La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg

Clelia Gasquet, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot

▶ **To cite this version:**

Clelia Gasquet, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot. La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche] UMR ESO 6590 CNRS. 2019. halshs-03016990

HAL Id: halshs-03016990
https://shs.hal.science/halshs-03016990

Submitted on 20 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

RAPPORT DE TERRAIN

LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES RÉCEMMENT ARRIVÉES EN FRANCE.

APPROCHE COMPARATIVE RENNES - STRASBOURG.

Conduit dans le cadre de l'ANR MIGSAN « Migrations et santé : expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France ».

GASQUET-BLANCHARD Clélia

HOYEZ Anne-Cécile

MILLOT Ana

Décembre 2019

SOMMAIRE

GLOSSAIRE 3
REMERCIEMENTS 3
CONTEXTE ET OBJECTIFS 4
1. ENTRE L'UNIVERSEL ET LE SINGULIER : LES ENSEIGNEMENTS DE LA COMPARAISON DE DEUX PASS 6
1.1. LA PASS DE RENNES 6
1.2. LA PASS DE STRASBOURG 8
1.3. DES REGISTRES COMMUNS MAIS DEPLOYES DANS DIFFERENTES FORMES A L'ECHELLE LOCALE 10
1.4. LA CENTRALITE DES PARTENARIATS LOCAUX POUR PENSER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE 12
2. LES TRAJECTOIRES DES FEMMES : RETOURS SUR LEURS EXPERIENCES AUPRES D'UNE MULTIPLICITE DES PROFESSIONNELS 16
2.1. DIVERSITE DES PARCOURS MIGRATOIRES ET SINGULARITE DES EXPERIENCES 20
2.2. LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT 24
2.2.1. Points de satisfaction et points aveugles autour de la prise en charge médicale 24
2.2.2. Une prise en charge sociale en nuances : entre satisfaction et incertitudes 30
2.3. VECU DES DIFFICULTES AVANT/APRES GROSSESSE 31
2.3.1. Réseau social 31
2.3.2. Logement 34
2.3.3. Difficultés administratives 35
2.3.4. Les difficultés de communication avec les soignants 38
2.4. SYNTHESE 41
3. EXPERIENCES DES PROFESSIONNELS : PLURALITE DES COMPETENCES MOBILISEES, COMPLEXITE DES CONDITIONS D'EXERCICE 43
3.1. L'INTENSITE DE L'EXERCICE EN RESEAUX DE PARTENARIAT 43
3.2. LES RETOMBEES SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL 44
3.3. DE LA PERCEPTION D'UN « PUBLIC SPECIFIQUE » A LA MISE EN ŒUVRE DE SOINS DIFFERENCIES 48
3.4. SOIGNER EN SITUATION D'INTERPRETARIAT 49
4. ANALYSE DES EXPERIENCES DIFFERENCIEES PATIENTES/MEDECINS 52
4.1. UN REGARD SUR LES CURSEURS EXPERIENTIELS DIFFERENTS 52
4.2. PRENDRE EN CHARGE : UN EXERCICE EN TENSION 53
4.3. EVALUER LA PRECARITE : UN POINT AVEUGLE DE LA CONSULTATION MEDICALE ? 57
CONCLUSIONS : ENJEUX, DEBATS, LIMITES 60
ANNEXE 1 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE 62
ANNEXE 2 : L'ACCES AU TERRAIN A RENNES 64
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES FEMMES 65
ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES PROFESSIONNELS. 66
ANNEXE 5 : AFFICHE DE PRESENTATION DE L'ETUDE AUX FEMMES 67
5. BIBLIOGRAPHIE 68

Glossaire

AS : Assistante Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

DDCSPP :

PADA : Plate Forme des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux soins de Santé

PRADO : Programme de retour à domicile des patients hospitalisés

Remerciements

- Anaïk Pian, MCF en sociologie à l'Université de Strasbourg / UMR DYNAME, pour la coordination du terrain strasbourgeois et l'accueil des chercheuses
- Les PASS de Rennes et Strasbourg, en particulier : Sarah Obergfell, Geneviève Espinasse, Jérôme Penot, Sophie Pelois, Véronique Peltier-Chevillard, Jean-Marc Chapplain pour leur appui et leur aide inestimable sur le terrain
- Les femmes et les professionnels qui ont dédié du temps aux enquêtrices ou ont accepté leur présence lors des consultations
- Le collectif MIGSAN pour les échanges fructueux

Contexte et objectifs

Ce rapport a pour objectif d'analyser, au travers une recherche qualitative, les spécificités de la prise en charge des femmes migrantes récemment arrivées en France. L'étude se déploie dans deux sites (Rennes et Strasbourg), dans la volonté de prendre en compte les situations des femmes et des professionnels à l'échelle locale. L'objectif de la comparaison est de pouvoir mettre en perspective les fonctionnements des mêmes services publics dédiés aux publics précaires (sur le plan économique mais aussi administratif)[1] mais dans des formes de prises en charge qui diffèrent en raison des spécificités locales, comme l'a exprimé une personnes interrogée dans cette étude :

> « [A la PASS] on est au cœur de l'accès aux soins mais aussi de l'accès aux droits. Et c'est l'intérêt » (assistante sociale –PASS).

Ce rapport aborde à la fois le contexte de vie en migration des femmes dans le cadre de leur grossesse ainsi que les conditions d'exercice des professionnels qui les prennent en charge. Il s'inscrit dans le cadre des activités du programme de recherche MIGSAN « Expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France » (voir encadré 1). Il a été mené par Ana Millot (diplômée du M2 « Promotion en Santé et Prévention» de l'EHESP et formée initialement aux soins infirmiers), Clélia Gasquet-Blanchard (MCF en géographie à l'EHESP), Anne-Cécile Hoyez (CR CNRS à l'UMR ESO/Université Rennes 2). Toutes trois ont pris en charge la méthodologie de recherche et ont conduit à Rennes et Strasbourg les entretiens auprès de femmes et soignants et travailleurs sociaux, des observations de consultation, entre avril 2018 et avril 2019, en étroite collaboration avec les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) des deux CHU (Centre Hospitalier Universitaire) qui nous ont aidé à entrer sur le terrain et à appréhender les particularités de la prise en charge médicale et paramédicale et sociales de ces femmes.

[1] Comme nous le verrons par la suite, ces dispositifs PASS, rattachés le plus souvent aux structures hospitalières publiques, visent à prendre en charge de manière globale les populations précaires en leur permettant d'avoir un accès aux soins et de les accompagner vers les dispositifs de droits communs existants. Une entrée par la PASS est donc pertinente car cela nous permet de rencontrer des femmes migrantes (cf encadré *infra*), le plus souvent sans couverture sociale, se trouvant sans hébergement et/ou ayant d'importants problèmes financiers.

Encadré 1 : Programme de recherche MIGSAN

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

A Rennes, les femmes enceintes ou ayant accouché rencontrées lors de cette étude ont toutes été suivies par la PASS du CHU de Rennes. Elles ont accepté de répondre à des entretiens conduits en français, en anglais ou en portugais pas les chercheuses (annexe 3 à 5).

A Strasbourg, suite à un imprévu dans l'encadrement des recherches de terrain, l'équipe n'a pas pu mener à bien les objectifs de recueil d'entretiens. Suite à des discussions au sein de l'équipe et avec les équipes médicales et médico-sociales, nous avons privilégié des observations de « consultations PASS » en gynécologie-obstétrique.

Dans les deux villes, les professionnels de santé ont été interrogés, individuellement ou collectivement, par les chercheuses afin de bien comprendre leurs trajectoires personnelles et leurs contextes d'exercice ; des professionnels ont été observés en situation de consultation –incluant les avant/après/entre deux consultations.

Ce protocole de recherche s'est déployé sur une année (avril 2018 à mars 2019), au cours de deux grandes vagues d'enquêtes (printemps/été 2018, puis printemps 2019), entre lesquelles s'est intercalé un séminaire de recherche au cours duquel ont été discutés les résultats de la 1ère vague. Ces échanges ont le statut de matériaux de recherche, car dans ce travail, nous avons souhaité que l'analyse soit collective et inclue la réflexivité des acteurs de terrain, que nous considérons à même de prendre des positions critiques (Boltanski, 2009).

1. Entre l'universel et le singulier : les enseignements de la comparaison de deux PASS

Lors de nos recherches, nous avons porté une attention particulière à l'articulation entre conditions et lieux de vie des femmes migrantes récemment arrivées en France, en cours de suivi de grossesse ou ayant récemment accouché. L'idée était de mieux appréhender comment elles sont prises en charge par les PASS et plus globalement par le système de santé et le domaine du social et du médico-social vers lequel elles sont censées être orientées.

Nous présentons ici tout d'abord des éléments pour comprendre les « profils » des différentes PASS avec lesquelles nous avons interagi[2], avant de présenter quelques éléments de réflexion originales (communes aux deux PASS) et d'évoquer des perspectives discutées lors d'un séminaire de recherche de l'équipe, mené en octobre 2018.

1.1. La PASS de Rennes

Dans les années 2000 à 2010, l'activité de la PASS du CHU de Rennes consistait en un temps de service social dédié aux urgences, pour des interventions en transversalité avec les équipes soignantes. Il n'existait pas alors de parcours PASS réellement structuré.

En 2013, l'idée de patients en file active (des médecins, des assistantes sociales…) émerge pour la première fois. Puis, pendant un an et demi, l'équipe a défendu un projet pour structurer la PASS à l'échelle du « pays de Rennes ». Le projet est validé par l'ARS qui alloue une enveloppe permettant à l'équipe de créer des « outils », comme par exemple une Réunion de Concertation Médico-Sociale (RCMS, toujours active en 2018). Cette RCMS a pour objet de rassembler des médecins et travailleurs sociaux de façon collégiale pour faire remonter des besoins, notamment sur la question de l'hébergement qui ne peut pas être dissocié du suivi médical.

En 2015, une « cellule de coordination PASS », composée de travailleurs sociaux et professionnels de santé, est instaurée dans l'objectif d'agir en interface avec les équipes en interne au CHU.

[2] Notons que nous présentons des éléments de fonctionnement des PASS telles qu'ils se présentaient à nous sur la période étudiée. Les PASS sont des dispositifs pouvant être amenés à se reconfigurer, et nos données ne préjugent pas des changements qui ont pu intervenir depuis lors.

En 2016, l'ARS décide d'allouer une nouvelle enveloppe à la PASS, qui permet d'augmenter le temps de travail social et médical. L'équipe décide de positionner une assistante sociale sur un « pôle femme-enfant ».

En 2017, l'équipe met en place une « consultation médico-sociale précarité » hors les murs pour les personnes en errance : il s'agit d'un binôme travailleur social-médecin qui va faire du repérage sur le terrain de populations éloignées du soin[3]. L'idée est de pouvoir entrer en contact puis de proposer une consultation médicale, mais dans un lieu dédié.

Enfin, la PASS fait des interventions sur des hôpitaux dit « périphériques » (c'est-à-dire ceux qui ont moins l'habitude des publics précaire et/ou migrants) pour toucher aussi un autre type de public (personnes éloignées du soin, migrants ou non).

A Rennes, en 2017, la PASS compte environ 850 patients en file active (au regard des 3 critères de l'ARS : absence d'hébergement, absence de couverture sociale, revenus inférieurs à ceux de la CMU-C). Plus de la moitié sont des patients étrangers (57%). Ces dernières années, l'équipe a passé un temps de travail conséquent pour essayer de trouver des solutions, impliquant beaucoup de bricolages (au sens anthropologique du terme, voir encadré 2) en fonction du maillage tressé avec les partenaires, afin de faire reconnaître le « critère santé » pour les « mises à l'abri ».

Encadré 2 : Le bricolage : un cadre de référence pour penser l'action locale dans la sphère médico-sociale ?

La notion anthropologique et sociologique de « bricolage » permet d'exprimer la condition des individus devant, dans leurs vies (personnelles, professionnelles) composer et recomposer avec les moyens qui sont à leur disposition. L'anthropologue Claude **Lévi-Strauss (1962**) définit le « bricoleur « comme suit : « *la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures* ».

L'intérêt de cette notion réside notamment dans sa capacité à rendre compte de l'innovation sociale (**Mélice, 2009**), à mettre en avant les modalités des initiatives locales des acteurs comme génératrices de solutions mais aussi de questionner leurs possibilités de faire perdurer leur action, hors d'un projet institutionnaliser.

[3] Le binôme se rend par exemple à l'accueil de nuit notamment pendant la période hivernale.

A Rennes, le CHU compte 3692 naissances en 2017, dont 223 dossiers présentés au staff médico-psycho-social, 330 dans le dispositif PASS. L'environnement de l'équipe médico-sociale apparaît comme moins saturé qu'ailleurs en France (en comparaison par exemple avec les données des PASS en région Provence Alpes Côte d'Azur ou Grand Est). Cependant, l'impression d'avoir « seulement » quelques centaines de situations complexes par an est contrebalancée par l'impression de ne pas avoir assez de temps pour les patients. Autrement dit, à Rennes, l'environnement de travail se présente comme assez favorable, car l'équipe arrive à créer des outils et des dispositifs qui ne sont pas immédiatement saturés. Mais malgré le travail effectué en partenariat avec les institutions, notamment pour les « mises à l'abri », l'équipe se trouve quand même en tension : même s'il n'y a pas encore de sortie de maternité à la rue, il y a des fins de grossesse où, s'il y a des accueils possibles en soirée, ce n'est pas le cas en journée.

La volonté institutionnelle (conseil départemental par exemple) évolue et le contexte dans lequel l'étude a été menée au printemps 2018 n'est plus le même au moment de la rédaction de ce rapport (achevée en décembre 2019). On observe un resserrage et une grande tension sur les conditions d'hébergement (nuitées hôtelières validées au compte-goutte, avec une volonté actuelle de réduire celles-ci : sur les appels 115, seuls 25% d'appels reçoivent une réponse positive à la fin 2018).

1.2. La PASS de Strasbourg

La PASS de Strasbourg a été mise en place en 2000. Ses effectifs n'ont pas significativement changé depuis (stagnants de 2000 à 2018 –seul le temps médical a un peu augmenté), alors même que le contexte a beaucoup évolué.

A Strasbourg, la PASS fonctionne en multisite (la situation était en cours d'évolution en 2019) : une « somatique », une dite « périnatalité », une « dentaire » et une « hors les murs » (qui renvoie sur la PASS somatique, sur du temps infirmier d' « aller vers »[4]). Cette dernière est actuellement en remaniement et doit être redéfinie, car il importe à l'équipe de savoir, dans la configuration de 2019, de savoir auprès de quel public doit aller cette PASS : si les « sans droits » restent le public-cible, le nombre de personnes « avec droits » mais en grande difficulté d'orientation (personnes à la rue et en demande d'asile) qui sont reçues est important et porte la PASS à envisager des interventions en centre d'hébergement ou d'accueil de jour.

Une des pistes pensées pour cette PASS hors-les-murs est d'en finir avec les logiques de tri, d'aller vers plus d'évaluation des situations, et vers des orientations

[4] A l'origine, la PASS hors les murs a été mise en place avec des associations qui faisaient de l'accueil de jour et de l'hébergement d'urgence. Celles-ci avaient construit un GCSM (groupement juridique) pour pouvoir embaucher du temps infirmer partagé entre ces structures. En 2015-2016, l'ARS a demandé à ce que ce temps infirmier soit rattaché uniquement à la Boussole, aux côtés des 3 autres infirmières de la structure. Cependant, avec le rythme des départs à la retraite, il ne reste qu'une infirmière à temps plein début 2019, et une à 40% (semi-retraite) sur la PASS hors les murs.

directes en consultation médicale. L'idée est bien de « fluidifier » les parcours à la faveur des personnes et de les orienter le plus tôt possible en proposant par exemple une PASS mobile.

La PASS fonctionne sur deux sites séparés, distants de 30 minutes de transport en commun entre les deux. La maternité du centre ville a fermé fin 2009, la consultation de la PASS périnatalité est partie à l'hôpital de Hautepierre, mais celle somatique reste à « La Boussole » avec les assistants sociaux et la pharmacie (impliquant de devoir se rendre à l'Ancien Hôpital Civil pour bénéficier des médicaments accessibles via la PASS), faute de bureaux disponibles sur le nouveau site. Du fait de l'éclatement spatial des sites, les parcours des patientes sont émaillés de ruptures, et la PASS, en lien avec des associations de solidarité, peut être amenée à délivrer des titres de transports gratuits. Néanmoins, elle favorise plutôt un soutien en proposant des réductions sur les transports en fonction du quotient familial (carte à environ 5 € par mois, en lien avec des associations locales sollicitées)[5].

La PASS périnatalité se trouve sur un autre site, pas forcément très bien relié aux autres ; elle fonctionne avec une vacation sage-femme et une vacation gynécologue-obstétricienne.

Depuis que la PASS a ouvert, c'est surtout l'hébergement des femmes enceintes qui est au cœur de l'activité : il arrive que des femmes enceintes dorment à la rue parfois jusqu'à la veille de l'accouchement. L'équipe a essayé de mettre en place un partenariat en 2012 pour réfléchir à cette problématique, et est arrivée à obtenir une quasi-obligation de prise en charge par le 115 des femmes enceintes a partir du 5ème mois de grossesse. Ceci a fonctionné un certain temps. Fin 2018, il y avait près de 400 familles à la rue (soit presque 600 personnes).

A Strasbourg, le 115 est saturé par les demandes d'hébergement pour les personnes demandeuses d'asile (la ville, frontalière, connaît un paysage migratoire plus dense qu'ailleurs) durant toute la procédure[6], en attendant qu'il y ait des places dans d'autres structures comme les CADA. Dans le Bas-Rhin, la moitié des demandeurs d'asile reste au 115 pendant toute la procédure. La situation est complexe pour les déboutés de la demande d'asile qui dépendaient du 115 : ils se voient proposer la possibilité d'intégrer des « lofts »[7], tandis que les déboutés qui étaient en CADA se retrouvent dehors. Ces personnes, qui se trouvent dans la même situation (déboutés de la demande d'asile), ne se voient pas proposer les mêmes réponses. Par ailleurs, les personnes qui sont dans un autre parcours migratoire que la demande d'asile ont peu de chances d'obtenir un hébergement du 115.

---

[5] A titre de comparaison, à Rennes, la PASS propose des cartes de transports gratuites (sur 6 mois), une possibilité faisant suite à une négociation avec les services sociaux et la mairie, sur lettre de l'assistante sociale.

[6] Le 115 est monté à plus de 2000 nuitées par nuit.

[7] Les lofts sont gérés par des associations suite à un appel de la DDCSPP, et aussi par la Ville de Strasbourg sur la démarche médiatisée de « ville hospitalière ».

Enfin, il faut rappeler que l'hébergement par le 115 fonctionne à la nuitée et pour une mise à l'abri de nuit, tandis que la journée se passe dans l'attente à la rue. Les solutions de d'hébergement par des tiers se révèlent également très précaires : elles se transforment vite en échange d'autres services (garde d'enfants, cuisine, ménage, travaux, relations sexuelles contre hébergement) et en échanges économiques informels (loyers exorbitants pour la sous-location d'une chambre, voire d'un lit, dans une pièce commune).

1.3. Des registres communs mais déployés dans différentes formes à l'échelle locale

Pour les deux PASS, même si les dispositifs varient, des questions similaires se posent, notamment sur deux registres de questions ou points saillants concernant les contextes de vie en migration des femmes prises en charge : qu'est-ce qui doit primer dans la prise en charge ? La question de la composition familiale (l'intérêt de l'enfant, de la femme, des deux ?) ou la question du profil de public reçu en général à la PASS (une prise en charge dite « intégrée » ou « en filière » ?).

