

# Étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise

FEVRIER 2019



**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR  
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Carole MARTIN DE CHAMPS, directrice

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives

Patricia LAFONT, chargée d'études documentaire

Martine GUILLAUME, assistante d'études

À la demande et avec le soutien financier de  
l'Agence Régionale de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :  
[www.ors-auvergne-rhone-alpes.org](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org)



## Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cette évaluation et tout particulièrement :

- Dr Dominique Dejour-Salamanca, médecin inspecteur de santé publique à la délégation départementale du Rhône et de la métropole de Lyon, Agence Régionale de Santé
- Dr Chantal Mannoni, médecin de santé publique, pôle prévention et promotion de la santé, Agence Régionale de Santé
- Madame Marthe Chaverondier, Responsable Unité santé de la femme enceinte, Délégation Développement Solidaire Habitat et Education, Direction de la PMI et modes de garde, Métropole de Lyon
- Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, Chef du service projets et développement en santé, Délégation Développement Solidaire Habitat et Education, Métropole de Lyon
- Dr Françoise Gonnaud, Psychiatre, Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la croix rousse

Ainsi que les professionnels nous ayant aidés à rencontrer des femmes enceintes ou venant d'accoucher en situation de précarité :

- Madame Pascale Antonelli, Assistante Sociale, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du groupement hospitalier mutualiste Les Portes du Sud
- Monsieur Mathieu Azcue, Sage-femme coordonnateur, Maternité de la Croix rousse
- Madame Isabelle Bertola, Sage-femme, Clinique mutualiste de l'Union à Vaulx en Velin
- Madame Edwige Brunens, Infirmière, Association l'Amicale du Nid
- Mesdames Champetier et Chazeau, Assistantes sociale, PASS du Centre Hospitalier de Saint Luc-Saint Joseph
- Madame Pascale Demurger, Infirmière, Métropole de Lyon, Maison de la Métropole 2<sup>ème</sup> Arrondissement
- Madame Guillemette Hannebicque, Médiatrice de santé, Association Médecins du Monde
- Madame Nathalie Laplace, Assistante Sociale, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier le Vinatier
- Madame Nathalie Picot, Sage-femme, PASS du Centre Hospitalier de Saint Luc-Saint Joseph

Enfin, nous adressons tous nos remerciements aux femmes enceintes ou venant d'accoucher, en situation de précarité qui, malgré leurs multiples et grandes difficultés, ont accepté de nous rencontrer, de nous accorder du temps et de répondre à nos questions.



# Sommaire

<b>1. CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	<b>9</b>
<b>2. OBJECTIFS DE L'ETUDE</b> .....	<b>10</b>
2.1. Objectif général .....	10
2.2. Objectifs spécifiques .....	10
<b>3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b> .....	<b>11</b>
3.1. Analyse documentaire.....	11
3.2. Etude qualitative par entretiens semi-directifs .....	11
3.2.1. Entretiens auprès de 20 femmes enceintes ou venant d'accoucher depuis moins de 6 mois	11
3.2.2. Entretiens auprès de 10 professionnels de santé accueillant, suivant et accompagnant les femmes.....	13
3.3. Points de vigilance .....	14
<b>4. RESULTATS DE L'ENQUETE QUALITATIVE</b> .....	<b>15</b>
4.1. Le vécu des femmes : entretiens auprès des femmes et revue de la bibliographie.....	15
4.1.1. Différents profils, origines, contexte de vie avant la grossesse.....	15
4.1.2. Découverte de la grossesse par les femmes et impact de l'annonce de la grossesse à l'entourage .....	18
4.1.3. Problématiques de santé pendant la grossesse.....	20
4.1.4. Obstacles entravant le suivi de grossesse .....	22
4.1.5. L'accouchement.....	24
4.1.6. Après l'accouchement.....	25
4.2. Le point de vue des professionnels : entretiens auprès des professionnels .....	27
4.2.1. Difficultés et souffrance des travailleurs sociaux et des soignants.....	27
4.2.2. Réticences de certains professionnels à accueillir les femmes.....	30
4.2.3. Adaptation des professionnels et stratégies de prises en charge .....	32
<b>5. SYNTHESE DES RESULTATS : SCHEMA RECAPITULATIF</b> .....	<b>33</b>
<b>6. PROPOSITIONS ET PISTES D'ACTIONS</b> .....	<b>34</b>
6.1. Répondre aux besoins vitaux des femmes enceintes en situation de précarité.....	34
6.1.1. Améliorer le repérage et la prise en compte des femmes enceintes précaires par les professionnels du soin (hospitaliers, libéraux).....	34
6.1.2. Renforcer l'accompagnement des femmes enceintes précaires pour un meilleur suivi de grossesse, et suivi post-accouchement.....	35
6.1.3. Faciliter l'accès aux maternités et aux soins des femmes enceintes en situation de précarité .....	36
6.1.4. Créer un fichier informatique médical spécifique pour les femmes enceintes précaires à l'échelle de l'agglomération .....	37
6.1.5. Développer (ou renforcer) le soutien psychologique pour des travailleurs sociaux et professionnels du soin qui interviennent auprès des femmes enceintes en grande précarité.....	37
<b>7. GLOSSAIRE</b> .....	<b>38</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>39</b>





## 1. Contexte de l'étude

Depuis mars 2017, un groupe de travail s'est mis en place pour traiter de la problématique des femmes enceintes très précarisées et sans domicile fixe sur le département du Rhône et de la Métropole de Lyon, et ce en raison de nombreuses sollicitations d'acteurs de terrain (PASS, assistantes sociales des hôpitaux,...). En effet, ces acteurs sont régulièrement interpellés sur des cas de femmes enceintes vivant dans la rue ou risquant de se trouver sans domicile après l'accouchement (« sortie sèche » de maternité).

Les professionnels de terrain constatent que, du fait de ces conditions de vie difficiles, notamment au plan du logement, ces femmes ne parviennent pas à s'insérer dans un parcours de suivi de leur grossesse (examens, échographies, ...) avec les risques que cela comporte pour l'enfant à naître (dépistage insuffisant de difficultés éventuelles, risque de prématurité plus important...) et risque qu'après leur accouchement, elles se trouvent dans de très grandes difficultés pour s'occuper de leur nourrisson (soins, construction du lien mère-enfant).

On sait ainsi que chez certaines femmes très précaires, notamment migrantes, la prise en charge de la période périnatale est entravée par de multiples obstacles. Les difficultés d'hébergement sont au premier plan, mais aussi l'absence de couverture maladie, les difficultés de communication pour les migrantes non francophones qui rendent plus difficiles l'accès aux soins et aux droits.

Les enquêtes nationales périnatales mettent en évidence des inégalités sociales concernant la surveillance prénatale, la prévention et la santé à la naissance. La précarité et la pauvreté apparaissent associées à des suivis médiocres, voire inexistant, de la grossesse. Elles entraînent notamment un retard dans l'accès aux soins (déclaration de grossesse hors délai), une réduction de l'accès au dépistage de la trisomie 21, une augmentation des pathologies durant la grossesse, un recours plus fréquent aux consultations d'urgence et des hospitalisations plus fréquentes lors de la grossesse. La précarité a également un impact important sur l'issue de la grossesse, avec une augmentation du risque de prématurité et de faible poids de naissance (hypotrophie)<sup>1</sup>. Les données du PMSI de l'ARS ARA travaillées dans le cadre de ce projet permettent d'objectiver les complications périnatales liées à la situation de ces femmes entraînant un coût important pour le système de santé. D'autres études mettent en avant une morbidité maternelle sévère plus élevée chez les femmes immigrées que chez les autres femmes (31.2% vs 24.2%) et cette différence porte principalement sur le groupe des femmes nées en Afrique subsaharienne. Les femmes immigrées font partie des populations vulnérables et un suivi prénatal inadéquat pourrait être de nature à augmenter le risque maternel dans ce groupe (Sauvegrain 2017).

Si les services de Protection Maternelle et Infantile de la Métropole parviennent à repérer et à protéger une partie de ces femmes (notamment pour éviter les « sorties sèches » de maternité, au moins pendant le premier mois après l'accouchement), d'autres passent

---

<sup>1</sup> Guide Comede 2015 : migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement chapitre Périnatalité

« entre les mailles » du système de protection et se trouvent sans solution de logement alors même qu'elles n'ont souvent aucun véritable soutien familial, avec tous les risques que cela implique, dans une étape de vulnérabilité forte.

Trois sous-groupes de travail ont été proposés par l'ARS pour affiner l'analyse de cette problématique dans l'espace de la métropole lyonnaise et faire émerger des pistes d'action en mettant en regard les constats de chacun des sous-groupes.

L'étude qualitative qui est proposée ici s'inscrit ainsi dans le cadre des travaux menés au sein du sous-groupe 2 sur les parcours des femmes enceintes en situation de précarité.

## 2. Objectifs de l'étude

### 2.1. Objectif général

L'objectif principal de l'étude qualitative, qui doit nourrir les travaux du sous-groupe 2, était d'identifier les leviers et freins existants à une bonne prise en charge des femmes en très grande précarité au cours de leur grossesse et après leur accouchement (jusqu'à 6 mois après l'accouchement) sur la métropole lyonnaise.

### 2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de repérer et d'analyser ces leviers et freins :

- Auprès de femmes concernées, en grande précarité, enceinte ou ayant accouché depuis quelques mois, en examinant les dimensions économiques et matérielles, mais aussi sociologiques et symboliques de ces leviers et freins.
- Auprès de professionnels qui voient et accompagnent ces femmes, à différents moments de leurs parcours de prise en charge : Services de Protection Maternelle et Infantile, maternités, PASS, associations humanitaires, associations de soutien aux publics précaires, ...

La finalité de cette étude est de faire émerger des recommandations pour améliorer la prise en charge de ces femmes en grande précarité, enceintes ou ayant accouché depuis peu.

## 3. Méthodologie de l'étude

Pour atteindre les objectifs tels que définis, cette étude s'est appuyée sur une analyse documentaire et sur une enquête qualitative menée auprès de professionnels accompagnant des femmes enceintes ou ayant accouché depuis peu, et également auprès de femmes enceintes ou ayant accouché. La méthode a été validée par un comité de pilotage (COFIL) composé de l'ARS, des Hospices Civils de Lyon (HCL) et de la Métropole.

### 3.1. Analyse documentaire

Cette analyse a été nécessaire pour intégrer les principales contraintes à la fois, sociologiques et juridiques, dans lesquelles évoluent les femmes enceintes ou ayant accouché depuis peu, qui sont en grande précarité.

Ainsi, les droits de la femme enceinte, de l'enfant à naître, de la femme venant d'accoucher et des enfants nouveau-nés, ont été pris en compte pour bien mieux comprendre les freins ou leviers à un bon suivi qui ont été évoqués par les femmes ou par les professionnels interviewés. Le parcours de vie de ces femmes et leur accès à une prise en charge est en effet largement impacté par ce que définit le droit, et par la manière dont, sur le terrain, les acteurs appliquent et font vivre le droit : droit à une couverture maladie, droit au logement à l'hébergement, à l'interprétariat....

Au-delà des enjeux liés au cadre juridique dont il faut tenir compte, nous avons repris les grands constats des travaux existant sur ce sujet en France. Ce travail a permis de pré-identifier des leviers et freins déjà documentés, qui ont été utilisés comme hypothèses de départ pour construire les guides d'entretien. En effet, les femmes enceintes en grande précarité, comme les professionnels qui les suivent et les accueillent, peuvent rencontrer des freins divers ou déployer des stratégies, prendre des décisions dans un contexte matériel, organisationnel et symbolique donné, qui peuvent faciliter ou affaiblir la prise en charge, l'accès aux soins, l'accès à un logement approprié. L'analyse documentaire a aussi permis d'enrichir le rapport de références bibliographiques venant appuyer ou compléter certains constats issus de l'analyse qualitative.

