



Prise en charge des femmes migrantes logées en hôtel social, par les sages-femmes, dans les maternités d'Ile-de-France

Nikita Maucotel

► To cite this version:

Nikita Maucotel. Prise en charge des femmes migrantes logées en hôtel social, par les sages-femmes, dans les maternités d'Ile-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03419732

HAL Id: dumas-03419732

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03419732>

Submitted on 8 Nov 2021

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.

ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE

**Prise en charge des femmes migrantes logées en
hôtel social, par les sages-femmes, dans les
maternités d’Ile-de-France**

MAUCOTEL Nikita

Directeur de mémoire : Mme Nathalie

BANEUX Année Universitaire 2020-2021

Avec la participation du Réseau SOLIPAM

REMERCIEMENTS

À Nathalie Baneux, bien sûr, d'avoir cru en ce projet, pour son soutien, sa bienveillance et sa disponibilité sans failles.

Au réseau SOLIPAM et tout particulièrement à Clélia de nous avoir permis de travailler sur un sujet passionnant, pour le temps consacré, l'accueil chaleureux, leurs conseils et leurs encouragements accompagnés d'une gentillesse extraordinaire.

Aux sages-femmes, d'avoir accepté de participer à cette enquête, leurs disponibilités et leurs encouragements.

Tout particulièrement aux femmes et couples qui ont accepté de me rencontrer, pour ces entretiens d'une immense richesse et à tous ceux qui ont croisé mon chemin au cours de ces quatre années, motivé ce choix de sujet, et qui ont fait de ces études une succession d'expériences humaines incroyables.

Table des Matières

REMERCIEMENTS	
PREAMBULE.....	1
Première partie : Contexte théorique.....	4
I. Les femmes migrantes en Ile de France	4
1- Les migrants, une catégorie homogène ?	4
2- Femmes migrantes en situation de grande précarité en Ile-de-France	5
3- La résidence en hôtels sociaux.....	7
4- Les réseaux de santé en périnatalité en île de France.....	8
II. La santé des parturientes migrantes en situation de grande précarité en Ile de France	9
1- La place des parturientes migrantes précaires dans les maternités d’Ile-de-France	9
2- La morbi-mortalité des femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité	10
3- La santé perçue des femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité	11
4- La grossesse : situation permettant l’accès à un nouveau statut social ?	12
III. Accompagnement du suivi prénatal par les sages-femmes	13
1- Le suivi de grossesse et de l’accouchement différent selon le pays de naissance	13
2- Représentations, besoins et attentes des femmes migrantes en situation de grande précarité vis-à-vis des sages-femmes	15
3- Représentations et pratiques des sages-femmes concernant les femmes migrantes en situation de grande précarité	18
Deuxième Partie : Méthodologie et résultats de l’enquête	21
I. Méthodologie de l’enquête :	21
1. Objectifs de l’enquête.....	21
2. Hypothèses	21
3. Type d’étude et population cible	21
4. Déroulement de l’étude	22
5. Outil d’enquête.....	22
6. Considérations éthiques et réglementaires	23
II. Données de l’enquête	23
1. Caractéristiques des populations interrogées	23
A- Les femmes migrantes.....	23
B- Les sages-femmes	23

2.	L'hébergement et les conditions de vie.....	24
A.)	Selon les femmes migrantes.....	24
1.)	L'hébergement d'urgence	24
2.)	Localisation de l'hôtel social et ses conséquences sur la grossesse	24
3.)	Opinion sur l'hébergement.....	25
B.)	Selon les sages-femmes.....	26
1.)	L'hébergement d'urgence	26
2.)	Localisation de l'hôtel social et ses conséquences sur la grossesse	26
3.)	Opinion sur l'hébergement.....	28
3.	Le suivi de grossesse.....	30
A.)	Du point de vue des patientes.....	30
1.)	La grossesse, en 2 ^{ème} ligne des préoccupations ?	30
2.)	L'accueil d'un nouveau-né dans un contexte de grande précarité	30
3.)	Le suivi de grossesse en maternité	31
B.)	Du point de vue des sages-femmes	33
1.)	La grossesse en 2 ^{ème} ligne des préoccupations ?	33
2.)	Le suivi de grossesse en maternité	34
4.	L'accompagnement par les sages-femmes	38
A.)	Selon les patientes	38
1.)	Sentiment d'incompréhension ?	38
2.)	Axes d'amélioration	38
B.)	Selon les professionnelles de santé	39
1.)	Les sages-femmes prenant en charge ces femmes en situation de grande précarité comprennent-elles réellement leur situation ?	39
2.)	Que souhaitent améliorer les sages-femmes dans leur prise en charge ?	40
Troisième partie : Analyse et discussion		42
I.	Les limites et les apports de l'enquête.....	42
II.	Analyse des résultats	43
1.)	La population incluse est-elle représentative des « femmes en situation de grande précarité » ?....	43
2.)	La connaissance des sages-femmes sur les conditions de vie des patientes.....	43
3.)	Quelle vision de leurs conditions de vie ont les patientes ?	44
4.)	Les conséquences de ces conditions de vie sur une grossesse et son suivi, d'après les sages-femmes	44
5.)	Les conséquences de leurs conditions de vie sur la grossesse et son suivi, d'après les femmes migrantes.....	46

6.) Comment instaurer un climat de confiance ?	47
7.) Axes d'amélioration selon les patientes	47
8.) Une relation de soin divergente en fonction du lieu d'exercice ?	47
III. Propositions d'amélioration	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES :	56
Annexe I : Enquête DSAFHIR.....	56
Annexe II : Illustration du suivi prénatal inadéquat	57
Annexe III : Grille d'entretien.....	58
Annexe IV : Note d'informations pour les entretiens	62
Annexe V : Proposition de plaquette d'aide à l'orientation des femmes en situation de grande précarité en Ile-de-France	63
RESUME	66
ABSTRACT	67

PREAMBULE

En 2017, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), liée à l'Organisation des Nations Unies (ONU) dénombrait 258 millions de migrants internationaux à travers le monde, en augmentation de 60% par rapport à 1990 (1). En 2018, 6,5 millions d'immigrés vivaient en France d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), soit 9,7 % de la population totale.

Jusqu'au milieu des années 1970, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins, comblant les besoins de main-d'œuvre nés de la reconstruction d'après-guerre, puis de la période des Trente Glorieuses. En 1974, dans un contexte économique dégradé, un frein est mis à l'immigration de travail et l'immigration familiale se développe. Depuis cette date, la part des femmes dans les flux d'immigration est croissante, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non. En 2018, 52 % des immigrés sont des femmes, parmi lesquelles se trouvent des femmes enceintes ce qui engendre plusieurs problématiques (2). Ainsi, à l'anxiété générée par la migration et aux potentielles violences rencontrées lors du parcours, vient s'ajouter la vulnérabilité inhérente à la grossesse, exposant ces femmes à de très hauts risques, tant sur le plan médical que psychosocial.

De par leur localisation géographique, certaines maternités d'Ile-de-France sont amenées à recevoir davantage une patientèle composée de femmes et de familles d'origine étrangère, récemment immigrées, qui vivent souvent dans des conditions de précarité plus ou moins importantes. Au moment où ces femmes viennent accoucher, elles rencontrent de nombreux professionnels de santé : sages-femmes, obstétricien(ne)s, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s et auxiliaires de puériculture, généralement formés en France, et appliquant les méthodes de prise en charge de la gynécologie et de l'obstétrique issues de cette formation. Or, ce sont justement les modalités de cette prise en charge qui semblent être au cœur de certaines difficultés que nous rencontrons dans l'exercice de nos professions.

L'accueil et la prise en charge de ces parturientes est donc devenu un enjeu majeur, tant sur le plan politique que sur le plan de la santé publique.

Au cours de mes stages, j'ai été confrontée à des situations mettant en jeu cette dualité : des professionnels de santé d'une part, et une parturiente migrante de l'autre. Doit alors se créer une relation de confiance, un lien, afin d'offrir une prise en charge optimale pour la patiente. L'instauration de cette relation est fréquemment rendue compliquée par les circonstances, notamment lorsque la femme enceinte est migrante, arrivée depuis peu en France, ne parlant pas

toujours français, amenant avec elle son passé médical, social et psychologique, parfois très lourd, ainsi qu'une situation de (grande) précarité en France.

En tant qu'étudiante, et donc avec un œil extérieur, j'ai pu remarquer parfois un manque de symbiose entre les parturientes migrantes en situation de grande précarité et l'équipe soignante ; lequel peut se traduire par un certain déficit d'explication, de patience, de tact parfois, de la part des professionnels de santé, et/ou par un manque de communication, d'investissement de la part des patientes. Il existe, d'après moi, une mise à distance, néfaste pour une prise en charge optimale. Est-ce par manque de temps ? Par peur de ne pas pouvoir aider ? Peur de l'inconnu ? Il paraît peu probable que ce soit un simple désintérêt. A l'arrivée d'une telle parturiente migrante, nous faisons venir le médecin pour le versant médical, une psychologue pour le soutien psychologique si la dame le souhaite, et une assistante sociale pour le versant administratif et social. Les femmes rentrent, en d'autres termes, dans une sorte de protocole multidisciplinaire. Les rendez-vous et intervenants se succèdent, sans point de repère.

Toute femme migrante en situation de grande précarité suit le même chemin en arrivant à la maternité. Le suivi n'est donc pas personnalisé, alors que chaque situation est bien différente et nécessiterait une attention particulière.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai donc voulu travailler sur la prise en charge de cette population : les femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité sociale, administrative, économique..., et plus précisément, logées par le 115.

Au cours de cette étude, j'ai souhaité comprendre pourquoi nous (professionnels de santé) n'arrivons pas toujours à offrir à ces patientes une prise en charge adaptée, adéquate à leur situation et besoins particuliers. Je souhaitais comprendre ce que ces femmes vivaient, leurs attentes, savoir si elles étaient satisfaites de leur prise en charge dans les maternités d'Ile-de-France, si elles avaient l'impression qu'on s'occupait d'elles différemment. Leurs préoccupations étaient-elles focalisées autour de leur grossesse ? Etaient-elles capables d'investir, autant qu'elles le voudraient, ces 9 mois particuliers ? J'espérais, en les interrogeant, trouver ce dont elles ont besoin durant leur grossesse en arrivant sur le territoire, afin d'adapter et proposer une prise en charge optimale par les sages-femmes.

Je souhaitais approfondir le versant sociologique de la prise en charge de ces femmes migrantes, afin d'évaluer qualitativement leur état de santé, leurs besoins et demandes en prénatal, dans l'objectif d'y répondre au mieux dans notre profession de sage-femme.

La question initiale de ce travail est, par conséquent : En quoi les sages-femmes des maternités d'Ile-de-France peuvent répondre aux besoins et attentes non obstétricaux des parturientes migrantes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social ?

Pour documenter cette question, la revue de littérature s'intéresse dans un premier temps à la connaissance de la population des femmes migrantes en Ile-de-France. Puis, nous avons exploré les données existantes concernant la santé de ces parturientes migrantes en situation de grande précarité, ainsi que l'accompagnement de leur suivi prénatal par les sages-femmes.

Nous pourrions alors nous demander de quelle manière les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, essentiel à la prise en charge optimale des femmes migrantes enceintes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social, en Ile-de-France. Nous avons formulé deux hypothèses :

- les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, avec les femmes migrantes enceintes, en personnalisant la prise en charge
- cette prise en charge personnalisée n'est possible que si les sages-femmes connaissent précisément la situation de vie de chaque patiente.

Ce Mémoire présentera ensuite l'enquête qualitative conduite durant l'automne 2020 auprès de patientes prises en charge par le réseau SOLIPAM et de sages-femmes. Dans la dernière partie, nous analyserons les résultats de cette enquête, et les discuterons au regard des données des études scientifiques, avant de présenter quelques propositions pour la prise en charge des sages-femmes.

Première partie : Contexte théorique

I. Les femmes migrantes en Ile de France

Il s'agira ici d'expliquer quelle est cette population et particulièrement sa situation socio-administrative en Ile de France. Nous nous pencherons également sur les structures et réseaux mis en place sur ce territoire pour les femmes migrantes.

1- Les migrants, une catégorie homogène ?

Rappelons dans un premier temps les différences entre une personne « migrante », « immigrée » et «étrangère ».

En France, les institutions d'études statistiques ne connaissent pas la catégorie « migrants » ; elles définissent comme « immigrée » une personne née non-française, à l'étranger (3) _ ce qui exclut les Français nés à l'étranger et inclut les migrants qui ont acquis la nationalité française (2).

La population dite « étrangère » regroupe des personnes qui ont indiqué une nationalité autre que française.

Ces définitions sont à différencier de celle d'un « clandestin », personne issue d'une immigration illégale. En effet, il s'agit ici d'une entrée illicite ou discrète sur un territoire national étranger sans avoir réalisé les formalités attendues¹.

Un « migrant » (terme non reconnu juridiquement en France comme par l'ONU) peut donc être un «immigré » (mais pas forcément), « étranger » ou non, arrivé en France clandestinement ou légalement... Nous ne pouvons donc pas parler de « catégorie homogène » (4).

Nous pouvons décliner plusieurs catégories de « migrants », de par leur origine, leur sexe, leur âge ou encore niveau de formation²; mais également, selon leur statut administratif à leur arrivée en France.

En 2018, 6,5 millions d'immigrés vivent en France, soit 9,7 % de la population totale. 2,4 millions d'immigrés (soit 37 % d'entre eux) ont acquis la nationalité française. La population étrangère

¹ Il n'existe pas, au niveau international, de définition juridique universellement acceptée pour les personnes qui quittent leur pays d'origine pour tenter d'aller vivre dans un autre pays, qu'elle qu'en soit la raison.

² Comme exemple de l'hétérogénéité de cette catégorie : 63 % des immigrés entrés en France en 2012 sont au moins titulaires d'un diplôme de niveau baccalauréat ou équivalent, et un quart est sans diplôme.

vivant en France s'élève à 4,8 millions de personnes, elle se compose de 4,1 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,7 million de personnes nées en France de nationalité étrangère (2).

Cette même année, l'INSEE affirme que 46,1 % des immigrés vivant en France sont nés en Afrique et 33,5 % sont nés en Europe.

Huit immigrés sur dix résident dans des grands pôles urbains. En particulier, 38 % des immigrés (2,2 millions de personnes) habitent dans l'aire urbaine de Paris (5).

2- Femmes migrantes en situation de grande précarité en Ile-de-France

La part des femmes dans les flux d'immigration est croissante, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non. En 2018, 52 % des immigrés sont de sexe féminin, alors qu'il ne s'agissait que de 44 % d'entre eux en 1975 (2).

Comme le montre l'enquête Trajectoires et Origines (TeO) de l'INED, la féminisation de la population immigrée ne vient pas seulement du regroupement familial. Les courants migratoires les plus féminisés sont ceux dans lesquels les femmes célibataires ou pionnières sont les plus nombreuses (3).

Parmi ces femmes bien sûr, un certain nombre (non recensé) sont enceintes. L'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) affirme en 2017 qu'en effet, près d'une naissance sur cinq (soit 19 %) est de mère immigrée en France (hors Mayotte) (6).

Les femmes enceintes en situation de migration vont être souvent exposées à une vulnérabilité multiple et sont le plus souvent contraintes de vivre dans une quasi invisibilité du fait des difficultés de régularisation sur le sol français. La plupart d'entre elles vont alors vivre un quotidien précaire avec, comme conséquence, une possibilité de projection très réduite tout en les exposant à des abus et des violences de toutes sortes (escroqueries, chantages, exploitation sexuelle, agressions physiques et morales notamment) (7) (8).

Les femmes migrantes sont confrontées en France à une politique, une législation³ et des pratiques administratives, qui imposent des conditions très restrictives à l'entrée et à l'installation,

³ Le principal texte est l'ordonnance du 2 novembre 1945, plusieurs fois modifiée en fonction de l'évolution des politiques migratoires et donc de la législation. Cette ordonnance est complétée par des décrets et des circulaires d'application, émanant généralement du Ministère de l'Intérieur. Depuis 1986, tous les gouvernements ont promulgué des textes concernant l'immigration, l'asile ou la nationalité, soit un total de 21 lois en 32 ans (9).

contraignant un grand nombre d'entre elles à survivre dans une situation de non droit et de grande précarité, celle de « sans-papiers » (7).

L'enquête DSAFHIR⁴ va permettre de fournir quelques chiffres concernant ces femmes, particulièrement compliqués à obtenir. L'échantillon des femmes interrogées dans l'enquête DSAFHIR comprend toutes les femmes migrantes hébergées en hôtel social 115, dans le cadre d'un dispositif de mise à l'abri, et qui sont âgées d'au moins 18 ans, en 2017.

Cette enquête repose sur un nombre total de 469 femmes qui présentent un profil particulier lié à la structure de la population logée à l'hôtel : sont surreprésentées les femmes qui peinent à accéder à un statut légal sur le territoire (10). La moitié d'entre elles est arrivée en France depuis plus de 4 ans. 35% viennent d'Afrique de l'Ouest, 21% d'Afrique centrale et de l'Est, 14% du Maghreb, Afrique du Nord et Proche-Orient et une minorité d'Europe de l'Est, de Roumanie, Bulgarie et autres. Parmi elles, 41% n'ont pas de titre de séjour, elles ne sont que 9% à être demandeuses d'asile. Un tiers n'a aucun revenu, 20% a moins de 100 euros de ressources mensuelles et un tiers a entre 100 et 500 euros mensuels. Les trois quarts ont l'AME (Aide médicale d'État) ou la CMU (Couverture maladie universelle) et 17% n'ont aucune couverture sociale (10) (*annexe I*).

Leur niveau de scolarité est assez élevé : 14% n'ont pas été scolarisées, 24% ont le baccalauréat et 18% ont eu accès à l'enseignement supérieur.

Concernant leur statut marital, 52% résident avec leur conjoint et 7%, tout en ayant un conjoint, ne résident pas avec lui. Enfin, 41% ne sont pas en couple (10).

La question de la grossesse et/ou d'enfants à charge n'a pas été évoquée par l'enquête DSAFHIR. Sur les 469 femmes interrogées, la moitié a migré entre 21 et 30 ans. Le motif de départ le plus fréquemment évoqué est « pour ma sécurité et celle de ma famille » (pour 56% des répondantes) (10).

Ces données peuvent être confrontées à celles recueillies par l'INSEE lors de son enquête annuelle de recensement (de 2004 à 2012), qui affirme que toutes origines confondues, plus de la moitié des 5,8 millions d'immigrés entrés en France en 2012 et âgés de plus de 20 ans déclarent vivre en couple l'année de leur arrivée (57 %). De plus, un quart des immigrés âgés de plus de 20 ans et arrivés en France en 2012 déclarent vivre en couple avec enfant _ début 2013 _ et 2 % sont le parent d'une famille monoparentale (11).

⁴ Centre de Recherche de l'Institut de Démographie de l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne/Observatoire du Samusocial de Paris.

3- La résidence en hôtels sociaux

Une autre problématique s'impose à ces femmes migrantes très précaires dès leur arrivée : le logement.

En France, 40% des sans domicile (en situation d'hébergement, en abri de fortune, à l'hôtel, etc.) sont des femmes ; parmi lesquelles 5% sont sans abri. En revanche, il n'existe aucun chiffre national sur le nombre de femmes migrantes enceintes confrontées au mal-logement ou à la rue ; mais elles seraient de plus en plus nombreuses (12).