Tout d'abord se pose la question de la place de l'enfant dans le parcours migratoire. En effet, les femmes isolées avec enfant(s) passent avant tout le reste du public pour l'hébergement par exemple, ce qui impose à l'équipe de trier et hiérarchiser les personnes et conduit à normer et figer les parcours PASS. Par ailleurs, la PASS doit gérer les attentes des femmes dont le conjoint peut avoir la nationalité française : si certaines pensent qu'elles obtiendront une régularisation si le père français reconnaît l'enfant, elles se trouvent désappointées lorsqu'elles apprennent que cela n'est pas automatique, et que leurs démarches administratives n'en seront pas facilités.

Ce sont plutôt vers d'autres formes de reconnaissance que la PASS peut travailler avec elle : les ancrages sur le territoire avec un enfant, du fait de la scolarisation par exemple, ou du fait d'une prise en charge parce qu'elles ont un enfant à venir fait persister l'espoir de reconnaissance.

Mais se pose un hiatus : cette reconnaissance valorise l'expérience de la maternité avant la reconnaissance d'autres statuts, et invisibilise notamment le fait que les femmes seules sont sous-représentées dans la demande d'asile tandis qu'elles sont sur-représentées dans les demande de régularisation pour « vie privée et familiale ».

Les soutiens apportés aux femmes sont ainsi teintés de représentations sociales de la maternité qui doit interroger les professionnels, amenés à traiter de façon différenciée les femmes enceintes et/ou avec enfant et les femmes pas enceintes et/ou sans enfant.

Enfin, sur le type de prise en charge, on observe des débats profonds, divisant les équipes (en interne comme en externe). Deux pôles se distinguent : favoriser une prise en charge « intégrée » et non « fléchée » ou préférer une prise en charge « en filière » dans l'hôpital :

- ✓ Une prise en charge dite « intégrée » permet de rester au plus près du droit commun, qui pour la plupart ont une couverture santé leur permettant d'émarger au système de santé ;
- ✓ Une prise en charge dite « en filière » permet de rester au plus près des spécificités des contextes de vie des femmes et de développer ou renforcer des compétences propres aux professionnels travaillant régulièrement auprès des femmes migrantes.

Cependant, le curseur entre ces deux pôles varie et peut créer des tensions entre professionnels si les visions ne sont pas partagées : les sages-femmes et les équipes de coordination de la PASS par exemple ne partagent pas les mêmes visions. Ces confrontations sont gérées en interne, mais elles doivent aussi être tenues aux niveaux intermédiaires (par exemple : les directions des établissements ne sont pas concernées par ces débats, qui sont « médecins » et « cadres-dépendants »). Aussi, à Rennes, la position de l'équipe tenue (fin 2018) consiste à pouvoir tenir la position dite intégrée tout en ayant des équipes formées à la prise en charge de patients étrangers (qui repose sur l'importance de la formation d'une pluralité de professionnels de santé). La PASS est positionnée comme un dispositif à « effet passerelle » pour une population spécifique, mais au sein de l'institution il est impossible de proposer des fonctionnements qui feraient penser à du « communautaire ».

Mais la question de la PASS comme « filière spécifique » reste un point d'achoppement particulier : beaucoup d'acteurs de la PASS s'interrogent sur ce dispositif, dans la mesure où il invisibilise des situations de précarité au sein du système médico-social.

Pour certaines PASS, la question de l'argent et des financements (notamment pour les formations des professionnels, des prescripteurs de la PASS) est tellement forte qu'elle induit différentes formes de « bricolage » (cf encadré 2) en vue d'adapter au mieux le dispositif aux situations rencontrées. Par exemple, maintenir la PASS dans une filière spécifique reste parmi les quelques alternatives possibles pour maintenir un niveau de financement adéquat. Une autre forme de bricolage rencontrée consiste à privilégier un poste de sage-femme plutôt que de médecin pour répondre aux injonctions budgétaires (faire des économies) et augmenter le temps de consultation (45 minutes au lieu de 30 minutes pour la situation observée).

Par extension, c'est la question des temporalités, notamment de la durée et de la fréquence de la consultation, qui se pose à toutes les équipes PASS. Si elles expriment le besoin de prendre plus de temps pour prendre en charge leurs patientes, c'est qu'elles ont besoin de « temps spécifique ». Quelle position prendre alors si les PASS ne veulent pas créer de filières spécifiques mais ont besoin de temps spécifique ? Comment faire en sorte de travailler sur des créneaux plus longs (30min à 1h30), des consultations « à volumes horaires spécifiques » ?

Les PASS sont des dispositifs suffisamment souples pour être très connectés à d'autres partenaires à l'échelle locale. Mais, de ce fait, les projets de restructuration y sont réguliers. Tous visent à améliorer la PASS afin de bien répondre aux attentes institutionnelles et aux besoins des personnes autour du soin : rendre les parcours de soins plus lisibles, interroger la PASS dans ses collaborations avec les partenaires locaux extérieurs à l'hôpital, notamment autour des « réorientations » organisées par une myriade d'acteurs associatifs.

1.4. La centralité des partenariats locaux pour penser une prise en charge globale

Dispositifs de droit commun, les PASS développent néanmoins des partenariats et collaborations visant à une prise en charge la plus globale possible des femmes, notamment autour des besoins primaires (repas, alimentation, équipement de puériculture, vêtements, communication, notamment autour des langues parlées par les femmes, etc.). Les professionnelles des PASS ont une connaissance pointue et très à jour des ressources locales, ajoutant ainsi un volet à leurs compétences professionnelles à partir de leurs ancrages territoriaux dans les villes où elles exercent. Aussi, grâce au transfert de connaissances extra-professionnelles stricto-sensu, les PASS se présentent comme des dispositifs étroitement liées aux associations de solidarité locales, comme nous l'indique une assistante sociale :

> *« Le Secours populaire est en train de se restructurer et il voudrait imaginer une permanence de soin, de prévention et d'orientation pour le soin, ce que je trouve pas mal. Après, la question d'une PASS, pour moi, c'est vraiment d'aller vers un public qui est loin du soin et des droits. Ce n'est pas d'aller à un endroit où le public a déjà sa couverture et est sensibilisé. A voir si, au sein de cette permanence qu'ils vont créer au Secours populaire, ça pourrait amener un public qu'on ne touche pas. Ça pourrait être intéressant. C'est ça qu'il faut réfléchir.* » (assistante sociale – PASS).

L'entretien avec l'association Resto-Bébé Strasbourg (qui est liée aux Resto du Cœur) montre également une mobilisation « ascendante » organisée depuis les actions des associations locales (ici autour de l'équipement de naissance pour les familles sans ressources) à destination de la PASS et ses partenaires institutionnels :

Intervenante 1 : « Au niveau du colis de naissance, au 8e mois, on leur donne un colis de naissance avec des vêtements, des couches, des produits d'hygiène, pour aider à l'arrivée du bébé. Et on les inscrit une fois que le bébé est là. On les voit quand elles ont déjà un enfant qui est chez nous. Quand elles viennent, on a quelques vêtements pour femmes enceintes, mais pas beaucoup. Nous, c'est les bébés.

Avez-vous un système de partenariat officiel ou c'est juste une interconnaissance ? Est-ce qu'il y a des conventions qui lient les Restos du Cœur à la Boussole ?

I1 : Non, il n'y a pas de convention.

I2 : C'est de l'interconnaissance.

I1 : Régulièrement, on a des réunions de travail avec toutes les assistantes sociales du secteur, de tous les organismes. On fait le point. Toutes les assistantes sociales de quartier, de la Boussole, de l'État… Elles nous font des lettres d'orientation.

I2 : Femmes de parole, Médecins du monde, la Croix rouge, la Pada.

I1 : La Pada, c'est notre premier fournisseur.

I2 : Médecins du monde, on n'en a pas eu beaucoup. On est sur les plaquettes de la Ville : où se loger, où manger, où nettoyer ses vêtements à Strasbourg. Les Restos du Cœur y sont.

Sur un autre registre, nous avons pu constater que la PASS de Rennes coopère avec une association de FLE (français langues étrangères) autour d'ateliers socio-linguistiques pour les femmes non-francophones autour des « Mots de la grossesse », non seulement sa prise en charge médicale mais aussi sociale (cf encadré 3). Ce dispositif ne se substitue pas aux séances de préparation à la naissance auxquelles elles ont droit par ailleurs, mais qu'elles investissent peu.

Encadré 3 : Les ASL

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

Pour autant, des passerelles essentielles restent encore à créer ou à renforcer, autour du travail conjoint entre les professionnelles de la santé et du social. Les assistantes sociales des PASS mentionnent par exemple la création de temps dédiés à l'information sur les droits des patients précaires à destination des professionnels de santé et du social des partenaires de la PASS :

> *« L'idée, ça serait aussi d'avoir du temps d'AS. On a une grosse demande d'information sur les droits pour tous les patients, qui nous vient des partenaires extérieurs. Donc, l'idée, ça serait d'avoir un temps qui permettrait de donner des informations, de recevoir les demandes, d'évaluer, etc. »* (assistante sociale –PASS).

Les PASS que nous avons observées se présentent comme des dispositifs de première ligne qui s'inscrivent concrètement dans les avancées et nouveautés portées dans le secteur de la santé, à l'hôpital et dans le lien ville-hôpital. Elles sont notamment très connectées aux maisons de santé pluridisciplinaires qui se mettent en place sur le territoire :

> *« L'idée, c'était de réfléchir sur le lien qu'on pouvait faire avec les maisons de santé. Les maisons de santé accueillent pas mal de publics, ou nous les orientent. Comment on pourrait travailler davantage en partenariat. A l'époque, je pensais qu'on aurait pu délocaliser un temps d'AS qui puisse aller donner un coup de main. Ça ne s'est pas fait encore »* (assistante sociale –PASS).

Elles sont investies pour permettre l'intégration de personnes-ressources pour penser le lien ville-hôpital, surtout dans les équipes transversales, pour tous les domaines d'activité (par exemple, on a pu observer des équipes s'interroger sur la pertinence de faire appel aux sages-femmes libérales comme personnes-ressources, ou au dispositif du PRADO[8] pour les femmes relevant des PASS ?).

Enfin, la PASS est un haut-lieu d'observation des impacts des politiques migratoires sur l'accès aux soins des étrangers. C'est un peu ce qui est rappelé par cette assistante sociale lors d'un entretien :

> *« Tout ça m'a amenée à essayer de découvrir quelles problématiques étaient derrière, et notamment à me former en droit des étrangers. C'est fondamental ici pour pouvoir orienter, comprendre. Les spécialisations se font de plus en plus dans nos métiers. Le droit devient de plus en plus pointu. Le droit de la sécu afférant au droit des étrangers, c'est de plus en plus compliqué. Tout se complexifie, il faut qu'on arrive à suivre et à se former. Pour les personnes, c'est de plus en plus difficile aussi de comprendre ce qui se passe, de savoir quels justificatifs apporter. Les procédures sont de plus en plus longues. »* (assistante sociale –PASS).

Les équipes des PASS sont investies dans un dispositif mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes les plus éloignées du soin. Ces personnes sont aiguillées vers les PASS car ils présentent un ou plusieurs facteurs de précarité ; de ce fait, les parcours des femmes et de leurs familles s'avèrent toujours singuliers et forcément hétérogènes, rendant le travail des professionnels de la santé et du social complexe et pointu à la fois.

[8] Programme de retour à domicile, initialement prévu pour des sorties précoces de maternité et en cours de généralisation certains patients en sortie d'hospitalisation.

2. Les trajectoires des femmes : retours sur leurs expériences auprès d'une multiplicité des professionnels

Les recherches sur les grossesses des femmes en situation de migration porte sur une double particularité : elles s'intéressent d'une part à une prise en charge spécifique à un moment précis de la vie (celui de l'entrée dans la maternité) tout en se déroulant, d'autre part, dans un parcours migratoire. Elles traitent d'un évènement de la vie (pour les femmes et leurs familles) et d'un événement biographique (pour les socio-démographes).

Ces grossesses s'inscrivent également dans une pluralité de parcours migratoires qui se conjuguent avec les conditions sociales et économiques auxquelles les femmes sont exposées (cf encadré 4). Dans nos recherches, nous nous focalisons particulièrement sur les femmes migrantes prises en charge dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des CHU de Rennes et Strasbourg, c'est-à-dire que nous suivons une entrée par la précarité administrative (ce qui ne postule pas de la situation économique ou sociale).

Encadré 4 « Femmes migrantes » et « migrations féminines » en situation de grossesse » :

La question des migrations féminines dans les migrations internationales s'est constituée au cours des vingt dernières années et repose sur des travaux tournant notamment autour du travail, montrant l'invisibilité des femmes migrantes dans ce domaine comme le souligne Mirjana Morokvasic (1984, 2003) ou Laurence Roulleau-Berger (2010) qui met en avant la « production d'inégalités multi-situées » (réseau social, sphère économique, normes symboliques) et une multiplication de situations de désaffiliation sociale, de domination et d'imposition économique, d'humiliation institutionnelle, ou de cumul de ces situations. A l'échelle de l'Europe, Marchetti et Salih (2017) développent un argumentaire montrant comment les politiques de l'Union Européenne peuvent être discriminantes envers les femmes et compromettre alors les chances des femmes migrantes dans les pays européens.

La littérature scientifique montre qu'une situation de migration peut participer à une situation de défaveur sociale ou de vulnérabilité. Plusieurs études menées dans les pays du Nord montrent que les populations migrantes asiatiques, nord-africaines, d'Afrique subsaharienne ont un risque de mortalité néonatale plus important (8,2 pour 100 000 contre 7,5 pour les femmes françaises) ainsi qu'un risque de prématurité élevé en comparaison des populations non migrantes (10,7, vs 6,7%) (Saurel-Cubizolles, 2012) et des autres migrants (Gagnon, 2009 ; Gissler, 2009 ; Malin, 2009 ; Racapé, Alexander, De Spiegleaer, 2010). Parmi les femmes immigrées, celles originaires d'Afrique subsaharienne représentent la population la plus à risque. Elles sont globalement plus âgées, avec un plus grand nombre d'enfants, un niveau d'études plus faible et des ressources plus basses, un moins bon suivi prénatal en dépit des pathologies qu'elles présentent (souvent moins de 3 échographies réalisées lors du suivi)[9] (Saurel-Cubizolles *et al*., 2012), un risque plus élevé de césariennes (35% contre 19,9% des Françaises), un risque plus élevé de mortalité, de prématurité et de faible poids de naissance de leurs nouveau-nés (Enquête nationale périnatale de 2010 ; Sauvegrain, 2015).

Par ailleurs, de nombreuses recherches montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité et de faible recours aux soins. Les personnes en situation de précarité cumulent les facteurs de risque et présentent des pathologies à des stades plus avancés que les autres (Micheletti, 2017, p.36). Les risques somatiques et psychiques directs encourus par la mère et son enfant du fait de la grande précarité sont bien documentés : deux tiers des mères et un tiers des enfants sont anémiés, près de huit familles sur dix et deux enfants sur trois souffrent de la faim. Selon l'Observatoire du Samu social de Paris, 29% des mères hébergées par le 115[10] souffrent de dépression, la moitié des enfants manifestent des troubles émotionnels ou du comportement, des troubles de l'attention et de l'hyperactivité ou

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

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

des troubles relationnels (Herschkorn Barnu, 2017). De plus, la naissance d'un enfant induit un changement important qui vulnérabilise la mère particulièrement, notamment en terme de suivi sous-optimal des soins, s'il intervient en contexte de migration (Battaglini et al., 2002b). Ceci est renforcé dans le contexte actuel de violences subies au cours de l'exil vécu par les femmes (Médecins du Monde, 2016, 2017 ; Rapport de L'Observatoire du Samu Social, 2017).

De plus, dans le champ médical, on sait que la précarité, toutes populations confondues, est associée à une augmentation des complications de la grossesse et de la période néonatale voire à un allongement de la durée d'hospitalisation (Gayral-Taminh 2005a). Il existe une situation de fragilité des femmes enceintes en situation de précarité, montrant une corrélation entre précarité et suivi médiocre ou nul des grossesses qui participe à l'augmentation des pathologies périnatales (comme la prématurité, les « petits poids de naissance », le retard de croissance intra-utérin, les infections, les souffrances fœtales aiguës et les risques de conséquences au niveau de la cognition) (Lejeune C, 2008).

Néanmoins, la grossesse peut être un moyen de consulter le corps médical pour des femmes qui ont parfois été longtemps dans une errance médicale. Azria affirme que la « grossesse est l'occasion pour certaines femmes d'entrer en contact avec des acteurs du milieu médico-psycho-social susceptibles de contribuer à améliorer leur niveau de vie ». Néanmoins, il ajoute que « cette période peut aussi majorer l'isolement de certaines femmes et accroître la précarité dans laquelle elles se trouvent » (Azria, 2015).

Durant leurs trajectoires migratoires, les femmes sont également exposées à des violences spécifiques qui se perpétuent lors de leur arrivée en Europe comme un manque de logement adéquat, également source d'insécurité. Un ensemble de conditions exposent ces femmes à des situations de violences et d'insécurité persistantes (Freedman, 2016-a et b). Nous avons montré l'impact des conditions de vie de ces femmes sur le déroulé de leur grossesse (Hoyez and al., 2019-b). Il apparait donc intéressant de voir comment un événement généralement physiologique (la grossesse) est pris en charge et suivi par ces femmes et dans la sphère des soignants et des travailleurs sociaux.

Nous avons souhaité nous appuyer sur les récits de ces femmes, afin d'identifier les processus (choix, contraintes, compétences/connaissances) qui participent à leur accès aux droits de santé, les modalités qui impliquent ou non une adhésion de ces femmes au suivi de soins, les mécanismes qui dans les autres sphères de leur existence (l'hébergement, l'entourage, le réseau social) entravent ou facilitent l'accès aux soins. Si l'on observe le développement de dispositifs spécifiques de soins et de traitement à l'égard de ces femmes (Hoyez and al., 2019-c), il est aussi possible d'aborder à une échelle fine la diversité des situations rencontrées du point de vue de celles-ci (Hoyez and al., 2019-a).

Les huit femmes rencontrées à Rennes ont entre 26 et 42 ans, elles sont nées en République Démocratique du Congo, au Cameroun, en Angola. Cinq femmes parlent français et trois parlent portugais et sont donc allophones. Cinq vivent en couple, trois sont mariées et deux sont en concubinage, trois vivent seules avec leurs enfants, l'une nous précise qu'elle est séparée. Leurs arrivées en France varient de six mois à quelques semaines au moment de leur accouchement. Au moment de l'entretien, cinq femmes ont déjà accouché et trois femmes sont encore enceintes. Une femme est première pare, les autres ont entre deux à quatre enfants dont les âges, hors de celui des nouveaux-nés, varient de 16 ans à 3 ans. Certaines femmes sont en France parfois sans leurs enfants. Aucune d'entre elles ne déclare travailler. Leur niveau d'étude sont variable et vont de la fin du primaire au niveau Master dans leur pays d'origine. Leurs ressources sont principalement allocatives et/ou proviennent de « petits boulots » effectués ponctuellement, par elles ou leurs conjoints. Leurs situations administratives, sont également variables (elles peuvent être détentrices d'un titre de séjour, plus ou moins provisoire[11] ou bien ne pas posséder de titre de titre de séjour, relever d'une procédure relevant des accords de Dublin…).

