partir...

Sophie

Et tu avais d'autres choses à penser...

Desta

Je n'avais que ça en tête, je dois quitter la maison de la dame, elle m'a accueillie seulement pour quelques jours, je dois quitter, j'ai commencé les démarches, c'est ça

Sophie

Je comprends... Le petit bonhomme... Il est sage !

Desta

Oui, il ne me dérange pas...

Sophie

Quel âge a-t-il ?

Desta

9 mois, 10 mois le 18 avril !

Sophie

Et donc toi tu as connu l'association un petit bagage d'amour ?

Desta

J'ai commencé dans une semaine à Rennes, oui c'est une dame ou je partais à la PMI de l'enfant qui m'en a parlé, qui m'a mis en contact avec la dame...

Sophie 30 :00

Et tu es encore en lien avec la PMI sur [Rennes] peut-être ?

Desta

Oui oui, je dois continuer pour l'enfant...

Sophie

Bien sur ! Et ça se passe bien ? Tu te sens écoutée ?

Desta

Là c'est mieux, il me comprend tout le temps, je suis aussi chez le psychologue, j'étais allée voir le psychiatre, on est en train de se parler et ils m'ont dit, non non, vraiment, je leur ai montré des graves, ils m'ont dit ça c'est l'injuste ce qu'ils ont fait... Et aussi ils ont dit qu'ils vont m'aider

Sophie

C'est ce que j'allais te demander, si tu avais des gens qui t'aidaient pour continuer ta vie

Desta

Ouais ouais, je continue avec le psychiatre, on m'a dit ce qu'ils ont fait c'est l'injuste, nous on va aider, faire...

Sophie

Que ce soit plus juste ?

Desta

Oui, c'est ce qu'à dit le psychiatre, l'avocate elle me parle plus au téléphone parce que ça lui a fait très mal, ça l'a affectée, elle m'a dit elle ne choisissait pas ce qu'elle va faire, c'est pour ça je me suis accrochée au psychiatre, ils vont m'aider. Je ne sais pas si vous avez encore d'autres idées...

Sophie

Non, c'est vrai que c'est le côté santé que je connais le plus, j'entends que vous connaissez la PMI après il y a des associations comme France terre d'asile ou des associations qui aident dans les démarches, mais la PMI, ils connaissent tout ça, je pense qu'ils te donneront les bonnes adresses, un petit bagage d'amour par exemple, c'est une bonne adresse pour aider, pour le matériel...

Desta

Oui, c'est ça, pour aider de matériel, pour l'instant je vous dis, je n'ai même pas d'argent, je n'ai pas de revenu, on m'a dit d'attendre, jusqu'à j'étais à [ville parisienne], on m'a dit qu'il faut que j'attende jusqu'au mois de juillet, je vais vivre comment avec les enfants ?

Sophie

Et là, la personne qui vous héberge elle dit » il n'y a pas de soucis pour rester ?

Desta

Oui, il n'y a pas de soucis mais je dois chercher l'endroit, je ne veux pas rester comme ça... Je peux pas dire d'accord ou pas, elle m'a dit chercher d'abord

Sophie

Si elle voit que tu fais comme tu peux, elle comprend les difficultés !

Desta

Elle a compris mon histoire, elle comprend ce que je subi, ce que je.... C'est ça.

Sophie

Et donc là, c'est la PMI qui vous accompagne vous dans votre santé ?

Desta

De mes enfants surtout, surtout la santé de mes enfants...

Sophie

Et pour toi ? Tu prends comment soin de ta santé ?

Desta

Pour ma santé, je pars à Samara (réseau Louis Guillou), là bas on m'examine, mais comme je ne tombe pas tout le temps malade... On fait les examens, on me dit c'est bien même si j'ai une diminution des sangs... Chez nous en Afrique, quand tu vois tes sangs malades, du prends des mangues de tout le monde et puis ça va s'apaiser ! Chez nous vraiment, on ne tombe pas tout le temps malade.

Sophie

C'est bien, tant mieux !

Desta

Même les enfants aussi, on leur donne des vaccins, ça les dérange pas.

Sophie

Tant mieux.

Pour le moment, comme toi tu n'as pas de statut en France, tes enfants eux, ont des soins, tu as des papiers ? Une carte pour prendre en charge les soins ?

Desta

Oui, oui, j'ai pas de problème.

