Les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière : les enjeux d'une prise en charge plus adaptée

Pauline Eschapasse

▶ **To cite this version:**

Pauline Eschapasse. Les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière : les enjeux d'une prise en charge plus adaptée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03197877

HAL Id: dumas-03197877

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03197877

Submitted on 14 Apr 2021

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

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

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

LES FEMMES ENCEINTES MIGRANTES EN SITUATION IRREGULIERE : LES ENJEUX D'UNE PRISE EN CHARGE PLUS ADAPTEE

Pauline ESCHAPASSE

Née le 23 Juillet 1996

A Paris, Ile de France

Mémoire présenté et soutenu en Juin 2020

Directeur de mémoire : Laura SCHUFT

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

LES FEMMES ENCEINTES MIGRANTES EN SITUATION IRREGULIERE : LES ENJEUX D'UNE PRISE EN CHARGE PLUS ADAPTEE

Pauline ESCHAPASSE

Née le 23 Juillet 1996

A Paris, Ile de France

Mémoire présenté et soutenu en Juin 2020

Directeur de mémoire : Laura SCHUFT

Table des matières

Remerciements 1

Liste des abréviations 2

Introduction 4

PARTIE 1 : CONTEXTE DES CONDITIONS MEDICO-PSYCHO-SOCIALES DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION IRREGULIERE 8

1 Lecture médiatique et réalité des migrations 9

2 Accès aux soins 12

PARTIE II : METHODOLOGIE DE L'ETUDE 15

Matériel et méthode 16

1 Méthode de la recherche 16

1.1 Méthodologie de la recherche bibliographique 16

2 Méthodologie de l'étude 17

2.1 Choix de la méthodologie de l'étude 17

2.2 Sélection des interviewés 17

2.3 Création du guide d'entretien 20

2.4 Lieux, période et déroulement des entretiens 21

3 Méthodologie utilisée pour l'analyse des résultats 22

3.1 Retranscription des entretiens 22

3.2 Codage des données 22

PARTIE III : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE 24

1 Typologie des femmes enceintes en situation irrégulière rencontrées 25

1.1 Profil général dressé par les intervenants 26

1.1.1 Motivations de départ 26

1.1.2 Niveau social des femmes enceintes quittant leur pays d'origine 28

1.1.3 La femme enceinte migrante représentée par son isolement social 29

1.2 Profil des femmes enceintes migrantes en fonction de l'origine 31

1.2.1 Afrique sub-saharienne 31

1.2.2 Afrique du Nord 34

1.2.3 Pays de l'Est 35
1.2.4 Comores 36
2 Actions d'accompagnement des femmes en situation irrégulières 37
2.1 Présentation des associations.....37
2.1.1 Forum réfugiés 37
2.1.2 Habitat et Citoyenneté 37
2.1.3 ALC les Lucioles 38
2.1.4 Secours Catholique 38
2.1.5 CIDFF 38
2.1.6 Autres associations niçoises 39
2.2 Présentation de la PMI 39
3 Relations des différents acteurs avec les femmes 41
3.1 Relation de confiance.....41
3.2 Femmes enceintes migrantes face aux soins 43
3.2.1 Observance des femmes enceintes migrantes 43
3.2.2 Réaction des professionnels face aux comportements des femmes 44
3.2.3 Trouble de la parentalité 45
3.3 Des femmes perçues comme exigeantes ? 47
3.4 Position de l'un envers l'autre : rapports de pouvoir.....48
4 Relation avec les partenaires.....53
4.1 Difficultés au sein du réseau associatif 53
4.2 Réseau sanitaire 54
4.2.1 Association-Hôpital 54
4.2.2 PMI-Associations 57
4.2.3 Hôpital-PMI 59
5 Problèmes rencontrés par les différents acteurs.....61
5.1 Logement 61
5.2 Maisons des Solidarités Départementales (MSD) 62
5.3 Prise en charge médicale inadéquate 65
5.3.1 Examens gratuits en PMI non exclusifs 65
5.3.2 Barrière de la langue 66
5.3.3 Dispositif partenariat périnatal et prévention (D3P) 68

5.3.4 Traitement différentiel 70
5.4 Financements et politiques publiques face à la réalité du terrain 73
5.4.1 Manque de formation, de moyens pour un accompagnement adapté 75
6 Les besoins rencontrés par les professionnels de santé et associatifs 79
6.1 Outils pratiques 79
6.2 Outils d'anamnèse 80
6.3 Lisibilité et engagement des acteurs 81
6.4 Formation 82
6.5 Au niveau social 83
7 Les perspectives et les solutions envisagées 85
7.1 Les projets d'accompagnement 85
7.2 Meilleure prise en charge obstétricale 86
7.3 Améliorer l'accès aux soins 91
Conclusion 94
BIBLIOGRAPHIE 96
ANNEXES : I

Remerciements

Dans un premier temps, je souhaite remercier Laura Schuft, ma maître de mémoire, pour m'avoir soutenu tout au long de ce travail, dans l'accompagnement de mon projet de fin d'étude. Ses conseils, son support moral et humain ont grandement participé à réaliser ce projet, autant dans sa forme que dans son sens.

Merci aux professionnels de santé, d'avoir pris le temps de participer à cette étude, malgré leur emploi du temps exigeant.

Merci aux membres des associations, de m'avoir apporté leurs connaissances sur cette thématique si vaste et complexe, ainsi que de m'avoir aiguillé dans mes recherches. L'association Gynécologie Sans Frontière m'a particulièrement encouragée au départ, dans l'élaboration de mon projet. L'investissement de ces structures m'a ouvert les yeux sur les enjeux et les bénéfices que mon travail pouvait apporter dans leur accompagnement quotidien. Cela m'a donné beaucoup de courage et m'a permis de persévérer dans les moments de doutes.

Un grand merci à ma famille qui m'a toujours soutenue physiquement et psychologiquement, par leur présence, leur écoute et leur confiance en moi. Ce soutient me permet de développer ma créativité et de travailler sur des projets ambitieux.

Je souhaite remercier particulièrement mon père, qui a grandement participé à l'élaboration de ce mémoire et notamment à trouver des issues lorsque je me retrouvais dans une impasse. Avec sagesse, il a su prendre en compte mes positions, tout en exposant les siennes. Cette collaboration père-fille a été précieuse.

Enfin, merci à mes amis Célia, Juliette, Aurélianne, Nassim et Théo, avec qui j'ai eu l'honneur de partager toutes mes craintes mais aussi toutes les avancées passionnantes de ce projet.

De manière plus générale, je remercie tous mes amis avec qui je partage de beaux moments humains, et surtout beaucoup d'amour.

Liste des abréviations

AME : Aide Médicale de l'Etat

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDFF : Centre d'Informations des Droits des Femmes et des Familles

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

D3P : Dispositif Partenarial de Prévention Périnatal

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GSF : Gynécologie Sans Frontière

GUDA : Guichet Unique pour Demandeur d'Asile

HAS : Hautes Autorités de Santé

HGPO : Hyperglycémie provoquée par voie Orale

HLM : Habitation à Loyer Modéré

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSD : Maison des Solidarités Départementales

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

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PAU : Placement Aide Urgence

PMI : Protection Materno-Infantile

PRAPS : Programme Régional pour Accès à la Prévention et aux Soins

TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique

VFF : Violences Faites aux Femmes

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

Introduction

« En rétrospective, il n'est pas étonnant que les femmes immigrées aient été pendant longtemps invisibles dans les recherches sur l'immigration, celles-ci également tardives, dans la mesure où les femmes sont restées dans l'ombre dans tous les autres domaines. C'est dans les années soixante-dix qu'on a commencé à les découvrir ou à les redécouvrir (…) en Europe occidentale »(1).

Les chercheuses Christine Catarino et Mirjana Morokvasic pointent par cette déclaration l'évolution de la perception de la migration féminine au cours de l'histoire contemporaine ainsi que le manque d'investissement des médiats et chercheurs dans leur accompagnement malgré leur présence importante. Or, depuis 2008, les femmes immigrées « *c'est-à-dire née étrangère à l'étranger »*(2) représentent 51% des immigrés en France, et sont devenues majoritaires par rapport aux hommes. Ce taux croissant peut s'expliquer par la mutation des motivations de départ du pays d'origine, de ces femmes. Si la reconnaissance du droit au regroupement familial a été adoptée en 1974(3), elle ne permet pas d'expliquer tous les mouvements des femmes migrantes. Selon l'enquête « Trajectoires et origines » (2008), les migrations féminines en France feraient davantage l'objet de départs « *autonomes »*[1]. Par conséquent, contrairement aux idées reçues, ce sont des femmes qui partent de leur propre initiative. Ces nouvelles migrations varient également en fonction de l'origine des femmes migrantes : *« originaires d'Afrique centrale ou du golfe de Guinée (Côte d'Ivoire, Cameroun, République démocratique du Congo...), ont des taux records à la fois de féminité (57 % de femmes) et d'autonomie (53 %) »*(2).