Les femmes observées à Strasbourg en consultation gynécologique ou sage-femme à la consultation de la PASS Hautepierre (12 femmes sur 15 consultation prévues, 3 ne s'étant pas présentées à leur rendez vous ; certaines sont arrivées en retard) ont entre 17 et 49 ans, et peuvent donc être mineures. La majorité des femmes rencontrées sont étrangères[12]. Elles peuvent être arrivées récemment sur le territoire (mois de 3 semaines) ou bien être en France depuis plusieurs années. Elles peuvent être détentrices d'un titre de séjour pour rapprochement de conjoint, ou bien demandeuses d'asile, ou encore avoir un visa touristique ou aucun titre de séjour. Les motifs de leur venue ne sont pas connus mais certains ont été évoqués durant la consultation. Elles consultent seules ou accompagnées de leur conjoint pour la plupart (les conjoints présents semblent impliqués dans la grossesse), de leur mère (pour une jeune femme française) ou encore d'une belle sœur (pour une femme marocaine). La présence des conjoints, ou belle sœur peut être lié à un besoin d'interprétariat pour la femme allophone, mais dans certains cas il s'agit également d'une présence du conjoint indépendamment de l'interprétariat puisque pour 2 consultations l'interprète est présent ainsi que le conjoint.

Elles relèvent de différentes situations, et pas uniquement de la précarité. Si certaines sont orientées par la Boussole ou bien les urgences gynéco-obstétriques, d'autres

[11] Récépissé de demande d'asile, demandeuses d'asile, titre de séjour pour regroupement familial, visa touristique, visa étudiant.

[12] Les femmes sont d'origine, tchadienne, afghane, syrienne, rom, marocaine, guinéenne, albanaise, russe, mongole.

peuvent arriver par une orientation de la PADA, mais aussi depuis une consultation privée via l'orientation d'un confrère ou d'une consœur, voire de collègues de l'hôpital. Ces orientations sont généralement décidées lorsque la situation de la femme s'avère trop complexe pour une consultation en ville (soit parce que la femme présente une pathologie qui nécessite un diagnostic pointu rapidement[13], soit parce qu'elle doit recourir à un interprète) et requiert un temps de consultation plus long. On constate alors que la PASS représente un service qui non seulement est spécialisé dans la prise en charge des femmes précaires, mais qu'elle est identifiée comme service qui dispose de professionnels dont les connaissances et les compétences sont bien identifiées en dehors des circuits de la précarité.

Les patientes ne venant pas de la Boussole et qui arrivent des urgences de Hautepierre sont désignées, par les professionnelles que nous avons rencontrées, comme les « typiques ». Elles arrivent dans ce service car elles sont « sans papiers », et devront ensuite passer à la PASS de la Boussole, rencontrer l'assistante sociale et faire un dossier pour que la prise en charge médicale ne soit pas facturée à 100%. Dès que ces femmes rentrent dans le droit commun (c'est-à-dire dès que leurs droits à l'AME, la CMU ou CMU-C sont ouverts), elles ne sont théoriquement plus référées à la PASS.

Concernant **les soignants et assistants sociaux rencontrés**, le corpus est exclusivement composé de femmes à Rennes, elles sont assistante sociale, psychologue, sage-femme, infectiologue, intervenantes en association de FLE, coordinatrice de PASS, infirmière, et gynécologue. Elles travaillent dans des structures publiques (hôpital, PASS, PMI,) ou associatives à mission de service public (SAFED, Réseau Louis Guilloux, association de langue et communication), leur ancienneté dans la structure varie de 6 mois a 32 ans. A Strasbourg, le corpus est également majoritairement féminin, mais pas exclusivement. Il se compose de travailleurs sociaux (a ssistants sociaux) et bénévoles d'associations, et de médecins cadres, gynécologue obstétricienne, sages-femmes, infirmières et secrétaires. Ces professionnels travaillent en association ou bien au sein des PASS de la Boussole et de Hautepierre.

2.1. Diversité des parcours migratoires et singularité des expériences

Les raisons du départ du pays d'origine des femmes rencontrées ont fait l'objet des échanges lors des entretiens, dans la mesure où elles se présentent comme une épreuve ou une expérience fondatrice et un événement sur lequel s'appuyer pour parler de soi. Parmi ces femmes, toutes ont accepté de relater le départ de leur pays d'origine, et leurs motivations s'avèrent diverses. Certaines viennent en France pour

[13] Lors de nos observations, se sont présentées des femmes pour une confirmation de fausse couche, une consultation pour la prise en charge d'une endométriose grave, de pose d'un DIU, de demande d'une chirurgie contraceptive ou de reconstruction vulvaire.

des raisons économiques, pour des raisons politiques, pour des raisons médicales (crainte de subir une nouvelle césarienne, demande de reconstruction postpartum), ou pour envisager une meilleure prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. D'autres souhaitent améliorer leurs conditions de vie, celles de leurs enfants, ou rendre visite à leur compagnon qui vit en France, ou, inversement, fuir un conjoint nocif. Certaines n'ont pas quitté leur pays par choix, cela a été imposé par leurs proches, souvent pour fuir des violences, comme l'excision.

Au vu des raisons de départ si différentes les unes des autres, les statuts migratoires vont être tout autant divers, car ils préjugent étroitement de la « légitimité » à être sur le territoire français. Les femmes sans statut administratif établi, souvent désignées comme « sans-papiers » (les « typiques » de la PASS, comme évoqué plus haut) auront des difficultés à entrer dans le soin ; tandis que les femmes venant en France avec un visa pourront théoriquement se soigner, tout comme les demandeuses d'asile, mais rencontreront des obstacles dans l'accès aux soins du fait de la précarité de leurs conditions de vie (sans logement par exemple) et pourront également relever d'un suivi PASS.

Si l'ensemble des femmes rencontrées présentait un bon état de santé physique au moment de l'entretien, certaines ont évoqué les violences qui ont émaillé leur parcours migratoire. C'est notamment le cas d'Esther, Camerounaise de 28 ans, qui a fait part des violences dont elle a été témoin en Lybie et du calvaire de sa traversée de la Méditerranée de cette façon :

> « […] je ne suis pas venue parce que bon, je me suis levée un matin, payé l'avion. Non! Je suis en migration. Je suis passée par la Lybie pour arriver ici avec tout ce que qui se passe. Je ne sais pas si vous voyez les infos sur la Lybie avec tout ce qu'il se passe, oui. Les guerres, et tout et tout. Les viols, tout ça là, les détournements, les prisons. Dieu m'a aidée, je suis arrivée ici. »
>
> (Esther, camerounaise, 28 ans, enceinte, mère de deux enfants restés au pays)

Elle souligne que son parcours migratoire est issu d'un projet mûri dans son pays d'origine qui s'est étiré sur des temporalités et des spatialités longues. Suite à l'épisode libyen chaotique et violent, elle se retrouve en France face à de nouvelles problématiques qu'elle doit affronter avec l'aide de ses amis et/ou compatriotes mais sans le soutien du père de son enfant. Cette nouvelle situation semble éloigner le traumatisme subi en Lybie. Elle se trouve par ailleurs face à un sentiment de culpabilité puisque deux autres enfants sont restées au Cameroun, dans un climat d'insécurité (Schen, 2005). Elle s'inquiète également pour son père, âgé, et se préoccupe des procédures qu'elle devrait gérer s'il venait à décéder alors qu'elle est en France.

L'immigration est vécue, chez la majorité des femmes rencontrées, comme un « déchirement » qui se répercute sur deux volets de l'expérience : d'une part est mentionnée la coupure avec leur pays et leurs « racines culturelles », et d'autre part

est évoquée la rupture avec leurs proches qu'elles ne revoient que très rarement une fois arrivées en France. Dayana, Congolaise de 42 ans, se souvient de la difficulté qu'elle a eu à tout quitter pour suivre son mari en Europe, et à « *laisser [sa] vie* » (encadré 5).

Encadré 5 : Trajectoire de Dayana, femme congolaise de 42 ans, sans emploi, de confession protestante.

Elle a fait des études en biologie et en sciences physiques en RDC, jusqu'en licence, puis a travaillé dans une société de communication. Elle a ensuite entreprit des études de droits, qui ne lui ont pas ouvert de débouchés. Elle a alors étudié le journalisme puis elle a trouvé un travail dans la communication, où elle a travaillé 12 ans.

« *Jusqu'à ce que je rencontre mon mari, et le rêve s'est terminé là. Et ce n'était pas facile. En fait ce n'est pas facile, quand vous laissez votre vie, vous venez dans un pays comme l'Espagne* »

Son conjoint fait ses études à Cuba puis part en Espagne, il quitte l'Espagne en 2008 pour fuir la crise, il passe cinq ans au Congo, où il rencontre Dayana. Il décide alors de rester au Congo, puis le couple retourne en Espagne mais ne supportant plus (surtout elle) le pays, ils viennent s'installer en France. Dayana participe fortement au choix de partir et du pays.

Mère de quatre enfants (6, 5, 3 ans et 2 mois), elle a accouché deux mois après son arrivée en France. Ses deux premiers enfants sont nés au Congo (RDC) par voie basse, le 3ème en Espagne est né par césarienne et le 4ème en France par voie basse.

Elle vient d'une zone de conflit et ne possède pas d'acte de naissance, ni d'extrait de casier judiciaire. Elle a passé trois ans en Espagne sans autorisation de séjour. Elle n'a donc pas de preuve de ce séjour à l'exception de l'acte de naissance de son enfant qui certifie qu'elle était en Espagne.

Si elle dit n'avoir jamais travaillé en Espagne, elle a en réalité effectué des gardes d'enfants pour une voisine et donné des cours de français à cet enfant. Cet arrangement s'est arrêté quand son employeuse a été elle-même licenciée. Ce travail non déclaré n'est pas entendu par Dayana comme tel. Elle déclare ne pas travailler, bien qu'elle le souhaite, notamment pour rembourser les aides dont elle a bénéficié.

Elle tient une place importante dans les décisions de la famille, la dynamique familiale, autour des démarches administratives (préfectorales, de santé). En France leur demande de CMU (Couverture Maladie Universelle) n'a pas encore abouti.

En arrivant en France, le couple se retrouve en sous location chez des amis (originaires du Congo Brazzaville) pendant 1 mois (500 euros par mois). Dayana garde les enfants des hébergeurs, en échange de 2 chambres. Puis une dispute à propos de cet arrangement les force à quitter cet hébergement et à se tourner vers le 115 et le secours populaire.

Cette trajectoire montre les différents éléments du contexte conjoncturel qui participe à précariser les familles et à dé-idéaliser le vécu en Europe, voire en France. L'intérêt de cette trajectoire est aussi de voir l'investissement important de la femme dans le fonctionnement familial, très au courant de la situation financière, mais dans l'impossibilité de travailler au regard du contexte structurel de politiques qui l'empêchent de se former ou de travailler. Le travail domestique et administratif (gestions des ressources sociales) que ces femmes effectuent, n'est d'ailleurs pas reconnu et invisibilisé, par les femmes y compris.

Par ailleurs, un faisceau d'arguments participe au départ d'Espagne de Dayana, révélant les effets de composition et recomposition des trajectoires migratoires :

- ✓ La crise économique implique le licenciement de son mari, qui fait des petits boulots de temps en temps en Espagne. Il perd la maison qu'il avait achetée avant de la rencontrer et les aides sociales pour leurs enfants leur sont coupées, pendant 2 mois (ce qui est l'une des raisons qui les a décidés à quitter l'Espagne) ;
- ✓ Une de ses amies (réseau social) avec qui elle était en lien par téléphone fini par la convaincre de venir à Rennes ;
- ✓ Son mari est congolais mais sa nationalité espagnole lui permettrait de travailler en France, ils pouvaient donc partir ;
- ✓ iv) Sa peur de la césarienne participe à la décider à la dernière minute à venir en France pour accoucher.

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

> « Quand vous avez votre vie déjà au Congo...Même si c'est mal... Mais vous avez un petit boulot et vous vivez. Vous vivez... La vie vous l'acceptez comme ça. Vous laissez tout, un jour vous laissez tout tomber, vous venez en Europe, vous croyez à tout... A l'Europe, comme l'Espagne. Vous ne travaillez pas, vous n'avez pas de maison. Vous n'avez pas ceci, vous n'avez pas cela. Ça aussi ça choque ».
>
> (Dayana, 42 ans, congolaise, mariée et mère de 4 enfants)

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

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

notamment en lien avec leurs pays d'origine (faire venir un proche, les enfants restés au pays, inversement retourner dans son pays d'origine).

2.2. La prise en charge médico-sociale de la grossesse et de l'accouchement

2.2.1. Points de satisfaction et points aveugles autour de la prise en charge médicale

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

> « Avec les médecins […] je pensais que je pouvais être victime de... je ne sais pas... de racisme, avec une Angolaise qui n'a aucune... qui est sans papiers... (rires) demandeuse d'asile... Je crois qu'à l'hôpital ils connaissaient ma situation, que j'étais une personne qui était hébergée par le 115, sans famille, sans rien. Mais ça ça n'a pas... impacté la relation. Non, bien au contraire. Il y avait cet amour, cette attention, cette affection de la part des soignants. Ils me servaient... Des fois j'avais des difficultés à manger la nourriture d'ici, parce que... Ils faisaient ce que je voulais, ils me donnaient de la nourriture que je pouvais manger! C'était super ! (rires) C'était super » (Ketura, angolaise, 30 ans, mariée, troisième pare)

Parmi les femmes qui avaient déjà accouché dans leur pays d'origine, toutes ont réalisé une comparaison des suivis de grossesse et de l'accouchement entre la France et leur pays d'origine. Ces échanges permettent de s'affranchir des rapports binaires à la prise en charge (positif/négatif) et d'aller explorer les différences de vécu et les contacts avec différents systèmes de santé de la part de ces femmes multipares. De plus, les différences sont parfois très marquées et peuvent expliquer en partie la satisfaction de la prise en charge en France. Lorena, 39 ans, a déjà accouché en Angola. Elle restitue ainsi sa prise en charge en Angola et la compare avec celle qu'elle a eue en France :

« Alors dans le service public de santé, nos hôpitaux sont très mauvais en termes de personnel... C'est trop de patients pour trop peu de personnel. […] Le personnel médical a aussi beaucoup de difficultés et alors ils doivent toujours travailler à l'hôpital public, à l'hôpital privé, ils ont une vie très chargée et la prestation de services finit par ne pas être bonne. Les hôpitaux manquent de tout, les équipements, les médicaments, le personnel, l'hygiène, il y a beaucoup beaucoup de difficultés dans ce sens. Dans le réseau de santé privé, le service est meilleur ; c'est payant, c'est meilleur, en même temps même comme ça il y a souvent un manque de médicaments aussi, il y a aussi un manque de personnel, alors la prestation de services ici est exceptionnelle. Elle est vraiment meilleure, ça passe de 1000 à 10 en comparaison (rires). Maintenant que j'ai eu l'opportunité de comparer... Ici la prestation de services est très bonne. Ce qui m'a sauté le plus aux yeux ici, ce qui m'a semblé, il y a beaucoup de personnes pour s'occuper de chaque patient, quand j'ai été hospitalisée, tu as le médecin, la sage-femme, tu as l'infirmière qui s'occupe de tout, et alors ça apporte beaucoup de confort et ça nous donne l'impression que l'on a une assistance médicale complète. Oui, ce n'est pas possible de ressentir le manque de médicaments par exemple, tu as les médicaments, le personnel, tu as l'assistance... Tu as toujours quelqu'un de présent, en Angola par exemple, une salle d'accouchement dans un hôpital public, c'est une salle, un lit. Vous voyez un lit d'hôpital? [...] Dans une salle d'accouchement, tu peux trouver, pour le repos ou l'attente de l'accouchement, 2 ou 3 personnes là-bas qui utilisent le même lit... Quand j'ai eu ma fille, j'ai dû initialement partager le lit avec une autre dame, donc quand je suis entrée dans la salle d'accouchement la dame était déjà là à se reposer avec des douleurs, à attendre le moment, j'étais là. J'avais... Donc moi j'ai déversé beaucoup de liquide, j'avais des œdèmes, la poche a éclaté, alors avant c'est comme ça qu'a commencé le travail de l'accouchement. Je me souviens que je déversais beaucoup de liquide là-bas dans le lit, mais il y avait la dame à côté de moi (rires) ce qui n'est absolument pas hygiénique ni confortable. Après elle a réussi à se retirer. Mais c'est à cause de la demande, c'est beaucoup de monde dans la salle d'accouchement, il n'y a pas de place [...]. Il n'y a pas de personnel, c'est très mauvais, c'est très mauvais. Et les femmes doivent se plier à ça » (Lorena, 39 ans, en couple, deuxième pare)

Plusieurs femmes rencontrées ont exprimé ainsi une grande satisfaction vis-à-vis du suivi et de la prise en charge dont elles ont fait l'objet. Si cet engouement réside dans la comparaison avec les expériences précédentes dans d'autres pays, il se rapporte aussi à la comparaison les conditions de vie dont le logement, la sécurité ou encore l'accès à l'emploi entre les deux pays :

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

(Lorena, 39 ans, en couple, deuxième pare)

En comparant ainsi les deux pays, que ce soit leur fonctionnement de manière générale ou les prises en charge médicales, les femmes expriment facilement la satisfaction de leur suivi en France, qui sont à replacer dans les différentiels d'états de santé, en particulier sur la question de la santé de la mère et de l'enfant, existant dans leurs pays d'origine (cf tableau 1).

Tableau 1 : comparaison des mortalités maternelles et infantiles entre la France et différents pays d'origine

Pays	Mortalité infantile 2017 (décès sur 1000 naissances normales)	Mortalité maternelle 2015 (décès pour 100.000 femmes)
France	3	8
RDC	68	693
Angola	68	477
Mali	70	587
Tchad	85	856

Sources : IndexMundi

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

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

Une des femmes rencontrées, Dayana, 42 ans, est passée par l'Espagne où elle a subi une césarienne pour son accouchement précédent, ce qu'elle a particulièrement mal vécu. A l'approche du terme de la grossesse pour laquelle nous la rencontrons, la potentialité d'une seconde césarienne couplée à des conditions socio-économiques délétères pour la famille les poussent à quitter l'Espagne pour la France sur les conseils d'une amie :

> *« Elles [les Espagnoles] préfèrent la césarienne. Et pour nous la césarienne, c'est quelque chose de... c'est pas quelque chose que l'on accepte comme ça. L'Africaine n'accepte pas la césarienne comme ça. Parce que pour nous c'est comme... c'est vraiment très […] C'est la peur! Avec tout ce qu'il se passe au Congo, les gens ont peur de la césarienne et donc pour moi je me disais... Comment les gens peuvent aimer ça? Et quand ma copine m'a envoyé le lien... le lien là que l'Espagne que c'est le pays de l'Union Européenne qui est vraiment évolué aussi en médecine, mais y'a trop de césariennes et... les gens critiquent l'Espagne qu'il y a trop de césariennes... Vous voulez la césarienne? Allez-y en Espagne! ».*
>
> (Dayana, 42 ans, congolaise, mariée et mère de 4 enfants)

Les délais d'attente pour les rendez-vous sont parfois longs et peuvent induire un sentiment de crainte, comme cela a été le cas pour Dayana :

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

Dans ces situations de doute où les femmes sont livrées à elles-mêmes et qui les font craindre un accouchement prématuré comme dans cet exemple, on ressent toute la vulnérabilité qu'elles ont incorporée en tant que migrante et femme enceinte et pour laquelle peu de soutien existe dans la sphère quotidienne lorsqu'on est peu dotée en connaissances administratives et sur le fonctionnement des structures, alors même que Dayana est une femme fortement dotée en capital culturel (au sens de Bourdieu).