Nous parlerons ici davantage d'hébergement que de logement⁵, il est important de distinguer les deux : dans le cas de l'hébergement, il n'y a aucun titre d'occupation et les bénéficiaires ne paient pas de loyer. Ces personnes ne bénéficient pas des protections et des droits des locataires ; la fin de l'hébergement peut alors être ordonnée par les responsables du centre d'hébergement à tout moment, ce qui rend la solution instable et provisoire (13).

En 2019, 120 000 places sont ouvertes tous les jours dans diverses structures d'hébergement en France. Il existe, dans le dispositif généraliste francilien, trois types d'hébergement : celui d'urgence, avec une durée d'hébergement la plus courte possible, celui dit « de stabilisation » et celui d'insertion (14).

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons uniquement à l'hébergement d'urgence en hôtels sociaux, ceux accessibles par « le 115 ». Conçu pour les personnes isolées, le dispositif d'hébergement d'urgence en centre collectif est inadapté aux familles. Le recours à l'hôtel s'est alors développé et le Samu social de Paris travaille avec plus de 600 hôtels en Ile-de-France, les trois-quarts étant à Paris intra-muros(15).

Le Samu social est sectorisé selon la domiciliation administrative de la personne, qui doit dépendre du département de la plateforme téléphonique. Si la personne ne dispose d'aucune domiciliation administrative, l'opérateur va s'appuyer sur le lieu de prise en charge : suivi social, médical... Cette extension géographique posera une nouvelle problématique aux femmes enceintes migrantes, qui sera la distance entre le lieu d'hébergement et le lieu de prise en charge médicale.

⁵ Dans le cas du logement, les locataires (le logement est aussi celui d'un propriétaire) ont un statut d'occupation (bail ou contrat de résidence) avec des droits et des devoirs. Les personnes paient un loyer et peuvent si besoin, bénéficier des aides personnalisées au logement versées par la caisse d'allocation familiale.

Une étude s'est intéressée aux conditions de logement des nouvelles migrantes : Elipa⁶. Elle porte sur les signataires (en 2009) du contrat d'accueil et d'intégration, interrogés dans le cadre de l'Enquête Longitudinale sur l'Intégration des Primo-Arrivants (« Elipa ») et s'intéresse plus particulièrement aux conditions de logement selon le sexe. En 2010, les femmes étaient plus nombreuses à vivre dans un logement personnel : 75 % contre 65 % des hommes.

Or, les conditions de logement sont aussi liées à la structure familiale : les couples sont mieux logés en moyenne que les personnes seules ou les familles monoparentales (16).

Il est néanmoins compliqué d'obtenir des chiffres concernant les femmes enceintes : en 2016, le Samu social de Paris hébergeait 199 femmes enceintes de plus de trois mois. En 2015, plus de 1200 enfants sont nés en région parisienne dans une famille hébergée par le 115 (12).

4- Les réseaux de santé en périnatalité en île de France

Afin de pallier à cette difficulté d'accès à un logement (entre autres), il existe sept réseaux de santé en périnatalité en Ile-de-France, dont les missions et acteurs sont divers et variés⁷. Nous présenterons un réseau en particulier œuvrant sur Paris intra-muros, ses missions ciblant les femmes en situation de précarité.

Fondé en 2006 par le Professeur Dominique Mahieu Caputo, **SOLIPAM (Solidarité Paris Maman)** est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France⁸.

Les femmes prises en charge par ce réseau sont dans une situation de précarité globale, qui rend l'accès aux soins difficile. L'objectif principal de SOLIPAM est ainsi d'orienter ces femmes vers des parcours de soins plus accessibles, gratuits : les centres de PMI (Protection maternelle et infantile), les bons PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) ou encore des associations. SOLIPAM tente, de plus, de faciliter leur inscription et leur suivi global dans les maternités : prise

⁶ Enquête statistique sous la responsabilité du DSED (Département des statistiques, études et documentation) : service statistique ministériel de la Direction générale des étrangers en France (DGEF), au ministère de l'Intérieur.

⁷ Le réseau périnatal du Val d'Oise (RPVO), le réseau Périnatal Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (MYPA), le réseau Périnat 92, le RPSOF : Réseau Pédiatrique du Sud-Ouest Francilien (91, 92 et sud 77), Naître dans l'Est Francilien (NEF), Réseau de Santé en Périnatalité Parisien (RSPP), le Réseau Périnatal du Val de Marne (RPVM) et le réseau Périnat IF Sud. La plupart de ces réseaux sont constitués selon la loi du 1er juillet 1901 sur les associations et leurs missions/ actions s'inscrivent dans le cadre du cahier des charges relatif aux réseaux de santé en périnatalité (circulaire du 3 juillet 2015) (17).

⁸ Les membres fondateurs du réseau sont le Centre d'action Sociale Protestant, le Groupement d'Intérêt Public SamuSocial de Paris, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et la Direction de la Famille et de la Petite Enfance de la Ville de Paris.

en charge sociale, ouverture des droits sociaux et accompagnement psychologique si nécessaire (18).

En 2018, le nombre total de femmes incluses dans le réseau s'élevait à 607 pour 1373 demandes (les demandes directes des familles n'aboutissent pas forcément à une inclusion dans le réseau mais à des orientations adaptées). Parmi la population incluse, 71% sont sans couverture sociale et respectivement 11.4% et 14.8% ont bénéficié de la CMU-C ou de l'AME (19).

Concernant l'hébergement, 88.5% des familles incluses dans le réseau ont connu entre 1 et 5 hébergements en 2018, et 5.5% des femmes ont subi plus de 7 changements d'hébergements en 2018. « A noter que la plupart des changements d'hébergement se font en anténatal avec en général un changement d'hébergement après la sortie de maternité du fait du changement de composition familiale avec l'arrivée du nouveau-né » (2018, 17) (19).

En 2018, 45,2% des familles ont connu de 1 à 2 hébergements dans l'année ? Et ont pu voir leur situation d'hébergement stabilisée avant la naissance de leur enfant.

II. La santé des parturientes migrantes en situation de grande précarité en Ile de France

Après avoir décrit d'une manière générale les femmes migrantes enceintes en Ile de France, ainsi que leur statut administratif et social, nous nous attarderons sur leur état de santé : existe-t-il un lien entre les deux ? Nous verrons dans un premier temps la place des parturientes migrantes dans les maternités, la morbi-mortalité de cette population en situation de grande précarité, ainsi que le lien entre les deux facteurs ? Enfin, nous chercherons à déterminer si la grossesse permet l'accès à un nouveau statut social. Cependant, si de nombreuses études traitent de la santé des personnes en situation de précarité, ou en situation irrégulière, ou des femmes migrantes, ces différentes situations ne se recoupent pas : les chiffres sont à interpréter en fonction de la catégorie prise en compte.

1- La place des parturientes migrantes précaires dans les maternités d'Ile-de-France

La proportion des femmes migrantes étant en augmentation sur le territoire français et en particulier en Ile de France, le nombre de femmes enceintes parmi ces dernières est très certainement susceptible de suivre la même évolution.

Cette évolution est confirmée par les résultats des enquêtes nationales périnatales : « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010 » (coordonnées par l'Inserm, la Direction

Générale de la Santé et la DREES), dont le but était d'étudier l'évolution des principaux indicateurs décrivant la santé, les pratiques médicales et les facteurs de risque en France.

Un échantillon de toutes les naissances pendant une semaine a été constitué en 1995, 1998, 2003 et en 2010 puis des comparaisons ont été réalisées entre chaque année étudiées. Depuis 1998, la part des femmes de nationalité étrangère a augmenté (20). Nous n'avons, en revanche, pas de donnée sur les femmes « immigrées » au sens strict. Nous pouvons néanmoins avoir une idée de ce nombre croissant au vu du rapport d'activité de SOLIPAM. En 2018, ce réseau en périnatalité recevait 1373 demandes de prise en charge contre 488 en 2011 (19).

L'enquête « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010 », développe une partie concernant les femmes en situation précaire _ mais pas nécessairement migrantes _, plus précisément leur état de santé et leur surveillance prénatale, suivant leur situation et celle du ménage par rapport à l'emploi. Les résultats montrent que, pour la majorité de ces femmes, le suivi prénatal des six premiers mois a été principalement effectué par un professionnel de santé travaillant dans le secteur public, à l'hôpital ou à la PMI. En parallèle, 80,7 % d'entre elles ont accouché dans un CHU ou un centre hospitalier public, et seulement 14,5 % dans un établissement privé à but lucratif ⁹. Une nouvelle fois, ces chiffres concernent les femmes en situation de précarité en général et pas uniquement les femmes migrantes. Néanmoins, ces femmes étant la plupart du temps en situation de grande précarité, les chiffres les concernant doivent s'en rapprocher.

2- La morbi-mortalité des femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité

Le lien entre les indicateurs de précarité socio-économique et de santé maternelle et périnatale, est étudié depuis plus de 15 ans. Les indicateurs utilisés varient malgré tout d'une étude à l'autre : absence de couverture sociale, caractéristiques maternelles (âge, absence de partenaire ou isolement), ressources insuffisantes ou absentes, difficultés de logement, addictions. De plus, le suivi de grossesse tardif ou irrégulier est parfois étudié comme conséquence de la précarité ou comme caractéristique pour son repérage. (22,23).

Dans l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2016¹⁰, les auteurs concluaient que des ressources provenant de l'aide publique, ou l'absence de ressources, constituaient un facteur de risque d'issue de grossesse défavorable ; avec un nombre de consultations prénatales moindre, et plus d'hospitalisations prénatales, d'accouchements prématurés et d'enfants de petit poids de naissance (21).

⁹ À titre de comparaison, au sein des ménages dans lesquels au moins l'un des partenaires avait un emploi en fin de grossesse, 24,9 % des femmes ont accouché dans une maternité du secteur privé (21).

¹⁰ INSERM, DGS, DGOS, DREES, EPoPé, SPF.

En utilisant le score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé), en 2012, une association plus fréquente de diabète gestationnel, d'hypertension gravidique, de retard de croissance in utéro et d'anémie chez les femmes en situation de précarité importante (présentant un score supérieur ou égal à 30,7) a été démontrée (24). Elles étaient aussi plus nombreuses à fumer et à avoir eu moins de 7 consultations prénatales. Le jeune âge, un moindre niveau d'étude, le surpoids et l'obésité sont des facteurs en faveur d'une situation précaire.

Ces données concernent cependant des femmes ayant peu de ressources, nous n'avons pas de données sur les femmes migrantes parmi elles.

Concernant l'impact des situations de précarité de femmes migrantes en Europe, sur la mortalité maternelle, plusieurs aspects ont été soulignés dans une revue de littérature en 2015 (25). Cet article mentionne plusieurs études en Europe, lesquelles montrent un sur-risque pour les populations migrantes, notamment originaires d'Afrique Sub-saharienne. C'est le cas notamment d'une étude réalisée en France métropolitaine, basée sur des cas-contrôle : un total de 267 cas (morts maternelle en post-partum) entre 1996 et 2001 ont été inclus et 186 contrôles (femmes ayant accouché en 1998). L'étude a différencié deux facteurs explicatifs de ce sur-risque : les caractéristiques individuelles des femmes, mais aussi les facteurs liés aux services de soins reçus. Les femmes d'Afrique subsaharienne présenteraient un risque de décès 5,5 fois supérieur aux femmes françaises (26). Entre 1990-1994 et 2000-2002, le taux de mortalité maternelle des femmes françaises a chuté de 35%, alors que ce taux chez les femmes de nationalité non européenne a chuté de 9% uniquement.

L'ensemble de ces enquêtes met en lumière le fait que les femmes en situation de précarité présentent des facteurs de risque périnataux importants, engendrant des conséquences non négligeables sur le plan obstétrical. Les femmes migrantes auxquelles s'intéresse ce mémoire, étant en situation de précarité, ces données pourraient donc s'appliquer à elles.

3- La santé perçue des femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité

Il semble néanmoins important de souligner le point de vue des femmes, c'est-à-dire leur santé perçue durant leur grossesse dans le pays d'accueil. La migration est un événement inscrit dans un contexte historique, politique, économique, mais aussi une histoire personnelle.

L'enquête DSAFHIR auprès des femmes migrantes, mais non forcément enceintes, de plus de 18 ans, hébergées en hôtel social par le 115, s'intéresse à cette santé perçue et aux violences subies. Parmi la totalité des femmes interrogées en 2017 (469), 75% déclarent avoir été exposées à une forme de violence « assez grave » ou « très grave » au cours de leur vie. Parmi elles, 44% déclarent y avoir été exposées dans leur pays d'origine, 16% au cours du trajet migratoire et 46% en France. Par ailleurs, 44% des femmes interrogées déclarent avoir une santé physique (et 61% une santé psychologique) :

«moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise ». Quelle que soit la gravité ressentie de ces violences, elles sont corrélées avec une représentation de leur état de santé plus mauvais.

Cette enquête menée auprès de femmes majeures hébergées dans un hôtel dans le cadre d'un dispositif de mise à l'abri, nous informe également que l'hébergement à l'hôtel expose à des violences. En effet, 4% des répondantes rapportent des violences perpétrées par des hôteliers ou des résidents.

En tout, les trois quarts des femmes hébergées à l'hôtel et enquêtées, déclarent avoir subi au moins une violence au cours de leur vie et se sentent souvent en mauvaise santé. Ces violences n'ont pas forcément lieu pendant le trajet de migration, mais sont plus largement liées à l'ensemble du processus migratoire (10).

4- La grossesse : situation permettant l'accès à un nouveau statut social ?

Après avoir conclu d'un lien entre la vulnérabilité médicale et la précarité sociale notamment, nous chercherons à déterminer si l'état de grossesse permet l'accès à un statut social plus aisément.

Une étude de Louise Virole-Zajde en 2016, analyse les processus de subjectivation des femmes sans-papiers quand elles deviennent mères en France. Les résultats mis en évidence sont issus d'observations ethnographiques dans des structures prenant en charge le suivi de grossesse des femmes en Ile-de-France : trois maternités, cinq PMI (Protection Maternelle et Infantile), trois associations et le réseau de santé Solipam. S'y sont ajoutés des entretiens semi-directifs avec des professionnels de la périnatalité et des femmes en situation irrégulière enceintes, ou ayant récemment été enceintes en Ile-de-France (27).

Les politiques périnatales identifient désormais les « femmes en situation irrégulière » (catégorie qui regroupe donc une part de femmes migrantes) en tant que public particulièrement vulnérable. Les Plans de périnatalité soulignent donc la nécessité de cibler les femmes vulnérables afin de mettre en place des accompagnements médico-sociaux spécifiques pour qu'elles aient accès à un suivi de grossesse conforme aux normes de la Haute Autorité de Santé (28).

Ainsi, une fois la porte de la maternité passée, les parturientes sont prises en charge par des professionnels de santé et du social qui vont sensiblement les aider à améliorer leurs conditions de vie, leur situation administrative, économique ou psychique. « *Fenêtre d'opportunité d'accès au système de soins* » (Virole-Zajde, 2016 :5), la grossesse permettrait aux femmes sans-papiers d'accéder à un suivi médical et social et à devenir visibles : « *C'est une chance cette grossesse, ça les rend visibles!* » selon une gynécologue exerçant à Paris (Virole-Zajde, 2016 :5) (27).

Cet accès est toutefois conditionné, dépendant de la grossesse. Par exemple, dans le cas d'une fausse

couche, ces femmes n'ont plus accès au service social de la maternité, perdent le rattachement au «pôle famille » du 115¹¹ et leur stabilisation dans un lieu d'hébergement avec (27).

Certains pourraient interpréter la mise en route d'une grossesse comme une « tactique » qui consisterait à mobiliser le corps enceint pour contourner les obstacles qui les empêchaient de régulariser leur situation administrative. Il s'agirait de « *tentatives d'instrumentalisation du corps enceint, comme ultime ressource afin d'être reconnues en tant que sujets.* » (Virole-Zajde, 2016 :9) (27).

Pourtant, pour une grande partie des parturientes, la grossesse n'était pas un désir, un choix et encore moins une « tactique » d'accès à un statut. Pour certaines, cette grossesse était déjà en cours à leur arrivée en France et parfois issue d'un viol (la proportion est difficile à connaître). Cette situation est donc souvent subie et perçue comme un handicap et non un moyen de déroger à des formalités institutionnelles les éloignant d'un accès à la citoyenneté.

III. Accompagnement du suivi prénatal par les sages-femmes

Nous nous pencherons maintenant sur le rôle des sages-femmes lors de l'accompagnement global du suivi des femmes. Nous verrons dans un premier temps des divergences dans le suivi de grossesse et de l'accouchement, en fonction du pays de naissance des parturientes. Ensuite, seront détaillées les représentations, besoins et attentes des femmes migrantes en situation de grande précarité vis-à-vis des sages-femmes ; avant de mettre en lumière les pratiques et représentations des sages-femmes concernant ces parturientes.

1- Le suivi de grossesse et de l'accouchement différent selon le pays de naissance

Une étude de C. Mestre (2015) s'intéresse à l'appréhension, de la part de nombreuses femmes originaires d'Afrique subsaharienne, de la médicalisation de la période périnatale. La préparation à la naissance, l'échographie, la césarienne ou la péridurale sont notamment étudiées. L'étude tente de savoir si cette médicalisation marque « une différence fondamentale avec les conditions de naissance dans leur pays d'origine » (Mestre, 2015 : 90).

Cette étude est basée sur des entretiens semi-directifs avec des femmes africaines de toute condition sociale et administrative, et arrivées en France pour différentes raisons (29).

¹¹ Le 115 considère comme « famille » une femme enceinte à partir de son troisième mois de grossesse.

Les entretiens montrent que les femmes interrogées par C. Mestre (2015), suivent peu, voire pas du tout, les cours de préparation à la naissance, même si elles leur accordent de l'importance. Toutes les femmes interviewées, qui ont précédemment accouché en Afrique, expliquent n'avoir pas saisi l'utilité de les suivre pour leur nouvelle grossesse en France. Elles affirment également avoir fait des échographies au cours de leurs différentes grossesses. Elles ont une bonne opinion de cet examen en général, et en particulier celui qui permet de connaître le sexe du bébé. La question de la péridurale a également été abordée et toutes la connaissent, certaines y ont recouru (par curiosité ou par nécessité), d'autres non.

Cette étude conclut que le monde médical et ses pratiques techniques suscitent de plus en plus l'attention et l'adhésion des femmes originaires d'Afrique subsaharienne accouchant en France ; leur bien-être et celui de leur bébé demeurent prioritaires (29).

Cependant, les parturientes migrantes en situation de grande précarité sont exposées à une morbi-mortalité plus importante que le reste de la population. Une étude (« La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique ») s'est intéressée à l'accès aux soins prénatals, en se basant sur quatre études françaises (30)¹² La proportion de soins sous-optimaux était plus grande parmi les femmes étrangères (78%) que parmi les Françaises (57%). Cette différence est encore plus marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne (95%). Dans cette étude, les soins sous-optimaux sont définis comme un écart avec ce qui est considéré comme une bonne pratique ou un standard de suivi, ou par rapport aux bonnes pratiques usuelles en France.

Ont également été observés des taux de suivi prénatal inadéquat très différents suivant le lieu de naissance des femmes : celles nées dans un pays d'Afrique subsaharienne présentaient un taux de suivi inadéquat atteignant 34,7% contre 17,3% pour celles nées en France et 26,9% pour celles nées en Afrique du Nord. Le suivi prénatal inadéquat (qui peut être la résultante de prescriptions médicales sous-optimales, mais aussi de non-recours de la part des femmes _ ce qui n'est pas du tout la même chose) a été défini comme un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée et/ou comprenant moins de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel d'accouchement et/ou dans lequel une échographie du 1er trimestre et au moins une autre parmi celles des 2e et 3e trimestres n'ont pas été réalisées.