Dans la revue de la littérature, il n'existe pas de statistique concernant le taux de femmes enceintes migrantes dans la ville de Nice (06) car, le plus souvent, ces dernières arrivent sur le territoire français de manière « irrégulière », quand elles proviennent de pays extérieurs à l'Union Européenne : *« les ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse bénéficient d'un régime de libre circulation »*(4).

[1] Migrations autonomes : Les « célibataires » : au moment de leur départ en migration, elles ne sont pas en union (ils ont pu l'être avant et peuvent entrer en union ultérieurement). Les « pionniers » : ils sont en union au moment de leur départ ; ils quittent leur pays d'origine en y laissant leur conjoint(e). Ils peuvent être ou non rejoints par leur conjoint(e) par la suite.

Le statut de « femme en situation irrégulière » regroupe celles qui arrivent « sans-papier » en France, les « *déboutées »* d'asile, à savoir les femmes ayant eu une réponse négative à leur demande d'asile, ou encore celles en procédure « Dublin »[2], c'est-à-dire ayant déjà fait une demande d'asile dans un autre pays.

D'autres spécificités sont à prendre en compte dans les différents statuts administratifs, pour comprendre les différences de prise en charge sanitaire et sociales de la femme enceinte migrante.

Tout réfugié est migrant mais tout migrant n'est pas réfugié. D'après la Cimade, *« il n'existe, au niveau international, aucune définition juridique du concept de "migrant"*(5)*,* mais plusieurs qui peuvent faire consensus. Toutefois, selon les Nations Unies, ce terme désigne *« toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer »*(6)*.*

Une femme enceinte migrante peut, par la suite, faire une demande d'asile dans le but d'obtenir le statut de réfugié afin de pouvoir rester sur le territoire français de manière légale.

Le demandeur d'asile est donc une *« personne qui a quitté son pays d'origine et souhaite obtenir le statut de réfugié »*(7)*.* Actuellement, en France, ces démarches administratives lui accordent : des droits – le temps de considération administrative de la demande – comme un accès aux soins avec le système PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), un hébergement dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile, et une aide financière sous forme d'allocation pour demandeurs d'asile.

Enfin, lorsque la réponse de demande d'asile est positive, la femme enceinte devient réfugiée. D'après la Convention de Genève de 1951, *"le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe*

[2] Ministre de l'intérieur « L'étranger sous procédure « Dublin » ne pourra être désormais assigné à résidence que dans les conditions de droit commun, prévues au 1° bis du 1 de l'article L. 561-2. La durée de cette assignation est 45 jours, renouvelable trois fois, soit180 jours au maximum ».

social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays (…) »(8).

Ainsi, dans l'ordre des acquisitions juridiques, la femme enceinte exilée qui arrive en France se voit étiquetée d'abord comme « migrante », puis « demandeuse d'asile » à la suite des démarches administratives, pour enfin, devenir « réfugiée » lorsque la réponse est positive. Or, si la réponse est négative, elle est considérée comme « clandestine », « sans papier » ou « en situation irrégulière ». Chacun de ces statuts ouvre ou ferme des droits spécifiques qui s'entrecroisent et complexifient pour ces femmes (et les organismes qui les prennent en charge) la compréhension des dispositifs offerts.

Les femmes enceintes en situation irrégulière arrivent donc à Nice dans des conditions médico-psycho-socio-économiques précaires et défavorables de par leur statut administratif et, trop souvent, des violences potentielles subies lors du parcours migratoire, comme il sera développé plus loin.

Dans le monde médical, le bien-être corporel et biologique est au cœur des préoccupations des professionnels de santé. Cependant, la définition de la santé de l'OMS montre que les dimensions psychologique et social sont également des aspects essentiels au bien-être : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » ; « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »(9).

Or, le rapport du planning familial de Montpellier de 2018 « le 2ème sexe des demandeurs d'asile : migration des femmes, violences en tout genre »(10) concernant *« la question des suivis de grossesse, la situation s'est détériorée ces dernières années. Selon Médecins du Monde, les femmes notamment (…) enceintes sont de plus en plus nombreuses et elles sont souvent peu suivies en gynécologie. Ainsi, 45,2% des femmes (en France) attendant un enfant accusent un retard de suivi de leur grossesse »*(10).

Au vu du contexte actuel, ce travail de recherche s'interrogera sur comment améliorer la prise en charge sanitaire des femmes en situation irrégulière dans la ville de Nice.

A travers mes enquêtes personnelles sur le terrain relatives aux difficultés et/ou incertitudes dans l'accompagnement des femmes enceintes en situation irrégulière à Nice, à la fois chez les associations accompagnant les migrants et chez les soignants – m'ont permis d'établir les objectifs de cette étude : comprendre les différents profils de femmes enceintes en situation irrégulière, identifier les acteurs, réseaux et relations impliqués dans leur accompagnement, et identifier les problématiques, les besoins et les solutions envisagées relatifs à la prise en charge sanitaire.

Finalement, l'objectif principal sera d'améliorer la continuité du parcours sanitaire des femmes enceintes migrantes en répertoriant les réseaux niçois accompagnant ces femmes et en analysant leurs niveaux d'intervention et leurs interactions.

PARTIE 1 : CONTEXTE DES CONDITIONS MEDICO-PSYCHO-SOCIALES DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION IRREGULIERE

1 Lecture médiatique et réalité des migrations

La France est une terre d'accueil depuis la fin du XIXème siècle. Son histoire est traversée par plusieurs « vagues migratoires » : la première se caractérise par l'afflux de main d'œuvre lors de la révolution industrielle, la deuxième et la troisième par un besoin d'ouvriers pour la reconstruction du pays après les deux guerres mondiales(11). Pour réaliser l'ampleur de la migration française, il faut avoir un regard sur la migration internationale.

Selon les estimations de l'ONU de 2017, plus de 258 millions de personnes dans le monde ne vivent pas dans leur pays de naissance. Cela représente plus de 3,4% de la population mondiale (ANNEXE III, Figure 3). C'est un chiffre qui est relativement stable depuis 1990 (2,9%). A l'échelle nationale, le taux de la population étrangère a également peu évolué, 6,5% en 1975 VS 7,1% en 2018 (12). Cette augmentation de la migration dite « massive » n'est donc pas si importante. De plus, la majorité de ces migrations se passent entre pays du « sud » et ne concernent pas les pays occidentaux.

Aujourd'hui, en France, les médias véhiculent beaucoup de discours politiques et de statistiques, voire un excès d'informations au sujet de l'immigration. Cependant, il faut les manier délicatement pour ne pas passer à côté de leur sens réel. François Héran, *sociologue, anthropologue et démographe français,* nommé à la tête de l'Institut Convergences Migrations, dans sa « Leçon inaugurale » prononcée le 5 avril 2018, explique ce phénomène. Quand on regarde le tableau répertoriant le nombre absolu de demandes d'asile et de décisions positives en Europe 2016, la France arrive juste derrière l'Allemagne, en 2ème position, avec un taux de réponses positives de 27%.

Or, le graphique catégorisant le nombre de protections accordées aux demandeurs d'asile et le nombre de décisions positives par millions d'habitants, montre que la France arrive en 16ème position. Par conséquent, le fait de comparer des chiffres absolus avec des pays de taille différente est biaisé. Mr. Héran rappelle la création d'institutions comme Euro stat, par l'Union européenne, afin de pouvoir comparer ce qui est comparable, par exemple de raisonner en « *proportion »* pour obtenir des chiffres et comparaisons justes (ANNEXE III, Figure 1.2.)(13). Les discours des politiques alimentant l'idée que la France est soumise à une

« invasion » migratoire n'est donc pas en accord avec la réalité statistique historique ou comparative.

Au niveau national, en 2018, le taux de personnes étrangères[3], c'est-à-dire n'ayant pas la nationalité française, résidant en France est estimé à 4,76 millions, représentant 7,1% de la population française. Parmi eux, 4,04 millions sont immigrés[4] (nés hors France) dont 2,45 millions ont acquis la nationalité française au cours de leur vie (14).

Au vu de la lutte gouvernementale contre l'immigration irrégulière, le total des éloignements d'étrangers en situation irrégulière représente 31 400 personnes (+ 3,7% qu'en 2018) (14).