Mais ces délais d'attente peuvent être négociés dans le cas où par exemple le statut administratif des femmes n'est pas problématique, ou bien que les femmes ont une connaissance suffisante des démarches institutionnelles (connaissance du système de soins et/ou administratif) qu'elles peuvent engager, comme c'est le cas de cette femme tchadienne de 39 ans rencontrée durant une observation de consultation et qui a déjà vécu en France (encadré 6) :

Encadré 6 : Extrait observation de consultation PASS de Strasbourg, février 2019

La femme se présente, elle a déjà vécu en France. Ses enfants sont nés en France. Elle vient d'être orientée de façon inopinée par la sage-femme PASS qui l'a reçu en consultation, mais qui ne peut pas l'examiner pour la raison médicale invoquée. Elle a pris un RDV avec la sage-femme via sa sœur, qui vit en France (et qui était sans papiers à l'arrivée, raison pour laquelle elle connaît la sage-femme de la PASS).

Elle a eu 6 accouchements, de gros bébés (minimum 3,9 kilos).Vient ici pour un examen avec l'idée d'une opération. Elle a fait une visite au CMCO en juin. Prescription de kiné. Elle a fait ses séances. Mais dit que la gène est revenue. Elle dit qu'elle restera en France si besoin d'une opération. Elle est OK sur le plan de la sécurité sociale et paye le tiers-payant. Elle fait des AR du Tchad avec son mari. S'il faut faire des séances de kiné, elle peut rester. Mais son mari veut rentrer. Si besoin d'une opération, elle restera plus longtemps.

Par ailleurs, elle évoque un problème d'inconfort lié à sa contraception. Elle refuse, dans l'immédiat, les propositions de changement de contraception (peut-être une prochaine fois).

L'examen gynéco a lieu. La médecin diagnostic un état induisant que les séances de kiné devraient suffire.

La femme dit qu'au Tchad on lui a proposé une hystérectomie. Pendant l'examen, la médecin fait également un examen du col de l'utérus (frottis de dépistage).

La médecin : « *bah non, pas la peine, on est loin de ce stade* ».

La femme : « *je connais une kiné* ».

La médecin : « *c'est bien de la recontacter* ».

La femme : « *elle vient à domicile. Vous avez un conseil ? Vous connaissez la kiné qui se fait dans l'eau ? Vous en pensez quoi ?* »

La médecin ne connaît pas. Elle dit qu'ils ont un listing mais que si elle en connaît une c'est bien de continuer avec elle. La médecin propose de se revoir dans 2 mois pour voir l'évolution. « *Vous faites les 10 séances en 2 mois, puis on se revoit* ».

La femme : « *2 mois c'est trop long* ». Elle demande un rendez vous dans deux semaines.

La médecin : « *ah non c'est trop tôt* ».

La femme dit qu'elle repart dans trois semaines pour le Tchad.

La médecin propose un RDV dans deux semaines, tout en réitérant que « c'est trop tôt ».

La femme donne son nouveau numéro de téléphone.

Débriefing médecin-chercheuse : Cette femme arrive via sa sœur, elle a un visa. La médecin précise que ce type de réorientation inopinée est possible cet après-midi particulièrement car elle n'a pas de « consultation PASS » (no-show). La médecin n'a posé aucune question sociale. Il semble qu'elle « devine » sa situation, qu'elle survole une idée du parcours de cette femme et de pourquoi elle est là. Elle s'exécute dans son travail. Elle n'investira pas plus que cela cette consultation.

2.2.2. Une prise en charge sociale en nuances : entre satisfaction et incertitudes

Les femmes rencontrées font toutes l'objet d'un suivi par l'assistante sociale de la cellule de coordination de la PASS. Toutes ont fait part de la bienveillance et l'empathie des professionnels de l'accompagnement social à leur égard.

Parmi elles, celles pour qui des solutions telles que des aides financières et un accès aux droits de santé ont été trouvées ont particulièrement exprimé leur gratitude vis-à-vis des assistantes sociales. La résolution d'une petite partie des situations sociales problématiques pendant la grossesse fait l'effet de « petites victoires » qui agit directement sur le bien-être des femmes.

Néanmoins, il faut se pencher sur les temporalités de cette aide considérée comme salutaire pendant le suivi de grossesse, car, dans la majorité des situations des femmes rencontrées, il y a une rupture dans le suivi une fois que l'accouchement a eu lieu. Le suivi par la sage-femme s'arrête de fait, mais, plus difficile pour les femmes, le suivi par l'assistante sociale de la PASS s'arrête également après l'accouchement. Cette finitude induit une rupture avec la prise en charge hospitalière vers l'extra-hospitalier et/ou libérale censés être en première ligne dans les suivis post-partum de la mère et de l'enfant. Ainsi, une femme a fait part de la difficulté qu'elle a eu à trouver un médecin traitant. Plusieurs femmes ont exprimé ne plus savoir à qui s'adresser pour continuer ce suivi social. La non connaissance du réseau extrahospitalier et la non compréhension de la continuité de la prise en charge par la PASS soulève l'hypothèse d'un défaut de coordination de la prise en charge du post-partum par le droit commun (ce qui interroge le rôle de relais de la PMI). C'est le cas de Ketura, qui dit qu'elle n'avait pas compris que la prise en charge avec l'assistante sociale de la PASS s'arrêtait suite à l'accouchement :

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

Cet exemple questionne la place d'un suivi social lié à un état de santé physiologique (la grossesse) face à un suivi de droit en tant que demandeuse d'asile, qui, à ce titre, devrait aussi être hébergée (ce qu'elle n'est pas). Ceci illustre aussi, pour la PASS, la difficulté de faire face à la multiplicité des parcours d'une même personne dans le champ médical, social, administratif, emploi, hébergement, scolarisation… La PASS apparaît comme une fenêtre sur des dysfonctionnements qui ne se situent pas uniquement dans le médical mais aussi dans la sphère sociale voire dans le registre de la crise des politiques d'hospitalité (Akoka, Carlier, de Coussemaker, 2017).

Ces dysfonctionnements participent à la difficulté pour ces femmes d'identifier le bon dispositif au bon moment.

Les femmes que nous avons rencontrées ont pu citer une pluralité de structures dans lesquelles elles peuvent potentiellement se rendre pour à différentes ressources en fonction de leur statut (des professionnels de la PMI aux bénévoles des associations de solidarité). Néanmoins, si cette multiplicité des professionnels enquêtée et citée par les femmes montre une densité des ressources en soutien social positive, ce foisonnement semble cacher un problème d'orientation voire un risque de non-recours en raison « brouillage des pistes ».

Par ailleurs, au sein de toutes les incompréhensions ou incertitudes des démarches à effectuer par ces femmes, quant à l'accès aux droits ou au déroulement des différentes procédures (d'asile, de logement, …), s'exprime le sentiment d'un suivi de soins vécu positivement et une confiance envers les professionnels qui les entourent. De plus, quelques femmes rencontrées ont des difficultés d'ordre médical qui compliquent la prise en charge de la grossesse. Une des femmes rencontrées faisait par exemple part de ses antécédents médicaux et obstétricaux qui ont été une difficulté supplémentaire pour elle, mais que les équipes médicales ont su prendre en charge.

2.3. Vécu des difficultés avant/après grossesse

Les difficultés ressenties et vécues par les femmes sont multiples. En effet, elles peuvent cumuler des difficultés à la fois sociales (isolement), de logement, administratives ou de langue. Ces difficultés et leurs effets cumulés sont repérés et évalués au moment du suivi de grossesse, mais pourront s'étendre dans le temps, après l'accouchement.

2.3.1. Réseau social

Le réseau social des femmes se joue dans différentes espaces et temporalités : ici et maintenant, avec le réseau de sociabilité tissé en France, et là-bas et avant (ou dans le futur) avec les proches dispersés (notamment ceux qui s'occupent des enfants restés au pays, le cas échéant, voir encadré 7). De plus, certaines sont isolées socialement, avec une famille non présente sur place et un père souvent absent ou peu soutenant.

Encadré 7 : Les enfants et le lien au pays d'origine

Les difficultés s'accumulent pour les femmes qui ont des enfants qu'elles ont dû laisser dans leur pays d'origine pour des raisons de sécurité. Cet obstacle, lié en partie au parcours migratoire, fait qu'elles doivent subir les effets psychologiques d'une séparation, vécue comme un déchirement et qui nourrit un sentiment de culpabilité. C'est le cas d'Esther qui a été obligée de laisser deux enfants au pays : *« Parce que quand tu laisses tes enfants à cet âge-là, tu arrives à ... Elles ne comprennent rien, mais elles savent seulement que Maman doit partir. Tu vois ce n'est pas facile… [...] Oui je leur ai dit. Mais ce n'est pas facile, ce n'est pas facile. Parfois on a le coup de cafard et tout... (*soupirs*) Tu te demandes "Est-ce qu'elles ont mangé aujourd'hui?"... [...] Mais on fait avec. Je n'ai pas le choix (*pleurs*) »* (Esther, 28 ans, camerounaise, enceinte et mère de jumelles de 13 ans).

Malgré toutes les difficultés rencontrées par les femmes, elles restent motivées à rester sur place pour donner un meilleur avenir à leurs enfants. Tout comme Divine, épuisée de sa situation, qui accepte de rester pour l'avenir de ses enfants : *« [..] je suis fatiguée. Si je n'avais pas des enfants, j'allais retourner. Si je n'avais pas des enfants... j'allais demander de l'aide pour repartir. Du coup j'ai des enfants, les enfants il faut qu'ils grandissent ici en France. Ici y'a de meilleures écoles, ici... les enfants sont bien par rapport à chez nous en Afrique. Là-bas c'est dur, c'est difficile, y'a des enfants qui souffrent. Même pour aller à l'école, du coup. Si j'accepte de rester, c'est pour mes enfants... »* (Divine, 26 ans, congolaise de RDC, en couple, mère de deux enfants).

Ces femmes se retrouvent dans des stratégies d'une perspective ascendante pour leur enfants (un pays plus sûr, un système de soins permettant de prendre correctement en charge leur états de santé, un système éducatif fonctionnel) ce qui les pousse à affronter des difficultés intenses pour elles-mêmes. Beaucoup de femmes ont fait part des traumatismes qu'elles ont subit à la fois dans leur pays d'origine, lors du parcours migratoire mais aussi une fois arrivées en France, et c'est alors la question de la résilience qui entre en jeu, comme le résume Dayana qui conclut un entretien par ces propos : *« Quand tu es dans ce rythme-là, surtout pour nous les immigrés c'est compliqué. Imaginez que si je n'étais... Si j'étais une femme renfermée à moi, avec ce qui m'était arrivée chez les amis de mes amis... Et que je n'avais pas cherché de solutions moi-même... […] Si je n'étais pas forte, je ne me suis pas levée pour aller chercher... à rencontrer [nom de l'assistante sociale] avant, avant, avant. Imaginez que ces choses-là arrivaient pendant que j'étais encore dans les rues de Rennes, vous voyez? Ça allait mal se passer... Une femme enceinte, âgée, traumatisée! Et heureusement que j'ai cherché la solution et la solution est venue jusqu'à moi »* (Dayana, 42 ans, congolaise, mariée et mère de 4 enfants).

Les compatriotes jouent un rôle à double tranchant dans la socialisation des femmes enceintes que nous avons rencontrées : ils peuvent être considérés comme ayant un rôle important de soutien ou parfois au contraire comme peu soutenants, mettant une pression supplémentaire sur ces femmes qui subissent par ailleurs des difficultés multiples. Les situations de logement en cohabitation sont particulièrement difficiles.

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

> *« On s'est croisées comme ça, on s'est croisées comme ça. C'était... c'était tout près du supermarché comme ça. Comme elle vendait des choses, j'ai demandé un peu quelque chose. Et puis, comme elle m'a demandé si je viens de quel pays, elle m'a dit ''Ah, on parle comme ça, tu me fais souffrir en parlant en français''... Moi aussi je suis comme ça, et puis je lui ai expliqué. Et elle m'a dit : Je vais t'aider. Je vais t'accompagner... »*
>
> (Tina, congolaise de RDC, 27 ans, enceinte de son quatrième enfant)

Les compatriotes peuvent être un soutien pour les femmes rencontrées, à la fois sur place en France, mais aussi lors du parcours migratoire. Ils donnent des conseils sur les lieux ressources pour avoir plus de chance d'obtenir un logement par exemple. Une fois sur place, ils les aident à comprendre le fonctionnement du système français et à réaliser les différentes démarches. Il n'est pas rare que les compatriotes accompagnent les femmes lors des différents rendez-vous. Certaines femmes disent que les compatriotes sont une forme de relais à une famille non présente sur place, et sont parfois un soutien pour l'hébergement ou l'accueil pour la préparation des repas par exemple, pour celles ne pouvant pas cuisiner dans leur chambre. Une des femmes rencontrées explique qu'une compatriote a gardé ses enfants lorsqu'elle a dû être hospitalisée. Pour les femmes allophones, les proches, conjoints, compatriotes sont parfois une aide pour la traduction lors des différents rendez-vous comme l'illustre l'encadré 9 même si les modalités de la traduction peuvent être discutées par les femmes, notamment quand l'interprète se trouve être un proche, comme ici le conjoint, qui ne traduit pas l'ensemble de la consultation et se retrouve assigné à un rôle non habituel pour lui (traduire les échanges et propos de sa femme et de la sage-femme durant une consultation gynécologique). Bien que le conjoint ne souhaite pas assister à l'examen, sa compagne le presse pour qu'il soit présent, il se retrouve à traduire une consultation à laquelle il ne souhaitait pas forcement assister. Lors d'un entretien, Lorena, Angolaise, dit qu'elle préfère être accompagnée de son amie qui parle français pour ces différents rendez-vous :

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

(Lorena, 39 ans angolaise, mariée et séparée, mère de deux enfants : 4 ans et 1 semaine)

2.3.2. Logement

Les difficultés relatives au logement s'expriment à travers le caractère instable du logement et la caractère inadapté des lieux de vie temporairement proposés, entraînant le surgissement d'angoisses au quotidien. La précarité, la promiscuité et l'insalubrité sont souvent mentionnées par ces femmes. Les femmes que nous avons rencontrées ne savent pas où elles vont être logées dans les prochaines semaines, voire au jour le jour. Pour les femmes hébergées par le 115, les changements réguliers d'hôtels, avec parfois des changements de ville, par conséquent dans des logements éloignés, peuvent compliquer les déplacements pour des rendez-vous ainsi que l'accessibilité aux structures situées à Rennes.

Une des femmes nous a proposé de réaliser l'entretien dans sa chambre d'hôtel, ce qui nous a permis de constater ses conditions d'hébergement. Divine, 26 ans, vit dans une chambre d'hôtel avec son compagnon et ses deux enfants âgés de 3 ans et 2 mois. Le logement est peu adapté pour une famille. Elle nous fait part lors de l'entretien de son indignation et de sa colère d'être hébergée dans ces conditions :

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

(Divine, 26 ans, congolaise de RDC, en couple, mère de deux enfants)

Une des femmes rencontrées fait part de l'absence d'eau chaude dans son logement. Pour les femmes hébergées dans les hôtels proposés par le 115, il n'est pas possible

de cuisiner, ce qui complique la possibilité de se nourrir convenablement. De plus, les conditions de logement sont peu reposantes pour les femmes enceintes avec, pour certaines vivant dans des hébergements d'urgence, une obligation de quitter la chambre pour la journée.

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

> *« Elle avait déjà des infections au début... Au début elle a eu des infections. On m'a donné un antibiotique pour mettre dans la bouche. […] Et moi-même pendant la grossesse, j'ai eu aussi des infections... voilà. Un nouveau-né... des infections... mais des fois je fais une semaine je ne la lave pas, ça me met en colère. Je ne vais pas la laver là. Il faut d'abord nettoyer, faire de la javel... ».*
>
> (Divine, 26 ans, congolaise de RDC, en couple, mère de deux enfants)

Néanmoins, malgré les conditions de logement particulièrement difficiles dans ce cas, la grossesse apparaît comme un événement qui va « faciliter » l'accès au logement des femmes. Les femmes enceintes, considérées comme vulnérables, deviennent prioritaires pour l'accès à l'hébergement par le 115. Cependant, la temporalité de ces prises en charge en hébergement d'urgence retentit toujours sur un quotidien fait d'incertitudes : les séjours hôteliers ne durent que quelques nuits au mieux, et c'est au quotidien qu'elles doivent gérer la nuitée suivante.

2.3.3. Difficultés administratives

Les difficultés administratives résident dans l'accès à des titres de séjour, et à la reconnaissance des titres de séjour par d'administration hospitalière des femmes, mais également de leurs conjoints.

Les difficultés administratives se révèlent être les problèmes majeurs des femmes rencontrées. L'accès aux « papiers » conditionne une vie meilleure pour ces femmes, comme pour Esther :

> *« Je t'ai dit mon seul problème, c'est au niveau de mes papiers... Ça veut dire que quand j'accouche que je sois en possession du papier et tout sera... C'est ça mon vrai problème. C'est ça qui est le plus important. »*
>
> (Esther, 28 ans, camerounaise, enceinte et mère de jumelles de 13 ans)

Une femme nous a fait part de ses difficultés à obtenir des papiers du pays d'origine, nécessaires pour réaliser certaines procédures en France. C'est ce qu'illustre cet extrait d'observation :

Encadré 7 : Extrait d'observation de consultation, mars 2019

La médecin présente cette patiente à la chercheuse avant son arrivée, c'est une femme marocaine de 23 ans environ. Elle l'a vue une première fois pour l'orienter vers un psy, car a identifié plusieurs signes de dépression, et la femme exprime un sentiment d'isolement. La médecin, n'a pas trop compris les papiers que cette femme avait à faire, dans la mesure où elle n'avait pas de CMU lors de la dernière consultation alors qu'elle est demandeuse d'asile, ce qui n'est donc pas cohérent. Cette femme arrive en France pour rejoindre son conjoint, d'origine marocaine aussi, qui lui a des papiers.

La médecin appelle l'accueil pour savoir si la patiente est arrivée. Cette dernière a une heure de retard. Elle est accompagnée de son conjoint.

Le premier échange tourne autour de la CMU :

La médecin : « *ah ! vous avez la CMU !* »,

La patiente : « *oui, depuis décembre* »

La médecin : « *mais la dernière fois vous disiez ne pas l'avoir* »

La patiente : « *c'est la secrétaire qui ne pouvait pas faire la mise à jour, mais je l'avais* »

Cet exemple illustre non seulement les difficultés administratives que peuvent rencontrer les patientes, mais également les interrogations pour les soignants autour du statut de leurs patientes. Par ailleurs, peuvent intervenir des problèmes résidant dans des « conflits » entre les types de papiers présentés par les femmes et les logiciels relevant de l'administration de la sécurité sociale ou de l'hôpital, montrant également les difficultés que peuvent rencontrées les secrétaires à l'accueil et qui nous font postuler de relations complexes entre le « guichet » et les patientes.

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

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

(Divine, 26 ans, congolaise de RDC, en couple, mère de deux enfants)

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

Encadré 8 : Lorena, femme angolaise de 39 ans, mère d'une fille de 16 ans et d'un bébé de 1 mois et demi.

Lorena a été enceinte 4 fois, deux de ses grossesses n'ont pas abouti, elle connaît une fausse couche et une mort in-utéro tardive. Sa fille de 16 ans est restée en Angola, au moment nous nous réalisons l'entretien, elle a accouché il y a un mois. Elle est titulaire d'un MBA en économie internationale, elle a travaillé au Ministère des finances en Angola. Elle s'est déplacée avec son conjoint, grâce à des visas touristiques. Elle souhaite finir son Master en finance. Elle et son conjoint sont dans une optique d'aboutissement de leurs études, ni l'un ni l'autre ne souhaitent renoncer à leurs carrières.

Elle voyage entre différents pays et à l'expiration du visa touristique, sa prise en charge s'appuie sur les aides sociales, ce qui participe à différer son accès aux soins en raison d'un statut non stable.