### 3.2. Etude qualitative par entretiens semi-directifs

Cette étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de femmes en grande précarité, enceintes ou ayant accouché depuis moins de 6 mois, et également auprès de professionnels concernés par la prise en charge de ces femmes, avant ou après l'accouchement.

#### **3.2.1. Entretiens auprès de 20 femmes enceintes ou venant d'accoucher depuis moins de 6 mois**

Il était prévu d'interviewer 20 femmes enceintes ou venant d'accoucher depuis moins de 6 mois : 19 entretiens ont été réalisés, 21 rendez-vous étaient programmés mais 2 femmes ne sont pas venues.

L'ARS a sollicité par courrier les structures partenaires, participant pour la plupart aux groupes de travail précédemment cités, pour les informer de cette étude et solliciter leur appui pour pouvoir interviewer des femmes enceintes ou venant d'accoucher. Les professionnels en lien avec ces femmes leur ont ainsi expliqué la démarche de l'étude, demandé leur accord pour participer et ont prévu un espace et un temps qui ont permis la réalisation des entretiens. Les institutions et associations nous ayant mis en lien avec les femmes sont les suivantes :

<b>Institution/Associations</b>	<b>Nombre de femmes interviewées</b>
Association l'Amicale Du Nid	2
PASS du Groupement hospitalier mutualiste- Les portes du Sud	3
PASS du Centre hospitalier Saint Luc-Saint Joseph	3
Centre hospitalier de la Croix Rousse	1
Métropole de Lyon- Services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)	3
Association Médecins du Monde	1
Clinique mutualiste de l'Union	1
PASS du Centre hospitalier du Vinatier	7

L'origine des femmes interviewées est la suivante : Afrique subsaharienne (11), Europe de l'Est (4), Maghreb (4), France (1).

Quatre entretiens ont requis l'appui d'un interprète et pour ce faire, nous avons sollicité Inter Service Migrants. Par ailleurs, plusieurs entretiens ont directement été réalisés en anglais, avec des femmes migrantes anglophones et non-francophones. Ces entretiens ont été d'une durée variant d'une à deux heures. La plupart des entretiens ont été réalisés dans des bureaux prêtés pour l'occasion par les maternités, les PASS, ou encore pour quelques unes au « domicile » des femmes pour celles qui avaient une résidence temporaire : chambre en hôtel social ou en CHRS.

Les entretiens ont été menés avec le support d'un guide d'entretien validé par le COPIL. Ces entretiens étaient anonymes. Ils ont porté sur le vécu et le ressenti des femmes concernant différentes formes de prise en charge dont elles ont pu bénéficier pendant leur grossesse, notamment à partir du 3<sup>ème</sup> mois, les difficultés auxquelles elles ont pu être confrontées (difficultés matérielles, mais aussi inquiétudes, stress, tristesse, ressenties et aussi les éventuelles difficultés avec leurs « proches », si elle en ont).

Nous avons également exploré les solutions qu'elles ont tenté de mettre en œuvre face à certains problèmes, mais aussi ce qu'elles ont jugé facilitant, pertinent dans l'aide qui a pu leur être apportée par les institutions, associations.

### 3.2.2. Entretiens auprès de 10 professionnels de santé accueillant, suivant et accompagnant les femmes

Les freins et leviers à la prise en charge des femmes enceintes ou ayant accouché, qui sont en grande précarité, peuvent aussi être fortement liés à des contraintes organisationnelles, matérielles ou symboliques du côté des institutions.

Pour comprendre ces différents niveaux de contraintes éventuelles, mais aussi pour repérer et analyser les solutions qui sont mises en œuvre par les acteurs de terrain, nous avons interviewé 15 professionnels qui accueillent, suivent, accompagnent ou soignent ces femmes dans leur parcours de prise en charge sanitaire, mais aussi sociale.

Institution/Association	Noms des professionnels interviewés
Hôpital Femme Mère Enfant (HFME)	Delphine YALCINKAYA, sage femme coordinatrice service pathologie de la grossesse  Gaëlle BEAUCOURT, cadre socio-éducatif référente maternité/pédiatrie protection de l'enfance
Métropole de Lyon	Marylène GUARNIERI, sage-femme  Pascale DEMURGER, puéricultrice  Dr Marie-Alice BAYLE-DUFETELLE, médecin chef de service santé Lyon 1-2-4
Groupement hospitalier mutualiste des Portes du Sud	Dr Charlotte BRULET, gynécologue obstétricien  Mathieu PIQUET-GAUTHIER, cadre sage-femme
Hôpital de la Croix Rousse	Mathieu AZCUE, sage-femme coordonnateur  Elisabeth CIVEYRAC, assistante sociale
PASS de l'Hôpital Saint Luc-Saint Joseph	Madame CHAMPETIER, assistante sociale
PASS du Vinatier	Nathalie LAPLACE, assistante sociale
Centre hospitalier Lyon Sud	Françoise DUPRE, sage-femme
Réseau Aurore	Mathieu ACZUE

Association l'Amicale du Nid	Edwige BRUNENS, infirmière
Association Médecins du Monde	Guillemette HANNEBICQUE, médiatrice santé
Association Passer'elles	Marion GACHET et Dr Valérie CADIOU, fondatrices de l'association

Ces entretiens d'une durée d'une à deux heures ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien validé par le COPIL. Ils ont porté sur les perceptions, représentations et pratiques des professionnels face à ces femmes enceintes en grande précarité, ou ayant accouché

L'ensemble des informations recueillies (analyse documentaire, entretiens avec les femmes, entretiens avec les professionnels) a fait l'objet d'une analyse transversale qui a permis de mettre à jour l'ensemble des contraintes, leurs articulations, les marges de manœuvre et les possibilités d'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes ou ayant accouché.

Cette analyse a constitué la base à partir de laquelle nous avons élaboré des recommandations

### 3.3. Points de vigilance

Les femmes rencontrées s'intégraient dans un parcours de soins (même à minima, tardif ou limité) puisqu'elles étaient rencontrées grâce à l'aide des professionnels de santé ou du secteur social. Les femmes en dehors de tout parcours de santé, et donc en situation de fragilité extrême, n'ont donc pas été rencontrées.

Certaines catégories de femmes ont été exclues de l'étude notamment les femmes ayant une suspicion de pathologies psychiatrique, ou des poly-addictions à des substances psychoactives, qui auraient pu être mises à mal par la situation d'entretien.

## 4. Résultats de l'enquête qualitative

4.1. Le vécu des femmes : entretiens auprès des femmes et revue de la bibliographie

### 4.1.1. Différents profils, origines, contexte de vie avant la grossesse

Plusieurs catégories de femmes ont été repérées selon les origines, les habitudes de santé dans leur pays d'origine, leurs parcours de vie, induisant des trajectoires et recours aux soins différents.

- Femmes d'Europe de l'est, femmes Roms.

Les femmes rencontrées originaires de Roumanie, Albanie, Bulgarie, souvent Rom, vivent majoritairement en couple, au sein de leur communauté et de leur famille ou belle-famille. Les femmes en couple sont relativement jeunes (15-17 ans). La plupart des femmes interviewées dans ce groupe vivent en squats, bidonvilles, dans des tentes, toujours en groupe et en communauté. Ces squats et bidonvilles considérés comme illégaux sont régulièrement détruits par les forces de police, et leurs habitants expulsés, ce qui les contraint à rechercher régulièrement de nouveaux sites pour s'installer et se mettre, dans la mesure du possible « à l'abri » dans d'autres habitats de fortune. Pour les femmes rencontrées, la vie au sein de ces squats et bidonvilles implique des difficultés d'accès à l'eau, aux services d'hygiène (sanitaires, douches, toilettes, évacuation des ordures...) mais aussi au chauffage. Du fait des rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes et de la plus grande implication des femmes dans les tâches ménagères, la charge que représentent les mauvaises conditions de logement pèse de façon importante sur ces dernières.

Le rôle de la communauté peut-être tour à tour protecteur- la femme n'est pas seule, elle est entourée de sa famille, d'autres femmes- mais aussi prédateur voire maltraitant- la fille doit obéir et être aux services de la famille puis la belle-famille. Les femmes roumaines et bulgares, en tant que ressortissantes de l'Union Européenne<sup>2</sup> à l'issue de trois mois sur le territoire français, doivent prouver qu'elles disposent de ressources suffisantes pour se maintenir sur le sol français. La maîtrise du français est assez variable : certaines le parlent un peu, d'autres pas du tout et mobilisent parfois quelqu'un de leur famille pour assurer la traduction en langue française (mari, sœur, frère...). Lorsqu'aucun membre de la famille ne parle le français, les difficultés de la vie quotidienne sont multipliées.

Malgré les difficultés d'accès aux droits et aux soins en France, des habitudes de soins existent, ancrées dans le parcours de vie des femmes :

---

<sup>2</sup> Les ressortissantes roumaines et bulgares, sont autorisées à entrer en France avec leur carte d'identité nationale ou de leur passeport en cours de validité. Ils bénéficient d'un droit de séjour de trois mois sans aucune condition particulière. A l'issue de ces 3 mois et comme pour l'ensemble des ressortissantes communautaires ils doivent être en capacité de produire les justificatifs démontrant qu'ils disposent de revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins afin de ne pas dépendre du système social.

- Pratiques de recours au système de soin dans le pays d'origine (consultation des médecins en cas de douleurs ou de fièvre, vaccination des enfants, accouchement à l'hôpital,...)
- Interventions sur sites (bidonvilles, squats, ...) réalisées par certaines associations ou institutions (PMI, Médecins du Monde, CDHS..) sur le suivi des vaccinations, l'ouverture de droits à une couverture maladie, l'organisation du parcours de soins pour les maladies chroniques...

La plupart des professionnels ont par ailleurs mentionné la complexité d'un suivi social et médical dans un contexte d'expulsion systématique des lieux de vie.

- Femmes d'Afrique subsaharienne

La grande majorité des femmes d'Afrique subsaharienne rencontrées ont vécu un parcours de migration traumatique marqué par de nombreuses violences. Ce constat est aujourd'hui largement documenté. Ainsi, une étude de l'INVS réalisée auprès des personnes suivies par le Comité pour la santé des exilés (Comede) parue dans le Bulletin épidémiologique Hebdomadaire de septembre 2017 (Veisse 2017) montrait un taux de patients victimes de violence relativement important (62% des patients) et probablement sous estimé. L'étude mentionne qu'une part importante de ces personnes a subi des formes de violence extrême, notamment les femmes : entre 2012 et 2016, 62% des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Les violences extrêmes plus fréquentes parmi les femmes et les demandeurs d'asile sont très liées à la nationalité et au statut social dans le pays d'origine. Ces violences induisent une souffrance psychique importante aggravée par les conditions de vulnérabilité sociale que ces femmes vivent en arrivant en France.

Certains professionnels rencontrés ont mentionné qu'une partie de ces femmes appartenait à des réseaux de prostitution auxquels elles devaient l'argent qui leur avait été prêté pour faire le voyage jusqu'en France. Le réseau les héberge et les aide à se nourrir, à s'habiller...Mais ces femmes demeurent dans une situation de contrainte et d'emprise par rapport à ces réseaux.

Les femmes rencontrées étaient souvent en demande d'asile ou bien déboutées du droit d'asile, éventuellement dans une démarche de recours (en tant que déboutées du droit d'asile), et, en tout état de cause dans une situation administrative très précaire et fragile, du fait de l'attente d'une décision qui leur soit favorable.