Les demandes d'asile représentent 132 614 demandes en 2019, introduites à l'OFPRA, 7,3% de plus qu'en 2018. Parmi eux, 36 512 ont obtenu le statut de réfugié, + 9,5% qu'en 2018.

Selon les statistiques du Ministre de l'Intérieur de 2015, la Provence Alpes Côte d'Azur représente la deuxième région de France, où il y a le plus d'immigrés (10,5%). Les principales origines proviennent d'Algérie, du Maroc et de Tunisie. Cela peut s'expliquer par leur proximité géographique et linguistique et par les liens historiques depuis la colonisation française du XIXème siècle(15).

Cependant, à Nice, la plateforme d'accueil « Forum Réfugiés » a enregistré en 2018, 72 nationalités dont la Géorgie (11%), l'Erythrée (11%), la Russie (9%), le Soudan (9%) et l'Albanie (9%), représentant les populations extra-Européennes les plus nombreuses (16).

Processus de l'invisibilisation de la migration réelle

Deux aspects sont à prendre en compte pour comprendre ces processus d'invisibilisation de la migration réelle.

[3] Etranger : est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (INSEE)

[4] Immigré : est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Le statut d'immigré est permanent car un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (INSEE)

D’une part, de nombreux médias (presses, télévisés, web) peignent une image du migrant pauvre, faible, vivant dans la misère. Nous pouvons prendre l’exemple de la célèbre phrase politique médiatisée : *« nous ne pouvons pas accueillir toute la misère du monde»*(17). Cette intervention qualifie de miséreuses toutes les personnes en situation de migration. Si l’on reprend la définition du dictionnaire de ce terme, cela signifie : *« condition pénible de nature physique, matérielle ou morale, susceptible d’inspirer la pitié »*(18), cela fait appel au sentiment de la pitié.

Néanmoins, au niveau du profil socio-économique des personnes en situation de migration, les statistiques démontrent que ce ne sont pas les plus pauvres qui migrent le plus. Par exemple, le Mexique alimente un des plus gros flux de migration (13 millions : ONU 2017). Seule une minorité des populations du sud cherche à migrer au nord et pas la plus misérable. La majorité des migrations en Afrique Sub-saharienne se déporte vers un autre pays sub-sahariens et les plus riches arrivent à venir jusqu’en France. « *Pour plus des 2/3, ils migrent dans un autre pays Sub-saharien et pour le tiers qui reste, c’est une migration très sélective »*(19).

D’autre part, les principales motivations du départ sont également à examiner de près (ANNEXE II, Figure 4). Les chiffres de l’INED de 2016 montrent que la première population migrante venant en France est les étudiants, dans le cadre de leur parcours universitaire (70,3 milliers). Puis, il y a les familles de Français (48,7), le regroupement familial (38,3) et enfin les réfugiés qui ne représentent que 32,3 milliers.

De plus, des scientifique comme François Héran montrent que *« l’opinion publique pense que la migration remet en cause l’identité nationale et les gouvernements tiennent à conserver leur souveraineté à ce sujet »*(19). Or, selon de nombreux travaux sur l’intégration, la population migrante ne remplace par la population existante mais s’y ajoute et s’y mêle. Elle apporte du monde et dilate l’économie française de par un besoin de main d’œuvre dans différents domaines. Ce n’est pas un phénomène récent, mais datant du XIXème siècle. Les flux migratoires sont stables et modérés depuis les années 70. Le sociologue parle « *d’infusion durable et non d’une explosion ».*

La mise en lumière des différents statuts administratifs, de la migration internationale puis nationale, permet de comprendre davantage que la manipulation des statistiques peut avoir des conséquences sur le regard que l'on peut porter à un phénomène. En effet, les constats observés précédemment permettent de comprendre qu'en fonction du regard porté par les médias et les discours politiques porté sur la réalité, cela peut avoir une incidence sur les politiques et droits donnés ou privés aux migrants selon leur situation. Comme nous verrons au cours de cette étude, ceci a également un impact direct sur la santé des femmes enceintes concernées, qui n'ont pas accès à la santé au même degré que d'autres.

2 Accès aux soins

L'accès aux soins dépend principalement des droits sociaux retenus pour les personnes en situation irrégulière.

A la Libération de la France en 1944, la sécurité sociale a été créée dans une dynamique où « *le droit est conditionné à la résidence sur le territoire français* » et où « *la préférence nationale est en principe bannie* »(20). Les différentes assurances maladies visent donc à protéger le public le plus large possible car elles ont été conçues « *sans condition de nationalité ni de régularisation du séjour* ». Finalement, cette avancée sociale suivait les principes fondamentaux du droit français, comme le préambule de 1946 « *La nation garantit à tous […] la protection de la santé* » ou encore la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

Aujourd'hui, ces valeurs républicaines ont évolué car l'accès à la sécurité sociale dépend du statut administratif de la personne.

Tout d'abord, il existe la Couverture Médicale Universelle-Complémentaire qui a été remplacée par la Complémentaire santé solidaire depuis le 1er novembre 2019. Les conditions d'accès ne changent pas. Pour en bénéficier, il faut résider en France de manière régulière (réfugié, titre de séjour etc…), et avoir des ressources inférieures à un certain montant. Les dépenses de santé sont prises en charge à 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

L'aide médicale de l'état, créée en 2000, est destinée à « *tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (…) et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné (…) a l'aide médicale de l'Etat ».* Article L251-1 Modifié par Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003 - art. 97. L'AME permet aux patients de dispenser de l'avance de frais ainsi que de bénéficier de la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale (médicaments, analyses, hospitalisation, intervention chirurgicale, vaccin, contraception, IVG etc…)(21) .

Cette aide sociale concerne 318 106 personnes, selon le communiqué du ministre de la santé de 2018. Ce taux serait sous-estimé car « *une proportion très importante relevant théoriquement de l'AME, n'en dispose pas (…) avec un taux de non recours de 88% »* affirme Médecin du Monde. D'après l'anthropologue et médecin Didier Fassin, dans le dossier « Santé, le traitement de la différence, *« en matière d'aide médicale (…) il existait une méconnaissance de leurs prérogatives par les personnes concernées, ou parfois une crainte, pour celles qui n'avaient pas de titre de séjour, d'être dénoncées au moment de la constitution de leur dossier »*(22).

Actuellement, depuis Novembre 2019, le gouvernement a soumis l'idée de réformer l'AME dans le sens suivant *: « un certain nombre de soins et traitements, correspondant à des soins et prestations programmés et non-urgents, ne seront plus pris en charge, sauf sur dérogation accordée par le service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans les cas où un défaut de prise en charge pourrait entraîner, pour le bénéficiaire, des conséquences vitales ou graves et durables ».* De plus, auparavant, les déboutés du droit d'asile conservaient cette protection maladie pendant 12 mois. Dorénavant, elle sera réduite à une durée de 6 mois(23).

Par ailleurs, si une personne ne se trouve pas dans ces deux cas de figures, à savoir, en situation irrégulière depuis moins de 3 mois, il existe l'Aide médicale d'urgence. Selon l'Article R6311-1 du Code de Santé Publique, relatif aux missions des services d'aide médicale d'urgence, *« les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence ».* Elle permet de prendre en charge l'intégralité des soins médicaux urgents comme, par exemple : *« tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse,*

l'accouchement » (21). Au cours de ce mémoire, nous verrons dans quelles mesures ces dispositifs sont réellement mis en place.

Tout cela fait partie des valeurs portées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998 où des programmes régionaux d'accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies (PRAPS) sont mis en place. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'orientation des personnes démunies vers les établissements de soins. Ils comprennent une évaluation des besoins, des consultations, des lieux d'écoute et des formations. Ils travaillent en réseau avec les mutuelles, les assurances maladies, les hôpitaux, les associations et collectivités locales.

Pour conclure, nous avons constaté que la France était dans une dynamique de prise en charge des plus démunis afin d'éviter les inégalités sociales face à la santé. C'est un réel enjeu de santé public. Cependant, l'accès aux soins reste encore insuffisant pour les profils socio-économiques les plus démunis, présentant des facteurs de risque à cet écart comme « *la barrière de la langue, l'éloignement géographique des services sociaux et de santé ou encore la présence d'autres besoins qui entrent en compétition avec la santé (se nourrir, se loger)* »(24). Selon cette étude, les femmes en situation irrégulière seraient plus touchées par ce phénomène, car « *le refus de soins était plus fréquent chez les femmes étrangères ».*

De plus, en 2006, l'association Médecins du Monde révélait un taux important de refus de soins de la part des professionnels et en particulier les spécialistes exerçants dans le secteur 2 : un *« certain nombre de médecins refusaient les soins aux bénéficiaires de l'AME (37%) ou de la couverture maladie universelle (10%) »*(25)*.*

Par ailleurs, compte-tenu des valeurs et programmes gouvernementaux, les dispositifs sont amenés à se modifier voire à disparaître. Cet aspect rend également encore plus complexe la connaissance, l'accès aux structures et aux aides adéquates.