Par ailleurs, son histoire obstétricale à risque implique un suivi en grossesse pathologique tardif et la programmation d'une césarienne. Cet état de santé participe certainement à son choix d'accoucher en France pour accoucher dans des conditions de sécurisation de la naissance qu'elle estime meilleures en France. Son expérience d'un accouchement de son enfant mort in utéro à 32 semaines d'aménorrhées la pousse à souhaiter un service de néonatologie à proximité de son lieu d'accouchement. Sa venue en France s'explique par le fait de venir temporairement retrouver son conjoint et y accoucher mais sa fille restée en Angola pour ses études et son travail sont des éléments qui impliquent qu'elle ne souhaite pas s'installer en France. Sa « vie est en Angola », c'est la raison pour laquelle elle ne souhaite pas réaliser d'autres procédures d'accès aux droits en France, dans la mesure où elle retournera prochainement en Angola, ne renonçant pas à sa vie et sa carrière pour être avec son conjoint (père de l'enfant).

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

La présence en France de manière irrégulière peut provoquer chez certaines femmes la crainte d'être arrêtées et expulsées. Cette crainte peut empêcher certaines femmes d'entrer en contact avec un milieu institutionnel (Bouchaud, 2007) et de se rendre à certains rendez-vous, mais cela n'a pas été constaté en contexte institutionnel médical chez les femmes rencontrées.

Pour certaines femmes dont la grossesse s'est amorcée en France, le fait d'avoir un enfant français est parfois vécu comme une « solution » pour une régularisation plus rapide. Cependant la procédure est extrêmement complexe et relève du « parcours du combattant » (Chappuis *et al.*, 2017) pour ces femmes dans l'accès aux droits. Cette complexité induit parfois un renoncement aux bénéfices des dispositifs concernés et les ruptures de droits sont fréquemment retrouvées chez ce public.

Enfin, lors des entretiens, des femmes ont fait part des difficultés induites par les problèmes administratifs de leur compagnon, comme Divine dont le conjoint éprouve d'importantes difficultés depuis plusieurs années, qui ont des répercussions sur elle et ses enfants :

> *« Il a des problèmes un peu [...] il dort pas. Il crie toute la nuit. Il dit y a des gens qui le suivent [...] il fait des cauchemars. Vu qu'on lui a retiré aussi le titre de séjour... Quand il est stressé, des fois il dit qu'il veut mourir...Mais je lui dis : Tu ne peux pas mourir... On a un enfant... à élever. Je sais que ça va s'arranger, c'est un temps, ça va passer. Moi j'aurai mon titre de séjour, on va être bien. Toi aussi ils vont enlever l'OQTF parce qu'il a demandé l'avocat. Donc je lui parle de temps en temps, je dis que tu ne peux pas faire ça, parce qu'on a un enfant. »*
>
> (Divine, 26 ans, congolaise de RDC, en couple, mère de deux enfants)

Cet exemple illustre comment une situation sociale précaire peut conduire à des états de santé dégradés.

2.3.4. Les difficultés de communication avec les soignants

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

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

Pourtant des difficultés de communication existent et si elles ne donnent pas toujours lieu à une mauvaise image de la consultation par la femme ou le soignant, elles participent à complexifier la consultation :

Encadré 9 : Extrait d'observation de consultation sage-femme, à la PASS Hautepierre, mars 2019

En consultation, un couple afghan arrive. La femme est voilée, porte une robe verte et des baskets compenséss. Lui est en baskets et jean avec une veste en cuir. C'est lui qui donne les papiers (résultats d'examens, fiche de rendez-vous…) du couple à la sage-femme.
La sage-femme prescrit à la patiente, atteinte d'une pathologie chronique récemment diagnostiquée, une échographie qu'elle devra faire au NHC (nouvel hôpital civil). Au prochain rendez-vous il faudra que la patiente revienne avec son échographie et le compte rendu.
En lisant les papiers tendus par l'homme, la sage-femme se rend compte qu'il y a un rendez-vous pour lui et pour son fils dans deux hôpitaux différents au même endroit au même moment. Elle appelle l'hôpital pour essayer de changer ce rendez-vous, car la femme a également rendez-vous au même moment, elle s'occupe aussi de planifier la venue de l'interprète (absent pour la consultation observée).
Elle oriente aussi le couple vers une sage-femme de PMI iranienne qui parle farsi, pour simplifier la compréhension du couple pendant la consultation.
Père : « *oui merci beaucoup, il traduit à sa femme* »
Sage-femme : « *je vous redonne un carton pour le rendez-vous de votre enfant* »
La femme pose une question à son mari
Sf : « *vous avez une question* »
P : « *non elle n'a pas de question* »
Sage-femme : « *ça va mieux madame en bas ?* »
[Le conjoint se retrouve a expliquer les problèmes intimes de sa femme]
Sage-femme: « bon je vais vous réexaminer, je vous avais donné [un traitement]. *Désolée on fait ça avec le mari* [la discussion] *qu'est-ce qu'elle dit* ?
[Discussion autour du problème de santé rencontré par la femme entre la sage-femme le conjoint et la femme]
Examen :
Sage-femme lui tient le drap, elle s'installe, son mari sort (sur accord du mari et de la sage-femme). La sage-femme parle à la femme durant l'examen. La femme ne comprenant pas appelle quelqu'un au téléphone et passe le téléphone à la sage-femme. La communication est coupée. La femme rappelle et parle. A ce moment le conjoint rentre de nouveau dans la salle de consultation en rangeant son téléphone et la sage-femme comprend que la femme avait appelé son mari pour lui dire de revenir car elle ne comprend pas ce que lui dit la sage-femme.
La sage-femme explique donc le traitement et comment l'utiliser au conjoint, et procède à l'échographie.
La femme gronde son mari pour lui dire de rester là pendant l'examen, car elle ne comprend pas.
La sage-femme décrit ce qu'elle voit.

Le père : « *elle ne sent pas* »
La femme parle
Le père : « *elle dit que peut-être il est faible, il bouge plus (+) la nuit* ».
Sage-femme: « il bouge bien votre bébé, il va très bien »,
P : « *combien de mois ?* »
Sage-femme : « *encore deux mois et demi* »
Sage-femme : « *Pour faire bouger le bébé s'il ne bouge pas, il faut faire bouger le ventre comme ça* ».
P : « *comment on fait* »
Sage-femme : « *vous sentez ?* »
P : « oui j'ai vu »
Elle dit à son mari de rester, lui voulait repartir,
Sage-femme : « *il faut lui dire* ».
Sage-femme : « *si elle est inquiète elle vient aux urgences si ça la rassure* »
Fin de l'examen
Il lui montre un papier pendant que sa femme se rhabille. La sage-femme lui explique la procédure pour gérer la contagion de la maladie dans le couple et lui donne différents conseils pour prendre soin de lui. Lui répond que la priorité pour un père est que ses enfants et sa femme aillent bien. La femme revient et demande si l'enfant a grandi.
Sage-femme : « *combien elle pèse* »
P : « *elle ne sait pas peut être 5 et 7* »
Sage-femme : « *57, possible, aller on vérifiera la prochaine fois, je vous donne une ordonnance pour une prochaine prise de sang (qui sera prescrite par le spécialiste qui suit la femme* ».
P : « *on est toujours boussole* » (sous entendant qu'ils dépendent toujours de la PASS pour les médicaments).
La sage-femme prescrit alors des médicaments remboursés : « *bon (ce traitement] je vais la mettre à votre nom alors comme ça, ça vous évite d'aller la bas, vous avez la sécurité sociale ?* ».
Il répond.
La femme : « *Quand tu viens ici, tu ne me traduis pas ici !* »
P : il lui dit en farsi : « *le prochain tu viendras toute seule* »
Sage-femme : « *mais elle a raison, c'est difficile pour elle, dites-lui que ce sera plus facile quand elle aura le RDV avec la PMI avec la sage-femme iranienne. Et la déclaration de grossesse, si toujours pas de sécu début avril, vous envoyer en cochant demande en cours* ».
Il ne traduit pas à sa femme.
La sage-femme sourit à la femme.
Ils rangent leur papier (ordonnance, déclaration)
Débriefing :
La sage-femme explique que le couple a un enfant polyhandicapé suivi ici. Lui travaille, il fait les marchés, à la dernière consultation il les a déposés un peu en urgence. Elle est suivie en échographie de manière plus régulière pour sa pathologie chronique.

Cette consultation illustre, outre les raisons de la migration pour un (voire des) motif sanitaire, la complexité des consultations avec interprètes, notamment quand celui-ci est un membre de la famille, ici le conjoint. La consultation, se ponctue alors de quiproquo (au téléphone) de malaise (du conjoint présent alors qui ne le souhaite pas forcement, de la femme perdue qui ne comprend pas les échanges). Par ailleurs elle montre bien comment la communication et le temps de cette communication apparait centrale dans l'accès aux soins et un suivi de qualité. La reprogrammation du rendez-vous implique également la programmation d'un rendez-vous avec l'interprète, autant de détails qui participent à allonger le temps de consultation.

2.4. Synthèse

Les femmes que nous avons rencontrées ont toutes exprimé la complexité et la diversité de leurs trajectoires individuelles et familiales, le cumul des difficultés qu'elles affrontent (mais aussi celui qu'elles ont rencontré et qu'elles anticipent pour le futur). Elles ont été inclues dans l'étude parce qu'elles faisaient l'objet d'un suivi par la PASS ; et toutes ont rendu compte de différents types de soutien et de la façon dont elles avaient mobilisé différentes ressources pour « faire face ».

Dans un contexte social et politique dans lequel les migrants sont victimes de stigmatisation voire de discriminations (Cognet, 2017), les femmes sont parfois perçues comme des « combinardes », des « consommatrices de prestations qui cherchent à ruser » (Roulleau-Berger, 2010). Les femmes que nous avons rencontrées n'ont pas fait part de propos ou d'actes malveillants de la part des professionnels de santé ou de travailleurs sociaux avec qui elles ont été en contact lors de leur grossesse. Toutes ont témoigné de leur satisfaction vis-à-vis du suivi proposé par les professionnels à l'hôpital et dans les structures extra-hospitalières. Le mode de « recrutement » de ces femmes (par l'intermédiaire de l'assistante sociale de la cellule de coordination PASS) pour l'étude joue sur ce résultat. En effet, si une relation de confiance n'était pas établie entre l'assistante sociale et la femme, il serait peu probable que les femmes acceptent auraient accepté de nous rencontrer et également peu plausible qu'elles aient exprimé des plaintes concernant leur suivi. Cependant, nous retenons que ces femmes ont été en interaction avec différents professionnels de la santé et du social, différentes associations et différents individus à des fins d'appui et de protection au cours de la grossesse ; elles ont donc expérimenté ce que pouvait être une aide institutionnel et/ou humain dans un quotidien harassant, ce qui rappelle que soutien et solidarité sont des clés pour le bien-être des personnes et pour la coordination des parcours de suivi de grossesse.

Les professionnels de la santé et du social que nous avons rencontres ont conscience que les parcours et expériences migratoires associés aux multiples difficultés rencontrées une fois en France ont une réelle influence sur le vécu de la grossesse chez ces femmes. Et que ces difficultés éprouvées les empêchent d'investir pleinement leur grossesse. Une des infirmières rencontrée, résume leur situation :

« […] qu'elles viennent de Roumanie, que ce soit une Rom, une Congolaise, une tout ça... A un moment donné, tout ce qu'on leur demande de gérer et tout ça, c'est juste pas possible quoi. Entre le mardi aller faire ta paperasse pour ton truc, demander ton secours d'urgence au machin parce qu'au CDAS, aller chercher ton courrier... ne pas oublier de faire la prise de sang que t'as pour ton rendez-vous du CMLG la semaine d'après, repenser à ceci, et aller au secours populaire passer prendre des fringues... Nous c'est simple, le matin on prend notre voiture, on va à notre boulot, on rentre le soir chez nous... Bah tu vois je me dis que ça des fois on oublie quoi! »

3. Expériences des professionnels : pluralité des compétences mobilisées, complexité des conditions d'exercice

Les professionnels que nous avons rencontrés exercent dans une pluralité de domaines médicaux ou médico-sociaux. Les entretiens ont permis d'aller explorer ce qui, de leur point de vue, constitue les caractéristiques de l'exercice en PASS : les spécificités du déploiement de leurs actions et suivis en situation de partenariat, les conditions de travail dans des postes relevant de l'action régie au quotidien, les spécificités des femmes suivies, les situations d'interprétariat dessinent les contours d'un contexte professionnel intense. Celui-ci est marqué par un sens du travail marqué par un important engagement moral, et aboutit, pour nous, à affirmer qu'il s'agit de postes à haut niveau de compétences, peu valorisés dans les professions médicales et sociales et peu soutenus par des moyens financiers.

3.1. L'intensité de l'exercice en réseaux de partenariat

Les professionnels que nous avons rencontrés suivent une posture d'ouverture, privilégiant les liens avec différents acteurs amenés à travailler sur la thématique de la précarité, et, de ce fait, des migrants et de leurs soutiens associatifs. Le travail de partenariat recherché (cf section 1.4) vise à favoriser la prise en charge sociale et médicale des personnes sans droits ouverts et/ou sans hébergement. Concrètement, ceci implique une charge de travail intense, dont il faut continuellement penser et repenser les contours.

Le travail en partenariat comporte tout d'abord des bienfaits, notamment le travail « en mode projet ». C'est généralement cela qui motive les professionnels que nous avons rencontré. Il permet de briser les routines, de décloisonner les parcours des individus, et de travailler sur des approches pluriprofessionnelles en faisant remonter des expériences de terrain, en partageant et échangeant en équipe et en négociant des arrangements en commun.

L'exercice en PASS requiert un engagement important des travailleurs sociaux et soignants : ensemble, ils doivent mobiliser un ensemble de compétences qui peuvent sortir du cadre prévu, notamment pour coordonner au mieux le parcours socio-sanitaire de femmes et de leurs famille. Par exemple, il faut savoir reprogrammer un rendez vous médical pour l'enfant ou la femme, selon la disponibilité du conjoint qui pourrait faire office d'interprète ; ou encore penser à reprogrammer l'interprète pour la prochaine consultation d'une femme ne s'étant pas redu à son rendez vous –ou inversement. Les soignants et travailleurs sociaux doivent aussi face à la complexité des situations rencontrées (face à une femme enceinte déboutée ou une famille à la rue…) et signalent que s'installe un sentiment d'impuissance et d'inutilité. Quel sens donner à des prises en charge qui ne sont que temporaires alors que ces accompagnements nécessitent de l'être dans la durée (quel sens d'une hospitalisation pour une remise à la rue ensuite) ?

Par conséquent, le travail en PASS souffre d'une dévalorisation globale vis-à-vis des autres services de l'hôpital. Aussi, même s'ils sont ouverts, les postes peuvent ne pas être pourvus, même pour des remplacements temporaires.

Le travail en réseau de partenariat s'avère être une nécessité qui permet une prise en charge globale des patientes et une « re-localisation » ou une « réattribution » dans le social ou dans le médical de différents éléments des parcours et trajectoires. Engagés ensemble, les milieux associatifs, médicaux, sociaux et médicosociaux permettent une réaffirmation et une valorisation des prises en charges pluridisciplinaires, en cohérence avec la dimension sociale du vécu de la grossesse.

Mais dans nos entretiens, nous avons pu mettre en lumière la chaîne des questions soulevées par la mise en œuvre des partenariats autour de ces situations complexes : impermanence des équipes, avec un turn-over important en raison de situations d'épuisement, liées à la nécessité de devoir faire ses preuves ou de légitimer toutes ses actions auprès de la hiérarchie hospitalière, de négocier la possibilité d'un rendez-vous avec des services hospitaliers ou des structures extra-hospitalières, de justifier d'un examen supplémentaire pour une femme, d'être confronté à l'insatisfaction des partenaires et des usagères.

Néanmoins, ce travail en partenariat est apprécié et valorisé particulièrement concernant sa couverture sur le territoire, permettant d'orienter selon les lieux de vie et les lieux de prise en charge des patientes. La dynamique des territoires, la possibilité d'aller voir plus loin, ailleurs, et avec d'autres partenaires de nouvelles configurations partenariales pour le suivi des femmes offre un horizon des possibles apprécié. Mais si certains territoires, notamment urbains, sont souvent bien dotés en associations, le tissu associatif, moins important en milieu rural, confronte les professionnels travaillant auprès de familles logées à distance et isolées à inventer sans cesse des solutions optimales. Ces initiatives gagneraient à être mieux accompagnées, dotées financièrement et valorisées pour permettre un meilleur service aux femmes les plus éloignées des suivis lors de leur grossesse et pendant la période périnatale.

3.2. Les retombées sur les conditions de travail

Les conditions de travail au quotidien ont fait l'objet d'échanges lors des entretiens et nous avons vu ressortir la régularité de plusieurs difficultés dans les deux sites que nous avons étudiés : le manque de temps, les délais de consultation trop longs, la gestion de la « complexité » (des situations et des consultations), la stigmatisation relative à l'exercice en PASS.

Durant une consultation PASS, même pour une consultation aménagée pour être longue, le manque de temps est un élément qui est prégnant pour les soignants comme pour les travailleurs sociaux :

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

C'est ici en premier lieu la nécessité d'avoir du temps pour bien comprendre le monde social de la patiente et le mettre en lien avec son parcours médical et social qui enjoint à regretter des délais trop courts de consultation. Mais la question du temps se pose aussi du point de vue de la coordination du parcours de soins : les délais pour un rendez-vous pour une prochaine consultation sont vécus unanimement comme trop longs par les professionnels. Et les difficultés temporelles se renforcent encore quand les professionnels se retrouvent à décaler les rendez-vous pris par défaut par les secrétaires quand leurs patientes leurs apprennent de nouvelles contraintes.

Les consultations en PASS, comme nous l'avons vu plus haut, sont singulières et hétérogènes. Elles sont considérées comme « complexes », un terme utilisé dans la sphère hospitalière pour justifier des temps de consultation plus longs. Mais reconnaître la nécessité de mettre en place des « consultations complexes » ne suffit pas à résoudre la « complexité » des situations vécues par les patientes :

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

Les propos de cette professionnelle qui évoque un travail « en tension » sont partagés par plusieurs autres professionnels de la santé et du social, qui évoluent dans un système où difficultés des situations des patientes et contraintes d'exercice en milieu hospitalier et dans le social se mêlent pour dessiner les contours d'un service « compliqué » avec des patientes « compliquées », accablé de représentations négatives. La stigmatisation dont font l'objet les professionnels de la

PASS ont pu être bien décrits par les secrétaires médico-sociales, des professionnels aux les missions d'accueil, de renseignement, d'orientation et de planification qui leur offre un poste d'observation des stéréotypes qui pèsent dans ce milieu :

> *Est-ce que c'est demandé, comme poste [la PASS], par les secrétaires médicosociales ?*
>
> Secrétaire A. Pas trop.
> Secrétaire B. Même quand on rencontre des collègues, c'est assez péjoratif. Il n'y a que les partenaires qui reconnaissent le travail qu'on fait. Sinon, ceux qui ne connaissent pas ne voient que l'aspect négatif. L'image que ça renvoie, c'est…
> A. Au tout début, c'était les pauvres.
> B. Au tout début, c'était synonyme de clochard, SDF. J'ai encore entendu ça.
>
> *De la part de quelqu'un qui est dans le métier ?*
>
> B. Dans l'hôpital, des secrétaires, des anciennes collègues.
> A. Même des médecins. Maintenant, ce n'est plus SDF, c'est les étrangers.
>
> *On vous en parle en quels termes ?*
>
> B. Pas bien. « Ils ont tous les droits » !
>
> *Un discours un peu xénophobe et raciste, on peut dire ça ?*
>
> A. Oui.
> B. Oui, « ils ont tous les droits », « ils ont tout gratuit », « ils ne sont pas respectueux », « ils veulent tout », « ils sont exigeants ». Ce qui n'est pas faux. C'est sûr que des fois, ils ne se comportent pas bien dans les autres services, alors ça renvoie pour tout le monde une mauvaise image.