Un indice de précarité a pu ensuite être calculé à partir de quatre variables socioéconomiques chez les 3 groupes de patientes en fonction de leur région de naissance : France, Afrique de Nord et

¹² L'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2007-2012, l'étude Epimoms de la morbidité maternelle sévère menée dans six régions en 2012-2013, la cohorte prospective PreCARE des femmes ayant accouché en 2010-2011 au sein de quatre maternités du GHU Paris-Nord et une étude qualitative menée en 2016 auprès de femmes enceintes hypertendues).

Afrique subsaharienne (*annexe II*) (30).

A alors été démontré que le cumul de facteurs sociaux défavorables majore le risque de suivi prénatal inadéquat.

Ce risque accru de suivi prénatal sous-optimal pour les femmes migrantes, par rapport aux femmes natives, est variable selon les pays de naissance des femmes, l'âge, le manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil, un niveau d'éducation bas, une grossesse non planifiée et le fait de ne pas avoir de couverture sociale. Sans oublier les conditions de vie des femmes sur la dégradation de leur état de santé, les inégalités produites ou perpétuées par le système de soins participent aux freins à l'accès aux soins (30).

2- Représentations, besoins et attentes des femmes migrantes en situation de grande précarité vis-à-vis des sages-femmes

Le rapport du volet anthropologique du projet RÉMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis), « La grossesse et ses malentendus », expose les résultats d'une investigation ayant pour but de comprendre « comment des difficultés afférentes à la précarité sociale sont-elles prises en compte, dans un contexte de médicalisation renforcée de la grossesse » (R. R Berrocal, E. Le Méner, 2018 : 7) (31).

Dans une première partie sont exposées les expériences de la grossesse du point de vue des femmes¹³, ce qui nous permettra d'identifier au mieux leurs besoins et attentes vis-à-vis des sages-femmes.

Dans un des témoignages, nous identifions un décalage temporel très fréquent et préjudiciable entre, d'une part, les besoins de la parturiente et de son enfant et, de l'autre, les délais administratifs ne permettant pas de couvrir ces besoins. En effet, avant la sortie de la maternité sont prescrits les traitements pour le nouveau-né (vitamine K, vitamine D ...), ces traitements se trouvent être payants pour Mme L (en situation de grande précarité et vivant à l'étroit avec sa famille dans hôtel social) car la sécurité sociale n'est pas encore informée de la naissance. Nous saurons par la suite que ces traitements n'ont pu être achetés, le nouveau-né a alors subi les conséquences de ce décalage de temporalité.

Le personnel soignant, lors de la sortie de la maternité d'une patiente, délivre des informations sur la suite de la prise en charge de son enfant : où le faire suivre, quand, des conseils et prévention

¹³ Toutes les femmes interrogées ne sont pas migrantes, mais nous n'avons retenu de ce Rapport que ce qui était exprimé par les femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité _ et souvent logées en hôtel social.

concernant l'hygiène, le couchage etc... Dans une autre situation présentée par le Rapport, les soignants n'étant pas au courant de la situation sociale de la patiente, (malgré les multiples consultations pendant la grossesse), des brochures concernant la prévention de la mort subite du nourrisson « étaient disposées sur une tablette installée dans la chambre, mais n'avaient pas été remises à la patiente » (2018 : 6) (31).

De plus, des conseils non adaptés à sa situation sociale avaient été prodigués, comme la façon dont utiliser le thermomètre dans la baignoire, coucher son enfant dans un couffin... alors que la famille vit à l'étroit dans un hôtel social, où aucun couchage n'est prévu pour le bébé et où il n'y a donc pas baignoire.

Cette maman est sortie de la maternité sans savoir comment prendre soin de son enfant dans ces conditions matérielles, n'ayant pas reçu les bonnes informations car n'ayant pas été entendue lors de sa grossesse.

La situation de Mme R. illustre un autre problème dans la prise en charge : Mme R. est perdue dans le système de soins, est renvoyée de professionnel en professionnel pour des raisons de procédure administrative, malgré le fait que le besoin soit clairement identifié, autant de la part de la patiente que des soignants. Elle peine à être informée et dirigée correctement afin de pouvoir bénéficier du dépistage de la trisomie 21 à temps (entre 9 et 11 semaines de grossesse) ne permettant alors pas d'explorer plus précisément si besoin, le bien être fœtal rapidement (la trisomie 21 pouvant être associée à des malformations cardiaques et digestives).

Des indications mal données ou mal comprises, des difficultés pour comprendre les démarches à suivre et les documents à fournir, ont été observées auprès de toutes les femmes suivies. Ces obstacles administratifs prennent parfois une ampleur dramatique lorsque, par exemple, ils engendrent l'absence de couverture sociale, ou un retard de diagnostic (31).

Ce manque de communication, de compréhension entre soignants/soignés engendre un manque de soutien, d'écoute, d'encouragement, de rassurance et d'informations délivrées, particulièrement utiles à une parturiente migrante en situation de grande précarité. Ces parturientes étant souvent seules, sans personne vers qui se tourner en cas de questionnement, celles-ci peinent à trouver le bon interlocuteur.

La sage-femme semble alors être le personnel idéal pour incarner cette personne de confiance sur qui les parturientes pourront compter et se confier _ à défaut de pouvoir répondre sur le long terme à leurs besoins primaires (hébergement stable, revenus...) et régulariser leur situation (31).

Concentrons-nous désormais sur les représentations que les femmes migrantes en situation de précarité, ont du système hospitalier francilien et son personnel soignant. Un article de P. Sauvegrain s'intéresse à la césarienne. Il s'agit d'une étude combinant les approches qualitatives et quantitatives.

Les données ont été collectées dans plusieurs maternités publiques d'Ile-de-France de décembre 2006 à janvier 2008 (32).

D'une manière générale, les femmes migrantes acceptent mal la césarienne en cours de travail pour une indication maternelle (fièvre, stagnation de la dilatation du col, etc.) En revanche, si l'indication est fœtale (anomalies du rythme cardiaque, liquide amniotique teinté, etc.) l'acte chirurgical est mieux accepté. Même si ces informations ne sont pas généralisables, elles permettent d'obtenir quelques éléments de compréhension : selon une patiente « africaine », la première question posée aux femmes qui téléphonent à leurs familles résidant dans leur pays d'origine est celle du mode d'accouchement. Les femmes se sentent réduites dans leur féminité quand elles sont césarisées. Lors d'un autre entretien surgit un thème plus problématique : les femmes « africaines » trouvent qu'on les césarise plus que les femmes « blanches ». Et certaines pensent que cela permet à la médecine française de maîtriser leur fécondité. Une autre « raison » est présentée par une patiente interrogée, qui affirme que des personnes de son entourage disent que les hôpitaux préféreraient les césariennes pour des raisons économiques : « ça coûte plus cher » (2013 :128) (32) et ça obligerait la patiente à rester plus longtemps à l'hôpital. Sa conclusion est donc « que c'est que surtout la population noire, c'est-à-dire la population africaine, qui accouche par césarienne. On les oblige. » (2013 : 128) (32).

Il existe donc une réelle appréhension chez certaines femmes d'origine africaine de voir leur fertilité réduite. A également été notée une mauvaise connaissance de la part des femmes interrogées ou rencontrées autour de la césarienne, de ses enjeux, des suites opératoires, de la possibilité d'accoucher normalement la fois suivante, etc.

Les entretiens montrent que les femmes ne se sentent pas toutes concernées par les informations préalables délivrées aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Une autre étude de P. Sauvegrain (33) vient compléter ces réflexions autour de ces cours. Des enquêtes ont été menées au sein des maternités publiques parisiennes dans lesquelles les cours sont officiellement ouverts à toutes: sans prise de rendez-vous, avec une prise en charge à 100 %. Il a été observé qu'un grand nombre des femmes ne participant pas à ces cours de préparation à la naissance et à la parentalité, était des patientes immigrées en situation de précarité. Dans cette étude où les professionnels ont été interrogés, est relevée la question de la barrière linguistique : si ces cours sont proposés en français, une patiente ne parlant pas la langue ne s'y rendrait pas. Les professionnels de santé mentionnent également des préoccupations spécifiques à ces femmes pour lesquelles les difficultés sociales ou économiques peuvent prendre le dessus.

3- Représentations et pratiques des sages-femmes concernant les femmes migrantes en situation de grande précarité

Lors de l'accueil des parturientes migrantes par les soignants de la maternité, deux cultures au moins vont se rencontrer : celle des patientes et celle des soignants, chacune imprégnée de diverses appartenances et représentations. Il est néanmoins nécessaire d'allier la maternité en exil avec les pratiques médicales du pays d'accueil (34).

En France, le but de l'hôpital après l'accouchement est plus de libérer un lit rapidement pour assurer le flux des patientes, et moins d'accueillir l'enfant et rassurer une nouvelle mère (31). Il existe donc un réel écart entre ce qui importe pour l'institution et pour la patiente.

Le Rapport du volet anthropologique du projet RéMI a également permis de mettre en lumière un manque de temps chez les soignants (31). Cet empressement semble rendre difficile les marques de soutien, d'encouragement, de rassurance, qui peuvent être recherchées et essentielles pour les parturientes migrantes en situation de grande précarité. En effet, la deuxième partie du rapport est centrée sur le ressenti des soignants (dont les sages-femmes) et ce thème de la cadence et du manque de temps est omniprésent, présenté comme un réel obstacle à une prise en charge de la précarité des patientes. La communication est compliquée, les questions ne sont pas posées, surtout quand la barrière de la langue se surajoute ; ce qui compromet d'autant plus la transmission d'informations essentielles à la patiente. Ces malentendus et non-dits peuvent avoir des effets particulièrement forts : désorientation, découragement, et mener à un non accès ou un renoncement à certains soins (31).

L'article d'A. Nacu s'intéresse aux catégorisations dans le contexte de la santé périnatale et à leur traduction dans les pratiques médicales à la fin des années 2000. Des entretiens approfondis avec les soignants et autres personnels du secteur médicosocial (n = 50), dont des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, ont été menés dans trois maternités franciliennes¹⁴ et dans leur secteur sanitaire d'implantation (structures de ville qui orientent les patientes vers ces maternités) (35).

Les entretiens font apparaître les patientes migrantes comme des patientes « difficiles », menant souvent à une charge de travail plus importante pour les soignants. Dans la majorité des entretiens, les soignants mentionnent la difficulté de faire de la prévention, d'assurer le suivi auprès de certaines femmes étrangères.

¹⁴ Dans l'hôpital A, d'après le personnel, les femmes migrantes représentent environ 50 % des patientes. Dans l'hôpital B, cette proportion monterait à 70 % et dans l'hôpital C, à 95 %. Toutes ne sont cependant pas en situation de (grande) précarité, ni logées en hôtel social.

Par exemple, il est généralement affirmé que les femmes étrangères ne participent pas aux cours de préparation à la naissance. Les raisons peuvent être linguistiques ou financières (certains cours étant payants). D'autres soignants mentionnent la difficulté de pratiquer les dépistages, comme celui de la trisomie 21 (faisant partie de la routine de la surveillance anténatale), ou de la drépanocytose (qui serait liée à la spécificité d'un groupe ethnique _ ce qui est faux...). Les personnes interviewées interprètent cette difficulté comme un manque d'intérêt de ces patientes pour le dépistage.

Le « manque d'observance » de certaines catégories de femmes migrantes est également souvent évoqué dans les entretiens. Le fait de déroger à certaines étapes de la surveillance anténatale pose des problèmes à différents niveaux aux services : en dehors des risques médico-légaux, une patiente qui n'a pas la totalité de ses examens à jour oblige les soignants à les demander en urgence ou à devoir s'en passer lors des consultations. Ces patientes apparaissent parfois dans les discours comme remettant en question les routines médicales. Une sage-femme de l'hôpital C affirme que l'arrivée d'une femme étrangère engendre du stress, car elle n'a souvent aucun résultat médical avec elle : groupe sanguin, échographie par exemple, la barrière de la langue est souvent difficile à gérer. D'après cette sage-femme, l'hôpital est assez « débordé » et ce genre de situation « *ça embête tout le monde* » (Nacu, 2011 : 6) (35).

Cependant, le moment de l'accouchement n'est pas pointé du doigt par les soignants de la même manière que le déroulement de la surveillance anténatale. Il ne semble pas faire l'objet de la même réticence des patientes et n'est pas présenté par les soignants comme objet de négociations. Par exemple, plusieurs sages-femmes affirment que c'est le moment où les difficultés linguistiques sont le moins présentes car « *à ce moment-là, on se comprend* » (Sage-femme C) (Nacu, 2011 : 10) (35).

Il ne s'agirait ici pas uniquement d'une plus grande facilité du travail, mais d'une relation soignant-patient qui serait plus satisfaisante, car associée à plus de confiance.

Le moment de l'allaitement semble également caractérisé comme un moment où le public des femmes migrantes ne pose pas de problème particulier. Tous les entretiens avec des professionnels de santé pointent la plus grande facilité de certains groupes, avec une insistance sur les « Africaines ».

Ainsi, les femmes migrantes sont présentées par les soignants à la fois comme « plus difficiles » car moins observantes que la moyenne, mais aussi comme « plus faciles » lorsqu'elles concourent aux routines médicales.

Les femmes migrantes en situation de grande précarité en Ile-de-France et logées en hôtel social ne forment pas une catégorie homogène, mais la vulnérabilité multiple découlant de leur parcours migratoire et de leurs situations en France, les unit. L'hébergement en hôtel social notamment fait partie des difficultés inhérentes à leur statut de « migrantes » : l'intégralité des femmes enceintes ne parviennent pas à être hébergées, et dans des conditions « correctes » vis-à-vis de leur santé et de celle

de leur futur enfant. Cette situation de grande précarité et ce statut de « parturiente migrante », s'il peut être perçu comme un moyen d'accès à un statut social, engendre surtout une morbi- mortalité en périnatalité supérieure à la population générale. Les parturientes migrantes ont, de plus, une santé perçue globalement mauvaise, ainsi qu'une offre de soins inadéquats et sous- optimaux par rapport aux patientes françaises notamment.

Ces soins sont également souvent entravés par un manque de communication, de compréhension, de confiance dans la relation soignant/soigné pouvant être expliqués par des stéréotypes bilatéraux. Les sages-femmes ne peuvent répondre aux besoins et attentes des femmes en termes d'hébergement stable, de régularisation, de sources de revenus... mais elles ne semblent pas non plus toujours le faire en termes de transmissions de conseils et d'informations adaptés à chaque situation. Cependant, les sages-femmes pourraient être les professionnels de santé en mesure d'offrir à ces parturientes migrantes en situation de grande précarité l'écoute, la disponibilité, une relation de confiance essentielle à leur prise en charge.

Ma question de recherche sera par conséquent : **de quelle manière les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, essentiel à la prise en charge optimale des femmes migrantes enceintes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social, en Ile-de-France ?**

Pour tenter d'apporter quelques réponses à cette question, la pertinence de deux hypothèses sera testée lors de l'enquête :

- les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, avec les femmes migrantes enceintes, en personnalisant la prise en charge
- cette prise en charge personnalisée n'est possible que si les sages-femmes connaissent précisément la situation de vie de chaque patiente

Deuxième Partie : Méthodologie et résultats de l'enquête

I. Méthodologie de l'enquête :

1. Objectifs de l'enquête

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer qualitativement le vécu de la grossesse, les besoins et attentes des femmes migrantes hébergées par le « 115 » d'Ile-de-France, dans leur suivi en prénatal en maternité, afin d'y répondre au mieux dans notre profession de sage-femme.

Nous nous sommes demandées comment les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, essentiel à la prise en charge optimale des femmes migrantes enceintes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social, en Ile-de-France ?

2. Hypothèses

Nous avons formulé deux hypothèses :

- les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, avec les femmes migrantes enceintes, en personnalisant la prise en charge
- cette prise en charge personnalisée n'est possible que si les SF connaissent précisément la situation de vie de chaque patiente.

3. Type d'étude et population cible

Afin de répondre à la question de recherche et de tester nos hypothèses, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès des femmes migrantes et des sages-femmes. Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique, et prospective, à partir d'entretiens individuels essentiellement directifs pour une compréhension optimale des questions.

La population cible concernant les femmes migrantes est celle des femmes logées par le 115, prises en charge par le Réseau SOLIPAM. Les critères d'inclusion furent : le fait d'être enceinte (2^e ou 3^e trimestre), migrante, logée dans un hôtel social en Ile de France. La patiente devait avoir un suivi de grossesse dans une maternité de Paris et parler français ou anglais.

Elle devait aussi être parallèlement prise en charge par le réseau SOLIPAM.

La collaboration avec le réseau SOLIPAM est essentielle, notamment pour avoir la possibilité d'établir un contact aisé et une relation de confiance avec la population cible. En effet, le réseau a permis

d'obtenir le contact personnel de chaque patiente éligible à l'étude afin de rencontrer chacune d'elles aisément.

Les critères d'exclusion pour cette population furent : le premier trimestre de la grossesse, la patiente devant avoir eu plusieurs consultations dans la maternité de suivi. Furent également exclues les femmes vivant ailleurs que dans un hôtel du 115, non connues de SOLIPAM, suivies dans une maternité hors Ile de France.

La seconde population interrogée est celle des sages-femmes.

Les critères d'inclusion pour cette population furent : la prise en charge de femmes migrantes en situation de grande précarité par SOLIPAM, dans le cadre de leur suivi prénatal. Les sages-femmes devaient travailler dans un service de maternité à Paris prenant en charge des parturientes de SOLIPAM. Les sages-femmes interrogées étaient francophones ou anglophones.

Les critères d'exclusion étaient : l'absence de contact avec les femmes migrantes au sein de la maternité.

Les effectifs attendus étaient de 8 entretiens pour chaque population.

4. Déroulement de l'étude

La période d'enquête s'étendit de septembre à décembre 2020, afin de respecter les délais de rendu de l'étude.

Il fut demandé un accord oral aux femmes et aux sages-femmes, afin de pouvoir enregistrer l'entretien; en cas de refus, la retranscription fut manuscrite, l'anonymat strictement respecté dans tous les cas.

Si les entretiens « en présentiel » ont été possibles avec toutes les femmes enceintes, ceux réalisés avec les sages-femmes l'ont été par téléphone en raison de la crise sanitaire actuelle et d'organisation en consultations prénatales.

5. Outil d'enquête

L'enquête fut menée à partir de deux grilles d'entretiens directifs (*annexe III*), dans lesquelles les questions posées aux femmes enceintes et aux sages-femmes se correspondaient au maximum, afin de pouvoir analyser comparativement les réponses.

J'ai présenté avant chaque entretien mon choix de travailler sur la prise en charge, par les soignants en maternité, des femmes migrantes logées par le 115 et incluses dans le réseau SOLIPAM, afin :

- (pour les femmes) d'évaluer leur vécu de la grossesse, leurs besoins et attentes lors du suivi prénatal en maternité, dans l'objectif de pouvoir ensuite y répondre au mieux en tant que future sage-femme.

- (pour les sages-femmes) de comprendre les possibles difficultés dans la prise en charge globale des femmes migrantes au sein de la maternité.

6. Considérations éthiques et réglementaires

La réalisation d'une recherche médicale est encadrée par la loi Informatique et Libertés, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), et le code de la santé publique. L'étude est ici une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) et des informations sensibles. Ma collaboration avec SOLIPAM et sa directrice, m'assure une convention et partenariat entre SOLIPAM et l'EHESP, qui a vocation à demander en amont de l'inclusion au réseau l'accord des femmes (non des sages-femmes à qui un consentement a dû être demandé) pour la réalisation d'entretiens à visée scientifique. Les verbatims furent transmis et stockés de manière sécurisée à SOLIPAM et l'enquête fut entièrement anonyme.