PARTIE II : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Matériel et méthode

L'élaboration de ce mémoire de recherche est partie d'une problématique de terrain basée sur des faits observés. La réponse de la problématique établie n'est pas positive ou négative mais sera constituée d'informations qualitatives ressortant des discours des différents acteurs prenant en charge les femmes enceintes en situation irrégulière. Ainsi, si l'élaboration d'hypothèses à infirmer ou confirmer n'est pas pertinente dans ce cadre, nous partons de l'hypothèse générale, sur la base des observations, qu'il y a un problème de coordination entre les différents professionnels.

Nous avons abordé 3 types de populations dont les grilles d'entretien ont recherché : 1) les relations des acteurs avec les femmes enceintes en situation irrégulière. 2) les problématiques et besoins rencontrés dans l'accompagnement des professionnels de santé et associatifs. 3) Quels dispositifs sont sollicités et quels outils sont utilisés afin de pallier aux difficultés. 4) Les solutions mises en place et envisagées face aux problématiques.

1 Méthode de la recherche

1.1 Méthodologie de la recherche bibliographique

La problématisation du sujet est le point de départ de cette étude afin de déterminer un premier cadre et d'élaborer un axe de recherche. Pour ce faire, il a fallu se documenter sur le sujet, d'une part sur le terrain, à travers des témoignages de professionnels de santé, de femmes enceintes en situation d'irrégularité ainsi que d'associatifs.

D'autre part, la réalisation de la revue de la littérature est partie du principe d'aller du général au particulier, à savoir, de la migration féminine en France au parcours de soins de la femme enceinte migrante à Nice.

Cette première approche documentaire a été sourcée grâce à plusieurs moteurs de recherche de données bibliographiques comme PubMed, Cocrane et Sudoc. De plus, cette étude s'est également basée sur les recommandations nationales de l'HAS (Haute Autorité de Santé), du Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes ainsi que du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France. Par ailleurs, la législation a été documentée par les sites officiels juridique

(code civile, de santé publique) et les données statistiques par des sources certifiées comme l'INSEE, l'ONU ou l'INED.

Par la suite, toutes les données ont été répertoriées dans le logiciel « Zotero » afin de faciliter la réalisation de la bibliographie.

2 Méthodologie de l'étude

2.1 Choix de la méthodologie de l'étude

Les méthodes qualitatives permettent de traiter de manière globale et proximale un phénomène social ou des situation sociales, afin d'en tirer des explications. De plus, « *le processus de la recherche qualitative (Boutin, 1997) (Denzin & Lincoln, 2005) (Marshall & Rossman, 2006) s'avère en effet particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé (e.g. exploration de comportements en santé) »*(26). En effet, dans le domaine de la santé, nous avons affaire à des êtres humains et des systèmes sociaux qui amènent à diverses façons de penser, d'agir et d'interagir.

2.2 Sélection des interviewés

Les différents types d'acteurs interviewés sont ceux paraissant être les plus impliqués dans l'accompagnement sanitaire des femmes enceintes migrantes. Ainsi, 4 catégories de personnes, toutes basées à Nice, ont été sélectionnées : des femmes enceintes migrantes, des associatifs prenant en charge ces femmes, des professionnels de santé hospitalier et de PMI, décrits plus loin.

Le nombre d'entretiens à effectuer a été déterminé par rapport au temps et moyens pouvant être consacrés à ce travail de recherche. Par conséquent, l'objectif a été de mener au total 20 entretiens soit 5 entretiens par structure (PMI, CHU, Associations) et d'interviewer 5 femmes enceintes d'origine différentes. La démarche étant d'en réaliser au plus, jusqu'à « saturation » du discours, c'est-à-dire jusqu'à ce que les entretiens ne semblent pas apporter de nouveaux types d'informations.

Par rapport au sujet de recherche, il paraissait pertinent de connaître les points de vue des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens, professionnels de première ligne dans la prise en charge des femmes enceintes. De plus, entre ces deux corps de métiers, l'accompagnement peut également être différent.

En effet, les sages-femmes peuvent exercer en hospitalier, en libéral, en clinique ou en PMI. Selon l'enquête périnatale de 2016 : *« Pour la majorité de ces femmes (précaires), le suivi prénatal des six premiers mois a été principalement effectué par un professionnel de santé travaillant dans le secteur public, à l'hôpital ou à la PMI : pour respectivement 21,9 % et 24,7 % des femmes, il s'agissait d'un gynécologue-obstétricien ou d'une sage-femme en maternité, et 6,9 % des femmes étaient principalement suivies à la PMI »*(27). De par ce constat, le choix a été de se concentrer principalement sur ces professionnels (hospitaliers et territoriaux) pour cette première enquête sur le sujet.

Professionnels hospitaliers

Afin de sélectionner, sans conflit d'intérêt, le personnel hospitalier, le chef du pôle mère-enfant a préalablement accepté la mise en œuvre de cette étude au sein de l'établissement. Puis, la cadre du service de salle de naissance du CHU de Nice m'a donné la liste des soignants pour le tirage au sort[5]. En effet, 70 sages-femmes et 6 médecins obstétriciens travaillent au sein de cet établissement. Nous avons désigné les sages-femmes toutes les 10 sages-femmes, en excluant celles néo diplômées de 2019, et tous les 2 médecins. La liste des contacts contenait un nombre supérieur de professionnels attendus, pour assurer le nombre de 5 entretiens à mener entre les 7 sages-femmes et les 3 médecins.

Cependant, quelques adaptations ont été faites par rapport à la réalité du terrain. Premièrement, certains professionnels hospitaliers n'ont pas répondu à la demande d'entrevue. Il est vrai que le fait de passer par la boîte mail professionnelle, faute d'accès à leur adresse mail personnelle, n'optimise pas les chances de réponse. En effet, les professionnels consultent leurs mails essentiellement en garde, quand il y a peu d'activité, or l'Archet II est une maternité de niveau III, à forte influence.

Ainsi, j'ai effectué mes entretiens auprès des cadres de deux services de maternité de l'Archet II, et d'une sage-femme travaillant ce jour-là. Par conséquent,

[5] *Les tirages au sort ont été effectués grâce à une application sur internet explorer : http://my2lbox.com/fr/tirage-au-sort-liste*

les entretiens avec les professionnels hospitaliers sont au nombre de 3, avec uniquement des sages-femmes.

Par ailleurs, l'orientation sociale des femmes en situation irrégulière occupe une grande place dans l'accompagnement du personnel soignant. La réflexion de l'assistante sociale de l'hôpital a donc fait partie des travaux à mener. Au moment de l'étude, une seule professionnelle travaillait dans le service de maternité, ce qui imposait ma sélection.

PMI

Dans un second temps, la sélection des PMI a été accomplie par un tirage au sort de 5 structures sur les 9 implantées sur le département des Alpes Maritimes. Seule la sage-femme de chaque PMI a participé aux entretiens, profession de première ligne dans les suivis de grossesse. C'est pourquoi, le nom des PMI choisies a été anonymisé.

Associations

De plus, les femmes migrantes, notamment enceintes, arrivant à Nice sont généralement accompagnées par des associations dites « humanitaires ». En effet, de par leur statut « irrégulier », les services publics participant au parcours de soins des femmes enceintes sont moins accessibles. Ces structures accueillent les personnes en difficulté sociale, sanitaire, économique, matérielle afin de les aider au mieux à satisfaire leurs besoins. Ce sont donc des maillons de la chaîne de l'accompagnement de ces femmes, intéressants à interviewer. Il existe un dispositif « Défend ta citoyenneté, Emmaüs Roya » qui répertorie les associations locales (à Nice) et nationales prenant en charge les personnes migrantes(28). Pour cette étude, 5 de ces associations ont été sélectionnées car particulièrement réputées sur le terrain pour travailler avec des populations migrantes à Nice : Forum Réfugiés, Habitat et Citoyenneté, ALC les Lucioles, Secours Catholique et CIDFF. Le nom des associations ressort sans être anonymisé car plusieurs associatifs travaillent au sein de chaque dispositif. Le descriptif des associations choisies sera présenté plus loin, dans la partie « actions et accompagnement » et plus précisément en ANNEXE (1).

Une association également choisie au préalable n'a pas souhaité faire partie d'un travail de coordination car elle estimait que ce n'était pas de leur ressort de pallier au manque d'investissement des pouvoirs publics, malgré le fait qu'elles jouent déjà un rôle important au sein du réseau de prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière.