Les secrétaires sont récipiendaires des discours négatifs (mais aussi positifs), et elles sont aussi en première ligne pour gérer toute la salle d'attente (un espace très « contraint » dans lequel tout le monde « se gène », mais aussi s'entraident :

« *L'accueil, c'est du fourre-tout, du pêle-mêle. Il faut d'abord comprendre la demande, parlementer. Décoder, lire dans leur tête pourquoi ils sont venus, parce qu'on ne se comprend pas. Ils supposent que parce qu'ils étaient là hier, on va se souvenir d'eux et pourquoi ils sont là. La plupart du temps, on arrive à s'en souvenir, mais il y a des jours où nous aussi, le cerveau se ferme et ça se déconnecte ! Le lendemain, on recommence à zéro. On reçoit beaucoup de monde, on ne se souvient pas de tout le monde* ». […]

Par ailleurs, les secrétaires développent un ensemble de compétences spécifiques à l'activité en PASS :

Comment ça se déroule avec les patients non francophones ? Vous m'avez dit que vous faisiez comme vous pouviez, avec des gestes.
A. On parle anglais. L'allemand, un tout petit peu. L'arabe, je parle arabe.
Vous l'utilisez ?
A. Oui, des fois, même pour les consultations.
Vous pouvez intervenir dans les consultations ?
A. Oui, c'est déjà arrivé, pour aider. On ne fait pas de demande d'interprétariat pour l'accueil. Quand on fait une demande d'interprétariat, c'est pour une consultation médicale ou sociale. Nous avons des jours fixes avec interprète géorgien. Quand ils sont là, on peut les utiliser s'ils ne sont pas occupés, en attendant. Quand on ouvre, il y a un tri. Tant que le médecin n'a pas commencé, on peut leur demander de venir nous aider.
[…]
B. Des fois, dans la salle d'attente, les gens s'entraident. Quand il y a une personne qui voit qu'on est en difficulté, elle se permet de venir et nous demande si elle peut faire la traduction.
A. […]. Quand ils sont en salle d'attente et qu'il y en a un qui a un traducteur, souvent, ça aide pour les autres. Des fois, ils ont quelqu'un au téléphone. Ils nous passent leur téléphone. Ou des fois, Google trad. Ou si la personne ne fait pas d'effort, que même en faisant un effort, la personne s'énerve ou ne comprend pas, on lui dit de revenir avec quelqu'un.

Les conditions de travail, pénibles et sous pression, des personnels hospitaliers retentissent de fait sur le processus de catégorisation dans la mesure ou en condition d'exercice professionnel difficile, la focale peut être déportée sur le public, la personne que l'on a en face de soi immédiatement, plutôt que sur les disfonctionnements structurels, institutionnels voir conjoncturels qui peuvent exister.

3.3. De la perception d'un « public spécifique » à la mise en œuvre de soins différenciés

Comme nous l'avons déjà vu, la PASS offre une « entrée spécifique » (médicale et sociale en même temps) pour une « population spécifique » (en situation de précarité administrative) dans le système de santé de droit commun. De ce double registre de compétences naît une prise en considération pour les populations considérées comme vulnérables, ou, autrement dit, « à risque ».

Du fait des données épidémiologiques (cf encadré 4) signalant la plus forte exposition des femmes migrantes primo-arrivantes aux complications de la grossesse et de l'accouchement, à la mortalité périnatale, au cumul entre ces risques médicaux et des situations sociales ou encore les effets délétères de certains parcours et expériences migratoires (Mestre, 2017, p.103-104), celles-ci entrent prioritairement dans la catégorie « population vulnérable » pour les soignants. C'est pour cela qu'existent à Rennes et Strasbourg des PASS « spécialisées » en gynécologie-obstétrique.

Cette spécialisation provient aussi d'une volonté de mettre en place des parcours relevant du droit commun pour des femmes enceintes plus à risque de rester à la marge du système de santé du fait de leur condition de migrantes. En effet, les études sociodémographiques et épidémiologiques ont souligné des différenciations relatives aux parcours de suivi de grossesse des migrants (marqués par le non-recours aux sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse sans complication (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012) ; un plus grand nombre d'hospitalisation au cours de leur grossesse ; une fréquence plus élevée d'hypertension et de diabète gestationnel (Saurel-Cubizolles *et al.*, 2012), des inégalités de recours au dépistage et au diagnostic prénatal, des césariennes plus fréquentes chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (Sauvegrain, 2012)). L'accès aux soins en période prénatale reste inégal et varie selon les caractéristiques socio-économiques des femmes (Azria, 2015), et les PASS occupent une fonction de rétablissement de l'égalité dans la coordination des parcours de soins.

Cependant, malgré la prise en compte de ces éléments, des processus de catégorisation des patientes migrantes par les soignants se créent au-delà des risques et des vulnérabilités repérés dans la littérature et les pratiques.

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

Les soignants sont confrontés à la difficulté de prendre en charge un patient d'une culture différente et la crainte d'adopter une approche culturaliste[14] du patient étranger ou d'origine étrangère. Ces processus ont été observés durant nos entretiens comme l'illustre cet extrait d'entretien :

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

Dans le cas présent, on peut imaginer que les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne, ne bénéficieront pas de conseils liés à l'allaitement, alors même qu'en situation de précarité et coupée de son réseau social, l'allaitement est beaucoup moins pratiqué, particulièrement au sein de cette population.

3.4. Soigner en situation d'interprétariat

Les PASS étudiées sont toutes deux en liens avec des services d'interprétariat, à Strasbourg, la PASS fait appel à MSA (Migration Santé Alsace) et à Rennes la PASS fait appel à la plateforme régionale d'interprétariat du RLG (Réseau Louis Guilloux).

Soigner en situation d'interprétariat nécessite la prise en compte d'une multitude de facteurs qui exposent les patientes et les soignants à plusieurs types d'incompréhension même si la « barrière de la langue » est levée (Pian, Hoyez, Tersigni, 2019). Le soignant doit être vigilant à la position de l'interprète et les enjeux interpersonnels qui peuvent exister entre l'interprète et la patiente (sa belle sœur, son mari).

De la même manière, les soignants doivent penser à remobiliser l'interprète professionnel pour une prochaine consultation, assurer la procédure de rémunération et ce même si la femme n'est pas venue au rendez vous.

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

Encadré 10 : Extrait d'observation de consultation sage-femme

Une femme arrive en consultation (médecin Adeline) accompagnée de sa belle-sœur, son neveu et sa fille en bas âge. Elle est en France depuis 1 mois pour rejoindre son mari qui est là depuis 2003. Son plus grand garçon va à l'école. Les femmes nous racontent un épisode traumatisant qu'elles viennent de vivre : la femme est restée une heure dans l'ascenseur coincée avec sa fille, le temps d'attendre les secours.
Ses deux premiers enfants sont nés au pays d'origine des parents. Elle a un dossier ouvert à la PASS, qui doit ouvrir une demande administrative pour rapprochement de conjoint.

Examen :
Poids en début de grossesse :
105 la dernière et 104 aujourd'hui, elle a perdu un kilo.
Belle-sœur : « elle a beaucoup de fatigue en ce moment »
Petite fille qui a peur et pleure, sa mère lui parle et Adeline prend la tension de la femme avec sa petite fille sur le ventre
Adeline : « la tension est normale », « elle sait si ça va être une fille ou un garçon ? »
Belle-sœur : « elle a déjà eu une échographie ici », « elle a tout ramené ici »
Adeline: fait l'examen, « là c'est la tête », « on voit sa petite main », [la mère parle avec sa fille, la belle sœur est avec les deux enfants elle essaye de distraire la petite]
Adeline: « tout est normal »
Belle-sœur : « elle a toujours peur pour sa maman »

Fin de l'examen :
Adeline : « vous allez à la boussole demain », « je vais tout de même vous faire un test pour le diabète »
Belle-sœur : « c'est ça qu'elle a déjà fait, elle a bu pendant et fait le test ensuite pendant 2 heures »
Adeline : « je vais appeler Isabelle, c'était pour avoir des résultats que je n'arrive pas à lire », « tant pis je vais appeler le labo »
Adeline [explique] : Test pour le diabète est normal mais hyper insulinisme, donc taux d'insuline baisse plus et sensation de fatigue et de vertige, hypoglycémie
Belle-sœur : [traduit]
Adeline : « est ce qu'elle a fait la déclaration de grossesse ? »
Belle-sœur : « non »
Adeline : « donc je vais vous la transmettre pour que vous puissiez le faire »
Belle-sœur : « et par rapport à la CAF ? »
Adeline : « Normalement elle va être rattachée »
Belle-sœur : « pour la fatigue vous lui proposer rien ? »
Adeline : « Si, des vitamines qu'elle pourra aller récupérer mercredi »
Belle-sœur : « elle ne veux pas refaire le test de glycérine ca l'a rendue malade »

Adeline : « mais qu'elle n'ait pas peur, je ne refais pas ça » !
Belle-sœur : « vous voulez les papiers ? »
Adeline : (elle regarde) « bon on part sur la date des dernières règles »
Belle-sœur : « au pays, ils ont données 3 dates »
Adeline : « ça dépend du terme décidé ! ». [Elle donne la déclaration à remplir quand les droits seront ouverts]
Belle-sœur : « ça fait 5 ans qu'elle attend, le consulat n'accepte pas tant que le logement pour faire venir la famille n'est pas assez grand » [cela fait partie des critères pour avoir un visa en regroupement]
Adeline : [explique l'ordonnance (unidose, Vitamine D, acide folique, ...), puis va chercher le matériel pour la prise de sang]

Les deux femmes discutent, la belle-sœur explique tout à la femme enceinte.
Téléphone de la belle sœur sonne et elle répond
Puis les deux femmes continuent de discuter pendant que Adeline prépare la prise de sang
Adeline s'installe a coté de la femme, entre les deux, et prend un bras, puis l'autre et fini par dire qu'elle va piquer dans la main.
Les enfants jouent avec les étriers de la table d'examen.

Dans cet extrait, on voit en creux le manque d'un interprète professionnel pour que la soignante ait une relation avec la femme dont elle s'occupe. On reconnaît le rôle des compatriotes, et ici du réseau familial, dans l'entraide relevant de l'interprétariat en santé, mais également de la garde d'enfant et de l'accompagnement dans les démarches administratives. L'extrait montre également la complexification de la consultation pour une soignante qui exécute des gestes médicaux tout en cherchant à reconstituer le parcours de la femme (et notamment tenter de retrouver les résultats d'analyse éparpillés entre différents sites pour éviter la redondance d'examens) et tout en répondant à des questions relevant du parcours social (papiers, CAF etc).

4. Analyse des expériences différenciées patientes/médecins

Ce travail de recherche a mis en avant un hiatus important entre les retours des femmes et des professionnelles. Les femmes nous ont restitué des expériences positives du suivi tel qu'il s'est déroulé pour elles, et ont fait état de la bonne qualité relationnelle avec les professionnelles qu'elles ont rencontré lors de leur parcours de grossesse. De leur côté, les professionnels ont régulièrement fait état de leur insatisfaction dans la qualité de la prise en charge et du suivi des patientes migrantes primo-arrivantes. Nous revenons ici sur ces différences de perception et sur ce qui fait leur fondement, lors des consultations entre les femmes et les professionnels de la PASS.

4.1. Un regard sur les curseurs expérientiels différents

Si les femmes se décrivent comme satisfaites du suivi qui leur est proposé, les professionnelles sont plus mitigées car les situations de vulnérabilité et de précarité auxquelles doivent faire face ces femmes a un impact sur le vécu des équipes sociales et médicales : le sentiment d'impuissance, ou de « faire trop peu » est régulièrement remonté. Pour les professionnels l'exercice en PASS, même avec des temps de consultation aménagés apparaît comme contraint.

Par exemple, l'allongement du temps de consultation, requis et promu dans les PASS reste essentiel, mais il ne va pas assez loin : en effet, il ne permet pas de rattraper le temps de travail nécessaire à la reconstitution du parcours des femmes entre ce qu'elles ont mis en œuvre dans le domaine de leur suivi médical, social et administratif (titres de séjours). Ou encore, les 7 consultations par jour en PASS et le temps augmenté dédié n'empêchent pas des retards dans l'horaire de consultation (des professionnels comme des patientes), notamment en contexte où de « nouveaux dossiers » arrivent sans cesse au fil de l'eau et se glissent dans les agendas au jour le jour.

Travailler en PASS revient quasiment toujours à passer beaucoup de temps sur l'analyse de cas toujours uniques qui nécessitent une attention toute particulière. Nos observations montrent qu'aucun dossier ne se ressemble, chaque femme ayant une raison particulière d'avoir été adressée ou de se présenter à la PASS (certaines étant même dans des situations qui ne semblent pas relever d'une orientation PASS). De fait, ces orientations peuvent participer au sentiment de découragement quand aucun protocole ne peut être fixe. Certaines femmes viennent des urgences, car elles n'ont pas de papiers. D'autres femmes viennent d'autres consultations gratuites, il faut leur faire un dossier sur le champ pour qu'elles puissent consulter sans avancer des frais. Les parcours de ces femmes nécessitent donc une coordination médicale, sociale et administrative qui n'entre dans aucun cadre routinier. L'amélioration de la

transmission des informations de nature administrative entre tous les services pourrait être un préalable à la mise en place de ces routines.

Par ailleurs, l'exercice en PASS se double souvent d'un engagement fort des soignants dans leur exercice professionnel, notamment en vue de juguler des dysfonctionnements institutionnels. Cet engagement, qui peut rendre la profession attractive et motivante dans la recherche de « petites victoires » sur les suivis de dossiers complexes, peut entraîner des moments d'intense activité, comme nous l'explique une sage femme PASS qui a du annuler une semaine de congés pour rester disponible (impossibilité chronique de la remplacer sur sa consultation), une autre qui va glisser des appels téléphoniques en plus pour revoir une femme ou pour convaincre un confrère ou une consœur d'entrer « dans la boucle » du suivi d'une femme. Enfin, cet engagement peut parfois se poursuivre au-delà du suivi en PASS : en théorie, lorsque les femmes voient leur situation administrative a minima stabilisée (papiers), elles devraient quitter le suivi PASS. Or, il arrive fréquemment que la situation relative au logement ne le soit pas (avoir des papiers ne signifie pas avoir un logement stable) et justifie un maintien en « suivi PASS » au regard de sa situation sociale. Dans ces cas, fréquents, les professionnels continuent à suivre leurs patientes, en attendant que les sages-femmes de PMI par exemple puissent prendre le relai. Mais, dans les faits, si les situations se débloquent généralement assez vite pour les femmes en situation de demande d'asile, cette situation est loin d'être majoritaires.

Pourtant, ces contraintes sont, au regard des observations conduites et des entretiens réalisés avec les femmes, contrebalancées par un retour positif des femmes et la qualité perçue du soin reçu dans les services hospitaliers et à l'extérieur. L'intensité de l'engagement décrit ci-dessus explique certainement que les femmes perçoivent une bonne qualité relationnelle dans le soin.

4.2. Prendre en charge : un exercice en tension

Pour les sages-femmes et les gynécologues que nous avons rencontrées, « prendre en charge » une patiente (mais aussi parfois un couple, une famille) revêt des aspects variés, pour lesquels les connaissances médicales seules ne suffisent pas. Pour l'illustrer, nous retranscrivons ici des échanges qui viennent mettent à l'épreuve les logiques de soin et les réalités sociales de l'expérience migratoire des patientes :

Carnet de terrain : observation de consultation d'Adeline, gynécologue.

Avant que la femme n'entre, Adeline prévient : « C'est « la typique » » : une femme non francophone, sans papiers, récemment arrivée, enceinte.

Son mari est là, une interprète professionnelle est là.

Ses **premières questions portent sur la situation du couple** : origine, date d'arrivée (3 semaines), date des dernières règles (il y a 6 mois environ), est-ce qu'elle a déjà vu le service social (oui, mais pas encore examinée médicalement), est-ce qu'elle a fait une prise de sang (non), est-ce qu'ils sont hébergés (non, mais ils se sont signalé auprès du service social). Adeline leur dit « il faut que vous appeliez à droite à gauche ». Elle se rend compte que le couple ne sait pas quoi faire, ne connaît aucune démarche. Est-ce qu'ils ont vu une assistante sociale ? (ils ne savent pas, même quand Adeline leur décrira physiquement toutes les AS qu'ils auraient pu voir). Est-ce qu'il ont vu quelqu'un à la PADA, à l'OFII ? (non).

Anaïs, sage-femme, entre dans la consultation. Elle va faire la prise de sang, un checking total « Je fais tout, avec toutes les sérologies ». Pendant ce temps, Adeline reprend les questions sur leur parcours social. Elle veut vraiment savoir s'ils ont vu l'AS de la PASS. Dans leur dossier, elle trouve une lettre de la PADA pour qu'ils aillent la voir. Ils ont une enveloppe contenant les informations sur le suivi. Adeline leur dit : « Je vais suivre la grossesse, et vous devez faire avancer les papiers ». Elle demande s'ils font une demande d'asile (oui). Adeline dit « L'AS va vous aider à faire les papiers ; à la PADA personne ne vous a vu ? ».

Anaïs rempli leur dossier médical : statut marital (couple marié, mais pas civilement), nationalité, taille (la femme ne sait plus, la taille est décidée collégialement, à vue de nez)… Et prend des informations sur le mari (29 ans). La jeune femme est mineure. Adeline demande s'ils ont des liens de parenté (non).

Adeline demande à la sage-femme : « Sur quelle UF on prend ? ». **Elles tombent sur un problème d'orientation financière de la prise en charge.** Pour les actes : il faut trouver quelle UF est demandeuse, quelle UF est préleveuse. Dans le cas présent, c'est compliqué dans leur cas. Anaïs : « Je ne sais pas ; j'ai envoyé un mail ce matin pour ce type de situation ; mais on m'a dit qu'il y avait trop de questions dans mon mail et qu'il fallait faire une réunion ».

Adeline continue à poser des questions pour savoir comment le couple a été orienté vers elle. Apparemment, ils sont arrivés directement à l'hôpital, sans aller voir l'AS. Ils dépendent bien de la PASS mais rien n'a encore été mis en route sur le volet social. Or, un problème est identifié : la jeune femme est mineure, elle ne peut pas être demandeuse d'asile, elle ne peut pas être hébergée avec son conjoint dans les foyers prévus pour les femmes enceintes. La sage-femme dit qu'elle peut avoir une mise à l'abri, que ça peut lui être proposé dans son cas (mineure, enceinte, « seule » matrimonialement). Elle leur demande : « Si c'est proposé, est-ce que vous accepteriez ? » (elle pose la question au mari et à la femme). Le mari a les larmes qui montent aux yeux. La sage-femme dit : « OK, c'est dur à imaginer ». Elle n'insistera pas, dit qu'il y a des solutions à deux possibles, mais que cela va prendre du temps. Elle leur dit d'appeler le 115

tout le temps. Le mari dit qu'il n'a pas de téléphone. Adeline ne comprend pas pourquoi il n'y a rien pour eux, dans leur situation. Anaïs lui dit que ça arrive pour les personnes dont la date d'arrivée est si proche (rappel : 3 semaines).

La sage-femme dit « il faut que quelqu'un appelle pour vous, qu'il faut insister, aller à la PADA toujours, à un moment ils vont vous connaître… ». Adeline redit encore son étonnement que rien ne soit mit en place pour ce couple. Elle tente des appels téléphoniques mais sans succès : c'est la fin de l'après-midi, les AS ont certainement quitté leur poste.