Mais ce que je n'ai pas aimé en France, c'est l'injustice, ils ne comprennent pas les gens, si tu vois quelqu'un quitter son pays, venir vivre ici, ça veut dire, il a des difficultés, pourquoi il a quitté son pays ? Pourquoi il est venu vivre chez nous ? Il a des difficultés, comme l'avocate avait dit, ça c'est l'injuste, on a bien parlé, on a donné les droits, elle a bien parlé, nous aussi, j'ai parlé de mon histoire...

Sophie 35 :00

Et ils ont dit pourquoi ils ont refusé ?

Desta

Ils ont dit des choses, l'avocate, elle a dit c'est pas normal... C'est pas normal, il sait que j'ai remarqué il faut avoir de la chance, si tu n'as pas de chance, on te donne pas de droits.

Sophie

Et est-ce que tu vas pouvoir refaire la démarche ?

Desta

Même si je fais, si je passe en cassation, ils m'ont dit inutile, comme je suis chez le psychiatre, peut-être le médecin va m'aider...

Sophie

Avec de nouveaux éléments ?

Desta

On avait donné des papiers là-bas... Avant d'aller CNDA, on a donné des choses là-bas, on a donné des ... Ma pauvre mais tu vas pleurer, on a tout donné là-bas, mais comme il y a le psychiatre...

Sophie

Peut-être qu'il pourra donner un papier en plus ?

Desta

Peut-être ils vont donner des papiers, je vais aller directement à la préfecture, oui, c'est ça.... Je sais pas...

Sophie

Il y a beaucoup de demande, et donc il y a un tri qui se fait dans les demandes... et dans les personnes qui sont refusées, il y a des personnes qui mériteraient... c'est ton histoire aussi... en tout cas tu m'as l'air d'être quelqu'un de très courageux !

Desta

Merci.

J'attends ce que le psychiatre va dire, la bas avec le médecin, j'attends si elle envoie le dossier là-bas... c'est ce qu'elle a dit, c'est l'injuste... c'est l'injuste... maintenant c'est comme ici à l'OFRAH ça

n'a pas tenu, on attend maintenant chez le médecin... peut-être ça va tenir... le médecin il voit tout, il a le droit de regarder...

Sophie

Et puis ils ont une responsabilité dans les papiers qu'ils écrivent, donc s'il écrit un papier, ça a de la valeur... Dernière question, avec ton expérience, qu'est-ce que tu pense qu'il faudrait mettre en place en France pour une femme enceinte qui serait dans la situation dans laquelle tu étais, c'est-à-dire qui arrive dans un pays, sans droit, mais qui est enceinte, comment l'aider dans sa grossesse ?

Desta

D'abord il faut commencer par examiner la dame, pour prendre soin de la dame, si elle accouche, il faut aussi continuer à prendre soin d'elle, ici c'est ce que j'ai remarqué, si la dame qui vient chez vous, et qu'elle a accouché directement, vous l'abandonnez. Comme moi on m'a fait à l'hôpital, je donne mon expérience à moi, comme moi on m'a fait, on m'a même pas dit de rentrer à l'hôpital pour faire l'examen après de 1 mois, on m'a même pas dit ça, c'est comme si on m'a, c'est ce que j'ai remarqué, on m'a négligé, on m'a même pas dit de rentrer à l'hôpital pour faire les examens pour voir, on m'avait dit j'ai des diminution de sang à l'hôpital non ? Ils m'ont laissé de sortir, ils m'ont dit, ils m'ont même pas dit de venir à l'hôpital pour voir si ça continue ou pas... Ils m'ont dit voila vos affaires, elles étaient pleines de sang, j'avais perdu du sang avant d'accouché, ils m'ont dit vous les laverez et ils m'ont dit de sortir, comme ça, pleine de sang... la difficulté c'est ça, le mal, quand tu vois une dame, elle a accouché, vous devez lui dire de rentrer, vous voyez qu'elle a des difficultés, qu'elle a des diminution de sang de l'accouchement, c'est ce que je dis, c'est ce que j'avais et on m'a laissé, ça fait combien de temps pour mon enfant, ça fait 10 mois, quand j'ai accouché ils devaient me dire de faire des examens pour voir comment ça évolue, s'il y a toujours ou si ça a augmenté, tu vois la difficulté en France c'est ça.

Sophie 40:00

On ne te a pas donné de papier ou d'information en fait ...