Les femmes enceintes migrantes

Enfin, étant au cœur du sujet de recherche, la parole des femmes en situation irrégulière a voulu être recueillie. Plusieurs femmes, provenant de pays d'origines différents ont été sélectionnées en fonction des populations rencontrées dans les associations et mentionnées dans les discours des professionnels. Or, à cause de la barrière de la langue et d'un manque d'accès à un interprète, seules les femmes francophones et anglophones ont été retenues.

Néanmoins, à nouveau, des aménagements ont dû être instaurés dans la sélection des femmes enceintes migrantes. En ces temps perturbés par le coronavirus, le nombre d'entretiens avec les femmes enceintes en situation irrégulière n'a pu être atteint. Cependant, ce travail sera présenté le jour de la soutenance.

De par ces agencements et le caractère qualitatif de ce travail de recherche, les résultats ne seront pas exhaustifs ou représentatifs de l'ensemble de la population. Plutôt, les résultats visent à souligner des informations, relations et réseaux sociaux qui existent sur le terrain, dont des expériences vécues, des façons de voir ou des difficultés identifiées par les acteurs impliqués dans l'accompagnement des femmes enceintes en situation irrégulière.

2.3 Création du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien a reposé sur de grandes thématiques, sélectionnées par le biais de présupposés observés sur le terrain, en stage (analyse déductive[6]) et en lien avec la problématique. Les grilles d'entretien ont été construites à partir du modèle de l'entretien semi-directif. Le choix de cette technique

[6] L'analyse déductive : se réfère aux différentes approches d'analyse qui visent à tester si les données collectées sont cohérentes avec les hypothèses ou les théories identifiées en prémisse par le chercheur.

semi-directive a été déterminée en fonction des objectifs de recherche. Cette méthode signifie que les entretiens sont plus ou moins dirigés par le chercheur, grâce à quelques points de repères (des questions ouvertes), sans imposer un ordre particulier entre les thématiques, laissant l'interlocuteur libre (29). Cette méthode vise des réponses ouvertes permettant aux acteurs de développer à leur manière leurs réflexions.

2.4 Lieux, période et déroulement des entretiens

Le terrain de recherche a été limité à la ville de Nice qui possède la plus grosse maternité publique du département : le centre hospitalier universitaire de l'Archet II. De plus, c'est une ville qui accueille une grande population de migrants de par sa localisation géographique et son poids populationnel. De ce fait, elle abrite également beaucoup d'associations visant l'accompagnement des personnes en situation irrégulière.

Les professionnels de santé hospitaliers, de PMI et des associations m'ont accueilli dans leur bureau respectif. Les femmes enceintes en situation irrégulière n'ont pas été interviewées à l'hôpital à cause du risque potentiel du syndrome de la blouse blanche, comportant *« une discordance chez un même patient entre la tension artérielle mesurée par le médecin à son cabinet, qui est élevée et la TAH (tension artérielle humérale) mesurée en ambulatoire, qui est normale »*(30).
Les entretiens avec les femmes enceintes migrantes devaient se dérouler au sein des associations (Forum Réfugiés, Habitat et Citoyenneté), lieux d'accueil, de confiance et de repère.

Les entretiens se sont déroulés du 21 juin 2019 au 22 janvier 2020. Avant chaque entretien, les différents acteurs m'ont donné leur accord pour être enregistrés, afin de pouvoir utiliser leur discours dans cette étude.

La durée moyenne des entretiens allait de 20 minutes à 1 heure et 39min et durait en moyenne 45 minutes.

3 Méthodologie utilisée pour l'analyse des résultats

3.1 Retranscription des entretiens

Afin d'analyser les propos recueillis, les discours ont été retranscrits mot pour mot sur le logiciel Word, grâce à l'outils « Dicter » et anonymisés afin de suivre les normes éthiques des méthodes qualitatives visant à protéger l'identité et les propos des individus. Aucune partie des discours n'a été omise, hormis lorsque l'intervenant me précisait de ne pas retranscrire certaines phrases, ce qui a été exceptionnel. Table 1 (p.30) présente le récapitulatif de la liste des entretiens réalisés et les contextes/conditions dans lesquels ils ont été mené.

Après une lecture répétée et consciencieuse des différents entretiens, certains concepts ont émergé par récurrence dans les discours. Ceci a permis d'élaborer un plan d'analyse en fonction des objectifs de recherche, pour le codage des données.

Plusieurs thématiques sont ressorties : les typologies des femmes enceintes en situation irrégulière, les relations des acteurs avec ces femmes, les relations entre les acteurs intervenants dans la prise en charge de ces femmes, les problématiques et les besoins rencontrées par les différents acteurs, les solutions envisagées et les perspectives d'amélioration..

3.2 Codage des données

Le codage des données a été traité selon la méthode d'analyse thématique : « *la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche « la problématique », « l'analyse thématique (…) intention descriptive plutôt qu'interprétative ou explicative »* (31).

En effet, l'analyse des discours a été réalisée grâce à des outils d'analyse comme : « *l'axe thématique, qui renvoie aux dénominations qui vont jouer le rôle de lien pour les ensemble thématiques ; de regroupement thématique, qui désigne l'assemblage constitué de l'ensemble thématique et de son axe ; d'arbre thématique qui représente la schématisation vers laquelle tend le travail »*(31). L'objectif étant de progresser peu à peu dans l'analyse des discours vers la constitution de catégories

(ou thèmes) finales ressortant du codage initial des données, par fréquence d'apparition, variation des pensées selon les locuteurs (analyse inductive[7]) (32).

Table 1.

Tableau récapitulatif des intervenants participant à l'étude			
Pseudonyme	**Structure**	**Données professionnelles**	**Données entretien**
Fabien, associatif	ALC les Lucioles	Educateur spécialisé à ALC les Lucioles depuis quelques années	1h10 dans les locaux de l'association. Octobre 2019
Elisa, associatif	Habitat et Citoyenneté	Membre du conseil d'administration de l'association et bénévole au sein de l'association	1h23 dans les locaux de l'association Juin 2019
Rose, associatif	Forum Réfugiés	Salariée de l'association	36 min dans les locaux de l'association Juillet 2019
Tom, associatif	Secours catholique	Animateur du Territoire de Nice, Délégation des Alpes Maritimes	1h05 dans les locaux de l'association Septembre 2019
Kim, associatif	CIDFF	Directrice de l'association et « sociologue ».	1h39 dans les locaux de l'association Octobre 2019
Julie, PMI	PMI (06)	Sage-Femme de PMI depuis	47 min A la maison des solidarités départementales de Nice Ouest
Alice, PMI	PMI (06)	Sage-Femme de PMI	29,4 min A la maison des solidarités départementales de Nice Nord
Pierre, PMI	PMI (06)	Sage-Femme de PMI depuis 2 ans	37min40 A la maison des solidarités départementales de Nice Centre
Margot, PMI	PMI (06)	Sage-Femme de PMI	43min05 A la maison solidaire départementale de Nice Ouest
Célia, PMI	PMI (06)	Sage-Femme de PMI	40min06 A la maison solidaire départementale de Nice Est
Agathe, Sage-Femme	Centre Hospitalier Universitaire Archet II	Sage-Femme hospitalière à la maternité du centre hospitalier universitaire de l'Archet II	35min à l'hôpital de l'Archet II, dans son bureau personnel
Emma, Sage-Femme	Centre Hospitalier Universitaire Archet II	Sage-Femme hospitalière, référente des violences faites aux femmes depuis 3 ans	1h24 à l'hôpital de l'Archet II, dans son bureau personnel
Maureen, Sage-Femme	Centre Hospitalier Universitaire Archet II	Sage-Femme hospitalière à la maternité du centre hospitalier universitaire de l'Archet II	
Lou, Assistante sociale	Centre Hospitalier Universitaire Archet II	Assistante sociale hospitalière du pôle mère-enfant	20min32 à l'hôpital de l'Archet II, dans son bureau personnel

[7] « *l'induction est définie comme un type de raisonnement qui consiste à passer du spécifique vers le général; cela signifie qu'à partir de faits rapportés ou observés (…) le chercheur aboutit à une idée par généralisation et non par vérification à partir d'un cadre théorique préétabli*

PARTIE III : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE

Afin d'appuyer, légitimer et justifier l'étude des entretiens, des discussions fondées sur la revue de la littérature ont été intégrées en chaque fin de partie d'analyse.

1 Typologie des femmes enceintes en situation irrégulière rencontrées

Dans cette partie, nous allons identifier les différentes populations de femmes enceintes migrantes rencontrées par les acteurs qui les prend en charge. Cette analyse est basée sur les discours des intervenants, non pas sur un recensement scientifique. Cela permet de déterminer la manière dont les professionnels décrivent les populations qui font l'objet de ce travail de recherche.