Ces femmes, seules ou avec leurs conjoints, étaient parfois hébergées chez des « amis », dont certains ont la nationalité française et promettent des aides diverses aux femmes pour se maintenir en France, le plus souvent en réalité contre services (domestiques, sexuels lorsqu'il s'agit de femmes seules...),.Par ailleurs, et au-delà des contreparties demandées, ces femmes sont souvent hébergées dans de mauvaises conditions : couchage sur des couvertures posées à même le sol, parfois seule une chaise leur est accordée, faute de lits disponibles. Les récits faits par les femmes interviewées mettent en exergue à la fois la crainte permanente des abus, des agressions de la part des « hébergeurs » la fatigue liée aux travaux demandés, mais aussi les grandes difficultés pour se reposer et pouvoir dormir :



*« Je suis tombée enceinte en Italie, le papa (du bébé) m'a amenée ici quand j'étais enceinte de 7 mois (en France), chez un de ses amis, mais l'ami voulait m'abuser, alors je suis partie. Le papa devrait prendre soin de moi, ... Mais depuis que je suis arrivée en France, il a changé... Quand je suis partie, j'ai dormi dehors, dans la gare de la Part-Dieu... Je pleurais... Quand quelqu'un me parlait j'avais peur : tout le monde veut profiter de toi »*

D'autres vivent en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) ou CHRS ou errent dans les rues, dormant dans des recoins de gares ou de centres commerciaux, parfois dans des parcs, avec une crainte extrême d'être agressées, volées, mais aussi avec la souffrance liée au froid et aux intempéries. Plusieurs femmes mentionnent la souffrance liée à l'obligation de changer très fréquemment de lieu d'hébergement, leur ressenti de vulnérabilité du fait d'être « ballotées » d'un endroit à l'autre. Elles ont aussi plusieurs fois exprimé la crainte d'être expulsées du territoire français, la peur de se déplacer dans les espaces publics, d'être arrêtées, se manifestant par une forte méfiance vis-à-vis des différentes personnes qui peuvent venir à leur rencontre (bénévoles, professionnels), et qu'elles peuvent dans un premier temps percevoir comme étant en lien avec les forces de police.

Toutes les femmes interviewées ont par ailleurs largement évoqué un isolement important, du fait de l'éloignement de la famille, de l'absence de communauté ou de groupe de référence, du peu d'amitiés « réelles » qui se nouent au cours de ces périodes de errance, mais aussi de concurrence pour trouver et conserver un lit, un abri. Cet isolement social et affectif aggrave la détresse et la précarité dans laquelle se trouvent ces femmes. Cependant, grâce à leur téléphone mobile la plupart parviennent à conserver un lien avec leur famille restée au pays via des applications de type Messenger, Skype ou Whatsapp. Ce lien téléphonique, leur apporte une forme de réconfort, d'étayage et maintient une norme concernant ce qu'il faut ou ne pas faire. Cependant, ce cadre ne leur permet pas toujours de s'épancher sur leurs souffrances et leurs angoisses : dans tous les cas, la famille restée au pays vit elle même une situation de grande précarité et la migration représente toujours l'espoir d'un avenir meilleur, malgré les grandes difficultés traversées en Europe et en France.

Enfin, le lien avec le système de soin est très variable. Pour les femmes en demande d'asile, la CMUC a parfois été ouverte à l'occasion d'un besoin de soins, mais pas toujours. Les autres n'ont en général pas de droits ouverts à une couverture maladie.

- Femmes du Maghreb

Les femmes rencontrées étaient originaires d'Algérie, de Tunisie et se trouvaient toutes dans des situations de rupture familiale suite à la séparation d'avec leur mari. Certaines ont précisé avoir fui le pays suite à des violences conjugales. Bien que quelques unes aient été, par la suite, de nouveau en couple, ces femmes exprimaient un sentiment d'isolement important lié à la rupture de contact avec leur famille (qui les rejetait et ne comprenait pas leur demande de divorce, leur fuite). A l'isolement affectif et social s'ajoute ainsi une perte d'estime de soi liée au sentiment d'avoir « failli » par rapport au modèle idéal promu dans leur famille ou groupe social. Comme pour les femmes d'Afrique subsaharienne ces femmes décrivent une situation de grande errance avec la peur d'être expulsées de leur logement

(quand elles en ont un) du territoire français et sont successivement hébergées chez des « amis », quelquefois des centres d'hébergement, dans l'incertitude du lendemain.

- Femmes de nationalité française

Ces femmes ont été mentionnées par les professionnels rencontrés, qui ont souligné que malgré leurs droits effectifs, des situations de grande précarité et d'exclusion sociale étaient repérées. Ces femmes, grandes précaires, souffrants souvent de pathologies psychiatriques et de poly-toxicomanies rencontrent également des difficultés liées à l'errance, à l'isolement social et affectif. Pour ces femmes, la grossesse et la naissance posent des questions spécifiques concernant la santé du bébé à naître, du fait des addictions à des substances psychoactives et toxiques pour les fœtus, mais aussi des questions en lien avec la protection de l'enfance et la nécessité éventuelle de placement de l'enfant.

#### **4.1.2. Découverte de la grossesse par les femmes et impact de l'annonce de la grossesse à l'entourage**

- Selon les communautés d'origine

Pour les femmes d'Europe de l'est interviewées (la plupart du temps Roms) la grossesse semble toujours s'inscrire dans le couple et dans un schéma de construction familiale assez traditionnel. Chez la jeune fille, le statut de mère marque le passage au statut d'adulte et l'annonce de la grossesse semble généralement bien accueillie par la jeune fille et le cercle familial, ce qui entrainera une adhésion plus importante au suivi de grossesse.

On repère des grossesses précoces mais aussi des grossesses tardives, avec un nombre d'enfant souvent supérieur à quatre. Les femmes sont entourées de leur famille ou de leur belle-famille, qui jouent un rôle important et étayant pendant la grossesse.

Néanmoins, certains récits laissent entendre que la belle-famille peut être tour à tour protectrice et maltraitante pour la belle-fille qui est traditionnellement assignée à toutes les tâches domestiques et doit obéir à sa belle-famille.

Les femmes d'Afrique Sub-saharienne, ont expliqué qu'elles avaient espéré dans un premier temps que la grossesse rapproche leur partenaire, renforce le couple (parfois un compatriote, parfois un français) voire qu'elle les inscrive dans une forme de stabilité familiale assortie au droit de rester en France...espoir souvent déçu. Ainsi, dans le cas des femmes interviewées, le partenaire avait déjà d'autres attaches et enfants par ailleurs. Il n'a pas ou très peu accompagné la grossesse de la femme. Après la naissance de l'enfant, il achète quelques vêtements au nourrisson, mais ne pourvoit globalement à aucun des besoins de ce dernier, ne soutient pas la mère dans ses démarches pour rester en France, et dans son quotidien pour soigner et élever l'enfant :

*« Le papa (du bébé) m'a aidée un peu, il a acheté des habits pour le bébé... Mais il m'a dit qu'il est marié, et il ne peut pas faire plus »*

Pour quelques femmes, la grossesse représente la garantie de pouvoir être mère ou « *d'être mère à nouveau* » : elle les rassure dans leur capacité à tomber enceinte notamment suite à un parcours migratoire où les violences sexuelles ont été présentes. Par ailleurs, plusieurs

de ces femmes ont déjà des enfants qui sont restés au pays. Même si ces femmes conservent l'espoir de faire venir ces enfants un jour en France, la séparation est parfois très longue et reste douloureuse. Le fait de pouvoir être mère à nouveau, d'avoir un bébé avec soi, même dans un contexte très incertain et précaire, suscite un regain d'espoir chez ses femmes, en même temps que la perspective de n'être plus seules.

Pour d'autres femmes en revanche, l'annonce de la grossesse est vécue comme une catastrophe « *être mère sans papier, sans logement, sans ressources...* » et va engendrer une forte angoisse, c'est ainsi que certaines envisagent un moment d'avoir recours à une IVG. Néanmoins, la plupart du temps, elles sont arrêtées dans ce projet par des craintes de « *malédiction* » voire de « *sorcellerie qui les rendrait pour toujours infertiles* », craintes largement alimentées par la famille restée au pays, qui prodigue conseils, recommandations et énonce ce qui est « permis » ou « interdit » par téléphone. Finalement, malgré les difficultés extrêmes, la peur de braver des interdits, le désir d'enfant semble tout de même l'emporter en suscitant parfois « *la motivation à se battre* » :

*« C'est le premier bébé dans la famille, il n'y a pas d'autre bébé... Je ne voulais pas avoir d'enfant, mais ma maman a dit : nous sommes croyants... et le père du bébé a dit de ne pas avorter, de le garder. Et il y a la crainte du sort : on m'a dit si tu fais un curetage, après tu n'auras plus d'enfants. On a peur. C'est nos coutumes : nos ancêtres (peuvent se fâcher si on avorte), on doute, on a peur, on se méfie, alors je l'ai gardé ».*

Pour ces femmes, des conflits et des ruptures d'hébergement, chez un compatriote notamment, ont souvent lieu au moment de l'annonce d'une grossesse. Beaucoup d'entre elles vont alors se trouver dans des situations de très grande précarité sur le plan du logement. Certaines femmes interviewées déclaraient ainsi dormir dans les gares SNCF, dans des garages, cachées dans des centres commerciaux, et espérer un logement, sans que ne leur soient proposées des places d'hébergement, malgré leur grossesse.

Alors que le besoin d'étayage devient maximal, ces femmes sont loin de leur groupe social, des femmes de leur famille, censées les soutenir dans cette étape de leur vie. L'absence de mère ou d'une autre figure féminine de référence est très souvent mentionnée et regrettée par ces femmes. Le père de l'enfant à naître étant le plus souvent totalement ou partiellement absent, n'est pas décrit comme un soutien matériel et moral. On peut souligner que cette absence du compagnon et futur père n'est pas vécue comme banale anodine ou « normale » par ces femmes. Beaucoup d'entre elles expriment une forte déception et désenchantement par rapport à ces hommes qui les ont, dans un premier temps, assurés de leur amour, et qui finalement leur avouent avoir d'autres attaches et contraintes et ne pas être en mesure de les aider. Au-delà du manque d'aide, le fait que personne ne « *prenne soin* » d'elles, ne fasse attention à elles et à leurs besoins, est durement ressenti et engendre une grande tristesse. Malgré une histoire souvent difficile dans le pays d'origine, dans un contexte de très forte précarité économique et sociale, parfois de conflits familiaux, le vide affectif vécu en France est une source de souffrance, que ces femmes semblent réduire un peu, du moins en partie, en se focalisant sur l'enfant à naître, et sur le fait qu'elles ont réussi à venir en France :

*« Ici, je me sens un peu seule... Mais si Dieu m'a permis de venir... »*

Pour les femmes travaillant dans des réseaux de prostitution, la grossesse entraîne la suspension temporaire des activités de prostitution et le report de la dette des femmes auprès de ce réseau. Ce qui entraîne néanmoins l'arrêt des contreparties en termes d'hébergement. La grossesse peut alors être ressentie comme un levier pour quitter le milieu de la prostitution mais elle va aussi considérablement accroître la précarité du logement, la fragilité économique et sociale de ces femmes.

- Entrée dans le parcours de soins

Les femmes interrogées avaient une connaissance assez disparate du système de soins. Si certaines, notamment les demandeuses d'asile, ont déjà une CMU-C et parfois même un médecin traitant, pour la plupart la grossesse a été l'occasion d'entrer en contact avec le système de soins français qu'elles ne connaissaient quasiment pas.

L'entrée dans le parcours de soins est aussi très hétérogène selon les femmes, leur parcours, leurs origines socioprofessionnelles, leur habitude de soins dans leur pays, leur réseau éventuel d'amis....