Desta

On m'a rien donné, quand j'ai accouché directement, on m'a dit de sortir... Ca , c'est pas bien, même si on n'a pas de papier, on doit prendre soin

Sophie

Tu penses que c'est parce que tu n'avais pas de papier ?

Desta

Même j'ai demandé à d'autres qui ont des papiers, ils ont dit c'est ça la France, quand tu sors directement c'est fini hein... c'est fini on t'appelle et on te dit pas de rentrer pour voir comment ça évolue, comment ça a été après l'accouchement, tu manges bien ou bien pas, c'est fini. On te voit pas, on te calcule pas. Mais si, comme j'avais de la diminution de sang, si ça avait continué, j'allais perdre la vie...

Sophie

Oui, ça aurait pu être dangereux pour ta santé...

Desta

Comme en Afrique, quand tu accouches et que tu rentres à la maison, il faut prendre des légumes, des feuilles de manioc, chez nous on prend ça tout le temps, tout le temps après l'accouchement, ça permet d'augmenter un peu les sangs, on prend du thé, du thé, du thé rouge, ça augmente aussi les sangs... Mais on m'a pas dit de rentrer à l'hôpital, on m'a même pas calculé, on m'a pas regardé, elle a accouché, elle doit rentrer. Non non, ils n'ont même pas dit ça.

Sophie

Et est-ce qu'à Paris, tu as entendu parler d'un dispositif qui s'appelle Solipam ?

Desta

Non

Sophie

C'est un dispositif qui s'occupe des femmes enceintes en difficulté, à la rue, qui n'ont pas de papier, et qui, pendant qu'elles sont enceintes et jusqu'aux 3 mois de l'enfant, les aides à se loger et à prendre soin de leur santé.

Desta

On m'a rien dit, qui devait me donner, c'est à l'hôpital ? Mais à l'hôpital on m'a dit de sortir, « tu dois sortir », j'ai un enfant, j'ai un bébé, ils ont pas regardé ça, sans savoir ou j'allais, il n'ont pas besoin de ça, c'est mal ici en France... Mais chez nous là-bas on accueille tout le monde...

Sophie

C'est comme ça que devrait fonctionner l'hôpital...

Desta

C'est l'hôpital qui devait faire ça, la dame est venue accoucher, elle vous dit qu'elle n'a d'endroit pour partir, c'est l'hôpital qui devait prendre la dame, parce qu'elle avait 2 bébés, vous devez placer cette dame, l'endroit ici, parce qu'elle a des bébés, et si j'avais accouché avec une césarienne, ils voulaient aussi me chasser ? Ils ne regardent même pas ça !

Sophie

Et tu n'as pas vu d'assistante sociale ?

Desta

Il y avait l'assistante sociale à l'hôpital, c'est elle qui m'a dit de sortir, qu'elle n'a pas d'argent pour payer l'hôpital... tu vois la difficulté ici en France, c'est ça ! Ils ont fait l'examen et m'ont dit que j'avais une diminution des sangs mais ils m'ont dit de sortir. Ils n'ont même pas demandé, elle est partie où ? Elle est où ? Ils n'ont même pas dit ça, ils ne te calcule même plus ici en France, c'est pas bien...

Sophie

Tu as quand même des papiers pour justifier que ton fils est né en France ?

Desta

Oui, j'ai l'acte de naissance de mon fils, je sais pas ce qu'il faut aussi comme élément.

Sophie

Est-ce qu'il faudrait que les femmes commencent par avoir un toit sur la tête pour ne pas avoir le stress comme tu disais ?

Desta

Oui, oui, ça m'a stressé, et ici, comme on m'avait dit de sortir à l'hôpital, si c'était vraiment grave, j'avais plus, j'avais plus de sortie, ça avait diminué, qui va s'occuper de mes enfants ? C'est pas bien à partir de là. Ils doivent voir ça, quand quelqu'un vient à l'hôpital, il faut pas le négliger.

Sophie

En France, on dit que les femmes enceintes sont vulnérables, par exemple pendant le Covid elles faisaient partie des personnes qu'il fallait protéger, il faut les vacciner, il y a beaucoup de rendez-vous de suivi en France...