II. Données de l'enquête

1. Caractéristiques des populations interrogées

A. Les femmes migrantes

L'effectif attendu pour cette population était de 8 entretiens. Nous avons eu un désistement de dernière minute et avons donc obtenu sept réponses. Cinq entretiens ont pu être enregistrés avec l'accord des femmes (Mmes A, B, D, E et G). Quatre entretiens ont été effectués dans l'hébergement des patientes (Mmes A, C, D et G), deux dans leur maternité de suivi (Mmes B et F) et un dans un lieu public (Mme E).

Les femmes étaient toutes à 7 ou 8 mois de grossesse, une d'entre elles a une fille de 10 ans en France (Mme A), Mmes B, D, E et G ont des enfants au pays (Mme G uniquement a toujours des nouvelles) et deux attendaient leur premier enfant (Mmes C et F).

Cinq femmes vivaient avec le père de leur futur enfant (Mmes A, C, D, E et F) et deux étaient seules (Mmes B et G).

Leur date d'arrivée en France variait de 5 mois à 3 ans.

B. Les sages-femmes

L'objectif était d'avoir sept entretiens avec des sages-femmes travaillant dans les maternités où ont été suivies les femmes migrantes interrogées. En raison des conditions sanitaires et des difficultés de

temporalités en consultations (sans créneau disponible entre les consultations pour un entretien organisé à l'avance), des entretiens téléphoniques ont été privilégiés.

L'ensemble des maternités parisiennes où les femmes migrantes étaient suivies ont pu être représentées mis à part Tenon. 4 entretiens eurent lieu avec des sages-femmes travaillant à la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Paris, rattachées à une maternité parisienne (Mmes H, I, K et N). Les 3 autres entretiens eurent lieu avec des sages-femmes pratiquant dans divers services de la maternité depuis de nombreuses années.

2. L'hébergement et les conditions de vie

A.) Selon les femmes migrantes

1.) L'hébergement d'urgence

Parmi les sept femmes migrantes interrogées, trois étaient hébergées par le 115 depuis 4 mois, trois autres depuis 3 mois et une depuis 6 mois.

Nous pouvons mettre en parallèle ces durées à leur date d'arrivée en France. Certaines ont multiplié les changements d'adresse. En effet, quatre d'entre elles ont changé d'hébergements depuis leur arrivée en France, de 3 à 9 fois en peu de temps.

Ainsi, Mme A, vivant avec son conjoint et sa fille a changé 9 fois d'hébergement en 4 mois et ne savait pas où ils seraient le lendemain de notre entretien.

Les trois autres, étaient à leur arrivée en France hébergées par des connaissances (de leur pays d'origine) et furent ensuite contraintes de quitter ce logement :

« le moment où ils ont su que j'étais enceinte, ils m'ont jeté. » (Mme B) ; « on a été chassés avec mon mari pendant le covid donc on a dormi dans la rue » (Mme C) ; « quand son mari est rentré, il n'a pas voulu que je reste donc c'est elle [son amie qui l'hébergeait] qui a dû me quitter. » (Mme G).

2.) Localisation de l'hôtel social et ses conséquences sur la grossesse

Concernant la localisation de leur hébergement, deux femmes uniquement étaient dans Paris intra-muros, alors que toutes étaient suivies dans une maternité dans Paris. Trois patientes exprimaient ce souci de distance par rapport à leur lieu de suivi, ainsi que de l'absence de commodités aux alentours, l'interprétant parfois comme la source de leurs problèmes de santé :

« Oulala c'est loin là-bas dans une zone industrielle dans le 95, c'est ça le gros problème, [...] je préfère encore dormir dehors que de rester là-bas. Au moins si je dors dehors, je pourrai être près de Tenon

pour mon bébé avec tous mes problèmes. Même l'assistante sociale elle vient de me faire le papier pour dire que c'était un cas d'urgence et que je dois être dans Paris.» ; « je sais pas ce qu'ils veulent à me laisser si loin, ils veulent gâcher mon état, ma grossesse, franchement je sais pas. » (Mme F).

« A Port-Royal, c'est trop loin. » ; « l'autre fois je suis restée hospitalisée 3 jours à Port-Royal parce que j'étais malade. Parce que je marche trop c'est trop loin. J'avais mal au ventre. » (Mme A)

De plus, deux patientes disaient préférer dormir dans la rue que dans leur hébergement actuel, soit en raison de cette distance avec leur lieu de suivi, ou, comme Mme E l'exprimait, par peur, car elle était hébergée avec son conjoint dans un foyer où elle était la seule femme : *« C'est mieux de dormir dans la rue, la rue ça m'arrive parfois qu'on m'agresse, les jeunes qui boivent, ils viennent nous voir, nous insulter. Là, dans le foyer il y a personne qui m'a agressé pour le moment mais j'ai peur, c'est la peur tout le temps, parce que je me suis fait violer deux fois déjà. ».*

Toutes les femmes expliquaient que, pour se rendre aux rendez-vous, elles devaient prendre les transports, mais sans tickets. Elles essayaient donc d'éviter les trains et privilégiaient les trams et bus si besoin. Elles demandaient également aux passants de leur donner un ticket de métro ou prenaient le risque de se faire contrôler.

6 femmes interrogées sur 7 se plaignaient de douleurs au ventre, de fatigue et de difficultés pour se mobiliser, pour marcher, à de nombreuses reprises au cours de la discussion. Cela les inquiétait et les handicapait dans la vie de tous les jours, notamment quand il fallait changer d'hébergement :

« quand je marche trop j'ai mal ici [montre le bas ventre]. Mais j'ai pas le choix. » ; « je suis fatiguée, je peux pas marcher. Ça me fait trop mal tu vois. » (Mme A).

3.) Opinion sur l'hébergement

Lorsque j'ai demandé aux femmes ce qu'elles trouvaient bien ou assez bien dans leur hébergement actuel, toutes ont répondu en listant les inconvénients, sans rien dire de positif :

« C'est pas bien ici, il y a trop de bêtes, ça pique partout dans le lit » (Mme A) ;

« la chambre est très petite » (Mme C) ;

« Les toilettes là, les escaliers ça fatigue. Les toilettes, la douche c'est pas bien, c'est sale. Il y a beaucoup de cafards aussi, on dort avec les cafards » (Mme et Mr D) ;

« Il y a pas de courant en plus » (Mme E).

Un sujet était omniprésent, celui du manque de moyens pour cuisiner :

« le repas c'est pas compris, on a pas le droit de cuisiner, on fait pas la cuisine, y'a rien rien du tout. » (Mme B) ;

« Y'a rien, on a réussi à avoir les plaques, là, avec les chèques cadeaux, pour faire un peu la bouillie, mais y'a rien pour faire à manger, on se débrouille. Je mange pas beaucoup. » (Mr et Mme D) ;

« Y'a que une cuisine pour tout le monde et un tout petit frigo [...] si je veux acheter pour plusieurs jours on fait comment ? Avec un petit frigo comme ça, on peut pas garder la nourriture, alors on jette ? Non non c'est pas possible. » (Mme F).

B.) Selon les sages-femmes

1.) L'hébergement d'urgence

Les explications sur ce que serait « le 115 » ne sont pas claires dans la majorité des réponses ; il y a eu des silences, des rires et de la réflexion avant qu'émergent les définitions suivantes : « hébergement d'urgence » mentionné par la totalité de sages-femmes, « au jour le jour » (Mme M) et « C'est temporaire, pas sur le long cours » (Mme L). 4 sages-femmes parlaient du « Samu Social » (Mmes H, I, K et M).

La sage-femme I parlait « d'association » et concernant la population incluse, plusieurs termes étaient donnés : « pour les femmes en difficultés » (Mme M), « pour les patientes sans logements » (Mme L), « pour les gens en situation irrégulière enfin non en grande précarité globalement » (Mme J), « pour les femmes à la rue, sans papiers » (Mme I).

La sage-femme K ajoutait que « c'est très difficile de les avoir au téléphone, c'est un standard en fait et c'est très compliqué d'avoir un logement comme ça du premier coup ».

2.) Localisation de l'hôtel social et ses conséquences sur la grossesse

La totalité des sages-femmes expliquaient que les femmes, quand elles parvenaient à être hébergées par le Samu Social, n'étaient pas forcément dans Paris intra-muros mais pouvaient être logées très loin de leur lieu de suivi en maternité. Mme I expliquait qu'elles pouvaient être « en banlieue très très profonde souvent ». Mme H affirmait qu'en « 24h, elles peuvent se retrouver à l'autre bout de l'île de France » et que ces femmes vivaient « en stress permanent ».

La sage-femme K ajoutait qu'« ils font pas attention à leur lieu de suivi quand elles sont enceintes. », Mme M racontait : « Il y a peu de temps on [l'équipe soignante] a déclenché une patiente pour ça justement, on savait qu'elle mettrait énormément de temps à venir ». La sage-femme N expliquait de plus que généralement, « elles veulent rester à la maternité où on a commencé à les suivre parce que c'est leur point d'ancrage, elles ont confiance. Je me rappelle d'un couple qui a payé un taxi de Poissy, le papa avait fait des petits boulots en plus pour ça, rien que pour accoucher à [nom de la maternité de suivi]. »

Concernant les changements d'hébergement, les sages-femmes disaient toutes que les femmes migrantes hébergées par le Samu social pouvaient subir des ruptures d'hébergement plus ou moins longues et étaient donc amenés à dormir dehors.

« Oui beaucoup, c'est bien le problème, moins que des personnes non enceinte mais c'est des situations d'urgence, du jour au lendemain on peut lui dire d'aller à l'autre bout de l'île de France. » (Mme J)

« Elles peuvent changer souvent, ça peut être 2 semaines ou quelques mois, c'est variable. Ça va dépendre de la composition familiale aussi, une famille avec 7 enfants ou une femme à plus de 6 mois, on va attendre de la transférer avec son bébé. » (Mme N).

4 sages-femmes sur 7 ne savaient pas pourquoi le Samu Social changeait les femmes d'hôtels. Mme K pensait que c'était pour laisser les chambres à des touristes : *« pour des salons ou des choses comme ça alors franchement vu l'état je sais pas comment c'est possible mais bon »*. Mmes H et J affirmaient que c'était un choix de la part du 115 : *« comme son nom l'indique ce sont des hébergements d'URGENCE donc par définition à court terme. Il y a un certain nombre de lots par jours il me semble, leur but n'est justement de pas les stabiliser et qu'ils restent dans ce parcours la mais qu'ils en sortent. » (Mme H) ; « C'est en fonction des demandes je pense que c'est vraiment une question d'organisation et de places dans tel ou tel hôtel. » (Mme J).*

Mme N expliquait : *« Alors c'est une histoire de contrats avec les hôteliers en fait, eux ils louent une chambre pour tant de temps après il faut que la personne parte, pourquoi ils laissent quelques semaines ou plus je sais pas mais c'est vraiment une question de contrat avec les hôteliers »*.

Les trajets effectués entre l'hébergement et l'hôpital pouvaient être longs et très compliqués, par rapport aux contrôles notamment :

« Les assistantes sociales essayent de bidouiller un peu pour qu'elles puissent avoir des tickets parce qu'à part la charité ou passer et risquer les contrôles ... Ou pour éviter les contrôles elles essayent de prendre plutôt les bus ou les trams mais là le trajet est rallongé encore plus. » (Mme H) ;

« Elles peuvent faire plus d'une heure et demi pour venir à nos rendez-vous ça c'est sûr donc quand on râle parce qu'elles sont en retard, faut penser à ça. Après ces dames souvent elles sont très observantes, avec un rdv à 13h elles peuvent y être à 9h pour pas le rater. » (Mme J) ;

« C'est l'horreur, elles connaissent une ligne souvent et du coup elles font des trajets pas possible pour pas faire trop de changements et elles ont pas de tickets donc elles doivent demander... » (Mme L).

Les sages-femmes affirmaient toutes essayer d'accepter les retards ainsi que de regrouper les rendez-vous, comme pour toutes les patientes : *« En fait en PMI une consultation de première fois c'est 1h et une de suivi c'est 40 minutes alors qu'une sage-femme à l'hôpital a que 15 minutes. Donc on a le temps avec elles pour faire ce qu'il faut mais on a du coup moins de possibilités sur une journée. Quand elles*

ont une consultation avec l'anesthésiste ou d'autres professionnels on essaie vraiment de regrouper. » (Mme H).

Une certaine tolérance est admise : *« Si elles ont 1h de retard, on les voit quand même, pour les bilans on leur fait sur place. Pour pas qu'elles aient à se déplacer en laboratoire ou quoi et elles ne comprennent pas forcément tout donc on s'arrange au mieux. »* (Mme L).

Lorsqu'était abordé les conséquences et impacts engendrés par le fait d'être hébergé en hôtel social, 6 sages-femmes sur 7 abordaient l'anxiété : *« l'anxiété permanente de ne pas savoir jusqu'à quand on aura un toit au-dessus de la tête. »* (Mme H), *« un stress énorme [...] leur état de stress doit avoir un vrai impact (sur les césariennes/pré-éclampsie et menace d'accouchement prématuré) »* (Mme K).

Mme H parlait également des conditions de vie insalubres ainsi que de la maltraitance : *« trimballer son baluchon partout en étant enceinte, parfois avec des enfants, avec des passages à la rue, de la maltraitance, elles ne peuvent pas se poser, jamais et quand elles ont un hébergement, c'est des punaises de lit, des conditions plus ou moins insalubres »*.

D'un point de vue de la grossesse et du suivi en général, différentes conséquences médicales ont été citées :

« Beaucoup plus de pré-éclampsie ça c'est sûr, MAP¹, j'ai pas d'études hein mais les césariennes, c'est impressionnant et pourtant c'est pas sur des 4,5kg hein mais un col qui ne se dilate pas, on sait pas pourquoi, leur état de stress doit avoir un vrai impact. Mais pour faire des visites dans les hôtels, c'est pas souvent qu'elles aient eu un accouchement voie basse. » (Mme K) ;

« Médicalement parlant ça peut être beaucoup de choses, avec la malnutrition souvent, le diabète de grossesse, avec tous leurs déplacements la prématurité. » (Mme L).

Mme I et J ajoutaient à cela un investissement de la grossesse qui peut être perturbé :

« Le fait de beaucoup bouger ça peut induire tout ce qui est MAP par exemple mais après pour leur grossesse en fait elles ont tellement de préoccupations concernant leur situation que je pense qu'elles ont plus de mal à investir leur grossesse, et ça c'est déjà un gros impact. » (Mme I).

3.) Opinion sur l'hébergement

Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes si elles avaient une idée des conditions d'hébergement dans les hôtels du 115, 3 sages-femmes n'avaient jamais visité un tel lieu. Elles étaient néanmoins toutes unanimes pour affirmer que les conditions de vie y sont très compliquées :

¹ Menace d'accouchement prématuré

« De ce que j'ai pu entendre c'est très variable, ça peut être correct ou alors frisant vraiment l'insalubrité mais je n'ai jamais vu de mes propres yeux. » (Mme J) ;

« On en a souvent qui nous demande un certificat médical pour appuyer leur demande de changement d'hébergement. Elles osent pas beaucoup se plaindre mais on sent qu'elles sont vraiment pas bien là bas. » (Mme M).

Les 4 autres sont des sages-femmes de PMI et ont pu faire des visites à domicile dans les hôtels et rapportaient unanimement un problème par rapport aux sanitaires et à la cuisine :

« Bon le constat est très clair, c'est très sombre, délabré, les toilettes j'en parle même pas. Jamais la cuisine et ça c'est un gros soucis, toutes les femmes nous le rapportent, elles ont au mieux un micro-onde et un frigo pour un étage ou pour tout l'hôtel ça dépend. » (Mme H) ;

« Hum les conditions sont très très moyennes. C'est variable mais le plus souvent il n'y a qu'un lavabo dans la chambre, les sanitaires sur le palier, pas propre du tout et surtout pas de cuisine, aucun moyen de faire la cuisine ça c'est quelque chose qui revient beaucoup pendant les consultations. » (Mme I).

Lorsque nous avons posé la question des violences au sein des hôtels sociaux, l'ensemble de sages-femmes interrogées pensaient que les femmes migrantes pouvaient subir des violences de diverses natures : Mmes J, M et N rapportaient plus des violences qui seraient dues à la vie en communauté et au manque d'intimité :

« J'ai jamais trop entendu avec les gérants mais entre femmes oui, elles viennent aux urgences parce qu'elles ont reçu un coup sur le ventre par exemple. » (Mme M) ;

« On ne m'a jamais rapporté d'histoires non mais bon c'est la vie communauté j'imagine qu'il peut y avoir des disputes, bagarres oui. Par contre durant leur parcours d'errance elles font souvent quelques nuits à la rue entre deux hébergements et là oui elles sont victimes de violence. » (Mme N).

Mme H rejoignait ces points de vue et ajoutait que les gérants pouvaient potentiellement être à l'origine de ces violences : *« Pour avoir été dans les hôtels et avoir rencontré les gérants je me dis que c'est pas possible qu'il n'y ait pas de problèmes. ».*

Mme K parlait plus de prostitution et de viol : *« Elles en parlent pas mais oui je peux le penser. De la prostitution aussi, celles qui sont chez des connaissances pour pas être à la rue souvent elles se font violer mais elles ne prennent même pas ça pour un viol car on les héberge et c'est en contrepartie quoi... ».*

Enfin, Mme L parlait de violence générée par leur situation en général : *« C'est la situation qui est une réelle maltraitance. Les démarches sont longues. Nous ici parfois on les garde en suites de couches 20 à 30 jours parce que le 115 est en attente. C'est une violence pour moi. ».*

3. Le suivi de grossesse

A.) Du point de vue des patientes

1.) La grossesse, en 2^{ème} ligne des préoccupations ?

Lorsque l'on demandait aux patientes si leur grossesse les inquiétait, le constat est sans appel : toutes affirmaient que leur grossesse et/ou l'accouchement était source d'angoisse : *« Trop même, je stresse tout le temps, elle prend toutes mes pensées, toute mon énergie. »* (Mme F).

Ces inquiétudes avaient diverses causes selon les patientes : soit par rapport aux médicaments pris et à la différence de prise en charge par rapport à leur pays d'origine : *« C'est la première fois que le vois le bébé à l'échographie [...] c'est la première fois aussi que je prends les médicaments pendant la grossesse, normalement au pays on prend les médicaments naturels de la coutume. »* (Mme E) ; *« La grossesse dans notre pays vous savez la grossesse c'est pas un problème hein (rires). Ici y'a trop de rendez-vous, de prises de sang, d'exams. Là-bas, juste, tu verras comment ça se passe. »* (Mme G).

Pour une autre patiente, c'était l'accouchement qui était source d'angoisses *« comme c'est la première fois »* (Mme C).

Mme B était la seule à exprimer sa solitude (plusieurs fois au cours de notre entretien) : *« ici c'est dur, en France c'est pas facile, et si vous avez aussi pas de famille, y'a personne. »*.

2.) L'accueil d'un nouveau-né dans un contexte de grande précarité

Lorsque j'ai demandé aux femmes comment elles imaginaient le futur avec le bébé, il y a eu beaucoup de soupirs et beaucoup d'émotions.

Deux sujets principaux revenaient dans les récits : la régularisation de leur situation, les vêtements et le matériel pour s'occuper de leur enfant.