Logiquement les femmes ayant eu un contact avec le système de soins avant leur grossesse ont une entrée plus facile dans le parcours de soins. D'autres vont se faire accompagner par une compatriote vivant en France depuis plus longtemps ou vont avoir recours aux acteurs associatifs et sociaux pour avoir accès aux soins :

*« Mon amie a cherché des informations sur internet, elle m'a accompagné à une permanence de Médecins du Monde qui m'a ensuite dirigée vers la PASS du Vinatier... ».*

Les amies peuvent jouer un rôle d'accompagnement et de médiation important. Plus rarement, le père de l'enfant va accompagner la femme vers les services compétents, parfois lorsqu'il s'agit de couples d'Europe de l'est.

Quelques femmes semblent entrer dans le système de soins plus tardivement via les services d'urgences suite à un incident lié à leur grossesse ou à un problème de santé. La plupart semblent ne pas avoir de droits ouverts à une CMU ou AME au moment de l'annonce de leur grossesse.

#### **4.1.3. Problématiques de santé pendant la grossesse**

- Problématiques de santé mentale, de souffrance psychique

La plupart des femmes rencontrées ont été victimes de stress, d'insécurité, voire de violences, liés à la situation dans leur pays d'origine, au trajet migratoire ou encore à leur situation en France. Ces vulnérabilités sont accentuées par les conditions de vie dans lesquelles vivent ces femmes : la crainte des agressions quand elles dorment dehors, les abus sexuels, (hébergement contre services sexuels par exemple), l'incertitude quant au lendemain, la peur d'être arrêtées, expulsées.... Les professionnels ont d'ailleurs largement mentionné dans les entretiens, la présence de syndromes de stress post-traumatique chez ces femmes. Ces constats sont largement étayés par la littérature scientifique qui met en avant une prévalence globale beaucoup plus importante de troubles psychiques au sein de cette population, particulièrement les femmes (Veisse 2017). Ces troubles ont un impact sur

la grossesse de la femme, de nombreux travaux mettant en avant l'influence du stress chronique et aiguë sur la santé de l'enfant à naître (notamment liées à la sécrétion de cortisol). La présence d'un stress post-traumatique semble insuffisamment prise en compte aujourd'hui, les consultations adaptées et spécialisées avec interprètes sont peu, voire pas développées alors qu'il existe des besoins importants.

- Besoins vitaux non couverts induisant douleurs et souffrances

Les conditions de vie des femmes vivant à la rue, dormant dans les gares ou en squats et bidonvilles, ont des conséquences négatives sur leur état de santé et celui de l'enfant à naître. Malgré la présence de douches municipales, les femmes rencontrées expriment des difficultés d'accès aux ressources d'hygiène corporelle : toilettes, douches...certaines souffrent d'affections dermatologiques et se plaignent de fortes démangeaisons. Qu'elles soient hébergées ou vivent en bidonville, l'accès à ces ressources, et même tout simplement à l'eau, et plus encore à de l'eau chaude, constitue un véritable problème pour les femmes.

Le froid et les intempéries sont aussi mentionnés comme difficile à supporter, et plusieurs des femmes enceintes interviewées ont exprimé une forte crainte d'accoucher dehors, ce qui accroît leur ressenti de vulnérabilité. Malgré l'aide d'associations la question du logement est très rarement résolue du fait de la saturation des dispositifs d'hébergement :

*« J'étais dehors et le SAMU est venu me voir à Flachet, dans un parc. Ils ont dit qu'ils n'avaient pas de solutions, mais ils m'ont donné une couverture et de l'eau. »*

Enfin, les femmes se plaignent beaucoup du manque de sommeil et de repos, notamment pour celles dormant à la rue, où le risque d'accident, d'agression, de souffrance physique est très élevé, mais aussi pour celles, hébergées chez des connaissances qui parfois ne leur laissent qu'un matelas de sol, voire une chaise pour dormir, et même, mais de manière moins intense, pour celles qui sont hébergées dans des foyers et partagent des chambres à plusieurs avec des bébés se réveillant la nuit. Ces conditions entraînent des obstacles importants au repos impactant l'état de santé des femmes.

De la même manière, pendant la journée, les femmes ont peu de lieux pour se reposer. Les accueils de jours adaptés aux femmes ne sont pas très nombreux et accessibles et la plupart s'adressent à un public masculin et isolé. Plusieurs femmes nous ont ainsi dit errer dans la rue, les parcs en journée ou s'asseoir dans les centre commerciaux climatisés quand il fait trop chaud ou même dans les églises, voire pour certaines, les bibliothèques municipales...Le problème devient encore plus important quand le bébé est né.

Des difficultés en lien avec l'alimentation ont aussi été exprimées par les femmes. Malgré l'existence d'un restaurant social municipal gratuit (carte d'accès délivrée par les Maisons de la Métropole), beaucoup de femmes ont des difficultés à financer leur alimentation (pas d'accès à ce restaurant, éloignement géographique, ...) et mangent de manière irrégulière et déséquilibrée (recours fréquent aux fast-foods notamment). Par ailleurs, même hébergées dans certains foyers où les repas chauds sont fournis, certaines femmes ont du mal à s'adapter à la nourriture française, trop différente de ce qu'elles connaissent, mais aussi parfois soupçonnée de n'être pas favorable à une bonne santé. Certaines femmes se méfient ainsi des repas qui leurs sont proposés et craignent que ces aliments ne soient pas sains ou suffisamment nourrissants pour elles-mêmes ou pour leur bébé. Enfin, pour celles

qui souhaiteraient se préparer à manger, l'absence de cuisine dans leur lieux de vie (par exemple lorsqu'elles ont une chambre en hôtel social) ne leur permet pas de se réapproprier, de manière apaisée et rassurante pour elles, l'enjeu de l'alimentation. Ces femmes mangent donc « ce qu'elles peuvent manger », avec en toile de fond le manque, la faim qui pointe, la crainte et la frustration :

*« Je mange ce que je trouve, c'est difficile... J'ai un eu peu de diabète au troisième trimestre de grossesse, le docteur m'a donné de l'insuline... mais j'ai accouché avant, à cause du sucre »*

#### **4.1.4. Obstacles entravant le suivi de grossesse**

Le suivi de grossesse peut aussi être entravé par des expulsions, des changements de lieux de vie successifs, une errance importante rendant difficile le respect des dates de consultations, des échéances. Certaines femmes nous ont dit perdre la notion du temps et des heures dans ce contexte de contraintes multiples et d'errance et oublier leurs rendez-vous.

Quelques unes nous ont fait part des difficultés à se rendre à la consultation médicale quand il y a d'autres priorités et craintes : multiplier les démarches pour trouver où se loger, se nourrir, se déplacer avec la peur d'être arrêtée puis reconduite à la frontière (du fait de leur situation irrégulière) particulièrement quand les hôpitaux sont loin de chez elles et qu'elles doivent prendre les transports en commun. Certaines femmes déclaraient avoir de nombreuses amendes impayées : l'achat d'un titre de transport peut aussi être un obstacle au respect des rendez vous, car il représente un coût qui s'ajoute à tous les autres, alors que de nombreuses femmes n'ont absolument aucune source de revenus. Ce contexte d'errance, de très grande fragilité, est également très défavorable à une bonne conservation du dossier médical. Les femmes qui connaissent des épisodes de vie à la rue, alternées avec des hébergements de fortune chez des « relations » doivent conserver toutes leurs affaires dans quelques sacs, qu'elles emmènent partout avec elles. Les documents concernant leur suivi médical sont également conservés dans ces sacs : résultats d'examens, échographies, ordonnances... Outre le fait que certains documents peuvent être perdus lors d'expulsions ou de « déménagements » réalisés à la hâte, les femmes seules ou ayant très peu de réseau social, qui peuvent se trouver en situation d'urgence ou prises au dépourvu au moment d'accoucher, n'ont pas toujours la possibilité de récupérer ou d'emporter avec elles leurs sacs et leurs documents. A l'absence ou insuffisance de suivi pendant la grossesse s'ajoute ainsi le problème de la conservation des documents pour les femmes qui ont pu bénéficier de certains examens ou consultations.

La grande majorité des femmes rencontrées n'était pas à l'aise avec la langue française, et l'accès à des services d'interprètes professionnels semble rare. Ces femmes déclarent ne pas toujours comprendre quels sont leurs droits, ni quelles sont les étapes conseillées pour un bon suivi de grossesse. Lorsqu'il est arrivé que nous ayons besoin d'interprètes pour réaliser un entretien, les femmes interviewées profitaient de cette opportunité rare pour régler quelques questions avec l'assistance sociale ou un professionnel de santé. Les professionnels interviewés soulignent, par ailleurs, que certains soignants peuvent se méprendre sur le niveau de français des femmes et pensent qu'elles « arrivent à se débrouiller ». Or, dans nombre de cas, elles ne maîtrisent que quelques mots de français et



sont en difficulté pour comprendre ce qui est dit en consultations, pour répondre aux questions, voire prendre des décisions. Certaines n'osent pas signifier qu'elles n'ont pas tout compris. Pour celles qui sont accompagnées par leur mari ou par un enfant, qui parlent suffisamment le français pour pouvoir échanger avec les professionnels et qui traduisent pour elle, se pose la question de la confidentialité de leurs propos et de leur liberté d'expression. Enfin, même lorsqu'elles peuvent se « débrouiller » en français, certaines femmes ne sont pas à l'aise avec l'écrit : elles ont du mal à lire les panneaux, à comprendre certains documents, ce qui peut engendrer un mauvais ou non recours aux droits et aux soins.

D'un point de vue culturel, certaines incompréhensions ont aussi été mentionnées par les femmes interviewées. En France, la grossesse est accompagnée d'un savoir médical et technique complexe, tandis que dans de nombreuses sociétés traditionnelles, elle est considérée comme un évènement « naturel ». En situation de migration, les femmes enceintes se retrouvent face à des pratiques médicales pouvant être mal perçues, parfois traumatiques pour certaines femmes, avec la présence de nombreux protocoles médicaux qui vont venir bousculer leurs représentations même si la plupart des femmes rencontrées semblaient finalement bien accepter les examens médicaux. Certaines femmes, loin d'être d'emblée rassurées par l'environnement médical, nous ont dit craindre que les médecins ne leurs donnent des médicaments néfastes pour la santé du bébé ou pour la leur :

*« The doctor gave me Doliprane. But I don't want to take pills, I don't like taking pills... »<sup>3</sup>*

Habitues à d'autres formes d'accompagnement dans leur pays d'origine, où elles sont en principe davantage entourées par les femmes de leur famille ou de leur groupe social, certaines femmes doivent surmonter des appréhensions face au suivi très médicalisé qui est proposé en France.

A l'inverse, d'autres femmes qui viennent de pays où il est très difficile d'avoir accès aux soins pour les personnes sans revenus, et où même l'hôpital est payant, se déclarent très satisfaite d'avoir accès à des médecins en France.

On note que ces femmes en grande précarité ne participent pas aux séances de préparation à l'accouchement. Les difficultés rencontrées en termes de logement, de transport, les obstacles pour honorer les rendez-vous médicaux expliquent en grande partie qu'elles n'utilisent pas cette ressource. Par ailleurs, le fait de ne pas ou mal parler le français, de se sentir complètement étrangère à la communauté d'accueil, d'avoir leurs propres savoirs, représentations et pratiques sur la grossesse et l'accouchement, n'encourage pas les femmes à participer à ces séances. Les femmes rencontrées n'expriment pas d'attentes ou de regrets par rapport à ces séances dont elles ne voient pas vraiment l'intérêt.