Desta

Mais ils n'ont pas fait ça en France, c'est faux, mais à l'hôpital, il faut les papiers, moi j'avais pas de papiers, et on m'a négligé, j'ai accouché, ils devaient déjà me donner l'endroit pour partir, et c'est à l'hôpital, comme moi j'ai accouché comme ça, ils devaient appeler la préfecture, la dame elle a accouché ici, vous devez faire ceci pour la dame, vous devez faire cela, parce que c'est l'hôpital qui devait faire ça, ils m'ont dit de sortir, c'est l'assistante sociale qui m'a dit de sortir de l'hôpital, je dis la vérité, elle m'a dit l'hôpital n'a pas d'argent pour payer, tu vois tout ça c'est pas bien, si j'avais une diminution des sangs... C'est pas bien... C'est à partir de là, la santé doit voir ça, c'est pas bien...

Sophie

Du coup moi j'ai fini avec mes questions, tu m'as donné beaucoup d'information très intéressantes, est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

Desta

Non ce que je dis, la France doit voir à propos de ça, pour la santé, quand quelqu'un est malade et elle est venue envers vous, quand elle te dit, vous avez constaté, la dame elle a une diminution de sang, elle a des problèmes de santé, vous devez pas la faire sortir de l'hôpital, vous devez la retenir jusqu'à ce que les sangs ont augmentés, et après vous libérez, vous dites à la femme de sortir, mais vous, vous lui dites de sortir, et si ça arrive quelque chose, la femme elle est tombée parce qu'elle n'avait pas de sang, la santé doit voir ça, ils ont des difficultés. S'il arrive quelque chose à la dame, qu'est-ce que la France va faire ? Il faut d'abord trouver des solutions... s'ils n'ont pas de papiers, vous n'avez pas besoin des gens, c'est pas bien... C'est pas bien... s'il arrivait quelque chose à moi ou à mon enfant... C'est pas bien. Voilà.

Sophie

Merci beaucoup Desta

Desta 48 :18

Je vous en prie.

ANNEXE 11

Exemple de plan postnatal

Exemple de plan détaillé en langue française sur [PLAN POSTNATAL \(etmamantudeviendras.com\)](http://PLAN POSTNATAL (etmamantudeviendras.com)) contenant des précisions sur l'alimentation (qui prépare les repas pendant le congé maternité et en post-partum), le soutien à l'allaitement, les activités ressources (mère, père et couple), le cercle de soutien (proches et professionnels) et les visites (à la maternité et à la maison).

Postpartum Plan

Week: *1*

Meal Plan

Sun	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri
<i>Grandma brings dinner</i>	<i>Leftovers</i>	<i>Chinese takeout</i>	<i>Mom brings dinner</i>	<i>Leftovers</i>	<i>Pizza Delivery</i>