« En tant que maman, il faut vraiment que je prenne le chemin qui va régulariser ma situation pour m'occuper de mon bébé. » (Mme B) ;

« C'est pas facile, là où on est, on peut pas avec le bébé. », « Si le bébé arrive, où on va partir. [...] Honnêtement, élever un enfant dans ce cadre-là, l'hygiène c'est pas du tout du tout, je sais pas si vous avez vu les toilettes, mais bon ... » (Mr et Mme D) ;

« C'est le 115 en fait qui me fait peur [...] J'ai pas de ressources, j'ai pas d'habits. Ils m'ont donné la liste des habits qu'il faut pour mon bébé et moi j'en ai pas, j'ai toujours rien, je peux rien acheter. Je sais pas comment faire. » (Mme G).

Mme F exprimait une difficulté à se projeter dans l'avenir : *« Là, j'ai même pas la tête à imaginer, j'ai rien pour lui, pas d'habits ... »*.

Mme A elle, avait tout simplement répondu les larmes aux yeux *« je n'aurai qu'à être à l'aise avec mon bébé »*.

3.) Le suivi de grossesse en maternité

1- Quels professionnels de santé sont sollicités ?

Toutes les patientes interrogées avaient un contact avec une maternité de Paris intra-muros dès le début de leur grossesse, via SOLIPAM. Certaines étaient suivies à Hôtel-Dieu en tout début de grossesse, avant d'être inscrite en maternité.

Les professionnels rencontrés étaient pour une très grande majorité les sages-femmes, une seule patiente était suivie par un gynécologue pour un antécédent d'AVC (accident vasculaire cérébral). Parmi elles, deux patientes voyaient une seule sage-femme depuis le début de leur suivi et les autres affirmaient voir beaucoup de monde. Mme E avouait ne pas savoir si elle voyait des sages-femmes ou pas.

2- Le récit de vie aux professionnels de la maternité

Concernant leur récit de parcours migratoire et de vie en général, les réponses étaient partagées. Mmes A, D, F et G m'affirmaient ne rien raconter, pour la même raison : on ne leur demandait pas, on ne leur posait pas de questions : *« Ils ont pas demandé donc je dis pas, si ils me demandent oui je leur dirai »* (Mme D) ; *« Non, je raconte pas, ils me demandent pas, je dis juste que je suis au 115 et ils demandent pas plus sur mon histoire »* (Mme G).

Mme F exprimait, en plus, une réticence à se confier pour ne pas être confrontée à la pitié : *« Non, je raconte pas du tout, ils demandent rien sur ma vie, et j'ai pas trop envie de leur parler de ça, c'est embêtant, je veux pas de la pitié. »*.

Pour les autres femmes qui, elles, ont été amenées à répéter plusieurs fois leur histoire, Mme B n'y voyait pas d'inconvénients : *« les assistantes sociales me demandent ça parfois oui, je répète la même chose alors c'est pas compliqué, ça me dérange pas, si c'est les gens qui veulent m'aider, y'a pas de soucis. »*.

Mme C n'aimait pas raconter son histoire, mais le faisait car elle se sentait en confiance : *« J'aime pas beaucoup raconter mais ils sont tellement gentils avec moi »*.

Au contraire, Mme E était ravie de se confier : *« Ça me fait plaisir de dégager tout ça et de causer »*.

3- L'administratif

Quant aux documents administratifs, deux femmes affirmaient s'en sortir et les autres rencontraient des difficultés de compréhension liées à leur incapacité de lire et/ou écrire le français. Elles demandaient donc de l'aide à leur conjoint s'il était présent ou à l'assistante sociale : « *la déclaration, là, je sais pas comment faire, on a demandé, mais on nous a pas encore aidé* » (Mme D).

4- Les explications et informations reçues

La majorité des femmes interrogées expriment une difficulté avec les informations reçues lors de leur suivi de grossesse.: « *Non on m'explique pas, comme je maîtrise pas bien le français, c'est difficile de comprendre. Je demande pas trop.* » (Mme A) ; « *Non on me dit pas et je demande pas, c'est pas grave* » (Mme E) ; « *Non, on me dit pas trop les conseils et je demande pas. Je demande toujours à mon mari de lire et expliquer* » (Mme D) ; « *Pour le diabète, je n'ai pas compris comment on attrape ça avec la grossesse. Régime ou insuline, je comprends pas.* » (Mme G).

Pour deux patientes, les explications sont claires ou elles demandent aux professionnels des précisions : « *Je demande aux sages-femmes, elles sont gentilles, je sais qu'elles vont m'aider.* » (Mme B) ; « *Si y'a besoin je demande à la sage-femme* » (Mme F).

Lorsque je les questionne sur l'utilité des informations et/ou conseils donnés, toutes, à part Mme A expriment un contentement : « *Oui, en général, quand je parle de ma situation, elles disent d'aller voir l'assistante sociale qui est à l'hôpital* » (Mme B) ; « *oui ça m'aide beaucoup* » (Mme C).

Mme A a affirmé ne pas recevoir de conseils de la part des professionnels de santé.

5- Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Suite à la question sur la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), l'ensemble des femmes ont demandé ce que c'était ou ont juste eu un regard interrogateur. Après explication, Mme A était la seule à ne pas souhaiter y participer en raison de la barrière de la langue et par peur du jugement : « *Les femmes là-bas elles vont dire la femme, là, elle ment. Je connais pas ici.* » (Mme A).

Mmes B, C, D, F et G auraient été intéressées de participer à ces cours, si elles savaient comment s'y rendre, s'il n'y avait pas trop de transports. Mme G en particulier évoquait sa fatigue comme étant un frein.

Mme C y voyait une réelle opportunité de réassurance : « *Oui, comme ça, je vais avoir moins peur pour accoucher* ».

6- Satisfaction de la prise en charge à la maternité :

La réponse des femmes interrogées par rapport à la façon dont elles sont prises en charge en maternité était unanime, elles étaient toutes satisfaites. Les termes « gentil(le)s » ont été employés à de nombreuses reprises, ainsi qu'« agréables » et « ils s'occupent bien de moi ».

Mme A était satisfaite de sa prise en charge également et souligne que c'était ses préoccupations matérielles qui posaient problème, pas la maternité : « Ça se passe bien, les gens ils sont gentils, ils s'occupent bien de moi. Mais ce qui m'inquiète quand je vais accoucher, j'ai pas d'argent pour le bébé, pour les habits, c'est ça qui m'inquiète, même si c'est bien là-bas. »

7- L'assistance sociale en maternité

Toutes les femmes migrantes en situation de grande précarité interrogées dans le cadre de cette étude, ont été suivies par un(e) assistant(e) sociale de la maternité.

Trois d'entre elles expliquaient préférer se tourner vers Solipam pour ces questions : « Oui j'en ai vu plusieurs, y'en a qui sont agréables, d'autres non, elles disent que c'est pas elles qu'on doit venir voir. Je préfère demander à Solipam pour tout ça » (Mme F).

Les autres étaient satisfaites également de cette aide : « Oui, quand j'avais les problèmes de domiciliation, elle m'a bien aidé. Sinon, elle me donne que le papier pour aller chercher les médicaments » (Mme C) ; « Elle a fait la demande pour l'aide médicale, mais on se voit pas beaucoup comme ça. » (Mme A).

B.) Du point de vue des sages-femmes

1.) La grossesse en 2^{ème} ligne des préoccupations ?

Selon l'ensemble des sages-femmes interrogées, les femmes en situation de grande précarité étaient inquiètes mais d'avantage pour le futur avec leur enfant que pour leur grossesse en cours. Elles exprimaient également toutes une certaine discrétion de la part des patientes à se confier sur ce sujet : « Elles parlent peu de leurs difficultés, il faut vraiment creuser en fait mais le plus souvent c'est l'après avec le bébé qui les inquiète » (Mme M).

Mmes H, I et K ajoutaient que la projection dans la grossesse était peut-être plus difficile car : « elles vivent au jour le jour » (Mme H).

D'après les sages-femmes, ce sont les besoins primaires et l'accueil de leur bébé dans une situation précaire qui préoccupe les femmes migrantes :

« On entend plus tout ce qui va être concernant les conditions de vie, l'hébergement, la régularisation de leur situation, avoir un toit, de quoi manger mais les inquiétudes à proprement parler pour leur grossesse et leur bébé, pas tellement. » (Mme I).

Mme M affirmait que les patientes se sentaient bien suivies malgré tout.

Mme N ajoutait : « Parfois il faut les pister un peu parce que leur priorité c'est avant tout de savoir où dormir le soir, manger et les rendez-vous à la préfecture qu'elles ne peuvent pas rater, la grossesse vient juste après tout ça. ».

Mme J ajoutait d'autres sources d'inquiétude : «elles nous disent souvent qu'elles ont peur de se retrouver à la rue avec lui, le fait d'être hyper loin les inquiète pas mal aussi.».

Mme N elle soulignait : « C'est souvent très ambivalent en fait, c'est une grossesse, elles sont souvent très contentes, c'est quelque chose de positif dans ces histoires compliquées sauf bien sûr quand la grossesse est issue elle-même d'une violence. Sinon grossesse = nouveau départ pour elles, c'est une lueur d'espoir dans une situation sociale complexe, même si elles sont inquiètes de l'avenir. ».

2.) Le suivi de grossesse en maternité

1.) Les patientes revoient-elles les mêmes sages-femmes ?

Pour les quatre sages-femmes qui travaillaient en PMI : « Je les revois oui mais j'arrive pas à faire toute leur grossesse sinon je pourrais pas voir toutes les femmes. Je fais des vacations à [nom de maternité] aussi, l'idée à chaque fois c'est de les voir au moins deux fois. » (Mme K) ; « Oui oui j'arrive à les voir tous les mois, elles ont mon numéro de téléphone pro aussi et même si elles changent d'hôtels etc on se revoit.» (Mme N).

Une sage-femme expliquait un autre fonctionnement : « Malheureusement ça n'est pas possible, on ouvre le dossier de la patiente une première fois, on essaye de tout mettre en place, la domiciliation, les demandes de papiers, l'hébergement, en fonction de chaque cas. On les revoit le mois d'après et si c'est bien mis en route, à ce moment-là, on délègue à nos collègues en consultation classique. Si c'est des cas compliqués on les garde. On est 3 en PMI donc c'est une petite équipe, elles nous connaissent forcément. » (Mme H).

Deux sages-femmes tournant dans différents services de la maternité disaient pouvoir revoir leurs patientes : « J'ai la chance de les revoir en salle de naissance et en suites de couches. » (Mme L).

Les deux autres expliquaient cependant : « On essaie mais comme on a des roulements, elles voient quand même souvent des sages-femmes différentes » (Mme I) ; « Franchement non ça tourne tout le temps » (Mme J).

2.) Comment aborder le récit de leur parcours de vie ?

En ce qui concerne le parcours migratoire et les conditions de vie des patientes, les sages-femmes procédaient différemment les unes des autres. Mmes H, I, K et L pensaient que les femmes étaient amenées à répéter plusieurs fois leur histoire car on leur demandait à chaque démarche, les choses n'étant pas exhaustivement retranscrites : « *Nous déjà on leur demande, ensuite l'assistante sociale une nouvelle fois, si il y a une demande d'asile je crois qu'elles réexpliquent un peu leur parcours, pour toutes les démarches en fait.* » (Mme I) ; « *Oui, trop trop. A la PMI on leur demande, à la maternité on doit leur re demander, l'AS abordent ces sujets aussi forcément, à l'hôtel Dieu aussi... On note pas forcément chaque détail dans le dossier* » (Mme K).

Les sages-femmes H et L ont précisé en disant que de leur côté, ces questions n'étaient pas posées par curiosité mais afin de les aider au mieux, tout en précisant : « *C'est vraiment pas pour les fliquer et moi je leur redis bien toujours c'est vraiment pour les accompagner au mieux ; avec leur histoire personnelle, amoureuses qui est souvent vraiment complexe, de la prostitution, des drogues, on peut pas s'en occuper correctement sans avoir ces infos, si elle veut bien nous les donner bien sûr.* » (Mme L).

Les sages-femmes J, M et N à l'inverse ne pensaient pas qu'elles étaient amenées à répéter plusieurs fois leur histoire. Mme J déclarait noter les informations afin d'éviter cela. Mme N racontait que sa pratique avait changé au cours de sa carrière : « *Alors personnellement j'ai un peu évolué là-dessus, je fais ma première visite en laissant la question ouverte et je note succinctement. Après au moment des staffs je fais vraiment les transmissions complètes avec l'accord de la dame bien sûr, pour pas qu'elle ait à répéter ça plusieurs fois. Ça leur fait vraiment revivre le traumatisme.* ».

Mme M affirmait ne pas avoir de ressources suffisantes pour creuser dans le parcours de ces femmes et les orienter vers une psychologue : « *Je demande comment s'est passé le parcours migratoire, et si elles m'en parlent, je leur dis assez facilement qu'elles peuvent en parler avec une psychologue parce que je vais pas avoir toutes les cartes pour leur être utile mais c'est tout, si elle développe pas plus, j'insiste vraiment pas.* ».

3.) Un regard différent ?

Les sages-femmes affirmaient toutes ne pas avoir de réaction particulière lorsqu'elles reçoivent une patiente migrante. Certaines évoquent une « habitude » de la situation : « *C'est tellement fréquent, c'est triste à dire hein c'est horrible mais j'ai la même réaction qu'avec n'importe quelle autre patiente, on est tellement habituées.* » (Mme J) ; Mme K (qui travaille en PMI) ajoutait qu'en maternité, on serait plus à même de réagir différemment : « *C'est vraiment mon travail, mon public je pense que j'ai pas de réaction particulière, pas en tous cas comme on peut avoir en maternité ce truc de se dire que ça va prendre du temps et tout.* ».

D'autres sages-femmes parlaient néanmoins de certaines attitudes qu'elles adoptaient : *« J'essaie d'être accueillante, bienveillante, qu'elles se sentent bien avec moi, en confiance. »* (Mme H) ; *« je vais vraiment essayer d'être à l'écoute en fait, comprendre leur parcours migratoire, je leur pose pas mal de questions. »* (Mme I) ; *« j'essaie surtout de bien me faire comprendre mais j'ai la même bienveillance qu'avec n'importe quelle patiente. »* (Mme L).

4.) Des informations et conseils adaptés et compris ?

La totalité des sages-femmes expliquaient qu'elles espéraient que les informations soient comprises et les plus claires possible. Pour cela, elles font reformuler, ciblent les conseils, font du cas par cas et délivrent pour la plupart les informations à l'oral et les examens ou rendez-vous à l'écrit uniquement : *« J'explique tout bien sûr, à l'oral, je donne pas beaucoup de papiers écrits, faut savoir que la plupart pour lire ou écrire le français c'est compliqué. »* (Mme K).

Mmes H et L expliquaient que la difficulté peut être expliquée par un trop grand nombre d'informations que personne ne peut retenir sur une consultation et la barrière de la langue.

Les sages-femmes J, K et L affirmaient avoir pris l'habitude de poser des questions sur les besoins primaires et Mme J soulignait comme difficulté le facteur temps : *« Maintenant oui, comme on en reçoit beaucoup, j'ai appris à adapter un peu mes conseils et questions donc je fais vraiment au cas par cas mais encore une fois dans une consultation de 20 minutes où on doit gérer le côté obstétricale c'est pas facile. »*. Mme K expliquait qu'elle avait appris à poser ces questions aux patientes mais qu'elle ne savait pas où noter le tout dans le dossier : *« Oui j'ai pris l'habitude mais par exemple à [nom de la maternité] où ils ont changé le logiciel pour les dossiers, je sais pas où noter tout ça. Il y a la case soit lire ou pas le français mais tous les besoins primaires je sais pas où noter, y'a rien. »*.

Mme I ajoutait que si les questions ne sont pas posées, les femmes abordaient le sujet elles-mêmes.

Mme M elle, *« avoue ne vraiment pas toujours y penser. »*.

Une fois les informations et contexte connus, les professionnels de santé savent-ils orienter les femmes ? *« J'essaie en tous cas de les orienter au mieux, où elles ont besoin et d'être surtout disponible, qu'elles se sentent à l'aise pour me poser des questions ce qui peut me permettre d'encore mieux les aider. »* (Mme H). Mmes I, L expliquaient orienter vers l'assistante sociale qui se chargerait ensuite de donner les contacts et adresses adéquats : *« Solipam par exemple on connaît bien, nous on oriente beaucoup vers l'assistante sociale et elle se charge de donner la carte pour aller chercher des repas au plus près de leur hébergement par exemple, des choses comme ça. »* (Mme I) ; *« Je sais que les AS sont bien plus calées que moi et qu'elles ont tous les contacts genre Solipam, Terre d'Asile ... »* (Mme L).

Mme M disait ne pas savoir vers qui les orienter : *« Non j'avoue que je suis un peu démunie quand il s'agit d'administratif dans ces situations. »*.

5.) Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les réponses étaient très diverses en fonction du lieu de travail des sages-femmes. En PMI Mmes H, I, M et N déclaraient proposer systématiquement ces cours aux patientes migrantes car elles avaient accès à des cours dédiées aux femmes en situation de grande précarité : *« On a une sage-femme de la CPAM qui vient 1 à 2 fois par semaine pour faire des entretiens prénataux précoces et des discussions plutôt que des vrais cours de PNP »* (Mme M) ; *« Alors oui toujours, au centre à Ivry on fait des cours de prépa et on a des traducteurs sur place qui parlent arabe, somalien etc et on fait aussi beaucoup avec la plateforme ISM. Donc les femmes logées à Ivry ont les cours sur place. »* (Mme N).

Mmes I, J et L affirmaient que les cours de PNP n'étaient pas une priorité pour les femmes migrantes : *« Alors à l'Hôtel-Dieu non, clairement pas, ça ne touche vraiment pas leur préoccupations. »* (Mme I) ; *« ça n'est pas leur priorité première en fait je crois. »* (Mme L). Cette dernière a ajouté qu'elle proposait systématiquement les cours avant la crise sanitaire mais que les patientes y étaient mal à l'aise : *« seulement quelque unes venaient, elles sont souvent seules, isolées, sans famille, je pense qu'elles ne se sentent pas forcément à l'aise. »*.

Enfin, Mmes J et K proposaient au cas par cas, en fonction de la situation de chaque patiente : *« ça dépend des situations, des ressources qu'à la patiente, si elle est plus ou moins stable oui mais la grande majorité du temps non »* (Mme J) ; *« Vraiment si elles sont stabilisées, ça va dépendre de la patiente que j'ai en face de moi. Si elle change d'hôtel tous les 2 jours, qu'elle ne sait pas où manger, je vais pas m'embarquer là-dedans. »* (Mme K).

6.) Satisfaction de la prise en charge en maternité

Les sages-femmes affirmaient toutes que la prise en charge obstétricale est satisfaisante, *« c'est comme pour n'importe quelle patiente »* (Mme M).

Pour ce qui est de la prise en charge plus globale, sociale notamment, c'était plus mitigé. Les sages-femmes J, K et L ont déclaré faire au mieux avec le facteur temps mentionné à deux reprises : *« on n'a pas de solution pour l'hébergement, pas le temps non plus mais on fait au mieux je pense avec ce que l'on a et avec l'expérience j'espère que ça va s'améliorer d'années en années. »* (Mme J) ; *« Moi j'ai quitté l'APHP pour ça, parce que je pouvais plus continuer à travailler dans ces conditions, on ne peut pas se préoccuper, s'occuper correctement de ce genre de patientes en 20min. »* (Mme K) ; *« On se donne vraiment les moyens pour les aider au mieux qu'on peut. »* (Mme L).

Mme M se questionnait cependant : *« pour les femmes je sais pas si c'est vraiment satisfaisant, je sais pas si on les aide vraiment. »*.