On repère néanmoins, au travers des entretiens réalisés, que certaines femmes auraient besoin qu'on leur explique davantage comment va se passer l'accouchement, ce qu'est une péridurale, les choix qu'elle peut faire en ce qui concerne le déroulement de l'accouchement. Beaucoup semblent découvrir la péridurale le « jour J » et peuvent être effrayées par cette anesthésie qui renvoie pour certaines à un risque pour la santé :

---

<sup>3</sup> « le docteur m'a donné du Doliprane. Mais je ne veux pas prendre de pilules. Je n'aime pas prendre de pilules. »

*« La péridurale, j'avais peur pour le bébé, je voulais pas. »*

En tout état de cause, la précarité et la fragilité des conditions de vie de ces femmes rendent très difficile leur investissement des séances de préparation conçues pour des personnes qui ne dorment pas à la rue, ne risquent pas d'être expulsées de leur hébergement de fortune, voire d'être expulsées du territoire

- Leviers à un suivi de grossesse et points positifs perçus

Le désir d'enfant et de maternité, le besoin de rompre avec la solitude, de trouver une raison de se battre sont souvent exprimés par les femmes et témoignent de l'importance de la grossesse pour ces femmes, la volonté de prendre soin de leur enfant :

*« Quand je vois les femmes dans le bus avec leurs bébés je suis tellement heureuse d'imaginer que je serrerai à nouveau un petit dans mes bras...je ne serai plus seule.... »*

Dans ce contexte, les conseils et accompagnements de certaines compatriotes qui ont-elles mêmes accouché en France peuvent être très pertinents et aidants pour ces femmes. En effet, habituées à être entourées par d'autres femmes plutôt que par des soignants pendant ou après la grossesse, les femmes rencontrées semblent accorder beaucoup de valeur à l'expérience d'autres femmes d'où l'importance de créer des espaces où elles pourraient se retrouver.

Par ailleurs, l'attention et la bienveillance des professionnels ont été mentionnés à plusieurs reprises par les femmes rencontrées. L'assistante sociale devient bien souvent « un repère » pour ces femmes, car c'est elle qui leur permet d'accéder à un logement, même temporaire, et qui les guide dans le système de soins, bien souvent. Les médiatrices, de certaines associations sont aussi particulièrement appréciées car elles expliquent, prennent le temps, rappellent les femmes et les accompagnent dans leurs démarches, alors même que ces femmes se sentent désorientées dans un pays et un système qu'elles ne connaissent pas. Ainsi, un bon contact et lien de confiance avec les professionnels du soin, du social, constitue un levier à entrer dans un suivi de grossesse pour les femmes globalement isolées et sans étayage collectif.

#### **4.1.5. L'accouchement**

Cette bienveillance, cette attention aux femmes sont également soulignées par les interviewées comme des éléments de réconfort lors de l'accouchement. Globalement, les femmes se disent satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié en France. Une confiance dans les médecins, sages-femmes et infirmières est exprimée avec un sentiment de bienveillance des soignants à leur égard :

*« The doctor was very helpful, thanks to him, I know my baby is ok. I had a home feeling there »<sup>4</sup>*

Sans support familial étayant, sans conjoint aidant, le discours des soignants et travailleurs sociaux sur la capacité des femmes à être mère semble importants pour elles.

---

<sup>4</sup> « Le médecin a été très aidant, grâce à lui, je sais que mon bébé va bien. Je me sentais chez moi là bas »



Cependant, comme mentionné plus haut, quelques femmes ont exprimé des craintes ou réserves sur certaines pratiques médicales pouvant être perçues comme perturbantes : rapport au corps et à l'intimité, relation aux soignants hommes, examens gynécologiques...

Plus spécifiquement des craintes ont été exprimées sur la péridurale, pratique inconnue pour plusieurs femmes interviewées.

#### **4.1.6. Après l'accouchement**

Les femmes ressentent une angoisse importante quand elles n'ont pas de logement: crainte de se retrouver à la rue, sans aucune forme de protection, dans le froid et en butte à de possibles agressions pour le bébé et pour elles-mêmes. Une angoisse qui pèse sur la santé mentale des mères, sur la possibilité de construire un bon lien mère-enfant et qui peut favoriser la survenue ou l'aggravation de problématiques de santé mentale. Ainsi, la dépression post-partum peut être aggravée et certains phénomènes de décompensation sont quelquefois observés. Les prises en charge psychologiques ou psychiatriques sont très limitées pour ces femmes en quasi errance et les professionnels se trouvent largement démunis à la fois pour les accompagner vers les soins, si cela est nécessaire. Alors que la prise en charge des problématiques somatiques est difficile, les prises en charge au plan psychique ou psychiatriques sont encore plus difficiles à mettre en place. Pour les femmes sans logement, la majorité des sorties de maternité semblaient au moment de l'étude faire l'objet d'une mise à l'abri temporaire en hôtel social. Toutefois, les temps de mise à l'abri sont toujours courts (quelques jours renouvelables sous réserve de justification et ce pour une durée maximale de 28 jours) et laissent la femme dans une incertitude et une angoisse permanentes.

Au-delà de l'angoisse générée par l'extrême précarité du logement, un sentiment de solitude est aussi mis en avant du fait d'un réseau social et affectif réduit voire inexistant. Cette solitude mêlée à la crainte d'être maltraitées ou exploitées, aggrave le risque de dépression

Les femmes interviewées ne semblaient pas réaliser la visite post-natale aux 6 semaines du bébé, du fait notamment des différentes contraintes auxquelles elles sont confrontées au plan matériel, leur isolement, et les soins à donner au bébé. En outre, l'intérêt de cette consultation postnatale semblait assez mal compris des femmes entraînant l'absence de rééducation du périnée, et un suivi de l'épisiotomie (dans le cas où il y en a eu), mais aussi la mise en place d'une contraception et quelques difficultés exprimées pour l'allaitement.

On note que certaines des femmes ont déjà eu l'opportunité, au cours de leur vie, de rencontrer et de parler avec des femmes enceintes ou ayant accouché : plusieurs avaient, avant même la naissance de leur enfant, des notions sur l'allaitement. Reste que leur propre état de santé après l'accouchement les préoccupe peu : elles donnent la priorité à l'enfant et déclarent presque toutes qu'elles vont bien après l'accouchement, même si elles n'ont plus de suivi.

Les femmes interviewées ayant eu une césarienne, rencontrent cependant plus de difficultés pour se remettre de leur accouchement, difficultés largement aggravées par la précarité du logement :

*« J'avais une ordonnance très longue, quelqu'un m'a expliqué que je devais faire venir une infirmière pour me faire des piqûres...mais quelle infirmière ? Et où? Jamais elle ne voudra se déplacer où je vis... »*

Certaines femmes ont aussi mentionné des difficultés d'approvisionnement en lait en poudre et en couches pour leur nouveau-né, malgré l'aide apportée par les assistantes sociales ou par les associations humanitaires.

Malgré ces grandes difficultés certaines femmes parviennent à se rendre régulièrement dans les services de PMI notamment aux rendez vous de pesée du nourrisson, même si ces rendez vous sont parfois difficiles à honorer. Ces consultations donnent l'occasion aux femmes de faire part de leurs difficultés sur l'alimentation, le sommeil du bébé, l'allaitement, et l'état de santé du nourrisson à des puéricultrices. Ces échanges contribuent à améliorer le lien mère-enfant et de manière plus générale l'état de santé de la femme et son bébé. En ce qui concerne les professionnels, ces visites leur permettent de rencontrer ces femmes et leurs bébés qui redeviennent vite « invisibles » après leur sortie d'hôtel social et elles facilitent le repérage d'éventuels problèmes de santé. La PMI semble un lieu bien repéré en post-partum par ces femmes aux conditions de vie très précaires, au moins pendant les premiers mois de vie de l'enfant.

## 4.2. Le point de vue des professionnels : entretiens auprès des professionnels

### 4.2.1. Difficultés et souffrance des travailleurs sociaux et des soignants

- La difficulté à mettre à l'abri une femme enceinte ou une femme et son enfant

Une des principales difficultés énoncées par les professionnels portait sur la difficulté à mettre à l'abri ces femmes. Quand ils rencontrent une femme enceinte ou avec un nourrisson, sans hébergement, ils adressent un mail de signalement et de demande de mise à l'abri aux institutions concernées accompagné d'un certificat médical dans le cas de pathologie avérée. Pour les demandeuses d'asile, le courriel de demande de mise à l'abri est adressé à l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), Forum Réfugiés (en charge de l'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés), la Maison de la Veille Sociale (SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation) en mettant en copie la Délégation Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), l'ARS et la Métropole Lyonnaise. Pour les non demandeuses d'asile les interlocuteurs sont les mêmes sans Forum Réfugiés et l'OFII. Les professionnels ont le sentiment que cette pratique permet de signaler la situation mais n'aboutit pas à une mise à l'abri dans l'urgence, elle a parfois lieu plus tard :

*Pour Mme V. je fais des interpellations régulières aux services concernés depuis 4 mois. A ce jour aucune solution n'a été trouvée alors qu'elle est enceinte avec un enfant de 5 ans et vit à la rue».*

Plusieurs professionnels nous ont aussi fait part de la difficulté à trouver des solutions d'hébergement même dans le cas de demandeuses d'asile supposées être logées en Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA). Ce constat a aussi été observé lors des entretiens réalisés auprès des femmes : plusieurs femmes demandeuses d'asile étaient sans aucun logement (nuits passées à la rue) car il n'y avait visiblement plus de places dans les CADA de la métropole.

Les mises à l'abri pour pathologie nécessitent un certificat médical. Les professionnels de santé des MDM habilités à solliciter et organiser une mise à l'abri temporaire ont parfois le plus grand mal à obtenir ces certificats quand les femmes n'ont pas leur dossier médical établi par l'hôpital et quand l'hôpital en charge du suivi ne transmet pas de comptes rendus médicaux. Les professionnels doivent alors partir à la recherche des comptes rendus médicaux et, n'étant pas médecins (mais sage-femme), ont parfois des difficultés à obtenir ces informations de la part des hôpitaux.

Le « parcours du combattant » concerne aussi les professionnels qui essayent de venir en aide à ces femmes, depuis l'inscription en maternité jusqu'à la recherche d'un logement et qui les épuise souvent. Au-delà de l'épuisement, certains professionnels ont évoqué leur sentiment de culpabilité et leur désarroi lorsqu'ils ne peuvent aider les femmes, notamment lorsqu'elles doivent continuer à dormir à la rue. Plusieurs professionnels ont insisté sur cette souffrance, qui pèse très lourdement sur certains :

*« Il est difficile de repartir chez soi le soir quand on sait cette femme à la rue malgré de nombreux signalements aux organismes concernés... »*

L'épuisement, la culpabilité et le sentiment d'impuissance peuvent miner les professionnels et créer une véritable souffrance au travail.

- Autre « parcours du combattant » : trouver une place en maternité

L'une des difficultés majeures mentionnées par les professionnels concerne l'inscription des femmes dans les maternités. D'après les professionnels, cette situation est liée à des inscriptions tardives (souvent après la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse alors que les maternités recommandent une inscription avant le 3<sup>ème</sup> mois de grossesse, pour avoir de la place au terme prévu). De plus, la plupart des femmes n'ont pas de droits ouverts (pas de CMU ni d'AME) ce qui peut retarder et complexifier l'inscription en maternité : le temps d'ouverture de droits entraînant une prise en charge plus tardive. Enfin, les nouvelles modalités d'inscription, par internet, constituent un frein supplémentaire pour les femmes ne parlant pas français, n'étant pas à l'aise avec l'outil informatique et n'ayant pas d'ordinateur facilement accessible. L'inscription en maternité va donc dépendre en très grande partie de la persévérance des travailleurs sociaux à trouver des places. Les professionnels ont parfois le sentiment de « *devoir frapper à toutes les portes jusqu'à ce que cela fonctionne* » ou d'avoir recours à des réseaux de connaissance, parfois personnels pour trouver des places à ces femmes. Ce cumul de difficultés peut induire un retard de recours aux consultations de suivi et de dépistage.