Visitors

Immediate family + grandparents only

Arrangements for Older Children + Pets

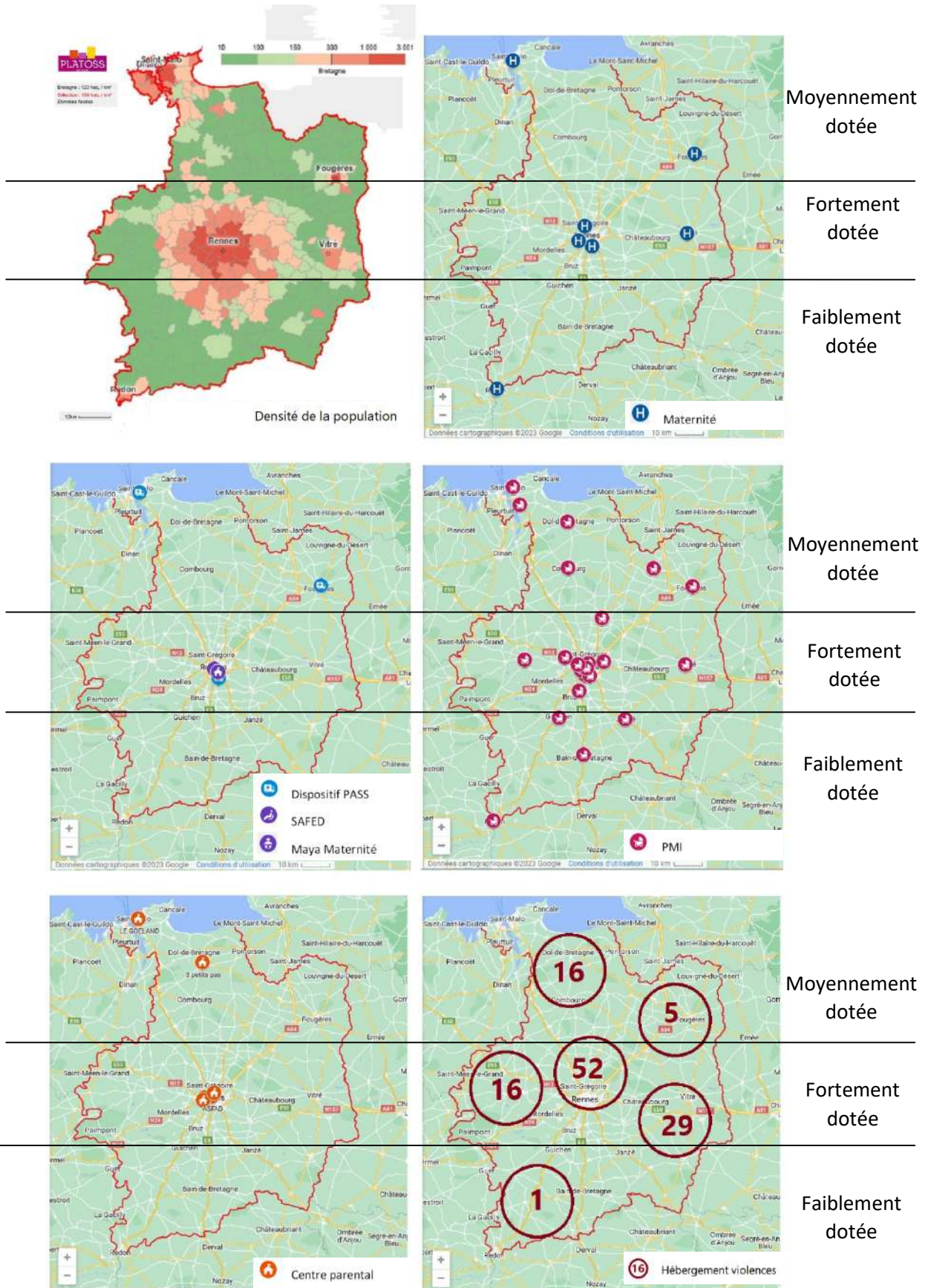
Sara is sleeping over with cousins Friday-Sunday
Dog with grandpa all week

Household Chores

Groceries:	<i>Husband goes shopping on Saturday morning</i>	Laundry:	<i>Mom is coming Wednesday to help</i>
Cleaning:	<i>Grandma offered to help on Sunday</i>	Other:	<i>Sara is on dishes</i>