7.) Collaboration avec l'assistante sociale :

L'ensemble des sages-femmes interrogées affirmaient travailler avec l'assistante sociale. Mme H parlait de « *binôme* », chaque patiente ayant son assistante sociale référente, ce qui était également le cas sur le lieu de travail de Mme I. Mme N disait que cette collaboration est « *indispensable* », Mme M notamment déclarait beaucoup compter sur elles, car : « *j'avoue ne pas maîtriser le côté social etc, je connais pas du tout les associations où les orienter, on a pas de formation du tout et je sais pas.* ».

Les sages-femmes déclaraient de plus savoir comment les assistantes sociales travaillaient et avaient un retour sur les dossiers de leurs patientes : « *Oui je pense, c'est voilà la domiciliation, voir un peu dans quelles conditions elles sont, la déclaration de grossesse, le bon PASS, les demandes de CMU, d'AME* » (Mme H) ; « *On a un staff parentalité psycho-social où elles (les assistantes sociales) discutent des dossiers et de chaque situation et nous on a une synthèse dans le dossier. Donc on a quand même un retour, même si on n'assiste pas au staff.* » (Mme M). Mme K (travaillant en PMI) expliquait que cette collaboration serait plus aisée qu'en maternité, dû au facteur temps notamment : « *Nous on a 1h pour une ouverture de dossier et 30min pour un suivi, on est loin des 20min pour une consultation classique.* ».

4. L'accompagnement par les sages-femmes

A.) Selon les patientes

1.) Sentiment d'incompréhension ?

Les sages-femmes prenant en charge ces femmes en situation de grande précarité comprennent-elles réellement leur situation ? D'après Mmes A, C et D, c'était un non clair : « *Non elles peuvent pas* » (Mme C) ; « *Non, ils connaissent pas, non non non.* » (Mme D).

Mmes B, E et G ne savaient pas ou n'y faisaient pas attention, et Mme F s'exprimait par rapport à une situation particulière : « *L'autre fois je pense qu'elle a pas compris. Parfois je pense qu'on m'écoute pas ou que je m'amuse à mentir* ».

2.) Axes d'amélioration

Aucune patiente n'avait de question spécifique qu'elle aimerait poser aux sages-femmes, et qu'elle n'aurait pas osé poser avant.

Mmes C et E : « *Elles sont gentilles, elles causent bien avec moi* » (Mme C) ; « *Déjà elles causent avec moi et je suis contente, ça me fait plaisir.* » (Mme E).

Mme G expliquait ne s'intéresser qu'aux examens pour son enfant à naître, et Mme F n'avait pas d'autres demandes particulières.

Mme A, de son côté s'est plainte de nouveau de fatigue : *« je veux qu'elles fassent quelque chose pour moi parce que je suis fatiguée ici. Quand je vais là-bas [à la maternité] je veux qu'on me laisse tranquille, je suis fatiguée, je peux pas marcher ».*

Les inquiétudes formulées par les femmes portaient toutes sur l'hébergement et/ou un manque de fournitures pour leur enfant à naître et /ou leur régularisation.

« Tout se passe bien là-bas je peux pas mentir. Le vrai problème c'est ici là, on m'a appelé pour m'obliger à mettre ma fille à l'école à Paris là-bas. Moi je peux pas l'amener, je peux pas trop marcher et on a pas d'argent pour les transports. Comment faire tous les jours pour l'amener, c'est trop loin. Et le bébé la j'ai pas la poussette, y'a rien pour lui il faut m'aider. » (Mme A) ;

« C'est juste un problème d'hébergement, le 115 on reçoit pas les messages. Quand y'aura le bébé j'ai peur de pas avoir d'hébergement. » (Mme E) ;

« Bon, moi, ma question c'est la stabilisation au 115, j'aimerais avoir un endroit stable pour quand il sera là, avec l'hiver, là. [...] Moi je peux avoir deux habits c'est pas grave, mais lui non. Et les affaires et tout. Comment pousser la poussette en plein froid, pour moi c'est difficile avec mon AVC, là, quand il fait froid j'ai très mal à la main et au pied, donc si je dois changer toujours d'endroit, ça va être compliqué. » (Mme G).

B.) Selon les professionnelles de santé

1.) Les sages-femmes prenant en charge ces femmes en situation de grande précarité comprennent-elles réellement leur situation ?

La sage-femme I était la seule à dire que les patientes comprenaient le fonctionnement de la maternité et leur prise en charge durant la grossesse.

Le reste des sages-femmes affirmaient que non ; selon Mme N, ces patientes ne savaient pas différencier les différents professionnels les prenant en charge *« mais elles savent qu'on est tous là pour les aider. »*, de même, Mme M déclarait *« qu'elles ne savent pas trop qui est qui mais elles comprennent que c'est pour leur bien et celui de leur enfant et on sent vraiment qu'elles sont reconnaissantes. »*. De leurs côté, Mmes H et J témoignaient une certaine acceptation malgré cette incompréhension : *« Elles acceptent bien, elles sont très consciencieuses et observantes. »* (Mme H). Mme H ajoutait également que l'incompréhension pouvait être dû à la différence de l'approche de la maternité elle-même entre le pays d'où elles sont originaires (et où elles ont eu un enfant parfois) et la France : *« Avec toutes les*

consultations, les prises de sang, les échographies, elles ne comprennent pas pourquoi on en fait autant ici. ».

Concernant les documents administratifs, toutes les sages-femmes pensaient qu'ils sont trop nombreux mais surtout « *trop compliqués* » (Mmes H, I, J, K et L). 5 d'entre elles affirmaient que les patientes avaient besoin d'aide, qu'elles n'étaient pas forcément en mesure d'apporter et qu'elles orientaient facilement vers une assistante sociale pour cela. Mme K mentionnait néanmoins des failles dans cet accompagnement social : « *c'est surtout compliqué pour elles, elles sont pas forcément aidées, souvent les AS remplissent pas tout ça avec elles, les travailleurs sociaux non plus dans les centres d'hébergement.* ».

2.) Que souhaitent améliorer les sages-femmes dans leur prise en charge ?

Lorsque nous nous intéressons aux éléments que nous voudrions faire évoluer en tant que professionnel de santé, l'hébergement et sa stabilisation revient à plusieurs reprises :

« Si j'avais une baguette magique, ce serait de stabiliser leur hébergement le plus rapidement possible. [...] Voilà la stabilisation c'est vraiment LA chose dont elles ont besoin. » (Mme H).

Mme H a ajouté la centralisation des soins ainsi que des biens à distribuer plus facilement : « *Que tout soit centralisé, au même endroit peut-être également, pour leur suivi de grossesse, social. On essaie de donner un petit trousseau de base pour l'arrivée de leur bébé que la maternité demande et qu'elles n'ont pas, il faudrait qu'on ait plus de stock, plus de choses à donner. Peut-être de la nourriture aussi quand elles viennent, parce que là on cherche dans nos frigos, les plateaux-repas mais bon ... Un accueil plus cocooning, un endroit où elles pourraient rester un peu se reposer.* ».

Mme L soulignait un sentiment d'impuissance face aux femmes en situation de grande précarité avec des solutions limitées en tant que sage-femme : « *Oui bien sûr, on a envie de faire mieux, toujours, de plus les aider mais c'est vrai que c'est très limité, les solutions en tant que sage-femme pour elles sont limitées. Au final l'aide est minime, même si on est empathique ... La situation est tellement délicate, on a l'impression d'être impuissant.* ».

La sage-femme N expliquait la nécessité des cours de préparation à la naissance et à la parentalité pour avoir de bonnes informations, en fonction de leur demande. Elle parlait également d'un retard de prise en charge possible suite à des démarches très longues : « *La vraie difficulté c'est la césarienne. Les cours de prépa devraient être systématique, la prise en charge ici en France est tellement différente que dans leur pays, il faudrait que toutes les femmes puissent bénéficier de ces informations, ce serait top. On parle de la péridurale, de la césarienne mais aussi vraiment beaucoup de leur anatomie, je travaille beaucoup avec des schémas, dessins, c'est des femmes qui connaissent très peu leur corps. On parle*

aussi d'excision, de sexualité, du consentement, qu'elles ont le droit de dire non même à leur mari. Pour répondre à leur besoin on doit tout simplement leur demander en fait, ce dont elles ont envie, comment elles veulent vivre cette expérience, on doit leur dire qu'elles ont le droit de nous demander des choses. Qu'elles ont droit à plein de choses et qu'on veut que la naissance leur laisse un bon souvenir. Les PASS, demandes de CMU etc aussi ça marche bien mais voilà ça prend du temps à être mis en place et ça peut être un vrai retard de prise en charge. ».

Mme I de son côté exprimait une certaine satisfaction de l'évolution de la prise en charge de ces patientes mais: « *c'est vrai qu'on n'a pas forcément de retour direct de leur part à elles.* ».

Troisième partie : Analyse et discussion

I. Les limites et les apports de l'enquête

Le nombre d'entretiens réalisés est, certes, faible pour tirer des conclusions extrapolables à toutes les patientes en grande précarité, logées par le 115, mais nous fûmes restreints sur la période d'enquête qui s'étendait de septembre à décembre 2020, ainsi que par le nombre de femmes incluses par le réseau SOLIPAM répondant aux critères d'inclusion.

Les femmes interrogées étant toutes prises en charge par SOLIPAM, il s'agit ici d'un biais important de l'étude, nous ne pourrions étendre de potentielles conclusions à la population générale des « femmes migrantes hébergées par le Samu Social ». D'une part car le réseau permet un suivi en maternité dès leur inclusion et, d'autre part, les femmes bénéficient d'une sage-femme et assistante sociale attitrée, ce qui n'est pas le cas de toutes les femmes en difficulté.

Nous avons ensuite mené des entretiens auprès de sept sages-femmes, travaillant dans les maternités où ont été suivies les femmes migrantes interrogées. Dû aux conditions sanitaires et aux difficultés de temporalités en consultations, des entretiens téléphoniques ont été privilégiés.

L'ensemble des maternités parisiennes où les femmes migrantes étaient suivies a pu être représenté mis à part Tenon malgré plusieurs relances et des réponses positives initialement, qui n'ont malheureusement pas abouties.

4 entretiens eurent lieu avec des sages-femmes travaillant à la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Paris rattachées à une maternité parisienne. Il s'agit ici d'un biais important de cette étude, l'intérêt étant d'interroger des sages-femmes réalisant des consultations en maternité et prenant donc en charge toutes patientes. Les sages-femmes de PMI interrogées ont entre 80 et 100% de leurs patientes en situation de grande précarité. Leur prise en charge et connaissances sont donc très certainement différentes de leurs collègues moins en charge de ce public.

Les 3 autres sages-femmes travaillant en maternité, pratiquaient dans divers services depuis de nombreuses années.-Nous n'avons pu, qu'après plusieurs relances, obtenir des réponses de la part de ces sages-femmes, nous pouvons nous demander pour quelle(s) raison(s) nous avons eu un faible nombre de retours de la part des professionnelles sur ce sujet.

II. Analyse des résultats

1.) La population incluse est-elle représentative des « femmes en situation de grande précarité » ?

Parmi les sept femmes migrantes interrogées, trois étaient hébergées par le 115 depuis quatre mois, trois depuis trois mois et une depuis six mois.

Si nous mettons en parallèle ces durées à leur date d'arrivée en France, qui varient de 5 mois à 3ans, nous pouvons remarquer que certaines d'entre elles ont dû trouver d'autres solutions avant de pouvoir bénéficier de cet hébergement d'urgence. Certaines ont, de plus, multiplié les changements d'adresses durant ces courtes périodes. Ces données sont comparables à celles du rapport de SOLIPAM de 2018 montrant que 88.5% des familles incluses dans le réseau ont connu entre 1 et 5 hébergements et 5.5% plus de 7 changements d'hébergements (19).

Néanmoins, toutes les patientes interrogées selon les critères d'inclusion avaient un contact avec une maternité de Paris intra-muros dès le début de leur grossesse, via SOLIPAM. Certaines étaient suivies à l'Hôtel-Dieu en tout début de grossesse, avant d'être inscrites en maternité.

Les résultats sont ici représentatifs d'une population étant hébergée, certes de façon instable, avec un suivi de leur grossesse en maternité ce qui n'est pas le cas de toutes les patientes en situation de grande précarité.

2.) La connaissance des sages-femmes sur les conditions de vie des patientes

Les sages-femmes affirmaient toutes que les femmes changeaient très régulièrement d'hébergement et que cela engendrait un certain nombre de problèmes et de stress pour les femmes. Alors même que les sages-femmes n'ont, pour la plupart, pas su donner une définition claire « du 115 ».

Les sages-femmes étaient au fait des changements parfois fréquents et loin de la maternité de suivi des femmes, les trajets effectués entre l'hébergement et l'hôpital pouvaient être longs et très compliqués (par rapport aux contrôles notamment).

La grande majorité des professionnelles affirmait essayer de trouver une solution arrangeante, être flexible sur les horaires. Même si elles soulignaient que l'organisation en maternité ne le permettait pas toujours. Il y a ici une discordance avec les sages-femmes de PMI (ayant travaillé en maternité auparavant) : les consultations en PMI étant plus longues, les retards seraient plus facilement acceptables.

Concernant les conditions au sein des hébergements sociaux, les sages-femmes n'ont pas toutes eu l'occasion d'y aller, mais semblent en avoir une représentation se rapprochant de ce que les femmes décrivent. On constate là aussi une différence entre les sages-femmes travaillant en maternité et celles en PMI, car ces dernières vont en personne dans ces hébergements.

Il semble donc y avoir une certaine conscience de la part des sages-femmes des difficultés vécues par les femmes concernant leur hébergement et en réponse, des tentatives de résolution difficilement concordantes avec l'organisation en maternité.

Pour ce qui est de la question des violences, les réponses furent partagées. Les violences seraient, d'après les sages-femmes, inhérentes à un manque d'intimité ou à leur parcours migratoire. Pour une sage-femme, leurs conditions de vie est une violence en elle-même.

3.) Quelle vision de leurs conditions de vie ont les patientes ?

Les femmes migrantes semblaient porter une grande importance à la maternité où elles étaient suivies, ne souhaitant en aucun cas en changer, malgré les distances longues parcourues pour s'y rendre.

Les femmes hébergées dans les hôtels sociaux sont globalement mécontentes des conditions de vie au sein des chambres, ne trouvant rien de positif à dire concernant l'hôtel où elles sont. Les sanitaires, les acariens et autres insectes, ainsi que le manque de cuisine, sont les éléments négatifs très récurrents mentionnés par les femmes.

De plus, sans que nous posions la question, les femmes parlent de viols et bagarres, au sein ou non de l'hébergement. Ces données peuvent être mises en parallèle avec l'enquête DSAFHIR s'intéressant à la santé perçue et aux violences subies des femmes migrantes (10). Cette enquête nous informe que l'hébergement à l'hôtel expose à des violences car 4% des répondantes (sur 469) rapportent des violences perpétrées par des hôteliers ou des résidents. En somme, les trois quarts des femmes hébergées à l'hôtel et enquêtées, déclarent avoir subi au moins une violence au cours de leur vie, que ce soit dans leur pays d'origine, pendant le trajet de migration, ou à leur arrivée en France.

4.) Les conséquences de ces conditions de vie sur une grossesse et son suivi, d'après les sages-femmes

Les sages-femmes affirmaient toutes que la prise en charge obstétricale des femmes en situation de grande précarité était satisfaisante. Ces affirmations sont à l'opposé des constatations de l'étude « La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique », qui s'est intéressée à l'accès aux soins prénatals (30). La proportion de soins sous-optimaux était plus grande parmi les femmes étrangères (78%) que parmi les Françaises (57%).

Serait-ce parce que les professionnels ne se rendent pas compte de l'apport de soins différents, ou tout simplement l'étude qui aurait un trop faible niveau de fiabilité ?

En ce qui concerne la prise en charge plus globale, sociale notamment, les sages-femmes déclarent faire au mieux avec un facteur handicapant mentionné à plusieurs reprises : le temps. De plus, le manque de ressources concernant l'hébergement et les aides sociales notamment, semblent démunir les professionnelles de santé, qui se concentrent alors sur le versant obstétrical.

Les conséquences et impacts engendrés par les conditions de vie de ces patientes sont, d'après les sages-femmes interrogées, l'anxiété, notamment dû à l'incertitude du lendemain; quatre professionnelles citent des complications obstétricales, que l'on retrouve dans plusieurs études, notamment un suivi de grossesse tardif ou irrégulier (21,30). Dans l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2016, les auteurs concluaient que de faibles ressources, voire une absence de ressources, constituaient un facteur de risque d'issue de grossesse défavorable. Ces situations socio-économiques très précaires s'accompagnent souvent d'un nombre de consultations prénatales moindre, plus d'hospitalisations, d'accouchements prématurés et d'enfants de petit poids de naissance (21) que citent à plusieurs reprises les sages-femmes interrogées.

Les sages-femmes semblent donc connaître les risques potentiels d'une grossesse chez une femme en situation de grande précarité.

Les sages-femmes semblaient, de plus, être conscientes de la difficulté de transmission d'informations et conseils à ces patientes, et expliquaient cibler au mieux les conseils ou ne pas donner trop de documents papiers. Nous pouvons mettre en parallèle ces résultats à une situation exposée dans le rapport du volet anthropologique du projet RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis) (31) (Cf partie I, III.2, page 15).

Des indications mal données ou mal comprises, des difficultés pour comprendre les démarches à suivre et les documents à fournir, ont été observées auprès de toutes les femmes interrogées durant notre enquête. Ces obstacles administratifs prennent parfois une ampleur dramatique lorsque, par exemple, ils engendrent l'absence de couverture sociale, ou un retard de diagnostic.

Les sages-femmes travaillant en maternité affirmaient, en effet, ne pas pouvoir prendre le temps de remplir les documents avec elles, les orientaient donc vers l'assistante sociale.

En revanche, selon l'ensemble des sages-femmes interrogées, les femmes en situation de grande précarité seraient inquiètes pour le futur avec leur enfant, son accueil dans une situation précaire et les besoins primaires, d'avantage que pour leur grossesse en cours. Deux sages-femmes déclaraient alors que les cours de PNP n'étaient pas une priorité pour les femmes migrantes ou qu'elles y étaient mal à l'aise _ ce qui fait écho à l'étude de P. Sauvegrain (33) (Cf partie I, III.2 page 18).

Trois sages-femmes reconnaissent une certaine acceptation, confiance et bonne observance de la part des patientes, malgré cet investissement de la grossesse différent de ce qu'attendraient ces professionnelles de santé. Ces déclarations vont à l'opposé de l'article d'A. Nacu s'intéressant aux catégorisations dans le contexte de la santé périnatale et à leur traduction dans les pratiques médicales à la fin des années 2000 (35). Les entretiens réalisés à l'époque, pour cette recherche, font apparaître les patientes migrantes comme des patientes « difficiles », menant souvent à une charge de travail plus importante pour les soignants. Cependant, elles sont décrites comme « plus faciles » lorsqu'elles concourent aux routines médicales lors de l'accouchement notamment ou l'allaitement.

Ces différences entre l'enquête d'A. Nacu et la nôtre peuvent être tout simplement dues à une évolution des représentations au fil des années ou au fait que les sages-femmes interrogées en 2020 prennent plus régulièrement en charge des patientes en situation de précarité.

5.) Les conséquences de leurs conditions de vie sur la grossesse et son suivi, d'après les femmes migrantes

Toutes les femmes migrantes affirmaient que leur grossesse et/ou l'accouchement étaient sources d'angoisse pour elles, notamment dû aux médicaments pris et à la différence de prise en charge par rapport à leur pays d'origine, mais aussi à l'accouchement. Un sujet d'inquiétudes revient également fréquemment, celui du futur avec le bébé et notamment la régularisation de leur situation, les vêtements et le matériel pour s'occuper de leur enfant. Ces sujets de grandes inquiétudes sont comparables à ce qu'à conclut l'étude de C. Mestre (2015) (29).