Le binôme gynécologue / sage-femme vient de passer près de 20 minutes à démêler la situation du couple afin de s'assurer du montage adéquat au regard des logiques hospitalières de mise en place d'un parcours de soin, tout en tentant de donner des conseils pour mettre en place un suivi par les assistantes sociales.

Alors seulement peut commencer l'examen gynécologique.

Adeline examine la femme ; elle va faire une échographie. Avec Anaïs, elles posent des questions en même temps à l'interprète, qui les recadre gentiment ! **Rappelons que la place de l'interprète est généralement délicate dans une relation médecin-patient-interprète, et qu'ici sa place est encore plus pointue : elle intervient pour traduire les propos d'une femme/un couple et les questions d'un binôme** (nous sommes 6 dans la pièce, lors de cette consultation ; il est 18h30 passé).

La femme demande s'ils vont pouvoir connaître le sexe du bébé. Adeline dit : « OK, alors dites moi… vous voulez quoi ? ». La femme dit « une fille », le mari sourit ! L'ambiance de la consultation se détend. Anaïs rempli les papiers pour la prise de sang sur un coin de bureau, accroupie. Il n'y a plus de place dans la salle de consultation.

Adeline lance : « Je crois que vous avez gagné. Mais attendez, il faut que je regarde bien… Elle bouge bien en tout cas ». La femme dit : « Vous n'êtes pas sûre que ce soit une fille ? ». Adeline lui dit que c'est plus difficile de voir pour les filles, Anaïs s'y met aussi. Il y a le cordon devant, elles mettent du temps à bien voir. Elles confirment à eux que c'est une fille, mais qu'il faudra une échographie –« une vraie »- pour en être 100% sûr !

La consultation s'achève sur une prise de tension (parfaite), la mise en place d'un RDV pour l'échographie. La femme demande si elle peut regarder si elle a une infection gynéco. Mais elle s'est déjà rhabillée et assise sur sa chaise. Adeline demande s'il y a des pertes et si ça la gratte (oui), alors elle va lui donner des médicaments. Cependant, elle ne peut pas les lui donner, il faut qu'elle aille les chercher auprès d'un autre service. Adeline se tourne alors vers moi pour m'expliquer ce problème : le lien entre le CHU et la consultation sociale en ville n'est pas complet. La PASS gynéco ne délivre pas de médicaments. Il faut aller en ville dans le service qui a une pharmacie. Adeline et Anaïs voudraient qu'il y ait une pharmacie à la PASS gynéco pour pouvoir fournir en direct aux patients. Je demande pourquoi il n'y a pas de lien avec la pharmacie de l'hôpital… c'est une question d'UF (l'hôpital n'a pas mis en place la possibilité pour la PASS gynéco d'aller à la pharmacie).

Adeline revient à son échange avec le couple sur le RDV pour l'échographie. Adeline propose un RDV jeudi suivant. Il y a un échange entre la femme et l'interprète. L'interprète explique qu'ils ont RDV à 14h le même jour. Adeline propose un RDV le jeudi en 15 en échographie.

Anaïs revient dans la salle de consultation : ils ont fait un échange d'étiquette entre celles du service social et de la PASS gynéco ; un problème d'UF à nouveau, pas encore bien enregistré dans la base de données du CHU.

Adeline dit que si d'ici au RDV en échographie le couple n'a pas encore réussi à voir une AS, elle appellera elle-même.

La femme demande s'il y aura un interprète pour le RDV en échographie. Adeline demande à l'interprète présente qu'elle en fasse la demande au secrétariat. L'interprète précise que la demande peut être faite pour un autre interprète qu'elle, qu'il y en a beaucoup en albanais (*cela fait écho à ce qui est vu dans les associations qui emploient des interprètes: ils essaient de « fidéliser » le moins possible les interprètes à un patient*). J'apprends que la consultation avec interprète sera bien prise en charge par le service gynéco-obstétrique sur le budget du CHU.

Sortie du couple et de l'interprète (qui reviendra car oubli de la prescription) : la consultation aura pris presque une heure.

En guise de débriefing rapide, Adeline dit : « Bon, ils sont chez des compatriotes, c'est plus dur quand ils n'ont pas de logement du tout ».

Nous revenons sur la question des médicaments. La PASS ne peut pas prendre directement dans la pharmacie de l'hôpital. C'est une question de financement, ça ne fonctionne pas comme cela. Les consultations PASS semblent rendues « étanches » du reste de fonctionnement de l'hôpital. D'importantes réorganisations sont en court à ce sujet au moment où nous avons fait nos observations.

Dans la situation observée ici ressort une liste de « dérèglements réguliers » qui ne tiennent ni aux professionnelles, ni aux patientes, mais bien au cadre administratif dans lequel les PASS évoluent (ou sont enlisées) :

- ✓ les dérèglements observés sont en fait « typiques » à toutes les PASS : arrivée récente sur le territoire d'une femme dont les démarches ont à peine commencé et ne sont pas encore coordonnées ; multiplicité des types d'orientation à proposer en regard de la situation de la femme et de son couple font l'objet d'échanges nourris ; incertitude sur l'existence d'un suivi social qui mène à conduire une mini-enquête avec « les moyens du bord » ; décalage des horaires de travail entre les services qui ont potentiellement les réponses aux questions en train d'émerger ; incertitude du statut administratif de la patiente qui fait émerger la question de la tarification au regard des finances de l'hôpital ; complexité du lien ville-hôpital, notamment autour de la problématique budgétaire des services ; la gestion de la question de l'interprétariat ;

- ✓ la majorité des femmes qui sont récemment arrivées n'est pas en mesure d'évoquer le niveau d'information et les décisions qu'elles ont eu à prendre dans le domaine du suivi social, administratif, des examens médicaux. Il existe chez elles une grande confiance envers le corps médical qui « sait ce qui est bon pour elles » ce qui favoriserait une plus grande adhésion aux diagnostics proposés par les soignants, mais qui occasionne la multiplication des dépistages et relègue au second plan les démarches dans le domaine du suivi social ;
- ✓ une prise en charge différenciée chez les professionnels entre les femmes qui ont les ressources pour négocier et discuter. La situation d'observation relatée ci-dessus contraste notamment deux autres, qui feront office de « petites victoires » : celle d'une femme russe ayant une excellente connaissance de ses antécédents médicaux et de sa situation administrative et de la façon de gérer sa grossesse en regard de ces éléments (sa situation sera traitée très rapidement et avec un sentiment d'efficacité rarement éprouvé par les soignants lors de nos consultations) ou celle d'une femme tchadienne qui, parce qu'elle a des ressources économiques et des papiers va vite quitter le dispositif PASS pour entrer dans un suivi en libéral (cette perspective importe car c'est la seule qui a pu être en position de négocier des RDV dans des délais rapides).

4.3. Evaluer la précarité : un point aveugle de la consultation médicale ?

Lors de nos observations de consultations, et tout au long des entretiens réalisés, nous avons constaté la bienveillance des professionnels à l'égard des femmes qu'ils accueillent en consultation. Cela n'empêche pas que se dessinent des processus de catégorisations (cf. section 3.3) et que s'installent des points aveugles dans la consultation. C'est le cas notamment autour de la prise en considération des conditions de vie pour les patientes précaires.

Chez certaines professionnelles de la santé, nous avons constaté des difficultés concernant la façon d'aborder la question de la précarité avec les patientes. Une sage-femme par exemple a parlé ouvertement de sa gêne à évoquer avec les patientes les situations de précarité qu'elles peuvent vivre, telles que l'absence de logement. Ainsi elle se souvient d'une situation où elle n'a pas décelé en amont une situation de précarité chez une patiente, car elle s'est auto-censurée en évitant de demander de manière directe à sa patiente de décrire concrètement ses conditions de vie :

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

En préférant une forme détournée (une « question ouverte ») d'évaluation de la situation sociale, elle laisse la femme choisir ce qu'elle souhaite dire. Il est difficile de dire si cette intention est de type bienveillante (respecter l'intimité de la personne, ne pas faire souffrir la patiente), professionnelle (c'est le rôle de l'assistante sociale, c'est à elle de transmettre ces informations), ou de type « auto-censure » relevant du « tabou ».

Toujours est-il que l'absence d'évaluation a minima de la situation sociale des patientes peut avoir des conséquences et des répercussions sur la prise en charge des femmes. En effet, en décelant de manière tardive des situations sociales complexes, ces femmes peuvent être maintenues dans une situation de vulnérabilité alors que des solutions pourraient être trouvées par les travailleurs sociaux. Ou encore, les situations de grande précarité pourraient engendrer du non-recours aux soins que les professionnels pourraient prendre pour de la non-observance.

On peut expliquer la difficulté, pour les professionnels de santé, à aborder les questions sociales dans leur consultation. Tout d'abord, la pauvreté est une question délicate pour tout un chacun car « elle est toujours l'expression d'une inégalité, sinon inacceptable, du moins peu tolérable, dans une société globalement riche et démocratique » (Paugam, 2008). De plus, le monde médical a longtemps abordé la question de la précarité sous l'angle de l'éthique, de la déontologie et du militantisme, mais les pratiques médicales restent cantonnées aux missions d'intérêt général des hôpitaux (Adam, 2013). Par ailleurs, plusieurs enquêtes montrent le manque de connaissance des internes ou médecins généralistes sur leurs difficultés à cerner les difficultés sociales et médicales et leur désarroi face aux multiples problématiques des patients précaires. La formation initiale et continue des médecins, tout comme dans les autres formations médicales et paramédicales, sur la question de la précarité et de l'exclusion sont peu existantes, voire jugées peu prioritaires par certains médecins (Adam, 2013).

La prise en charge des femmes migrantes enceintes, comme nous l'avons vu dans l'extrait d'observation de consultation *supra*, est complexe pour les professionnels.

La différence de ressenti dont nous avons parlé en début de section 4, entre les femmes et les professionnelles rencontrées, s'explique certainement aussi par cette

insatisfaction à savoir et pouvoir comprendre les contextes sociaux pour bien prendre en charge. Bien que les femmes soient satisfaites du suivi proposé, il est tout aussi essentiel d'être attentif au bien-être des professionnels, voire de prendre en charge la souffrance des soignants devant certaines situations, malgré leur volonté et leur engagement à créer du lien, et leur donner plus de moyens pour permettre aux femmes d'être pleinement actrices de leur prise en charge médico-sociale.

Conclusions : enjeux, débats, limites

Cette étude fait ressortir que les PASS observées s'imposent comme des dispositif-clés dans l'orientation des femmes enceintes, à l'interface entre la ville et l'hôpital, le social et le médical. Les femmes suivies par ces deux PASS soulignent leur satisfaction tout au long de leur grossesse, tout en mentionnant des difficultés des ruptures surgissant post-accouchement, où le suivi s'arrête de fait.

Cette étude apporte également une vision sur les pratiques des professionnels de deux PASS gynéco-obstétrique, qui révèle la polyvalence des compétences de ces soignants et un niveau très élevés de connaissances pointues dans différents domaines (médical, social, mais aussi administratif –aussi bien du côté de l'administration hospitalière que de l'administration du droit au séjour). Les compétences et la portée des actions des professionnels de la PASS sont plurielles, mais elles sont aussi vertigineuses et peuvent décourager les soignants et travailleurs sociaux à s'y engager. Par ailleurs, dans les hiérarchies hospitalières, elles sont peu valorisées, peu connues et reconnues. Les PASS apparaissent comme des dispositifs souples mais fragiles, destinés à des populations précaires, coordonnées dans la pluridisciplinarité par des professionnels surchargés.

Les débats sur les actions et les financements des PASS observées sont perpétuellement en cours. Elles ne répondent à aucune forme fixe et bougent aussi vite que les règlementations hospitalières, de protection sociale et de réglementation des droits au séjour évoluent, tout en restant connectés aux partenariats locaux. De ce fait, il importe de rendre en compte, dans leurs dynamiques, plusieurs postures :

Décloisonner les rapports professionnels (notamment les hiérarchies) entre professionnels du médical, du médico-social et du social, notamment autour de la question des temporalités différenciées entre le travail social (régit par l'urgence mais efficace seulement s'il peut se déployer à moyen terme) et le travail médical (contraint aux temporalités de l'urgence médicale et sociale) ;

Porter l'attention sur les initiatives disponibles localement et qui encadrent les consultations médicales et la prise en charge sociale (exemple de l'interprétariat, des initiatives d'apprentissage de la langue, des initiatives autour de l'acquisition d'autonomie chez les femmes). Nous avons constaté que plusieurs dispositifs existent, mais ils ouvrent/ferment, se composent et recomposent sous l'effet de ruptures de financements. Ce sont des dispositifs importants mais précaires (ils ont une finitude, ils sont peu valorisés). Par exemple, les ateliers linguistiques assez prisés des femmes et des professionnels ont été fermés plusieurs mois, les groupes de parole de femmes ont pris fin… alors même que ces dispositifs agissent sur le temps long et une intégration durable des femmes et de leurs familles, mais les

financements dont ils dépendent sont contraints dans le temps et souvent non pérennes (dépendant d'appels à projet) ;

Lors de discussions collectives entre acteurs de terrain et chercheurs a émergé l'idée de créer un système qui donnerait la possibilité d'avoir du temps, et de donner à tous les professionnels de santé, la possibilité de « savoir faire » avec tous les profils sociaux de patientes.

Annexe 1 : méthodologie de recherche

Méthodologie de la recherche :

Concernant le recrutement des femmes migrantes pour les entretiens, des critères d'inclusion ont été définis entre les chercheuses de l'équipe et les PASS. La diversité des profils était recherchée relativement à la nationalité, l'âge, le nombre de grossesses précédentes, le statut juridique et la situation maritale. Les entretiens réalisés ont été enregistrés, après obtention du consentement oral des personnes interrogées, pour pouvoir être retranscrits et analysés par la suite. Il était possible à Rennes de faire appel à un interprète du Réseau Louis Guilloux, mais aucun interprète n'a été sollicité, Ana Millot étant francophone, lusophone et anglophone. Une femme a refusé l'enregistrement, une prise de notes rigoureuse de l'échange a été réalisée et retranscrite. Le choix du lieu (bureau, parc, domicile, etc.) de l'entretien a été laissé aux femmes. Cette souplesse étant nécessaire à la bonne relation d'enquête. Pour les entretiens réalisés au « domicile » (qui peut être une chambre d'hôtel du 115) une observation de leur environnement de vie a été réalisée au moment de l'entretien.

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

✓Les femmes arrivées en France à partir d'avril 2017 (soit un an avant le début de l'enquête) et entrées en contact avec la PASS du CHU de Rennes ;

✓Les femmes majeures ;

✓Les femmes de toutes origines nationales hors espace Schengen (c'est-à-dire toutes les personnes non concernées par la libre-circulation sur le territoire de l'UE) ;

✓Les femmes enceintes ou ayant accouché jusqu'à 3 mois du post-partum ;

✓Les femmes parlant français, portugais ou anglais (pour la réalisation d'un entretien sans interprète) ou parlant d'autres langues disponibles pour un interprétariat par l'intermédiaire du Réseau Louis Guilloux à Rennes ;

✓Aucune restriction liée au statut administratif (demandeuse d'asile, réfugiée, déboutée du droit d'asile, visa, …).

✓8 femmes migrantes, dont 5 francophones et 3 lusophones ont été rencontrées.

Pour les professionnels rencontrées à Rennes (10) et Strasbourg (8 et un focus group où 4 soignants et travailleurs sociaux étaient présents), l'ensemble des entretiens a été réalisé au sein des structures dans lesquelles elles et ils travaillent, en général dans leur bureau ou en salle de consultation, ou de cours/réunion. Concernant les professionnels, le seul critère d'inclusion retenu était qu'ils travaillent auprès de femmes enceintes migrantes à Rennes et dans la métropole. La diversité de leurs profils était également recherchée, telle que la profession et l'ancienneté au sein de la structure.

Concernant les observations de consultation gynécologique et sage-femme à Strasbourg, elle a lieu en salle de consultation PASS à l'hôpital Hautepierre. Les chercheuses se sont positionnées à côté des soignantes et on débriefé en aval et en amont avec les professionnels. L'accord des patientes relativement à la présence des chercheures a été demandé oralement et durant les examens, les chercheuses se sont positionnées de manière à préserver l'intimité des patientes mais ont assisté aux échanges oraux entre les patientes et les soignantes. Un compte rendu de chaque observation a été rédigé.

Annexe 2 : L'accès au terrain à Rennes

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

Grâce à la collaboration de la cellule de coordination PASS mise en place en amont de l'enquête, les contacts des femmes étaient transmis au fur et à mesure par l'assistante sociale de la cellule qui les informait du protocole et demandait leur accord pour être contactées. Si elles donnaient leur accord pour un entretien, l'assistante sociale communiquait dans un second temps leurs coordonnées pour une prise de rendez-vous. Il était préalablement convenu qu'elle proposerait l'inclusion à l'étude des femmes éligibles lors de ses entretiens de suivi. Il n'y avait donc pas de participation active des chercheures dans le choix des femmes, mais cela était la seule opportunité qui s'offrait à nous pour accéder à cette population. Nous avions réalisé en amont des affichettes informant de l'étude, mises à leur disposition, traduites en plusieurs langues (anglais, portugais, arabe, russe et albanais) (cf. annexe 4).

Parmi les professionnelles rencontrées prenant en charge les femmes enceintes, toutes travaillent dans des structures différentes avec des profils variés : la PASS du CHU de Rennes (une assistante sociale et la coordinatrice de la cellule), le réseau Louis Guilloux (une infectiologue, une gynécologue, une infirmière et deux intervenantes des ateliers ASL), le SAFED (une sage-femme et une psychologue), la PMI Kléber (une sage-femme), l'hôpital Sud (une sage-femme), la PASS de Strasbourg (Médecins, sage femme, assistantes sociales, infirmières, secrétaires, des travailleurs associatifs (resto Bébé -lié aux Restos du Cœur).

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des femmes

Entretien n° :

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

Conditions de recrutement du patient :

Entretiens antérieurs :

Conditions de l'entretien :

Introduction	Eléments biographiques (si non évoqués au cours de l'entretien)
• **Se présenter et présenter l'étude** : étudiante en Master de Santé Publique. Stagiaire dans le cadre du programme MIGSAN : étude sur les expériences des primo-arrivants et leurs trajectoires de soins dont la grossesse. • **Présentation de l'interprète** (si présent) • **Rappel de l'anonymat** • **Demander autorisation pour l'enregistrement** : rappeler qu'il ne sera pas diffusé, uniquement archivé pour la recherche et pour ne pas que les propos de la personne soient déformés. • **Préciser qu'elle n'est pas obligée de répondre à toutes les questions**	• Nationalité • Âge • Travail : a déjà travaillé ou effectué une formation ? Dans quelle branche ? • Statut matrimonial • Si présence d'un conjoint : profession ? Travaille-t-il actuellement ? • Projets et perspectives individuelles et familiales (projets familiaux, professionnels, amicaux, …) • Religion ? Si oui, êtes-vous pratiquante ?