Les descriptions des différents acteurs ne se distinguent pas uniquement par le pays d'origine des femmes rencontrées. Il y a des éléments communs à l'ensemble de ces populations « migrantes ».

En effet, que ce soit à l'hôpital, en PMI ou au sein des associations, les profils sont très variés : *« il y a plein de profils différents (…) il n'y a pas de profil type enfin moi ça me choque de penser qu'il y a un profil type* » (Célia, PMI*) ;* « *il n'existe pas de modèle, il y a des traits communs aux situations, mais il n'existe pas vraiment de modèle préchauffé comme ça que l'on peut plaquer sur tout le monde* » (Fabien, associatif*).* Néanmoins, cet acteur associatif relève qu'il rencontre une majorité de femmes et une « *minorité d'hommes »*. De plus, l'estimation du taux de femmes rencontrées par un membre associatif affirme ces propos « *60% de femmes isolées, enceintes ou avec enfants. Et les 40% restants sont des hommes seuls ou bien des familles »* (Tom, associatif)*,* « *des gamins de plus en plus (…) des jeunes mères (…) beaucoup de personnes en situation de grossesse, beaucoup qui viennent accoucher »* (Fabien, associatif*).*

En d'autres termes, les différents acteurs sont davantage confrontés à des femmes migrantes « *de plus en plus, j'ai l'impression que dans toutes mes consultations, il y en a », « c'est une population qui est de plus en plus importante »* témoignent deux sages-femmes.

Les femmes enceintes rencontrées sont souvent à un terme avancé de leur grossesse « *elles sont souvent en fin de grossesse ou sur le point d'accoucher » (FR) « elles peuvent arriver à 5 mois, à 7 mois de grossesse » (*Célia, PMI*).* Le fait d'arriver dans le pays d'accueil à ce stade de la grossesse, peut parfois provenir du fait qu'elles soient victimes de violences sexuelles au cours de leur parcours migratoire : « *il y a énormément de femmes violées sur le parcours et*

*notamment des femmes qui arrivent ici enceintes et/ou avec des enfants qui sont nés d'un viol » (*Kim, associatif*).*

1.1 Profil général dressé par les intervenants

Plusieurs thématiques générales ressortent des discours des intervenants dans leurs descriptions des femmes enceintes en situation irrégulière : les motivations de départ et leurs perceptions des conditions socio-économiques du pays d'origine des femmes en situation irrégulière ainsi que la description de l'isolement social à l'arrivée de ces femmes.

1.1.1 Motivations de départ

D'après les discours des intervenants, certains professionnels ne comprennent pas les causes de départ dans certaines situations de migration : « *Il y a celles qui viennent de pays en guerre, ça peut se comprendre, il y a aussi des femmes qui sont arrivées pour des risques, des peurs d'excision pour l'enfant à naître, ça c'est plus compréhensible. Mais après en Tanzanie par exemple, c'est pas la guerre en ce moment donc du coup cette dame qu'est-ce qu'elle vient faire là* » (Alice, PMI). Cet aspect est aussi présent dans le discours d'une sage-femme de PMI qui ne saisit pas le fait que des femmes se déplacent dans un pays où elles n'ont pas de droits *: « c'est la vérité au niveau légal on peut pas elles ne peuvent pas être là ces dames-là elles ne peuvent pas être sur le territoire français moi ça ne me viendrait pas à l'esprit d'aller dans un pays ou je ne peux pas avoir le droit mais bon il y en a ça les gêne pas trop »* (Julie, PMI)*.*

Nous verrons plus loin que les professionnels interviewés distinguent également les causes de départ en fonction du pays d'origine.

Présupposés des droits d'enfants né en France

De plus, d'après les intervenants, la croyance de certaines femmes en situation irrégulière sur l'obtention de papiers si elles mettent au monde un enfant sur le territoire français, serait à la fois une motivation de départ de leur pays, et une des origines possibles de la grossesse.

Dans un certain nombre de discours, est mentionné la problématique d'une croyance que le fait d'avoir un enfant sur le territoire français permettrait d'avoir des droits et une réponse de demande d'asile probablement positive : *« ce sont des femmes enceintes qui arrivent avec la conviction que si elles accouchent en France, le gosse aura des papiers » (*Tom, associatif*).* Plusieurs hypothèses sont énumérées par les professionnels dont la plus probable serait : « *alors est-ce que c'est un passeur qui te fais croire que… »* (Tom, associatif*).* La législation à ce sujet est floue voire méconnue des acteurs : « *Il y a aussi cette histoire de faire un enfant sur le territoire français qui leur ouvre plus de droits mais je n'ai pas l'impression que ça ait changé et elles n'en ont pas conscience (…) Après j'ai entendu un autre truc, que l'enfant ne pouvait pas partir mais qu'on pouvait renvoyer la mère mais ça je ne suis pas sûr du tout. »* (Alice, PMI). Ou encore *: « il y en a qui font tout pour être enceinte pour pouvoir avoir un enfant né sur le territoire français, pour elles, c'est la rentrée »* (Margot, PMI).

Par conséquent, il est intéressant de se rapprocher du code civil, qui précise les propos des professionnels *: « Tout enfant né en France de parents étrangers acquiert la nationalité française à sa majorité si, à cette date, il a en France sa résidence et s'il a eu sa résidence habituelle en France pendant une période continue ou discontinue d'au moins cinq ans, depuis l'âge de onze ans »*(33)*.*

Pour conclure, cette idéalisation des conditions de vie en France est mobilisée par les professionnels pour expliquer pourquoi certaines personnes souhaitent venir. Or, de par leur statut social à leur arrivée, assigné par les politiques migratoires, cela les amène, pour certains, à vivre dans des conditions socio-économiques défavorables. En effet, un soignant donne son avis à ce sujet, en avançant que *: « la misère du pays où tu peux pas manger, où tu peux pas travailler, t'as rien et quand tu dis que ailleurs c'est mieux ben tu tentes ta chance et tu vas voir si ailleurs c'est mieux et t'arrives et malheureusement pour toi c'est pas beaucoup mieux mais ça vaut le coup d'essayer* » (Pierre, PMI).

1.1.2 Niveau social des femmes enceintes quittant leur pays d'origine

Comme retrouvé dans la littérature, ce ne sont pas les femmes les plus pauvres qui migrent de leur pays d'origine, au contraire (2).

Dans trois entretiens est mentionné la différence d'adaptation au pays d'accueil, en fonction du parcours migratoire et du statut social que les femmes migrantes acquièrent. En effet, il y en a qui arrivent par avion : *« celles qui sont arrivées par avion et qui n'ont pas eu un acheminement dramatique comme d'autres, donc qui n'ont pas vécu de la même manière* » (Margot, PMI). Cette soignante avance qu'à l'origine, dans leur pays, elles avaient une situation socio-économique favorable : *« cela veut dire que dans leur pays, elles avaient un niveau social qui leur permettait de payer un billet d'avion ».*

Or, lorsqu'elles arrivent en France, leur niveau social est différent, ne leur permettant pas de vivre de la même manière que dans leur pays : « *ce sont des femmes qui montent dans un avion, qui arrivent ici et qui s'attendent à avoir une prise en charge et ce n'est pas le cas » (*Rose, associatif*).*

Par conséquent, certaines femmes obtiennent le statut de demandeuse d'asile, et se retrouvent dans une situation socio-économique non favorable car : « *Les demandeurs d'asile, depuis 1991 en France, ne disposent plus du droit de travailler automatiquement »* (34). Une sage-femme témoigne *: « elles se retrouvent dans la précarité, en tout cas, à leur arrivée, ça diffère déjà beaucoup l'une à l'autre » (*Margot, PMI*).* Effectivement, selon les professionnels, les femmes migrantes « *d'Afrique Noire* » *(*Alice, PMI*)* demanderaient plus d'efforts pour les professionnels de santé car les démarches de demande d'asile sont complexes. Ils les comparent aux femmes d'Afrique du Nord : « *elles nous posent moins de problèmes, mais en soit elles ont vite l'AME et le titre de séjour » (*Alice, PMI*).*

Comme précise une professionnelle, c'est un statut qui permet tout de même d'acquérir quelques droits : *« Après il y a le problème économique, bon tant qu'elles sont demandeuses d'asile, elles sont un petit peu protégées, après si la réponse est négative, c'est retour à la case départ » (*Margot, PMI*).*

La « case départ » est celle du primo-arrivant ou de la femme déboutée, où la femme a une situation instable avec des « *passages dans l'irrégularité (…) (où) c'est très difficile pour elle d'être dans une démarche d'insertion ».*

1.1.3 La femme enceinte migrante représentée par son isolement social

Comme décrit dans l'introduction, les femmes enceintes migrantes arrivent sur le territoire français, souvent seules ou avec des enfants. Cela suscite plusieurs interrogations auprès des acteurs interviewés.