Cinq femmes sur les sept interrogées exprimaient une difficulté avec les informations reçues lors de leur suivi de grossesse, que ce soit par absence d'explications tout simplement, ou dû à la barrière de la langue et/ou leur incapacité à lire ou écrire le français, qui n'étaient pas toujours pris en compte par les professionnels de santé.

Concernant les cours de préparation à la naissance, 6 femmes sur les 7 interrogées auraient été intéressées de participer à ces cours, mais chacune donnait comme condition l'accessibilité en transports et la durée du trajet. Il s'agirait donc d'un réel frein à la participation à ces cours de leur part, tout comme la peur du jugement. Nous retrouvons cette réalité dans une étude de C. Mestre (2015) s'intéressant à l'appréhension, de la part de nombreuses femmes originaires d'Afrique subsaharienne, de la médicalisation de la période périnatale (35) (Cf partie I, III.1, page 14).

Il existe donc des représentations sur le fonctionnement hospitalier français qui mériteraient d'être éclaircies auprès des patientes.

6.) Comment instaurer un climat de confiance ?

Les professionnelles prenant en charge les femmes interrogées étaient, pour 6 femmes sur 7, des sages-femmes, une seule patiente était suivie par un gynécologue pour raison médicale. Parmi les patientes, deux voyaient une seule sage-femme depuis le début de leur suivi et les 5 autres affirmaient voir « *beaucoup de monde* ». Une patiente a avoué ne pas savoir quelle était la fonction des professionnels rencontrés.

En parallèle, 5 sages-femmes sur 7 affirmaient pouvoir revoir les patientes à plusieurs reprises ou tout le long de leur grossesse et assimilaient ce suivi à une réelle mise en place d'une relation de confiance, menant à des confidences de plus en plus importantes de la part des patientes, et permettant de mieux les prendre en charge.

La réponse des femmes migrantes interrogées par rapport à la façon dont elles sont prises en charge en maternité était unanime, elles étaient toutes satisfaites. Les termes « *gentil(le)s* » ont été employés à de nombreuses reprises, ainsi qu'« *agréables* » et « *ils s'occupent bien de moi* ». Ce champ lexical est davantage révélateur de compétences humaines, de relationnel et d'écoute que de compétences médicales à proprement parler.

7.) Axes d'amélioration selon les patientes

Les femmes interrogées étaient globalement satisfaites de leur prise en charge en maternité. Deux patientes affirmaient que la communication avec les professionnels de santé, en particulier, était importante et leur permettait de s'exprimer.

Une seule patiente expliquait ne s'intéresser qu'aux examens pour son enfant à naître.

Les inquiétudes formulées par les femmes portaient toutes sur l'hébergement et/ou un manque de fournitures pour leur enfant à naître. Il s'agirait donc plus de soucis d'ordre matériel et de stabilisation de situation, que d'inquiétudes médicales. La relation de soin avec le professionnel les prenant en charge semble primordiale.

8.) Une relation de soin divergente en fonction du lieu d'exercice ?

Toutes les femmes migrantes en situation de grande précarité interrogées ont été suivies par un(e) assistant(e) sociale de la maternité. Trois d'entre elles expliquaient préférer se tourner vers SOLIPAM. Le fonctionnement en binôme entre la sage-femme et l'assistante sociale au sein de ce réseau semble être très pertinent.

Les sages-femmes de PMI interrogées rapportaient ce même fonctionnement, où chaque patiente a une assistante sociale référente ; une sage-femme parle de réelle collaboration.

Les sages-femmes de PMI sont globalement plus au fait des fonctions réelles de l'assistante sociale mais également des conditions de vie des patientes. Notamment concernant l'hébergement, où elles se déplacent dans le cadre de visites à domicile. Mais au cours des entretiens, les sages-femmes de PMI prenant en charge quotidiennement des femmes en situation de grande précarité semblaient plus à l'aise pour aborder tous les aspects de la situation de précarité. Elles prennent notamment en compte de potentielles difficultés liées à la langue française en demandant systématiquement à la patiente si elle lit et/ou écrit le français. De même concernant les besoins primaires en leur demandant si elles ont réussi à manger aujourd'hui, si elles ont de quoi se vêtir etc.

Le facteur temps est souvent mentionné par les sages-femmes, comme entravant une possibilité de prise en charge optimale. Les sages-femmes travaillant en PMI et ayant travaillé en maternité auparavant, expliquaient que le temps de consultation serait trop court en maternité (15 minutes contre 40 en PMI) pour aborder le médical, l'administratif et le social. Ce manque de temps serait d'autant plus handicapant lors des ouvertures de dossiers pendant lesquelles l'interrogatoire complet de la patiente doit être recueilli. Nous retrouvons cette importance du facteur temps dans le Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (4), qui montre que cet empressement semble rendre difficile les marques de soutien, d'encouragement, de rassurance, qui peuvent être recherchées et essentielles pour les parturientes migrantes en situation de grande précarité.

Ce manque de temps en maternité fut la motivation pour deux sages-femmes interrogées durant notre enquête, d'aller travailler en PMI. Nous constatons donc un réel besoin d'aménagement au niveau du temps dédié en consultations afin de rendre possible, pour les sages-femmes, une prise en charge la plus adéquate et complète des femmes migrantes hébergées par le 115.

III. Propositions d'amélioration

Lorsque nous nous intéressons aux éléments que nous voudrions faire évoluer en tant que professionnelle de santé, l'hébergement et sa stabilisation revient à plusieurs reprises. Les sages-femmes interrogées auraient donc tout à fait ciblé les enjeux de la prise en charge pour ces patientes. Mais il ne s'agit pas d'éléments sur lesquelles nous pouvons agir directement ...

Par conséquent, nous proposons, pour conclure, quelques pistes d'amélioration dans la prise en charge de ces femmes en grande précarité, qui relèvent plus des capacités d'intervention (et de pression sur une Direction) des sages-femmes.

- 1- Il nous semble nécessaire de **développer la centralisation des soins**, afin que les femmes aient le moins de trajets à effectuer. En effet, une sage-femme faisant des vacations dans un centre d'hébergement expliquait que le fait que tout soit sur place (le suivi intégral de la grossesse,

l'accès aux médicaments et l'hébergement) rendait très facile l'accès aux cours de PNP (qui étaient alors adaptés) et intéressait énormément les femmes migrantes en situation de précarité. Une autre sage-femme expliquait la nécessité des cours de préparation à la naissance et à la parentalité pour avoir de bonnes informations, en fonction de la demande de ces patientes. Elle parlait également d'un retard de prise en charge possible suite à des démarches très longues, expliqué par la différence de temporalité entre le travail médical et social.

- 2- Les sages-femmes pourraient **aménager, dans la maternité, une pièce dédiée aux femmes enceintes en situation de grande précarité** (immigrées ou non, logées ou non par le Samu Social).

Une sage-femme mentionnait aussi l'intérêt possible d'avoir, dans chaque maternité, une pièce qui remplacerait la salle d'attente, dédiée aux femmes en situation de précarité, avec de la nourriture, de quoi se reposer, quelques vêtements. Ce serait un endroit avec de quoi se préparer des boissons chaudes, où des rencontres et échanges avec d'autres femmes seraient possibles, libre d'accès la journée.

Ces deux premiers axes d'amélioration mentionnés par les sages-femmes interrogées durant notre enquête, sont à prendre en compte, ils témoignent d'une compréhension et empathie de la part de ces dernières, souhaitant pouvoir faire d'avantage pour ces patientes en difficulté.

- 3- Il me semble aussi important de **repenser les modalités des consultations.**

Un aménagement des temps de consultations serait bénéfique pour les femmes en situation de grande précarité. En parallèle avec l'instauration de nouveaux items dans les dossiers, qui encouragerait les professionnels à poser des questions pertinentes et ciblées sur leur situation comme par exemple : « pouvez-vous lire et écrire le français ? » « Connaissez-vous des associations où aller chercher des vêtements, de la nourriture ? » Il s'agit également ensuite de savoir où orienter les patientes une fois le recueil de données fait.

- 4- Aussi, **l'accès à des journées de formation continue sur la prise en charge des femmes en grande précarité** me semble pertinent, pour toute sage-femme.

Il serait intéressant de faire une formation dans chaque maternité avec les assistantes sociales et psychologues, afin de donner les outils et ressources nécessaires aux sages-femmes, pour ne pas se sentir démunies et être en mesure d'orienter au mieux les patientes. Ces formations ou « réunions d'informations » seraient donc pluridisciplinaire afin d'uniformiser la prise en charge et que chaque corps de métier puisse exprimer ses connaissances/difficultés/questions et permettre d'être bénéfique pour les patientes. Il serait également intéressant de contacter des associations comme SOLIPAM afin d'échanger et d'avoir un retour d'expériences.

- 5- Un autre travail pluridisciplinaire pourrait être la **réalisation et publication d'une plaquette ou fiche d'informations, répertoriant des numéros d'associations et adresses** où orienter les patientes en grande précarité. Nous en proposons une ébauche dans ce Mémoire (*annexe V*).
- 6- Enfin, pour permettre une relation de confiance et instaurer le dialogue, si important dans ces situations, il me semble judicieux que ces patientes puissent bénéficier d'**un suivi de leur grossesse par la même sage-femme**.

Cette étude m'aura beaucoup apporté humainement et me permettra dans ma future vie de sage-femme de garder une ouverture d'esprit, mais aussi de maintenir une vigilance concernant les conditions de vie des femmes prises en charge, afin de pouvoir aider au mieux chaque patiente, en fonction de ses besoins. J'espère également pouvoir appliquer mes propositions d'amélioration dans mon futur lieu d'exercice.

CONCLUSION

De nos jours, l'accueil et la prise en charge médicale des femmes migrantes, enceintes, en situation de grande précarité sont des enjeux majeurs, tant sur le plan politique que sur le plan de la santé publique, tout particulièrement en Ile-de-France.

En 2018, 52 % des immigrés sont des femmes, parmi lesquelles se trouvent des femmes enceintes, à l'anxiété générée par la migration et les violences rencontrées lors du parcours, vient s'ajouter la vulnérabilité inhérente à la grossesse, exposant ces femmes à de très hauts risques, tant sur le plan médical que psychosocial.

Nous avons montré, dans notre revue de littérature scientifique, que ce statut de « parturiente migrante », engendrait une morbi- mortalité en périnatalité supérieure à la population générale. Ces parturientes ont, de plus, une santé perçue globalement mauvaise, ainsi qu'une offre de soins inadéquats et sous- optimaux par rapport aux patientes françaises notamment. Ces soins sont également souvent entravés par un manque de communication, de compréhension, de confiance dans la relation soignant/soigné pouvant être expliqués par des stéréotypes bilatéraux.

Notre enquête menée durant l'automne 2020, concernait les façons dont les sages-femmes pouvaient établir un climat de confiance, essentiel à la prise en charge optimale des femmes migrantes enceintes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social, en Ile-de-France. Nos deux hypothèses reposaient sur la possibilité, pour les sages-femmes, de personnaliser la prise en charge et par conséquent de connaître précisément la situation de vie de chaque patiente.

Les populations cibles furent d'une part celle des femmes logées en hôtel social et prises en charge par le Réseau SOLIPAM, ce qui permettait d'établir un contact aisé et une relation de confiance avec cette population. D'autre part, nous avons interrogé des sages-femmes travaillant dans des maternités d'Ile-De-France, prenant en charge des patientes migrantes.

Nous avons pu mettre en évidence une différence dans la prise en charge des femmes, selon que les sages-femmes travaillaient en maternité et au sein des PMI. D'une part, un manque de temps lors des consultations rendrait difficile un recueil de données complet sur le plan social. D'autre part, les sages-femmes en maternité ont des connaissances approximatives concernant la prise en charge sociale et administrative qui rythme pourtant le quotidien et les pensées de leurs patientes migrantes. Ces dernières sont pourtant satisfaites des soins procurés et des compétences humaines et relationnelles des professionnelles. Elles sont de plus, très attachées à leur lieu de suivi, les changements d'hébergements compliquant donc largement leur quotidien.

Pour les femmes interrogées, leurs conditions de vie durant leur grossesse, et plus encore lorsque leur enfant sera né, sont les préoccupations majeures et de grandes sources d'angoisse. Selon elles, les professionnels de santé qui les accompagnent ne comprennent pas réellement leur situation _ et la

plupart d'entre eux ne les interroge pas sur ce sujet. Les démarches administratives leur posent de réelles difficultés, ainsi que la compréhension des informations transmises par les professionnels en maternité, ce dont sont bien conscientes les sages-femmes interrogées.

Une des différences majeures montrée par notre enquête concerne les cours de PNP : les sages-femmes ne proposent que très peu ces cours aux femmes malgré leur intérêt. Il semble de plus que les sages-femmes de PMI proposent plus aisément ces ateliers que les professionnelles en maternité.

L'enquête ayant un faible niveau de preuve, et ayant interrogé une population ciblée de femmes migrantes en grande précarité, il est difficile d'extrapoler les résultats et de valider nos hypothèses.

Cependant, dans ce cadre limité, l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance avec les femmes migrantes enceintes, en personnalisant leur prise en charge, serait pertinente. Mais cette possibilité ne peut exister que si les sages-femmes connaissent précisément la situation de vie de chaque patiente.

Pour améliorer la prise en charge par les sages-femmes, il serait judicieux d'aménager les temps de consultations pour les femmes en situation de grande précarité avec, en parallèle, l'introduction de nouveaux items dans les dossiers. Une centralisation des soins, afin que les femmes aient le moins de trajets à effectuer pour leur suivi ; l'aménagement au sein des maternités d'une pièce dédiée aux femmes enceintes en situation de grande précarité ; l'accès à des journées de formation et un suivi de grossesse avec le même professionnel de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Migration Report 2018 [En ligne]. Organisation internationale pour les migrations. 2017 [cité le 14 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>
2. Insee, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Immigrés, étrangers 2019. [En ligne]. [cité le 18 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#menu>
3. Ined, Institut national d'études démographiques. Les migrations dans le monde (2017) [En ligne]. [cité le 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-migrations-dans-le-monde/>
4. Oms, Organisation mondiale de la Santé. Migrations et santé 2017 [En ligne]. [cité le 19 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/88/fr/>
5. Insee, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. La localisation géographique des immigrés 2016. [En ligne]. [cité le 8 févr 2020]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2121524>
6. S. Volant, G. Pison et F. Héran. La France a la plus forte fécondité d'Europe. Est-ce dû aux immigrées ? août 2019;(568).
7. Lesselier C. Femmes migrantes en France. Le genre et la loi. Cah CEDREF Cent D'enseignement D'études Rech Pour Études Féministes. 1 janv 2004;(12):45-59.
8. C. Davoudian. La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions 2017 [En ligne]. Orspere Samdarra. [cité le 8 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/cahiers-de-rhizome-n63-cliniques-et-migrations-mars-2017/la-grossesse-a-l-epreuve-des-ruptures-et-exclusions-2036.html>
9. Trente ans de lois françaises sur l'immigration 2019 [En ligne]. Arte Info. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.arte.tv/sites/story/reportage/trente-ans-de-lois-francaises-sur-limmigration/>
10. Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, et l'équipe Dsafhir. Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enq Dsafhir. 2019;(17-18):334-41.
11. Insee, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les immigrés récemment arrivés en France 2014 [En ligne]. [cité le 9 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393>
12. Piquet C. Le douloureux parcours des femmes enceintes à la rue 2016. [En ligne]. Le Figaro. [cité le 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/01/28/01016-20160128ARTFIG00020-le-douloureux-parcours-des-femmes-enceintes-a-la-rue.php>
13. T. Michalot. L'évaluation par les travailleurs sociaux de la nécessité d'accueil en CHRS. Thèse de doctorat en science de l'éducation. Université Lyon 2; 2010.

14. Drihl Ile-de-France. Hébergement d'urgence et d'insertion 2019 [En ligne]. [cité le 13 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/hebergement-d-urgence-et-d-insertion-r148.html>
15. E. Guyavarch, E. Garcin. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles.Cairn.info. 2014; Vol.182:142-149.
16. Ministère de l'Intérieur. Les conditions de logement des nouvelles migrantes 2019 [En ligne]. [cité le 16 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Themes/Accueil-integration/Les-conditions-de-logement-des-nouvelles-migrantes>
17. Naître dans l'Est Francilien. Le Réseau NEF [En ligne]. [cité le 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.perinat-nef.org/public/le-reseau-nef/>
18. Le réseau SOLIPAM [En ligne]. [cité le 15 févr 2020].Disponible sur: <https://www.solipam.fr/-Le-reseau-SOLIPAM,1->
19. Rapport d'activité Solipam 2018 [En ligne]. [cité le 15 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.solipam.fr/Rapport-d-activite-Solipam-2018,389>
20. B. Blondel, N. Lelong, M. Kermarrec, F. Goffinet, Périnatales 1 la C nationale des EN. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales 31 mars 2012. [En ligne]. [cité le 14 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/703520>
21. B. Coulm, C. Bonnet, B. Blondel, A. Vilain, JS. Fresson. L'enquête nationale périnatale 2016. EPOPé. :317.
22. Lejeune VN. , Chaplet VM. , Carbonne B. , Jannet DJ. , Milliez JM. . Precarity and pregnancy in Paris. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. mars 1999;83(1):27-30.
23. Gayral-Taminh M. , Daubisse-Marliac L. , Baron M. , Maurel G. , Rème J-M. , Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. Datarevues0368231500341-C123 [En ligne]. 9 mars 2008 [cité le 19 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/115229>
24. Convers M. , Langeron A. , Sass C. , et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité et de vulnérabilité, 2014. Gynécol Obstét Fert. 2014;
25. E. Azria, Z. Stewart, C. Gonthier, C. Estellat, C. Deneux-Tharaux. Inégalités sociales de santé maternelle. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 oct 2015;43(10):676-82.
26. Philibert M. , Deneux-Tharaux C. , Bouvier-Colle M-H. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? BJOG Int J Obstet Gynaecol. oct 2008;115(11):1411-8.
27. Virole-Zajde L. Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. Genre Sex Société [En ligne]. 20 déc 2016 [cité le 21 nov 2019];(16). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/3862>
28. Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. Contraste. 2007;N° 26(1):127-35.

29. Mestre C. Migration, maternité et médicalisation : ce qu'en pensent les Africaines vivant en France. *Spirale*. 2015;N° 76(4):90-2.
30. Sauvegrain P. , Stewart Z. , Gonthier C. , Saurel-Cubizolles M-J. , Saucedo M. , Deneux-Tharaux, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Epidemiol Hebd*. 1 mars 2017;19-20:389-95.
31. R-R. Berrocal, E. Le Méner. La grossesse et ses malentendus. 25 mai 2018;118.
32. Sauvegrain P. Les parturientes «africaines» en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropol Sociétés*. 2013;37(3):119-37.
33. Sauvegrain P. Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? *Spirale*. 2008;n° 47(3):167-78.
34. Gabai N. , Furtos J. , Maggi-Perpoint C. , Gansel Y. , Danet F. , Monloubou C. , et al. Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. *Devenir*. 19 déc 2013;Vol. 25(4):285-307.
35. Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociol Trav*. 1 mars 2011;53(Vol. 53-n° 1):109-30.