Grossesse et prise en charge		Protection sociale, conditions d'accès aux soins	Parcours migratoire
Prise en charge médicale •Pourriez-vous me parler de votre grossesse ? •Depuis quand êtes-vous enceinte ? Comment l'avez-vous appris ? •Est-ce votre premier enfant ? (nous l'aborderons plus tard) •Nous nous rencontrons parce que vous avez été prise en charge par la PASS, comment êtes-vous arrivée à la PASS ? •Comment ça se passe vos papiers à l'hôpital, pour les RDV ? •Etes-vous uniquement suivie à l'hôpital ? •Quel ressenti avez-vous de la prise en charge ? Comment jugez-vous la qualité de votre prise en charge ? •Est-ce que la prise en charge répond à vos besoins ? •Quelles relations avez-vous avec les soignants (confiance, satisfaite, difficulté de communication ?) Vous sentez-vous comprise ? Répondent-ils à toutes vos questions ? •Est-ce qu'il y a des gestes ou des mots qui vont ont choqué ou que vous avez apprécié ? •Comment faites-vous pour communiquer avec les professionnels ? (interprète ou tiers) •Vous faites-vous accompagnée lors de vos différents RDV (souvent, parfois, …)? Si oui, vous sentez-vous rassurée ? •Comment trouvez-vous le suivi ici par rapport à votre pays d'origine ? (comparaison)	**Les grossesses antérieures** •Avez-vous déjà des enfants ? •Comment se sont passé les grossesses et accouchements précédents ? Etait-ce en France, à l'étranger ? De quel suivi avez-vous bénéficié ? Etait-ce différent du suivi actuel ? •Avez-vous connu des fausses couches ou avortements ? **Concernant le dépistage prénatal** •Avez-vous réalisé des dépistages et diagnostics prénatals? (anomalies chromosomiques fœtales : trisomie, …) •Qu'en pensez-vous ? **Concernant les échographies** •Avez-vous déjà réalisé des échographies ? •Si oui : quel a été votre ressenti ? **Préparation à la naissance** •Avez-vous assisté à des séances de préparation à l'accouchement (au RLG, à la maternité)? •Si oui : quel a été votre ressenti ? **Accouchement et suites de couche** •Quand est-ce prévu ? •S'il a déjà eu lieu, comment s'est-il passé ? Comment cela se passe avec le nourrisson ? •Que pensez-vous de la péridurale ? de la césarienne ? •Redoutez-vous ou avez-vous redouté ce moment ? **Concernant l'allaitement** •Que pensez-vous de l'allaitement ? •Pensez-vous allaiter votre enfant ? •Avez-vous reçu des conseils relatifs à l'allaitement ? **Concernant le portage** •Qu'en pensez-vous ? •Allez-vous le pratiquer ? •Les soignants ont-ils parlé avec vous du portage ? **Concernant les comportements à risque :** •Avez-vous été sensibilisée aux dangers de la consommation de l'alcool et des autres drogues pendant la grossesse ? •Si oui, dans quel contexte ? Avez-vous des craintes, des peurs en lien avec la grossesse ? Ressentez-vous des difficultés dans le cadre de la grossesse ? [Faire rebondir, lui faire évoquer les solutions]	•Quelles démarches avez-vous réalisé ? •Avez-vous été aidée par des proches/compatriotes/assistante sociale ? •Quelles difficultés avez-vous rencontré ? **Environnement** **L'environnement social** •Pouvez-vous me parler de votre famille ? (présente en France, dispersée ?) •Etes-vous en contact avec votre famille dans votre pays d'origine ? •Vous sentez-vous soutenue par votre famille ? par vos amis ? •La grossesse a-t-elle eu un impact sur les relations familiales ? •Avez-vous des contacts, une famille, des amis, des connaissances en France ? (voir si c'est un entourage bienveillant ou pas, ne pas poser la question mais y être attentif) •Faites-vous partie d'une association, d'un groupe de parole ? **Le logement** •Où vivez-vous? (lieu, contexte) •Avec qui ? •Dans quelles conditions ? (nature du logement : CADA, foyer, chez un proche) •Quel était votre lieu d'habitation dans le pays d'origine, au cours de la migration et actuellement ? (statut : locataire, propriétaire, …) •Y-a-t-il eu des changements pendant la grossesse ? •La grossesse a-t-elle eu un impact sur vos conditions d'hébergement ? •Après l'accouchement, avez-vous eu une proposition de logement ? •Quel est votre statut actuellement ? (demandeur d'asile, réfugié, …)	•Est-ce que vous pouvez me raconter comment se passait la vie dans votre pays ? •Quelles conditions de vie aviez-vous dans votre pays ? •Pourquoi avez-vous fait le choix de partir ? •Etes-vous partie seule ? Si oui, pourquoi ? •Comment s'est passé le départ ? Quel itinéraire avez-vous pris ? •Comment avez-vous vécu cette migration ? •Quand êtes-vous partie ? Quand êtes-vous arrivée en France, à Rennes ? •Y-a-t-il eu des événements qui vous ont marqué au cours de ce voyage ? •Souhaitez-vous rester à Rennes ou continuer la migration (ailleurs en France ou à l'étranger) ? •Pour les femmes allophones : Avez-vous pris des cours de français ? Aimeriez-vous apprendre le français ? Avez-vous des difficultés pour accéder à des cours de français ?
Prise en charge sociale •Avez-vous un suivi avec une assistante sociale ? •Vous sentez-vous comprise, soutenue ? •Est-ce que cette prise en charge répond à vos besoins ?			**Conclusion** •Nous arrivons à la fin de l'entretien. Souhaitez-vous compléter ou aborder un autre sujet ? •Remercier la femme + interprète si présent •Récolter le point de vue de la patiente sur ce type d'interaction avec présence d'un interprète •Faire un point avec l'interprète à la fin de l'entretien
A l'extérieur de l'hôpital •Connaissez-vous les différentes structures locales pouvant vous aider ? (ex : RLG, …) •Y avez-vous eu recours ?			

Annexe 4 : Grille d'entretien à destination des professionnels.

Entretien n° :

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

Conditions de recrutement :

Entretiens antérieurs :

Conditions de l'entretien :

Introduction	Activité professionnelle et formations
• **Se présenter et présenter l'étude** : étudiante en Master de Santé Publique. Stagiaire dans le cadre du programme MIGSAN : étude sur les expériences des primo-arrivants et leurs trajectoires de soins dont la grossesse. • **Rappel de l'anonymat** • **Demander autorisation pour l'enregistrement** : rappeler qu'il ne sera pas diffusé, uniquement archivé pour la recherche et pour ne pas que les propos de la personne soient déformés. • **Préciser qu'il/elle n'est pas obligé(e) de répondre à toutes les questions**	• En quoi consiste votre travail ? Quelles sont vos principales tâches ? • Depuis combien de temps travaillez-vous (à la PASS, dans ce service, …) ? Quelles sont vos précédentes expériences ? • Quelle formation avez-vous pour pouvoir exercer dans ce domaine (formations universitaires, DU, professionnelles ou autres)?

Au sein du service	Intérêt et ressenti personnel pour la problématique des primo-arrivants en France	La prise en charge des femmes enceintes primo-arrivantes (s'appuyer sur des exemples précis, récents)	
- Pouvez-vous me décrire vos conditions de travail ? Sont-elles favorables selon vous ? - De qui est constituée l'équipe au sein de laquelle vous travaillez ? - Quelle est votre position hiérarchique au sein du service ? Qui est votre responsable ? Etes-vous responsable de certains agents ? - Quel est le public pris en charge dans ce service ? (caractéristiques socio-démographiques, couverture sociale, nationalités, …) - Parmi les personnes migrantes que vous rencontrez dans votre service, quels sont les statuts migratoires ? - Quelle est la proportion entre les étrangers et Français ? Quels types de questions cela suscite dans votre service ? - Comment se déroule la communication avec les patients non francophones ? - Quelles sont les évolutions du public que vous avez remarqué dans le service au fil des années? - Y-a-t-il des difficultés organisationnelles dans la prise en charge de ce public dans votre service ? - Quelles sont les structures avec lesquelles vous travaillez ? Quels sont leurs rôles ? Comment fonctionnent ces partenariats ?	- Comment a émergé chez vous la volonté de travailler auprès d'un public primo-arrivant ? - D'un point de vue extérieur à la sphère professionnelle, êtes-vous engagés en milieu associatif ou politique ? (à voir en fonction du contexte) - Selon vous, le contexte politique est-il favorable à la prise en charge de patients primo-arrivants ? - Face aux problématiques socio-économiques, culturelles et linguistiques de cette population, comment faites-vous face ? (ex : comment réagir quand on est face à une patiente sans ouverture de droits ? Sentiment d'être démuni ?) **Catégorisation de la part des soignants** - Plusieurs auteurs évoquent que les *« inégalités sociales qui marquent le suivi de grossesse sont en partie aggravées par les pratiques de soignants qui informent moins et moins bien les femmes des classes populaires, a fortiori étrangères. Les recommandations médicales nationales sont moins bien appliquées par les médecins pour les membres des classes populaires »* (Gelly, Pitti, 2016). Qu'en pensez-vous ?	-Comment ces femmes enceintes ont elles connaissance de votre service ? -Sont-elles accompagnées lors des différents RDV ? -Comment se déroule leur prise en charge ? Y-a-t-il des spécificités dans la prise en charge ? -Comment et par qui est suivi la grossesse en terme médical ? Y-a-t-il la mise en place d'un suivi social et/ou psychologique ? -Pensez-vous que les femmes enceintes primo-arrivantes ont des difficultés spécifiques ? -Au contraire, pensez-vous que la grossesse est un facteur protecteur ? (par ex accès simplifié au logement ?) -Pensez-vous que les stéréotypes ethniques sont encore présents lors de prise en charge de femmes enceintes primo-arrivantes ? -Une fois que l'accouchement a eu lieu, comment se déroule la sortie ? Y-a-t-il un suivi ? (cobien de temps après ?) -Y-a-t-il d'autres structures (associatives ou autres) qui interviennent pour accompagner ces femmes ? -Lorsqu'une femme sans logement accouche, comment se déroule la sortie ? Comment cela est perçu dans l'équipe ?	- Quelles sont les relations entre soignants et femmes enceintes ? - Quelle place est accordée aux familles ? - Des difficultés sont-elles ressenties par l'équipe face à ces situations complexes ? **Conclusion** Demander si la personne a quelque chose à ajouter à l'entretien Remercier

Annexe 5 : Affiche de présentation de l'étude aux femmes

Étude sur les trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes

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

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

Si vous l'acceptez votre participation consistera en une entrevue de 30 minutes à 1 heure avec une chercheure en sciences sociales
Contact (prénom) : (numéro de téléphone)

Cet entretien est gratuit et confidentiel

MIG SAN

Estudo sobre as trajetórias de cuidados de saúde das mulheres grávidas migrantes

- Você tem mais de 18 anos
- Você chegou há pouco tempo a França (menos de 12 meses)
- Você está grávida

Você pode participar no nosso estudo para perceber melhor o acesso aos cuidados de saúde durante a sua gravidez.

Se aceitar, a sua participação vai consistir numa entrevista de 30 minutos a 1 hora com uma investigadora em ciências sociais.

Contato (Ana) : (0033) 07 70 25 22 40

Esta entrevista é gratuita e confidencial

MIG SAN

5. Bibliographie

Adam, Christophe. 2013. « Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste ». *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, n° 36 (octobre): 44-51.

Akoka, Karen, Marine Carlier, et Solange de Coussemaker. 2017. « "Ce n'est pas une crise des migrants mais une crise des politiques d'hospitalité" ». *Revue Projet* 360 (5): 77-83. https://doi.org/10.3917/pro.360.0077.

Azria, Élie. 2015. « Précarité sociale et risque périnatal ». *Enfances Psy* N° 67 (3): 13-31.

Battaglini, Alex. 2002. « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes | Érudit | Service social v49 n1 2002, p. 35-69 | ». ERUDIT. février 2002. http://www.erudit.org/revue/ss/2002/v49/n1/006877ar.html.

Battaglini, Alex, Sylvie Gravel, L. Boucheron, M. Fournier, J Brodeur, C Poulin, S DeBlois, D Durand, C Lefèbvre, et B Heneman. 2002. « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes ». *Service social* 49 (1): 35-69. https://doi.org/doi:10.7202/006877ar.

Bouchaud, Olivier. 2007. « Prise en charge des migrants en situation de précarité ». *Laennec* Tome 55 (4): 48-58.

Chappuis, Marielle, Yannick Le Bihan, et Anne Tomasino. 2017. « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde ». *Apres-demain* N ° 42, NF (2): 3-5.

Cognet, Martine. 2017. « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques ». *Les cahiers de la LCD* N° 5 (3): 25-42.

Drouvin, Clothilde. 2018. « Femmes migrantes allophones : La maternité au travers de la diférence linguistique. Étude qualitative menée auprès de 7 femmes et 5 professionnels ». Diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Sage-Femmes de Rennes.

« Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissementsSituation et évolution depuis 2010 ». 2017. INSERM et DREES. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf.

Freedman, Jane. 2016a. « Mainstreaming Gender in European Immigration and Asylum Policy ». In *Towards Gendering Institutionalism: Equality in Europe in the New Millennium*, par H. Macrae et E. Weiner. Rowman and Littlefield.

———. 2016b. « Sexual and Gender-Based Violence against Refugee Women: A Hidden Aspect of the Refugee “Crisis” ». *Reproductive Health Matters* 24 (47): 18-26. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.003.

Gagnon, AJ. 2009. « Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. - Abstract - Europe PubMed Central ». Europe PubMed Central. 2009. http://europepmc.org/abstract/MED/19664869/reload=0;jsessionid=2nXhfFEv8kKyr5l6l5Ko.6.

Gayral-Taminh, M. 2005a. « Caractéristiques socio-démographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité ». 2005. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826675.

———. 2005b. « Caractéristiques socio-démographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité ». 2005. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826675.

Gelly, Maud, et Laure Pitti. 2016. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins ». *Agone - Histoire, Politique et Sociologie* 58: 7-18.

Gissler, M. 2009. « Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. - Abstract - Europe PubMed Central ». Europe PubMed Central. 2009. http://europepmc.org/abstract/MED/19096947.

Gissler, M., M. Malin, et P. Matveinen. 2006. « Terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut ». In *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut*, édité par M. Gissler, M. Malin, P. Matveteinen, M. Sarvimäki, et A. Kangasharju. Helsinki: Työpoliittinen tutkimus 296, Ministry of Labour.

Herschkorn-Barnu, Paule. 2017. *Bébé sapiens sdf avant même de naître : un impensable en périnatalité*. *Bébé sapiens*. ERES. https://www.cairn.info/bebe-sapiens--9782749256115-page-251.htm.

Hoyez, Anne-Cécile, Clélia Gasquet-Blanchard, et François Lepage. 2019. « Bodies at the crossroads between immigration and health ». In *Geohumanities and health*, par Sarah Atkinson et Rachel Hunt, Springer.

Lejeune, Catherine. 2008. « Précarité et prématurité ». *Journal de pédiatrie et de puériculture* 21 (8): 344-48.

Malin, M. 2009a. « Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. - Abstract - Europe PubMed Central ». Europe PubMed Central. 2009. http://europepmc.org/abstract/MED/19298682.

———. 2009b. « Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. - Abstract - Europe PubMed Central ». Europe PubMed Central. 2009. http://europepmc.org/abstract/MED/19298682.

Marchetti, Sabrina, et Ruba Salih. 2017. « Policing gender mobilities: interrogating the 'feminisation of migration' to Europe ». *International Review of Sociology* 27 (1): 6-24. https://doi.org/10.1080/03906701.2017.1303966.

Médecins du Monde. 2016. « Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en Europe 2016. L'accès aux soins des personnes confrntées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays ». Médecins du Monde - Réseau international. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-europe-2016.

———. 2018. « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France ». Médecins du Monde. https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/synthese-du-rapport-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2017.

Mélice, Anne. 2009. « Un concept lévi-straussien déconstruit : le « bricolage » ». *Les Temps Modernes* n° 656 (5): 83-98.

Mestre, Claire. 2017. « Naissance de l'hospitalité dans la langue ». *L'Autre* Volume 18 (3): 379-87.

Micheletti, Pierre. 2017. « La précarité à l'extrémité du gradient des inégalités sociales de santé: comprendre pour agir ». In *La santé des populations vulnérables*, par Christophe Adam, P. Faucherre, Pierre Micheletti, et P. Gérard, Ellipses, 31-41.

Morokvasic, Mirjana. 1984. « Birds of Passage are also Women... » *The International Migration Review* 18 (4): 886-907. https://doi.org/10.2307/2546066.

———. 2003. « Transnational Mobility and Gender: A View from Post-Wall Europe ». In *Crossing Borders and Shifting Boundaries: Vol. I: Gender on the Move*, édité par Mirjana Morokvasic, Umut Erel, et Kyoko Shinozaki, 101-33. Schriftenreihe Der Internationalen Frauenuniversität »Technik Und Kultur«. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-663-09529-3_6.

Paugam, Serge. 2008. « Les formes de la pauvreté en Europe ». *Regards croises sur l'economie* n° 4 (2): 8-18.

Pian, Anaïk, Anne-Cécile Hoyez, et Simona Tersigni. 2018. « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants ». *Revue europeenne des migrations internationales* Vol. 34 (2): 55-78.

Racape, J. 2010. « High perinatal mortality rate among immigrants in Brussels. - Abstract - Europe PubMed Central ». Europe PubMed Central. 2010. http://europepmc.org/abstract/MED/20478837.

Roulleau-Berger, Laurence. 2010. *Migrer au féminin*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.roul.2010.01.

Samusocial. 2017. « Rapport d'activité 2017 ». Samusocial de Paris. https://www.samusocial.paris/publications.

Saurel-Cubizolles, Marie-Josèphe, M. Saucedo, N. Drewiak, Béatrice Blondel, et M.H. Bouvier Colle. 2012. « Santé périnatale des femmes étrangères en France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* Santé et re-cours aux soins des migrants en France (2-4): 30-34.

Sauvegrain, Priscille. 2012. « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins - Cairn.info ». CAIRN. 2012. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=REMI_282_0081.

Sauvegrain, Priscille, Zelda Stewart, Clémentine Gonthier, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Monica Saucedo, Catherine Deneux-Tharaux, et Elie Azria. 2017. « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées / access to prenatal care and maternal health od immigrant women in France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 19_20: 7.

Schen, Cathy R. 2005. « When mothers leave their children behind ». *Harvard Review of Psychiatry* 13 (4): 233-43. https://doi.org/10.1080/10673220500243380.

RAPPORT DE TERRAIN

LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES RÉCEMMENT ARRIVÉES EN FRANCE.

APPROCHE COMPARATIVE RENNES - STRASBOURG.

Conduit dans le cadre de l'ANR MIGSAN « Migrations et santé : expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France ».

GASQUET-BLANCHARD Clélia

HOYEZ Anne-Cécile

MILLOT Ana

Résumé :

Ce rapport a pour objectif d'analyser, au travers une recherche qualitative, les spécificités de la prise en charge des femmes migrantes récemment arrivées en France. L'étude se déploie dans deux PASS gynéco-obstétriques (Rennes et Strasbourg), dans la volonté de prendre en compte les situations des femmes et des professionnels à l'échelle locale. L'objectif de la comparaison est de pouvoir mettre en perspective les fonctionnements des mêmes services publics dédiés aux publics précaires qui évoluent dans des formes de prises en charge qui diffèrent en raison des spécificités locales.

Ce rapport aborde à la fois le contexte de vie en migration des femmes dans le cadre de leur grossesse ainsi que les conditions d'exercice des professionnels qui les prennent en charge. Il s'inscrit dans le cadre des activités du programme de recherche MIGSAN « Expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France » (voir encadré 1). Il a été mené entre avril 2018 et avril 2019 par Ana Millot (diplômée du M2 « Promotion en Santé et Prévention» de l'EHESP et formée initialement aux soins infirmiers), Clélia Gasquet-Blanchard (MCF en géographie à l'EHESP), Anne-Cécile Hoyez (CR CNRS à l'UMR ESO/Université Rennes 2), en étroite collaboration avec les équipes des deux PASS.