La place du père/conjoint

Tout d'abord, la question du rôle et de la place de leur conjoint ou du père de l'enfant à venir, retrouvée à plusieurs reprises dans les discours, est intéressante à comprendre au vu de la proportion importante de femmes enceintes isolées : « *il n'y a pas de mari (…) les couples (…) ne sont pas la majorité* » (Tom, associatif*), « mais sans mari* » (*Rose*, associatif*).* Effectivement, les professionnels ont peu de détails sur l'histoire du conjoint car les femmes viennent seules en consultation la plupart du temps : « *le père on sait pas, soit il reconnaît mais il prend pas en charge ses devoirs. Les pères il y en a jamais, elles viennent rarement en couple (…). Ils sont absents, ils reconnaissent et s'en vont et ne les aident pas »* (Alice, PMI*).* Par ailleurs, une sage-femme de PMI se demande pourquoi : *« ils sont tous à Paris (…) mais qu'est-ce qu'ils font à Paris »* (Alice, PMI)*.* On pourrait à ce stade préciser que les démarches administratives de demande d'asile se finalisent par un rendez-vous à l'OFPRA, à Paris. De par cet exemple, il paraît intéressant que les professionnels prennent connaissance des trajectoires administratives pour obtenir le statut de réfugié.

Concept de communauté

Par ailleurs, certains professionnels sont surpris qu'une fois arrivées en France, les femmes isolées « de la même communauté » ne restent pas ensemble afin de s'entraider. Par conséquent, reprendre la définition du concept de « communauté » permet de clarifier les propos des acteurs.

Cette constatation valide l'analyse de Max Weber qui identifie deux principes. Le premier concerne l'aspect objectif de la définition : *« le fait d'avoir en commun certaines qualités, une même situation ou un même comportement », mais qui n'est pas une communalisation ».* La prise de conscience de ce premier aspect objectif, c'est-à-dire, avoir des qualités voisines, peut expliquer le second concept : *« faire naître un sentiment subjectif d'appartenir à une communauté, (…) d'avoir le*

sentiment d'avoir quelque chose en commun. Ce sentiment subjectif d'appartenance peut constituer le fondement d'une communalisation. ».

Le sociologue ajoute qu'une « communalisation » engendre une relation sociale au moment où les deux concepts de la définition se rejoignent car : *« c'est seulement au moment où, en raison de ce sentiment commun, les individus orientent mutuellement d'une manière ou d'une autre leur comportement que naît entre eux une relation sociale.* (p. 81). *Ainsi, la communalisation en tant que relation sociale nécessite des interactions réelles et pas seulement une conscience communautaire, qui en est la condition nécessaire mais pas suffisante »*(35)*.*

Suite à la mise en lumière du terme « communauté », nous pouvons analyser l'usage de ce concept par différents acteurs.

Tout d'abord, d'après les professionnels, les profils familiaux diffèrent en fonction de l'origine de la femme migrante. Effectivement, les populations des pays de l'Est, comme celles d'Afrique du Nord « *du Maghreb » (*Alice, PMI) vivent de manière peu isolées, souvent accompagnées de leur famille : « *Les femmes des pays de l'Est ne sont pas souvent isolées non plus alors que les autres beaucoup plus (…) Autant les femmes russes et tout ça ont beaucoup d'aide de la communauté »* (Alice, PMI*).* Cette professionnelle exprime son questionnement à propos de l'isolement de certaines femmes qui vivent seules. Par conséquent, elle essaie de mettre en lien physiquement les personnes de la même origine. Cependant, elle relève un manque d'intérêt de la part des femmes retirées de tout groupe social, notamment lorsqu'elles ne sont pas dans la même situation administrative *: « entre gens de la communauté, elles pourraient s'entraider et en fait celles qui ont leurs papiers, j'ai l'impression qu'elles gardent bien leurs petites affaires avec elles et elles ne se mélangent pas avec celles qui sont dans la difficulté ».*

En se rattachant à la définition de la communauté, il devient compréhensible que deux femmes de la même origine n'aient pas forcément d'affinité ni le souhait d'entretenir des relations sociales.

Par ailleurs, certains professionnels évoquent le fait que les femmes provenant des pays du Maghreb communiquent beaucoup entre elles, que ce soit au sein du territoire français, ou avec leur pays d'origine : *« ils se parlent beaucoup entre elles, elles savent comment ça fonctionne un petit peu (…), c'est surtout celles*

qui viennent du Maghreb Tunisie Maroc Algérie » (Julie*,* PMI). Le terme de « communauté » est à nouveau employé dans la description des femmes maghrébines : « *elles sont souvent en communauté » (*Margot, PMI*).*

1.2 Profil des femmes enceintes migrantes en fonction de l'origine

Après cette description générale des populations migrantes rencontrées, les acteurs associatifs et les professionnels de santé distinguent des profils de femmes enceintes en situation irrégulière selon leur pays d'origine.

1.2.1 Afrique sub-saharienne

Le pays d'origine d'Afrique Sub-saharienne qui ressort le plus dans les discours des professionnels est le Nigéria. En effet, c'est la population la plus rencontrée par les différents acteurs : « *beaucoup de Nigérianes (…) ce sont les plus nombreuses »* (Tom, associatif*), « on a une majorité de femmes qui viennent principalement de Nigéria »* (Elisa, associatif*)*, « *nous, on a beaucoup de familles nigérianes, ivoiriennes »* (Alice, PMI).

Cependant, d'autres pays sont mentionnés dans les entretiens comme la Côte d'Ivoire, la Guinée, l'Erythrée *: « elle venait d'Erythrée, elle est passée par Dubaï après Dubaï, elle est partie en Norvège et de Norvège elle s'était retrouvée en France, donc un parcours aussi atypique »* (Pierre, PMI).

Motivations de départ

Effectivement, les femmes migrantes provenant « *d'Afrique* » (Alice, PMI) et notamment du Nigéria, sont plus sujettes à être victimes de violences, mariage forcé et d'excision, comme témoigne une sage-femme de PMI :*« (une femme) a fui des violences car le mariage ne convenait pas à la famille, il y en a qui sont menacés d'être mariés de force, il y en a qu'on menace d'excision » (*Célia, PMI*).*

La problématique de l'excision, tradition obligatoire dans certains pays, mène de nombreuses femmes à fuir leur pays : *« si elles sont venues ici, c'est pour avoir une vie différente, avoir une meilleure vie, d'être dans la différence de ce qu'elles ont vécu » (*Margot, PMI*).* Néanmoins, cette soignante continue sa réflexion en affirmant que certaines femmes font perdurer cet acte en France : « *malgré qu'elles soient meurtries dans leur âme, leur peau et dans leur chair, elles continuent quand même*

*à le faire sinon les femmes là-bas, quand leurs filles ne sont pas excisées, elles ne peuvent pas être mariées » (*Margot, PMI*).*

Par ailleurs, d'autres populations sont également mentionnées dans les discours, notamment la population érythréenne. En effet, d'après le témoignage de patientes érythréennes en consultation, c'est un pays dictatorial *: « elle disait que c'était en gros la Corée du Nord de l'Afrique c'était le pays le plus horrible au niveau des libertés individuelles au niveau de la presse et tout ça donc c'était horrible » (*Pierre, PMI*).*

Parcours migratoire marqué par la violence

Les différents acteurs décrivent quasiment tous de la même façon le parcours migratoire de ces femmes. En dehors des femmes arrivant par avion, il aurait deux autres routes principales : soit ces femmes passent par la Libye puis traversent la Méditerranée pour enfin arriver en Italie ; soit elles accèdent à la France par la Grèce ou l'Espagne « *une principale qui passe par le nord du Nigeria, qui traverse le Niger qui attend la Libye qui traverse la Méditerranée et qui arrive en Italie. Il y en a d'autres plus à droite vers la Grèce Malte ou plus à gauche par la Côte d'Ivoire Le Maroc et l'Espagne »* (Fabien, associatif)*.*

Par ailleurs, en fonction de leur traversée, les femmes en situation de migration sont plus ou moins touchées par la violence, notamment sexuelle. Tous les professionnels interviewés en ont conscience et soulèvent le caractère agressif du passage des femmes migrantes en Libye *« la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle elle démarre très rapidement les viols à répétition l'obligation de rencontrer plusieurs clients par jour »* (Fabien, associatif)*.*