Les professionnels des maternités ont aussi exprimé des difficultés quand les femmes arrivent en urgence (pour l'accouchement ou non) et sans dossier médical : difficultés à bien prendre en charge les femmes, nécessité de refaire tous les examens médicaux. Certains professionnels, par exemple, refusent de pratiquer la péridurale quand ils n'ont pas toutes les informations nécessaires à sa réalisation (bilan de consultations d'anesthésie par exemple).

- Difficultés d'accès aux droits à une couverture maladie

L'accès à une couverture maladie, souvent la CMUC ou l'AME, permet une prise en charge financière des consultations de suivi à la maternité. Lorsque les femmes n'ont pas de droits ouverts, (selon les professionnels, dans la plupart des cas au moment de l'annonce de la grossesse pour les femmes qui sont récemment arrivées en France) il faut donc procéder à l'ouverture d'une AME ou CMUC (en fonction du statut administratif de la femme). Les professionnels déclarent rencontrer quelques difficultés pour certaines situations : les femmes ressortissantes de l'Union Européenne (problématique évoquée plus haut), les femmes entrées sur le territoire national avec un visa touristique depuis moins de 3 mois qui doivent payer leur soins et ne peuvent prétendre à une couverture maladie et les femmes déboutées du droit d'asile sans OQTF (Obligation à Quitter le Territoire Français). Pour ces femmes, les travailleurs sociaux devront alors ouvrir une PUMA (Protection Universelle Maladie) mais un reste à charge devra être payé par la patiente. D'après les professionnels interviewés, ce reste à charge constitue un obstacle important pour les femmes et constitue souvent un motif de non recours ou de retard de recours aux soins. D'autres situations en lien avec l'ouverture de droits ont été repérées par les professionnels et sont détaillées dans les comptes-rendus des groupes de travail des professionnels mis en place par l'ARS. Ces problèmes sont largement confirmés par la revue de la littérature qui met en avant qu'une association entre un suivi réduit et une situation de grande précarité entraîne invariablement un risque périnatal et maternel accru, ce qui semble être particulièrement le cas pour les

migrantes récemment arrivées en France. Le fait de ne pas avoir de couverture sociale est l'un des éléments qui entraîne les retards ou le non recours au suivi de grossesse (Heaman 2013).

- Besoin d'accès à des interprètes professionnels

Comme développé plus haut, les professionnels interrogés confirment que l'accès à l'interprétariat professionnel reste difficile malgré l'existence de lignes budgétaires dédiées dans certains hôpitaux. Dans la plupart des cas, les professionnels semblent privilégier le système D, à partir de leurs propres compétences en anglais ou en d'autres langues : « *on se débrouille en anglais* ». Dans certains cas, ce sont les « amis » ou les proches de la femme qui font office de traducteurs : « *quelqu'un de sa famille ou une amie traduit* », ce qui selon certains professionnels, peut poser des problèmes de confidentialité, de neutralité ou d'exactitude des propos traduits, et ne facilite pas toujours une bonne compréhension du ressenti des femmes. De plus, dans le cas où certaines femmes pourraient être suivies par des sages-femmes ou médecins généralistes libéraux (celles ayant des droits ouverts) la question de l'accès à l'interprétariat pour les professionnels libéraux reste entière, ces professionnels n'ayant pas de financements dédiés à l'interprétariat.

- Manque de ressources disponibles et adaptées au niveau psychiatrique et psychologique

Bien que certaines ressources existent en ce domaine (Psychologue de l'équipe mobile de la PASS de Saint Joseph-Saint Luc, Centre Essor ou encore psychiatres du Vinatier accessibles via la PASS...), celles-ci semblent insuffisamment connues et trop peu nombreuses pour faire face à la souffrance psychique identifiée chez ces publics. De plus, la question du repérage de ces troubles a aussi largement été évoquée par les professionnels. S'il est indéniable que les troubles psychiques sont aggravés par les conditions de vie dans le pays d'origine et pendant le trajet migratoire, elles dépendent également des formes d'accueil, de soin et de protection qui peuvent être mis en place dans le pays d'accueil. Les professionnels de santé ou du secteur social travaillant auprès des migrants manquent de formation et d'information pour repérer et orienter au mieux les personnes en souffrance psychique. Ainsi, une professionnelle a indiqué que des réseaux de prostitution répandent l'idée, auprès des femmes, que la folie pourrait les frapper, via des actes de sorcellerie, si elles quittaient le réseau sans honorer leurs obligations. Des symptômes de troubles psychiques étaient ainsi associés à une malédiction par ces femmes qui n'osent pas évoquer le sujet auprès des soignants.

Enfin, selon les professionnels interviewés, la période du post-partum semble particulièrement sensible et critique et doit être encore plus accompagnée.

- Manque de ressources en pédiatrie pour les familles sans droits ouverts

Les professionnels ont tous exprimé une problématique d'accès aux soins pour les enfants, nourrissons quand ils n'ont pas de droits ouverts<sup>5</sup>. La PASS pédiatrique de l'HFME qui a été créée il y a quelques années est très utile mais insuffisante en termes de places d'accueil

---

<sup>5</sup> En cas d'ouverture tardive de droits aux soins pour la mère, pas d'inscription du nourrisson sur la carte AME ou sur la carte vitale de la mère au moment de la sortie de la maternité. Ce problème prive le nouveau-né de l'accès aux traitements prescrits

(une demi-journée par semaine) et se trouve aujourd'hui saturée. Or plusieurs femmes auraient besoin de ce service pour leurs enfants quand ils souffrent d'une pathologie requérant les services d'un plateau technique et l'appui d'une assistante sociale.

- Prises en charge complexes nécessitant du temps, difficilement mobilisable dans les hôpitaux

La question du manque de temps et de ressources a largement été mentionnée par les professionnels. La situation des femmes migrantes et précaires étant souvent complexe d'un point de vue médical, social, psychologique, les entretiens ou consultations vont nécessiter du temps. Or ce temps semble difficile à mobiliser dans le contexte hospitalier actuel. Certains professionnels nous ont fait part de leur sentiment d'impuissance et de leur frustration, de ne pouvoir suivre et soigner ces femmes comme elles en auraient besoin. Selon eux des moyens humains supplémentaires devraient être dédiés à la prise en charge de ces femmes : plus d'équipes mobiles, de temps médical pour faire le lien avec les hôpitaux, de médiateur.....

- Transmission d'informations et coordination entre différents acteurs du secteur social et médical, entre établissements, difficile.

La question de la transmission d'information et coordination entre acteurs, bien qu'elle se soit améliorée grâce aux groupes de travail mis en place par l'ARS, reste fragile et complexe, notamment entre les partenaires de la ville et de l'hôpital mais aussi entre secteur social et secteur médical, entre associations et institutions. Certains soignants regrettent que le secteur social ne leur transmette pas plus d'informations sur les conditions de vie des femmes rencontrées (du fait des contraintes liées au secret professionnel) qui leur permettraient d'assurer une prise en charge plus adaptée :

*« Si j'avais su que cette femme vivait en squat je ne lui aurai pas fait le même type d'ordonnance, j'aurais organisé la prise en charge autrement, en cherchant un partenaire assurant un suivi sur site ou en demandant à la patiente de revenir à la maternité.... »*

A contrario certains travailleurs sociaux pensent que certaines informations n'ont pas à être transmises, celles donnant *« du grain à moudre aux préjugés »*

*« Est-ce que tel médecin a besoin de savoir que Mme Y a une OQTF...ou bien qu'elle est domiciliée chez Cabiria (association qui vient en aide aux femmes qui se prostituent) »*

#### **4.2.2. Réticences de certains professionnels à accueillir les femmes**

- Attitudes et représentations de certains professionnels sur le « droit » ou la « légitimité » de certaines femmes à être suivies pendant leur grossesse

Certains professionnels ont observé parmi leurs collègues des résistances à accueillir ces femmes en situation de précarité. Pour quelques uns l'image du « migrant profitant du système » semble bien présente. *« Celle-là elle est venue accoucher en France : c'est une « tombée de l'avion » » « A quoi bon la soigner si elle a une OQTF »*. Les professionnels ont

aussi fait référence aux professionnels refusant sous divers prétexte la CMU et l'AME rendant plus complexe encore l'accès aux soins de ces femmes.

- Contraintes économiques qui pèsent sur la prise en charge des femmes enceintes précaires

Au-delà des représentations et attitudes des soignants sur la légitimité ou non-légitimité des femmes enceintes précaires à se faire soigner en France, on repère d'autres contraintes structurelles et organisationnelles, qui ne relèvent pas d'un point de vue politique, philosophique, ou tout simplement de préjugés.

Ainsi plusieurs des professionnels interviewés ont souligné que l'enjeu de la cotation des actes et de l'équilibre financier des établissements hospitaliers jouent également un rôle dans le fait que les femmes enceintes précaires, et parfois migrantes, soient plus ou moins facilement soignées et suivies par les maternités. En effet dans un contexte économique tendu pour les maternités, concernées comme le reste de l'hôpital par la tarification à l'acte (T2A), il apparaît que la cotation des actes peut varier selon les publics. Ainsi, une femme considérée comme sans domicile fixe relève d'une prise en charge pour accouchement mieux cotée, alors que les femmes qui ont un toit (même si dans la réalité, elles sont hébergées dans de très mauvaises conditions, et que le suivi de grossesse est faible ou inexistant), ne font pas l'objet de cette « cotation améliorée ». Si l'accouchement est mieux coté, en cas de personne sans domicile fixe, le suivi de grossesse ne le serait pas. Autrement dit, il pourrait y avoir des stratégies de la part de certains établissements pour « éviter » les femmes précaires et sans droits pendant leur grossesse, mais pour accepter les accouchements de ces mêmes femmes. Nous n'avons pas pu vérifier ces informations, mais il serait pertinent d'explorer plus avant la question du niveau de cotation des actes, comme levier ou frein, dans les établissements hospitaliers, au suivi des femmes et à leur inscription pour un accouchement.

Par ailleurs, lorsque les accouchements sont réalisés en « urgence » et que les femmes ne bénéficient ni de la CMUc, ni de l'AME, cela peut poser des difficultés, au moins momentanées, pour les budgets des établissements hospitaliers. En l'absence de couverture maladie les soins délivrés pour la grossesse à l'hôpital peuvent être pris en charge au titre du dispositif des soins urgents et vitaux mais seule l'obtention d'une protection maladie permet la continuité des droits.

Enfin, les prises en charge complexes, qu'il s'agisse du suivi de grossesse, de l'accouchement ou du temps de prise en charge en post-partum sont plus coûteuses : il faut souvent faire des bilans ou examens médicaux inexistantes ou dont la trace est perdue, et les femmes présentent plus souvent un mauvais état de santé.

Ainsi, le « coût » économique du suivi d'une femme enceinte précaire pour une clinique ou un hôpital ne doit pas être négligé, car il peut peut-être contribuer de manière non-anecdotique à susciter une attitude ouverte ou de rejet chez certains soignants ou responsables administratifs.



### 4.2.3. Adaptation des professionnels et stratégies de prises en charge

Malgré les réticences, semble-t-il, de certains professionnels à prendre en charge les femmes en grande précarité lorsque leur situation administrative est complexe, la plupart des professionnels interrogés tentent de mettre en œuvre des stratégies pour soigner les femmes. Il apparaît ainsi que plusieurs maternités de la métropole ont développé des réunions de synthèse permettant d'aborder de manière pluridisciplinaire les situations complexes de certaines femmes en vue d'une prise en charge adaptée : lui ouvrir des droits si besoin, lui permettre d'accéder à un interprète, examiner ensemble comment améliorer les conditions de vie de ces femmes, notamment en matière d'hébergement.