ANNEXES :

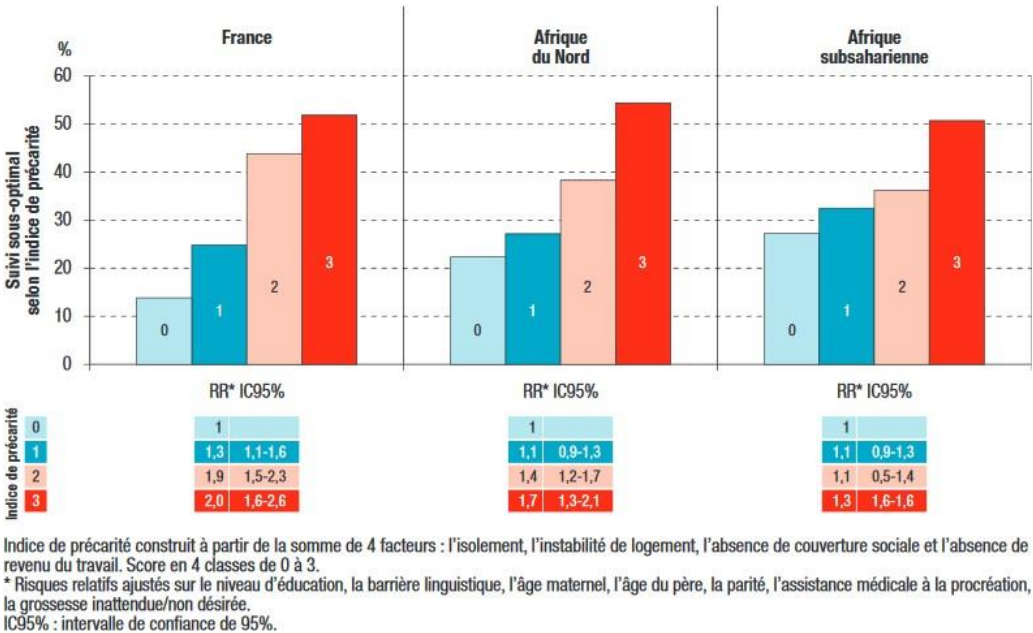
Annexe I : Enquête DSAFHIR

	N	%		N	%
	469	100		469	100
Pays d'origine			Niveau d'études		
Afrique de l'Ouest	166	35	Non scolarisée	62	14
Afrique centrale et de l'Est	97	21	Primaire	61	13
Maghreb, Afrique du Nord, Proche-Orient	65	14	Secondaire	143	31
Europe de l'Est et Communauté des États indépendants	57	12	Baccalauréat	107	24
Roumanie, Bulgarie, autres Union européenne	56	12	Enseignement supérieur	83	18
Autres pays	28	6	Statut de couple		
Âge			En couple corésident	243	52
18-19 ans	10	2	En couple non corésident	33	7
20-29 ans	143	31	Pas en couple	192	41
30-39 ans	215	46	Couverture maladie		
40-49 ans	72	15	Sécurité sociale	181	39
50 ans et +	28	6	Aide médicale d'État (AME)	185	40
Âge à la migration			Aucune couverture (dont demande en cours)	74	21
20 ans et moins	88	19	Ressources mensuelles / unité de consommation		
21-30 ans	234	50	Aucune	152	34
31-40 ans	111	24	Moins de 100€	89	20
Plus de 40 ans	34	7	100-300€	100	22
Durée du séjour en France			300-500€	60	13
0-1 an	92	20	Plus de 500€	45	10
2-3 ans	124	27	Titre de séjour		
4-5 ans	88	19	Pérenne	138	29
6-10 ans	110	23	Non pérenne	96	21
11 ans et +	54	12	Demande d'asile	40	9
			Sans titre de séjour	188	41

Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, et l'équipe Dsafhir. Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enq Dsafhir. 2019;(17-18):336.

Annexe II : Illustration du suivi prénatal inadéquat

Suivi prénatal inadéquat en fonction de l'indice de précarité et du lieu de naissance maternel, données de la cohorte PreCARE, France, 2010-2011



Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Deneux-Tharaux, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. Bull Epidemiol Hebd. 1 mars 2017;19-20:393.

Annexe III : Grille d'entretien

	Patientes	Sages-femmes
Présentation	1 - Quand êtes-vous arrivée en France ? 2 – Connaissez-vous d'autres femmes enceintes hébergées par le 115 ? 3 – En avez-vous rencontrées à la maternité ?	1 - Depuis combien de temps travaillez-vous ici ? 2 -Pensez-vous que la proportion de femmes migrantes hébergées par le 115 est importante parmi votre patientèle ? 3 –Est-ce une part importante de votre charge de travail ?
Hébergements/conditions de vie	1 -Depuis combien de temps êtes-vous hébergée par le 115 ? 2 - Où se trouve votre hébergement actuellement ? 3 – Pouvez-vous me dire ce que vous trouvez bien, ou assez bien, dans l'hôtel où vous êtes actuellement ? 4- Pouvez-vous m'expliquer ce qui ne va pas dans l'hôtel où vous êtes actuellement ? 5 –Avez-vous changé d'hébergement ? 6 – Si oui : combien de fois ? 7 – Pourquoi ? 8 – Est-ce que ce(s) changement(s) compliquent votre vie de femme enceinte ? 9 – Où se trouve la maternité où vous êtes suivie ? 10- Expliquez-moi comment vous vous organisez pour aller à la maternité faire les examens et les rendez-vous ?	1-Pourriez-vous m'expliquer rapidement ce qu'est « le 115 »? 2 – Savez-vous si les patientes hébergées par le 115 vivent toutes à Paris (<i>intra-muros</i>) ? 3- Savez-vous quelles sont les conditions de logement/ d'hébergement des femmes qui y vivent ? 4 – Savez-vous si elles peuvent être victimes de maltraitance, voire de violence, dans ce type d'hébergement ? 5 – Savez-vous si les patientes hébergées par le 115 changent d'hébergement en cours de grossesse ? 6 – A votre avis, pourquoi ces changements ? 7 – Quels impacts cet ou ces hébergements, souvent successifs, par le 115, peuvent avoir sur une grossesse ? 8- Avez-vous une idée des trajets effectués par la patiente pour se rendre aux rendez-vous ? 9 -Est-ce une donnée que vous prenez en compte pour programmer les rendez-vous suivants ?

	11- Arrivez-vous à manger les jours de rendez-vous ? 12- Si enfant(s) à charge : Comment gérez-vous les rendez-vous et cette grossesse avec un/plusieurs enfant(s) ? 13- Est-ce que votre grossesse vous inquiète ? 14- Comment imaginez-vous votre vie dans quelques mois, avec le bébé ?	10 – Si ces patientes ont déjà un ou plusieurs enfants, est-il possible de prendre cette situation en compte pour programmer les rendez-vous ? 11 - Savez-vous si les femmes hébergées par le 115 sont inquiètes par rapport à leur grossesse ? 12- Savez-vous si les femmes hébergées par le 115 sont inquiètes par rapport au futur avec leur enfant ?
Suivi de grossesse	<i>Mes questions concernent la prise en charge « hors COVID »</i> 15 - Depuis combien de temps êtes-vous suivie à la maternité X ? 16- Qui s'occupe de vous ? Une SF ? Un médecin ? 17 - Rencontrez-vous d'autres professionnels qui s'occupent de vous ? 18 - Etes-vous obligée de répéter les mêmes choses à des professionnels différents ? Si oui, qu'en pensez-vous ? 19 – Est-ce qu'il y a beaucoup de	<i>Mes questions concernent la prise en charge « hors COVID »</i> 14—Quelle est votre première réaction lorsque quand vous recevez une patiente migrante hébergée par le 115 ? 15- Les suivez-vous tout au long de leur grossesse ? 16 -Travaillez-vous avec l'assistante sociale ? 17 – Si oui, savez-vous ce qu'elle fait une fois que vous lui adressez une patiente ? 18 – Selon vous, ces patientes comprennent-elles toujours la présence de différents professionnels dans leur suivi de grossesse ? 19 – Pensez-vous que ces patientes sont amenées à expliquer plusieurs fois leur situation ? 20-Tout ce que vous venez de décrire a-t-il pu être mis en place depuis le début de la crise sanitaire ?

	papiers à remplir ? 20 -Est-ce que tout ce qui vous est expliqué l'est correctement, clairement ? 21- Quand vous n'avez pas compris quelque chose, à qui demandez-vous des explications ? 22-Participez-vous aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité ? 23-Si non : pourquoi ? aimeriez-vous y participer ? 24 – Que pensez-vous de la prise en charge de votre grossesse ici (dans cette maternité) ? 25 – Etes-vous aidée par l'assistance sociale de la maternité ? 26 – Qu'en pensez-vous ?	21– Selon vous, les documents administratifs à remplir par ces patientes sont-ils trop nombreux ? 22 – Vous assurez-vous toujours que les informations/ordonnances/résultats d'examens soient compris ? 23- Proposez-vous les cours de préparation à la naissance et à la parentalité aux patientes migrantes ? 24 – (Si oui ou non) pourquoi ? 25- Selon vous, la prise en charge obstétricale des patientes migrantes logées par le 115 est-elle satisfaisante ? 26-Selon vous, la prise en charge sociale, dans cette maternité, des patientes migrantes logées par le 115 est-elle satisfaisante ?
--	--	--

Accompagnement par les sages-femmes	27- Pensez-vous que les SF comprennent bien votre situation ? 28- Les informations et conseils que vous donnent les sages-femmes sont-ils toujours adaptés à votre situation ? 29 – Est-ce que la langue, écrite ou orale, peut-être un problème, parfois, pour vous ? 30 - Quelles questions aimeriez-vous poser aux sages-femmes ? 31-Que souhaitez-vous que les SF fassent pour vous ou avec vous ?	27-Questionnez-vous les femmes sur leurs conditions de vie et besoins primaires (hébergement/nourriture/vêtements) ? 28-Donnez-vous des informations/conseils aux patientes ? 29-Vous paraissent-ils en accord avec leurs besoins ? 30-Sont-ils donnés à l’oral/ écrit ? 31-Savez-vous toujours si ces patientes savent lire/écrire le français en donnant ces informations ? 32- Savez-vous où orienter les femmes en situation de grande précarité (réseaux comme Solipam, associations) ? 33- Aimeriez-vous modifier quelque chose dans la PEC de ces femmes ? 34-Quoi, et pourquoi ?
	32-Avez-vous quelque chose à me demander/me dire sur tout ce dont on vient de parler : quelque chose que vous avez vécu à la maternité, que vous voudriez, qui ne vous a pas plu...	

Annexe IV : Note d'informations pour les entretiens

Je suis Nikita Maucotel, étudiante sage-femme en dernière année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai décidé de travailler sur la prise en charge, par les soignants en maternité, des femmes migrantes logées par le 115 et incluses dans le réseau Solipam.

Pour les femmes migrantes : Plus précisément, je vais vous poser des questions afin d'évaluer votre vécu de la grossesse, vos besoins et attentes lors de votre suivi prénatal en maternité, afin de pouvoir ensuite y répondre au mieux en tant que future sage-femme.

Pour les sages-femmes : Plus précisément, je vais vous poser des questions afin de comprendre les possibles difficultés dans la prise en charge globale des femmes migrantes au sein de la maternité.

Les informations recueillies lors de cet entretien seront strictement anonymes et enregistrées dans un fichier informatisé pour les analyser dans le cadre de l'étude.

Les données sont conservées pendant 1 an à compter du jour de l'entretien.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en me contactant à l'adresse suivante : ...@....

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Je soussignée
accepte/n'accepte pas l'enregistrement de l'entretien dans le cadre de cette étude.

Date et signature :

Annexe V : Proposition de plaquette d'aide à l'orientation des femmes en situation de grande précarité en Ile-de-France

LOGEMENT	• Numéro Samu social : Numéro gratuit : 115 pour femmes/ familles sans logement.
MATERIEL / ALIMENTAIRE	• Secours populaire : Aides alimentaires, vestimentaires et financières. 6 passage Ramey 75018 contact@spf75.org; 01 53 41 39 39. • Les Restos du cœur : Aide alimentaire, Les Restos Bébé du Cœur, ateliers cuisine, logement, aide aux gens de la rue. Antoine Bour, 4 Cité d'Hauteville 75010 https://ad75.restosducoeur.org; 01 53 24 98 00 ; secretariat@restosducoeur75.org • Paris Tout-P'tits : Association destinée à apporter une aide matérielle aux familles démunies ayant des enfants en bas-âge. Colis avec du lait maternisé, des petits pots et des couches, correspond aux besoins de base, alimentaires et d'hygiène corporelle, nécessaires à un enfant. Formulaire spécifique de "demande de colis bébé" à remplir. Conditions: la famille domiciliée à Paris, l'enfant âgé de moins de 18 mois, la situation d'extrême précarité identifiée par le travailleur social. "Charonne": 63 boulevard de Charonne 75011 PARIS; M° Avron - "Didot" 96 rue Didot 75014 PARIS; M°Plaisance. • Un petit bagage d'amour : Permettre d'avoir le nécessaire pour la femme enceinte + son bébé à venir lors du séjour à la maternité. Centre à la crypte de l'église Saint-Sulpice. unpetitbagagedamour@gmail.com ou via internet : https://www.unpetitbagagedamour.org/contact.
ECOUTE/ SOUTIEN	• SOLIPAM : Réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France. Solidarité Paris Maman. 52 rue Richer 75009 PARIS, 01 48 24 16 28. Numéro vert : 0801 801 081.

	• L'association AZMARI : vise à permettre aux femmes et à leurs enfants de disposer d'un espace qui leur ai destiné, un lieu de rencontre, de libre expression et d'apprentissage. Contact via la maison des femmes de Paris : 163, rue de Charenton, Esc 13 - BL4 - 75012 contact@asso-azmari.fr. • AFAVO : Accompagnement social et juridique, soutien à la parentalité, aide au logement, prévention et lutte contre les violences faites aux femmes. - Cergy Saint Christophe 40, avenue du Martelet 95800 Tél. : 01 30 32 41 28 ; - Saint Gratien 13, rue Marcel Lecat 95210, Tél. : 01 39 59 79 54 ; - Argenteuil 7 bis, Bd du Général Leclerc 95100 Tél. : 01 30 76 49 90 ; - Les Mureaux 11, rue Rouget de lisle 78130 Tél. : 01 34 74 10 16.
PERMANENCES	• Le RAJFIRE : Permanences sans rdv le mardi à 16h30 à la Maison des femmes de Paris, 163 rue de Charenton 75012 rajfire.asso@gmail.com. Réseau pour l'autonomie des femmes immigrées et réfugiées. Métro Reuilly Diderot, RER Gare de Lyon. • France Terre d'Asile : Centre d'accueil pour migrants dits vulnérables, à Ivry-sur-Seine. Capacité de 400 places pour des femmes et des familles, hébergement entre trois et cinq mois. Siège social : 24, rue Marc Seguin, 75018 Paris, Métro Marx Dormoy (ligne12). Bureaux ouverts de 9h à 13h et de 14h à 18h. Tél : 01 53 04 39 99. infos@france-terre-asile.org • Permanence associative aux UMJ- Hôtel Dieu : 1 place du Parvis Notre Dame 75004, 01 42 34 87 84 ou 82 29 24h/24 7j/7, bâtiment : Galerie A1, étage : RDC – Haut. • Bâtiments à disposition des femmes enceintes, gérés par des associations : l'hôpital La Rochefoucauld (Paris 14ème), à l'hôpital Necker (bâtiment Blumenthal – Paris 15ème), à l'Hôtel Dieu (Paris 4ème) ou à l'hôpital Georges Clémenceau

	(Champcueil – 91). • Accueil de jour femmes : Centre d'accueil pour sans-abris à Paris 3 Rue de Lesdiguières : 75004. • Halte Femmes (association Aurore) : Un accueil de jour et un accompagnement global pour les femmes sans domicile. 16-18, passage Raguinot – 75012, 01 43 44 55 00 / 06 75 66 82 54 haltefemmes@auore.asso.fr j.rosier@auore.asso.fr. Du lundi au jeudi 8h30-12h30 ; mardi et mercredi 14h-20h ; vendredi 8h30-14h puis sur RDV jusqu'à 17h ; dimanche et jours fériés 9h-16h. • Femmes de la Terre : Permanence juridique en droit des étrangers pour les femmes, sur rendez-vous. Permanence téléphonique le lundi de 14h à 18h- 75019- 01 48 06 03 34 www.femmesdelaterre.org. • Les permanences d'accès aux soins de santé - PASS – présentes dans les hôpitaux de l'AP-HP permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes en situation de précarité, ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée.
VICTIMES DE VIOLENCE	• Violences femmes info : 3919 • Viols femmes informations de 10 à 19h du lundi au vendredi : 0800 05 95 95 • PAV (Paris aide aux victimes) : 12 rue Charles Fourier 75013 0145881800 du lundi au vendredi (sur rdv) - 22 rue Jacques Kellner 75017 0153068350 du lundi au vendredi (sur rdv). • Carte interactive des dispositifs spécialisés en Ile-de-France : http://orientationviolences.hubertine.fr

RESUME

La prise en charge des femmes enceintes migrantes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social est un enjeu de santé publique. Notre objectif était d'identifier comment les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance, essentiel à la prise en charge optimale des femmes migrantes enceintes, en situation de grande précarité, logées en hôtel social, en Ile-de-France.

L'enquête qualitative, multicentrique, et prospective, a été conduite à partir d'entretiens individuels essentiellement directs. Elle fut menée en région parisienne, incluant les femmes enceintes migrantes logées en hôtel social et prises en charge par le réseau SOLIPAM ainsi que des sages-femmes des maternités parisiennes prenant en charge des patientes en situation de grande précarité.

L'enquête a montré que le recueil de données complet des patientes en situation de grande précarité est difficile à effectuer en maternité par rapport au temps de consultations trop court. Les sages-femmes ont de plus des connaissances approximatives concernant la situation sociale et administrative de leurs patientes migrantes. Ces dernières sont néanmoins satisfaites des soins procurés et des compétences humaines et relationnelles des professionnelles ; un unique lieu de suivi est important pour elles, les changements d'hébergements compliquant largement leur quotidien.

Les sages-femmes peuvent établir un climat de confiance avec les femmes migrantes enceintes, en personnalisant leur prise en charge. Ceci passerait par un suivi avec la même sage-femme ainsi qu'un temps suffisant en consultation permettant d'aborder des questions sociales. L'aménagement d'un lieu dédié dans les services, et une formation des sages-femmes à la grande précarité, semblent également pertinents.

Mots-clés : Grossesse, Migration, Précarité, Sages-femmes, Hôtel social, SOLIPAM.

Nombre de pages : 74 / Nombre de mots : 25 794 / Nombre de références bibliographiques : 35

ABSTRACT

Pregnant migrant women, in a very precarious situation and accommodated in social hotels, and their care, is a public health issue. We were aiming to identify how midwives can establish a trusting relationship, essential for the optimal care of pregnant migrant women.

This is a qualitative, multicenter, and prospective study, based on mainly structured individual interviews. It was carried out in Paris, including pregnant migrant women housed in social hotels and supported by SOLIPAM, as well as midwives from Parisian maternities, taking care of women in very precarious situations.

Collecting complete data from patients in a very precarious situation is difficult to carry out in the maternity ward due to a short time in consultation. Midwives also have approximate knowledge of the social and administrative care of their migrant patients. The patients are nevertheless satisfied with the care provided, especially the human and relational skills of the professionals; a single place of follow-up is therefore important for them, as frequent changes of accommodation significantly complicate their daily lives.

Midwives can establish a climate of trust with pregnant migrant women by personalizing their care. This would require a follow-up with the same midwife, as well as sufficient time in consultation to dig social issues with the patients. Improvement of services and a specific training of midwives about precarity would also seem relevant.

Key words : Pregnancy, Migration, Precarity, Midwives, Social hotel, SOLIPAM.

Number of pages : 74 / Number of words : 25 794 / Number of bibliographical references : 35