ANNEXE 12

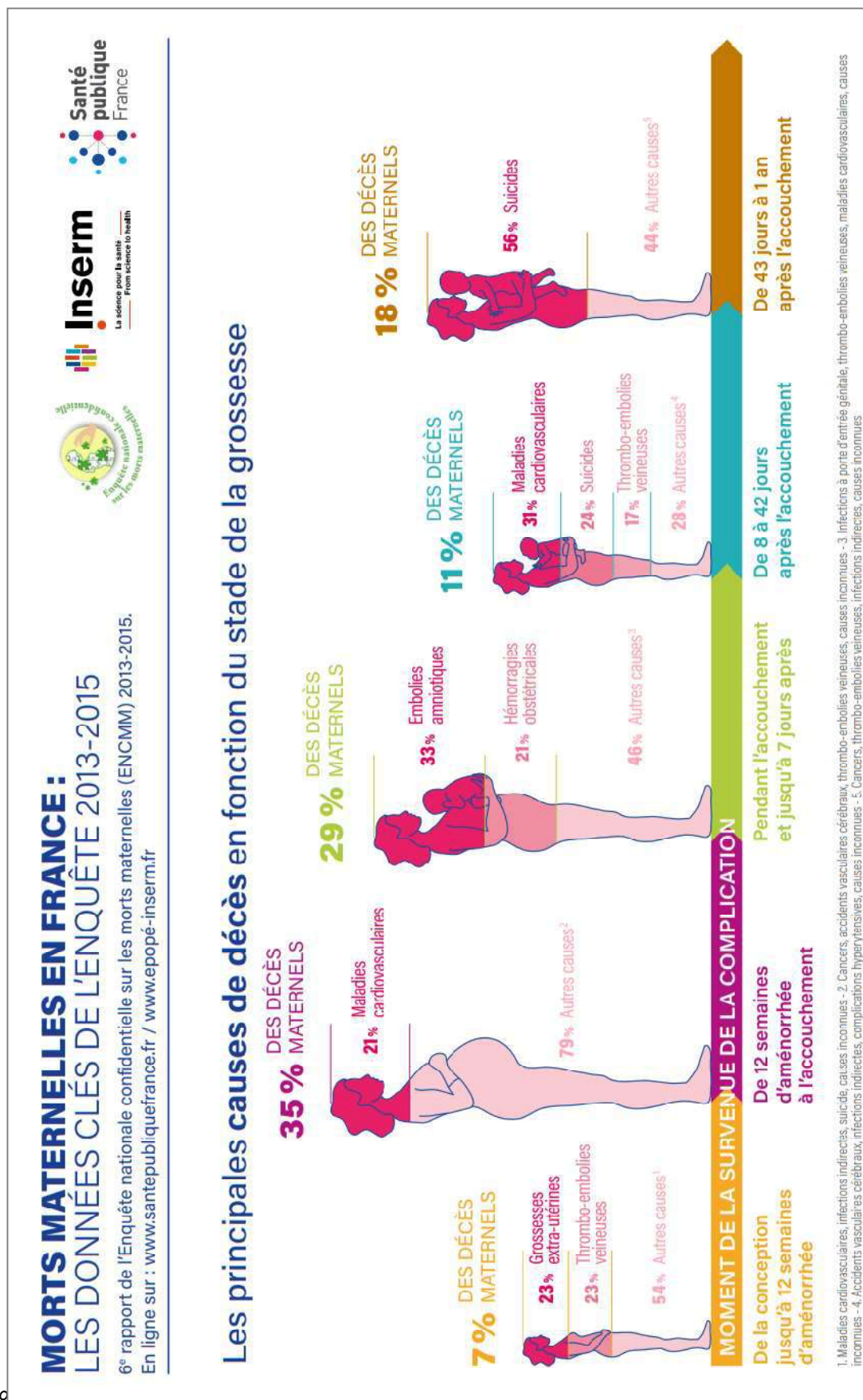
Cartographie schématique des ressources de santé maternité en Ile-et-Vilaine (cf.p. 49)
Répartition inégale des ressources en 3 zones géographiques, liée à la densité de population.



ANNEXE 13

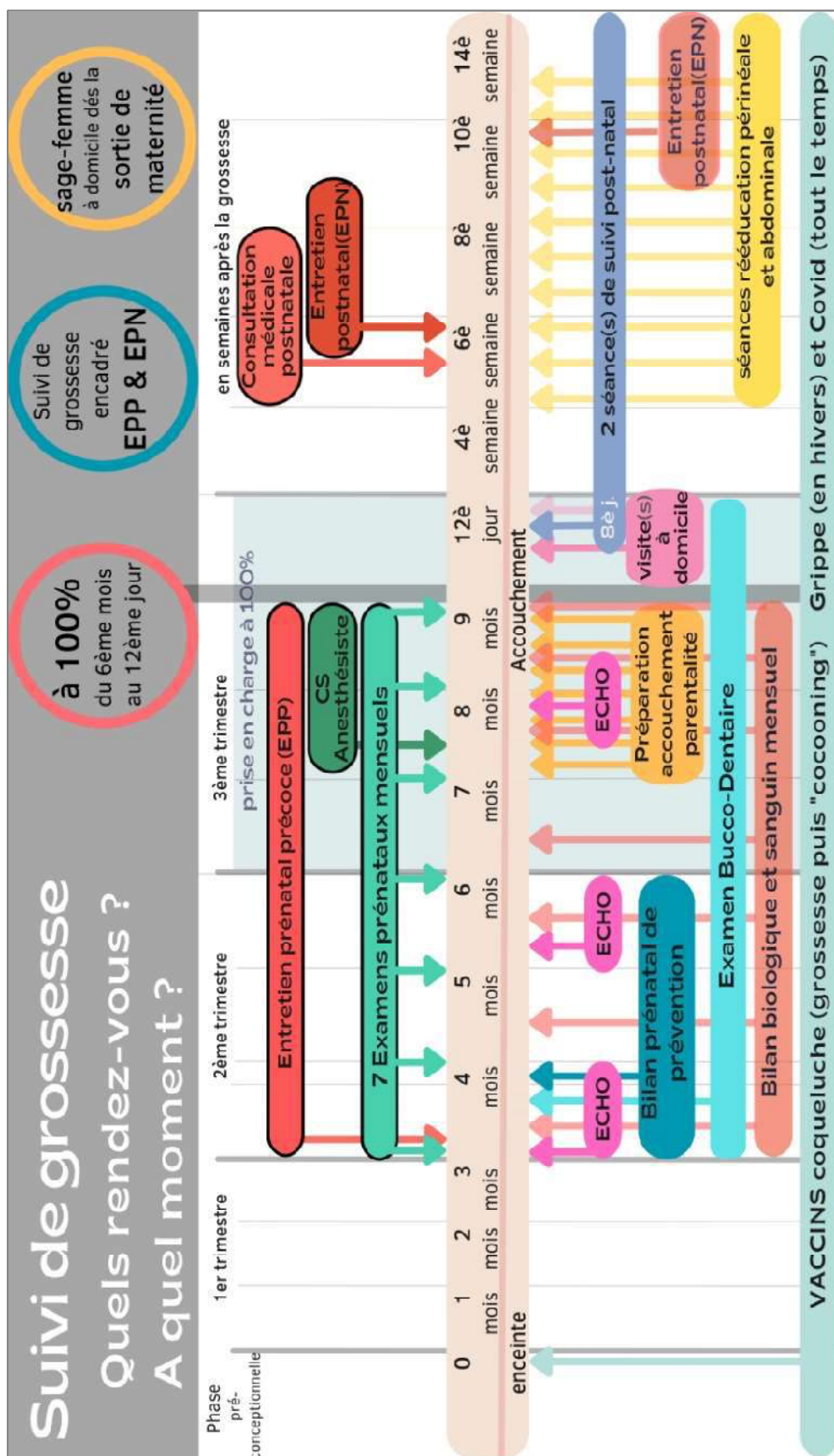
Causes de morts maternelles durant la maternité en France en 2013-15