Ces réunions peuvent parfois associer les PMI et faciliter les conditions de sortie de maternité, après l'accouchement. Par ailleurs, certaines maternités ont développé des formations des sages-femmes sur la question de la précarité en les inscrivant à des DU spécifiques sur cette thématique. D'autres maternités ont identifié des professionnels libéraux (obstétriciens, sages-femmes) qui ont l'habitude et un savoir-faire repéré pour prendre en charge les femmes très vulnérables, en grande précarité, en ce qui concerne les consultations de suivi de grossesse ou post-accouchement.

On note aussi que certains des professionnels interviewés (notamment des associations) utilisent des outils de recueil d'informations (notamment proposés par le Programme National de Médiation Sanitaire) et adaptés au suivi des femmes enceintes Roms : par exemple le CAR'MAT' à Nantes<sup>6</sup> ou encore le « Tablier d'anatomie », outil de d'éducation sur la santé sexuelle et reproductive à destination des femmes Roms<sup>7</sup>. D'autres ont développé un guide d'orientation à destination de leurs équipes pour faciliter le repérage et l'orientation adéquate des personnes en précarité, dont les femmes enceintes.

Plusieurs maternités nous ont dit « *faire un maximum d'examen médicaux (du protocole de suivi de grossesse) quand ils rencontrent une femme enceinte précaire tardivement* » car ils savent d'expérience que ces femmes ne reviendront pas au même rythme que les autres.

Enfin, comme mentionné plus haut, les professionnels alertent régulièrement les services sociaux, avec des courriels de signalement et de demandes de mise à l'abri lorsque les femmes n'ont aucune solution de logement. Néanmoins, la plupart de ces stratégies sont menées de manière isolée par chaque établissement sans qu'il n'y ait de procédure harmonisée entre les différents acteurs, ce qui semblerait manquer selon les professionnels interrogés. L'hétérogénéité des pratiques témoigne à la fois des difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels, mais aussi d'une certaine manière, de la relative « invisibilité » du problème : les femmes en situation de grande précarité ont des difficultés intenses, mais ce problème est méconnu du grand public et des médias.

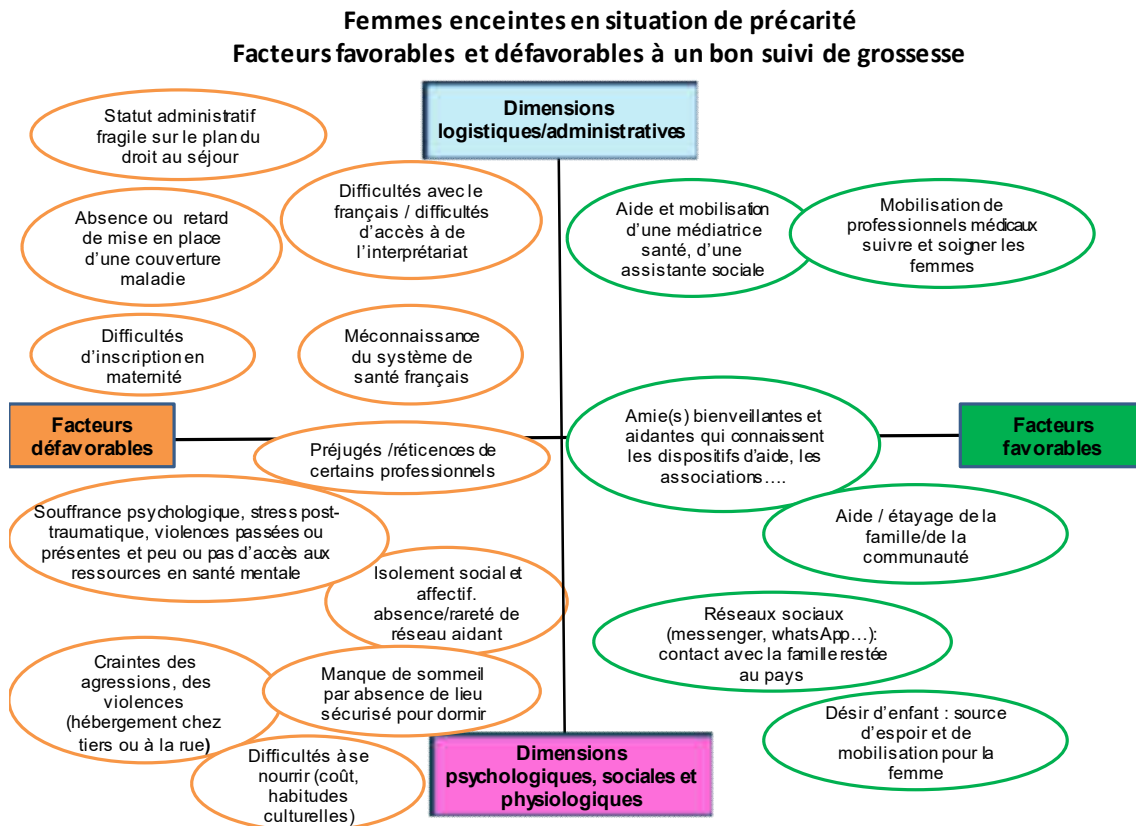
---

<sup>6</sup> CAR'MAT' : Carnetul Mamei, Carnet de maman 2015 <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/08/Car-Mat-sept-2015-version-dévaluation.pdf>

<sup>7</sup> Outils développés dans le cadre du Programme National de Médiation Sanitaire. Pour plus d'informations : <http://www.mediation-sanitaire.org/les-outils/mallette/>



## 5. Synthèse des résultats : schéma récapitulatif



## 6. Propositions et pistes d'actions

### 6.1. Répondre aux besoins vitaux des femmes enceintes en situation de précarité

Les conditions de vie des femmes ont un impact sur leur état de santé et sur celui de leur bébé. Ce constat est largement documenté et il est clair aujourd'hui que la précarité est un facteur de fragilisation de la santé de la mère et du bébé. La précarité du logement est l'une des difficultés qui peut avoir un effet particulièrement délabrant sur la santé de la mère et de l'enfant à naître. Les premières recommandations portent donc sur ses déterminants cruciaux de la santé des femmes et de leurs nourrissons :

- Renforcer les ressources de mise à l'abri des femmes enceintes précaires, ou de femmes avec nourrissons : hôtels, CHRS, logement social voire d'hébergement spécifique adapté à ces femmes.
- Développer des accueils de jours adaptés aux femmes enceintes précaires, notamment pour leur permettre de s'allonger et se reposer dans un lieu calme et sécurisé, d'avoir accès à des ressources d'hygiène (douche, lave-linge et sèche-linge) et de pouvoir cuisiner/préparer des aliments pour elles-mêmes.
- Développer des places en Lits Halte Soins Santé (LHSS) adaptés pour les grossesses pathologiques et post césariennes. Ces Lits Halte Soins Santé permettront une prise en charge qui sera plus adaptée que l'hébergement à l'hôtel ou en CHRS.

#### **6.1.1. Améliorer le repérage et la prise en compte des femmes enceintes précaires par les professionnels du soin (hospitaliers, libéraux)**

- ✓ Sensibiliser et former les différents professionnels en contact avec ces femmes à la nécessité d'adapter la prise en charge, les conseils de prévention.

Une fois les femmes en grande précarité repérées il semble essentiel que les professionnels soient formés à leur prise en charge et orientation. Pour ce faire, une formation des différents professionnels devrait être mise en œuvre qui pourrait aborder le cadre et les enjeux juridiques (migration, droit au séjour, ouverture de droits à une couverture maladie ...), les dimensions culturelles à prendre en compte (rapport au corps, rapport aux traitements médicamenteux, mais aussi l'alimentation, ...), et d'autres sujets à déterminer dans le programme de formation.

Il existe à Lyon des organismes réalisant ce type de formation (Migration Santé, Passer'elles Buissonnières...) qui devrait toutefois être adaptée aux spécificités de la grossesse et du nourrisson.

La création d'un guide d'orientation, qui devrait être régulièrement actualisé, pourrait aussi être une aide pour les différents professionnels sur l'orientation vers ces différentes ressources : santé, hébergement, droit au séjour, alimentation, hygiène des femmes en situation de grande précarité. Cette action pourrait être entreprise en s'inspirant d'outils déjà développés par certains acteurs à Lyon ou plus largement en France, en concertation avec les différents professionnels concernés. Ce guide pourrait ensuite être diffusé lors des formations mentionnées ci-dessus.

### **6.1.2. Renforcer l'accompagnement des femmes enceintes précaires pour un meilleur suivi de grossesse, et suivi post-accouchement**

- ✓ Renforcer les ressources en accompagnement, médiation pour faciliter les démarches de suivi (consultations, examens), les démarches de prévention (alimentation, ...)

Il est important de maintenir voire développer les ressources en médiation pour l'accompagnement des femmes enceintes en situation de précarité. Elles permettent de faciliter leur parcours de soins grâce à des accompagnements physiques, des explications détaillées, des rappels téléphoniques pour améliorer le respect des rendez-vous pris pour des consultations....

De plus, des outils adaptés, notamment aux publics migrants, devraient être recueillis, développés et utilisés pour faciliter la communication avec ces femmes sur le suivi de grossesse. Certains supports (comme le « CAR MAT » ou le « tablier / planche d'anatomie féminine » par exemple) et tout autre outils utile permettant de faciliter le suivi de grossesse des femmes pourraient être davantage diffusés. Certains outils pourraient être sélectionnés et présentés dans la formation précédemment citée.

- ✓ Améliorer l'accès à l'interprétariat

L'interprétariat, dans le cas des femmes migrantes ne parlant pas le français, devrait être plus développé dans les différentes institutions qui bénéficient ou devraient bénéficier d'un budget spécifique dans ce domaine (en présentiel ou par téléphone). Les professionnels libéraux devraient aussi pouvoir bénéficier d'un accès à ce type de services lorsqu'ils ont affaires à des patients qui ne parlent pas français ni anglais.

- Développer ou renforcer des séances de préparation à l'accouchement adaptées aux spécificités des femmes enceintes précaires

La préparation à l'accouchement pourrait contribuer à faciliter le suivi des femmes enceintes, mais les séances ne sont pas suivies par ces femmes. Les déplacements, les horaires, les séances à respecter (alors que les rendez-vous médicaux sont déjà si difficiles à tenir), les problèmes de langue et enfin une approche de la « préparation » qui ne correspond pas forcément aux modèles culturels des femmes (notamment migrantes) ni à leurs attentes expliquent en grande partie ce non-investissement dans la préparation à l'accouchement. Des séances mieux adaptées aux contraintes de ces femmes (horaires de rendez-vous, transports), traduites, et prenant en compte les spécificités de la migration pourraient être développées afin que les femmes soient plus familiarisées avec ce qui va se passer à l'accouchement (avec, notamment, des explications sur la péridurale, la césarienne, ...). Ces séances permettront de créer des espaces où les femmes pourront se rencontrer et créer un nouveau lien social. La Métropole via ses MDM semble petit à petit en mettre en place. Cette expérience mérite d'être suivie et capitalisée pour être éventuellement étendue. Le recueil d'autres types d'expériences sur la préparation à l'accouchement pour des femmes de même profil dans un système de santé étranger pourrait aussi être utile.

### **6.1.3. Faciliter l'accès aux maternités et aux soins des femmes enceintes en situation de précarité**

- ✓ Créer un guichet unique facilitant l'inscription des femmes en situation de grande précarité en maternité (PASS périnatale).

La majorité des professionnels nous ont fait part de la nécessité de disposer d'un guichet unique où adresser la femme enceinte précaire quand elle est repérée afin d'éviter un parcours chaotique et faciliter l'inscription en maternité. L'option de la création d'une PASS périnatale jouant ce rôle semblait, au moment de l'étude, privilégiée mais sa faisabilité restait à étudier. Si l'idée d'un guichet unique permettrait effectivement de limiter les problèmes d'inscription en maternité et de fluidifier le parcours de la femme enceinte, il faudra veiller à organiser le modèle de prise en charge avec les autres PASS accompagnant déjà de nombreuses femmes enceintes précaires (Vinatier, Saint Luc-Saint Jo, Portes du Sud, HEH) et bien préciser les rôles de chacun.

- ✓ Développer des dispositifs de prise en charge psychiatrique et psychologique adaptés aux femmes enceintes précaires

Les femmes enceintes, ou qui viennent d'accoucher, en situation de grande précarité sont particulièrement concernées par la souffrance psychique et présentent un risque accru d'être concernées par la dépression, des décompensations, et lorsqu'elles sont migrantes et ont vécu un parcours difficile pour arriver jusqu'en France, elles peuvent également être concernées par différentes formes de stress post-traumatiques. Or, les dimensions culturelles spécifiques qui peuvent être attachées à cette souffrance et à son expression (symptomatologie spécifique dans certains cas), en plus du problème de la barrière de la langue et des très fortes contraintes de ces femmes en matière de conditions de vie font que la prise en charge « classique » et « sectorisée » en CMP est inenvisageable pour beaucoup. Une prise en charge adaptée, avec de l'interprétariat, et la prise en compte de la fragilité du logement et l'éventuelle faiblesse des réseaux sociaux et affectifs aidants, est à développer. Le recours des femmes aux pratiques traditionnelles de sorcellerie, ou la crainte qu'elles peuvent en avoir, est semble-t-il relativement important dans certaines communautés, et doit, en la matière, être pris en compte par les professionnels, à la fois pour encourager les femmes à se faire aider, mieux comprendre certains symptômes ou résistances à des propositions thérapeutiques, relier les pratiques dites traditionnelles et occidentales, et travailler la compréhension des propositions faites par les professionnels de santé. Si la période de la grossesse est un moment de grande vulnérabilité, celle-ci est encore plus forte en post-partum (notamment du fait des modifications hormonales, mais aussi en lien avec la perspective d'avoir un bébé, sans ressources et sans aucun appui parfois).

Par ailleurs, il serait également nécessaire de sensibiliser les professionnels au repérage de ces situations et des symptômes qui peuvent être particulièrement difficiles à interpréter en France.

- ✓ Renforcer les moyens de la PASS pédiatrique, pour faciliter l'accès aux soins pour les nourrissons dont les mères sont en grande précarité

Les professionnels ont tous mis en avant leur difficulté à organiser des prises en charge pour les nourrissons lorsqu'ils nécessitent un plateau technique hospitalier quand l'enfant n'a pas

de droits ouverts et ne relève pas d'une prise en charge en urgence. Une PASS pédiatrique existe à l'HFME mais semble insuffisante au regard des besoins repérés. Il faudrait donc développer les plages d'ouverture de cette PASS.

#### **6.1.4. Créer un fichier informatique médical spécifique pour les femmes enceintes précaires à l'échelle de l'agglomération**

- ✓ Développer un fichier informatique médical spécifique pour les femmes enceintes précaires

Ce fichier permettrait de palier aux difficultés de conservation des dossiers médicaux par les femmes en errance ou mal-logées (perte des dossiers, dossiers incomplets), aux difficultés que cette perte d'information peut entraîner lorsque les accouchements ont lieu en urgence. Les informations ainsi conservées et accessibles seulement à certains acteurs (PASS notamment) faciliteraient une prise en charge optimisée et une meilleure coordination entre les différents professionnels sur la prise en charge de la femme. Il existe toutefois certains points de vigilance sur le consentement des femmes et la confidentialité des données, le secret professionnel partagé.

#### **6.1.5. Développer (ou renforcer) le soutien psychologique pour des travailleurs sociaux et professionnels du soin qui interviennent auprès des femmes enceintes en grande précarité**

Les difficultés des prises en charge complexe, la spécificité de la grande précarité et les contraintes fortes inhérentes au système d'hébergement et au contexte migratoire peuvent créer un sentiment d'impuissance et de culpabilité chez certains professionnels. Ces situations peuvent alors petit à petit entraîner de la démobilité voire des risques psycho sociaux importants. Des groupes de parole, de type analyse de la pratique, permettraient à certains professionnels qui le souhaitent, sous la supervision d'un psychologue notamment, de partager et verbaliser leurs difficultés et d'éviter des formes d'épuisement, voire de « burn-out ».

## 7. Glossaire

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'Accueil et de Demandeurs d'Asile

CDHS : Comité Départemental d'Hygiène Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DDCS : Délégation Départementale de la Cohésion Sociale

MDM : Maison de la Métropole

OFII : Office Français de l'Intégration et de l'Immigration

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PUMA : Protection Maladie Universelle

SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

## 8. Bibliographie

L'Accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 états membres de l'Union européenne. Vienne: Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne; 2012. Disponible sur: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare\\_fr\\_0.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_fr_0.pdf)

Aeberhard P, Bréchat P-H, Hachimi Alaoui M, Jedidi S, Lebas J. L'accès aux soins des migrants, des sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins. Bordeaux : LEH Ed.; 2011. 104 p. (Actes et séminaires). Disponible sur: <https://www.lgdj.fr/l-acces-aux-soins-des-migrants-des-sans-papiers-et-des-personnes-precaires-pour-un-droit-universel-aux-soins-9782848742199.html>

Ancelot L, Bonnal L, Depret M-H. Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. Revue française d'économie. 2016;31(4):63-107. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2016-4-p-63.htm>

Ancelot L, Bonnal L, Depret M-H. Renoncer aux soins périnataux : quelles conséquences sur l'état de santé du nourrisson ? Revue économique. juin 2018;69(3):373-405. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-economique-2018-3-p-373.htm>

Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. Archives of Women's Mental Health. june 2017;20(3):449-62.

Azria E. Précarité sociale et risque périnatal. Enfances & Psy. 2015;(67):13-31. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-3-p-13.html>

Azzedine F, Chambaud L. Santé des migrants: les préjugés ont la vie dure. The Conversation. 17 déc 2017. Disponible sur: <http://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 17 janv 2012;(2-3-4):17-21. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/27502/145753/version/15/file/beh\\_2\\_3\\_4\\_2012.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/27502/145753/version/15/file/beh_2_3_4_2012.pdf)

Bozec G, Réguer-Petit M. Les femmes plus vulnérables, mais résistantes. In: Les inaudibles : sociologie politique des précaires. Paris: Presses de Sciences Po; 2015. p. 235-72. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inaudibles--9782724616958-p-235.htm>

Cadart M-L. La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. Dialogue. 2004 ;(163):60-71. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2004-1-page-60.htm>

Chambon N, Le Goff G. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. Revue française des affaires sociales. 2016;(2):123-40. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-p-123.htm>

Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Macherey A-L, et al. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité : obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe. Paris: Réseau



international de Médecins du monde; 2015. p. 49. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316094>

Cognet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. Revue européenne des migrations internationales. 2012;28(2):11-34. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/remi/5863>

Damgé M. À quoi les migrants ont-ils vraiment droit en France ? Le Monde. 13 oct 2016. Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/10/13/a-quoi-les-migrants-ont-ils-vraiment-droit-en-france\\_5012683\\_4355770.html](http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/10/13/a-quoi-les-migrants-ont-ils-vraiment-droit-en-france_5012683_4355770.html)

Davoudian C. La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions : à propos d'un groupe de parole de femmes enceintes migrantes en PMI. Les Cahiers de Rhizome. mars 2017;(63):31-8. Disponible sur: [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME\\_Orspere-Samdarra/CAHIER-RHIZOME-63-HD.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/CAHIER-RHIZOME-63-HD.pdf)

Essén B, Costea V, Mosselmans L, Salzmann T. Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children: Technical guidance. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018 p. 52. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/388362/tc-mother-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/388362/tc-mother-eng.pdf?ua=1)

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. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. février 2005;34(1):23-32. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826675>

Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, et al. Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review. Matern Child Health J. july 2013;17(5):816-36.

Herschorn Barnu P. Parcours de soins périnataux et grande précarité : expérience du réseau Solipam (Solidarité Paris Maman Île-de-France). Contraste. 2017;(46):189-206. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-2-p-189.htm>

Lay E. Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ? La Gazette Santé Social. 17 mars 2016. Disponible sur: <http://www.gazette-sante-social.fr/26654/quelles-solutions-pour-le-suivi-des-femmes-enceintes-en-errance>

Le Méner E. L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes. La santé en action. sept 2016;(437):26-7. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-437.pdf>

Mahieu-Caputo D. Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale : quelle prise en charge ? In: Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Toulouse: Érès; 2011. p. 183-8. (Prévention en maternité). Disponible sur: [https://www.cairn.info/resume.php?download=1&ID\\_ARTICLE=ERES\\_ROEGI\\_2011\\_01\\_01\\_83](https://www.cairn.info/resume.php?download=1&ID_ARTICLE=ERES_ROEGI_2011_01_01_83)

Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and



migrant women. *Sexual & Reproductive Healthcare*. june 2018;16:199-205. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617302744>

Meurs D. Femmes et précarité. Fondation Jean Jaurès. 26 février 2019. Disponible sur: <https://jean-jaures.org/nos-productions/femmes-et-precarite>

Moro MR, Neuman D, Réal I. Maternités en exil : mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Grenoble: La Pensée sauvage Ed.; 2008. 224 p. Disponible sur: <http://www.penseesauvage.com/librairie/bibliotheque-l-autre/212-maternites-en-exil.html>

Panaccione E, Moro MR. Construire de la sécurité dans l'errance. *Maternité chez des femmes migrantes sans domicile fixe. La psychiatrie de l'enfant*. 2014;57(2):533-61. Disponible sur: [https://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=PSYE\\_572\\_0533](https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PSYE_572_0533)

Périnatalité. In: *Migrants/étrangers en situation précaire : soins et accompagnement* [Internet]. Le Kremlin Bicêtre: Comité pour la santé des exilés; 2015. p. 337-44. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1663>

Ratcliff BG, Sharapova A, Kraft CP, Grimard N, Radeff FB. Dépression périnatale et complications obstétricales chez des migrantes primo-arrivantes à Genève. *Devenir*. 2015;27(2):77-99. Disponible sur: [https://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=DEV\\_152\\_0077](https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEV_152_0077)

Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*. 2012;28(2):81-100. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/remi/5902>

Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 5 sept 2017;(19-20):389-95. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10884](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10884)

Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. *Études et résultats*. janv 2007;(552):1-8. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf>

Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women and Birth*. sep 2015;28(3):179-93. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921500030X>

Tessier V, Leroux S, Guseva-Canu I. Mortalité maternelle chez les femmes en situation de précarité. Résultats de l'ENCMM, France 2010–2012. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. déc 2017;45(12 Suppl):S84-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718917302532>

Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 5 sept 2017;(19-20):405-14. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/172334/2275408>

Venzac M, Vaissade L, Maquinghen S. Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne. Clermont-Ferrand: Observatoire Régional de la Santé Auvergne; 2016 p. 49. Disponible sur: [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/506\\_Rapport\\_Non\\_recours\\_soins\\_Auvergne\\_MD.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/506_Rapport_Non_recours_soins_Auvergne_MD.pdf)

Virole-Zajde L. Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. Genre, sexualité & société. 2016;(16). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/3862>