Infographie 2 - p.27 (Source : Epopé Inserm-Santé publique France : [lien téléchargement](#))



ANNEXE 14

Parcours maternité différenciant les rendez-vous obligatoires et recommandés
 Infographie 1 – page 17 (source : Sophie Achille-Fauveau à partir du ameli.fr mai 2023)



ACHILLE-FAUVEAU	Sophie	12/09/2023
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion 2022-2023		
Quel accès à la prévention maternité pour les femmes en situation de vulnérabilité ? Besoins et modalités d'adaptation des actions en Ille-et-Vilaine		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>L'offre de prévention maternité, enjeu de santé publique, est organisée de manière transversale pour permettre aux femmes de mener leur grossesse et accueillir leur enfant dans de bonnes conditions. La prévention maternité réside dans l'accès à l'information, aux soins et aux recommandations de santé dédiées à cette période. Cependant, les femmes en situation de vulnérabilité ont difficilement accès à cette offre complexe et dense, à cause de critères individuels, conjoncturels, liés au système de santé et d'autant plus dans un contexte migratoire. Face aux limites de la prévention et aux inégalités sociale en santé, des adaptations s'avèrent nécessaires.</p> <p>Parmi les facteurs défavorables, 3 sujets essentiels à la maternité sont approfondis. Tout d'abord, le logement, droit fondamental et déterminant majeur de la santé est un pré-requis à un suivi de grossesse. Ensuite, le suivi de santé doit pouvoir être personnalisé à la mesure des besoins variés de chaque femme. Enfin, l'accompagnement précoce de la parentalité a besoin d'être anticipé en constituant un véritable plan postnatal pour le 4^{ème} trimestre de grossesse.</p> <p>C'est en repérant les vulnérabilités grâce aux collaborations interprofessionnelles et en outillant les acteurs de la périnatalité qu'ils pourront réaliser un accompagnement de santé en alliance avec la future mère, de manière durable et individualisée dès l'arrivée de l'enfant. Pour cela, la communication des actions doit être universelle et adaptée pour être proportionnée. Reste à savoir si l'ambition théorique du projet des « 1000 premiers jours » permettra de concrétiser une offre de prévention pour toutes les femmes.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Prévention maternité, situation de vulnérabilité, démarche universelle proportionnée, projet des 1000 premiers jours, communication adaptée, collaborations interprofessionnelles, réduction des inégalités.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		