Par ailleurs, un acteur associatif ajoute que certaines femmes nigériennes font parties de l'état d'Edo[8]. La problématique concernant cet état, c'est qu'un grand nombre de femmes sont recrutées par un réseau transnational, à des fins d'exploitation sexuelle « *il y a eu le recrutement au pays, l'organisation de leur voyage, l'exploitation et la mise en dette* » (Fabien, associatif), pour payer leurs trajets migratoires *« c'est une des façons de monnayer son passage sur les voies*

[8]*« L'État d'Edo est un État du sud-ouest du Nigeria » : https://fr.wikipedia.org/wiki/État_d%27Edo*

migratoires : c'est les ressources sexuelles » (*Kim*, associatif*)*. Ces femmes sont donc imbriquées dans cette traite des humains, devenant *« prisonnières »* et *« prostituées ».*

Finalement, cet emprisonnement peut perdurer lorsqu'elles arrivent en France car elles développent des dettes, qu'elles doivent régler, sous la pression des dirigeants du réseau *« elles arrêtent quand elles arrivent en France, ou pas, si elles sont poursuivies, si elles ont payé leurs dettes ou pas »* (*Elisa*, associatif*).*

Lorsque le parcours migratoire est violent comme illustré précédemment, cela engendre des conséquences physiques et psychiques pour les femmes migrantes : *« je trouve que les femmes sont très résignées, c'est des fantômes quand même, comme la femme que j'ai revue hier elle est fantomatique cette dame »* (Célia, PMI) *; « elles peuvent être prostrées »* (Margot, PMI)*.* Un autre professionnel qualifie ce parcours de *« misère humaine »* (Pierre, PMI)*.*

Femmes nigérianes enceintes

Plus précisément, beaucoup d'acteurs font part des violences sexuelles endurées par une majorité de femmes passées par la Libye. Par conséquent, ces femmes emprisonnées trouvent des solutions pour sortir de ce réseau, notamment, en tombant enceinte : *« elles sont enceintes car c'est un des moyens qu'elles ont de sortir de la prostitution car elles ne sont plus « utilisables », tu m'excuses du terme, mais elles ne peuvent plus travailler » (*Elisa, associatif*).* La grossesse devient un facteur positif pour s'éloigner des violences subies. Par conséquent, ce sont des grossesses plus ou moins désirées, relatives à la motivation de la femme migrante : « *soit pour sauver sa peau, soit pour arrêter de se prostituer, soit parce qu'elles ne savent pas que ça existe de se faire avorter soit elles n'ont pas pu ou on leur a pas proposé » (*Elisa, associatif*) ; « ce n'est pas une agression c'est aussi leur seule manière, en tant que femme seule dans leur parcours migratoire d'être en sécurité et d'acheter leur sécurité en se livrant à un homme qui va forcément demander une contrepartie qui en contrepartie sexuelle donc c'est un viol »* ajoute une professionnelle de PMI.

Malgré le fait que la grossesse soit perçue comme un moyen de sortir de leur situation, elle n'est pas forcément non désirée par la suite. Les propos de cette sage-

femme sont à nuancer *: « elles (les femmes enceintes migrantes) ne peuvent pas investir dans quelque chose qui n'est pas désiré »* (*Margot*, PMI).

En outre, il est constaté que les femmes enceintes en situation irrégulière sont *« complètement obsédées par l'état de santé du gamin, de leur ventre, elles ne veulent parler de rien d'autre* » (Elisa, associatif). Cet état peut éventuellement compenser toutes les atrocités vécues pendant leur parcours migratoire *: « quand on les ramène à une consulte pour parler de leur trauma, elles ne comprennent pas pourquoi elles sont là et devraient parler de cela »* (Elisa, associatif).

A l'arrivée, un statut administratif complexe

Pour finir, les équipes associatives sont inquiètes car la population nigérienne a rarement des réponses positives de leur demande d'asile : *« c'est souvent là où les demandes d'asile sont refusées donc ils ont aujourd'hui de grandes difficultés »* (*Tom*, associatif*).* Par conséquent, beaucoup de femmes nigérianes deviennent déboutées du droit d'asile, les rendant dans une situation complexe d'irrégularité. Les professionnels les décrivent physiquement : « *fatiguées, dénutries, n'ont aucun soin en Italie (…) hébergées dans des conditions catastrophiques (…) elles ne sont pas hyper en forme quand elles arrivent ici* » (*Elisa*, associatif).

1.2.2 Afrique du Nord

D'autre part, les femmes provenant des pays du Maghreb se déplacent majoritairement dans le but d'un regroupement familial selon les entretiens menés : *« elles arrivent parfois par le canal officiel du regroupement familial (…). C'est souvent des dames qui arrivent de Tunisie ou du Maroc mais nous c'est surtout de Tunisie qui viennent du bled, qui viennent de se marier (…) qui ont le visa et qui restent » (*Célia, PMI*) ; « ce sont des femmes qui se marient avec des Français qui habitent ici, tu vas faire le mariage au bled comme ils disent, et après le mari ramène la femme ici » (*Pierre, PMI*).*

Une sage-femme ajoute que ces femmes sont parfois manipulées par leur conjoint : *« on leur a fait miroiter quelque chose en France et puis ils arrivent dans des endroits très précarisés, elles vivent avec une belle famille qui finalement n'est*

*pas aussi accueillante qu'elle n'avait pensé, elles sont isolées, coupées de leur famille (…). Le mari par exemple a voulu se marier contre l'avis de sa famille elle est venue en France. Il lui a dit tu vas finir tes études, car elle faisait des études en Tunisie et, tu verras, en France toutes les femmes font des études » (*Célia, PMI*).* Cependant, cette professionnelle nuance ses propos en justifiant : *« après il y en a qui viennent et qui sont très heureuses ».*

Une sage-femme avance que les femmes migrantes provenant des pays du Maghreb sont fréquemment victimes de violence lorsqu'elles habitent avec leur belle famille *« Des fois, enfin je ne veux pas généraliser parce que c'est très stigmatisant, mais (elles sont) victimes de violence avec les belles-familles »* (Célia, PMI)*.*

1.2.3 Pays de l'Est

La population migrante provenant des pays de l'Est, ne sont pas majoritairement représentées dans les consultations des professionnels de santé et des associatifs : « *il y a beaucoup moins de femmes de pays de l'Est »* (Alice, PMI).

En fonction du type de structure de prise en charge, la population principale, provenant des pays de l'Est varie, notamment pour les Albanaises. En effet, au sein d'une association niçoise, *« les albanais sont la 1ère population migrante à Nice de ces pays-là* » (Tom, associatif*).* Or, une soignante de PMI témoigne : « *on a un petit peu de femmes de pays de l'Est mais pas en majorité, bizarrement, on a très peu d'albanaises ».* Dans les entretiens apparaissent aussi les populations provenant de Roumanie, Bulgarie, Tchétchénie, Géorgie.

Ce sont des femmes qui ont peu de réponses positives de leur demande d'asile : « *on en avait, mais il y a beaucoup de refus »* (*T*om, associatif)*.* Un trait commun soulevé par les différents acteurs est la présence de violence au sein de leur « *réseau »*, justifié par les conditions socio-économiques non favorables : « *ce sont des réseaux qui sont très contraignants et qui font preuve d'une violence assez importante »* (Fabien, associatif)*.* En ce sens, les populations des pays de l'Est et d'Afrique sub-saharienne ont des problématiques similaires à savoir *: « de barrière de la langue, de situations complexes, de la rue, de la violence, beaucoup de traumatismes également »* (Margot, PMI).

1.2.4 Comores

Les différents acteurs rencontrent également beaucoup de femmes comoriennes. Certains d'entre eux présentent des difficultés dans leur accompagnement : « *c'est très compliqué, c'est vraiment difficile (…) c'est une catastrophe parce qu'elles ne font pas les démarches administratives » (*Alice, PMI*).*

C'est une population hétérogène avec certaines femmes qui vivent en France depuis longtemps et des « primo-arrivantes » : *« Soit ils sont en France depuis longtemps mais ont transité par Paris Marseille et puis après elles se retrouvent à Nice pour la famille ou autre »* (*Pierre, PMI*).

Conclusion

Les profils des femmes enceintes en situation irrégulière, présentés par les différents intervenants se distinguent par pays d'origine. En effet, ces femmes montrent des spécificités – du moins dans les expériences vécues par les acteurs interviewés et les représentations qu'ils en ont, que ce soit au niveau des motivations de départ, des conditions du parcours migratoires, des conditions d'arrivée, de la facilité d'obtenir un statut administratif légal. Cependant, certains aspects se retrouvent dans toutes les populations migrantes, notamment l'idée de violences lors du départ, du trajet et/ou de l'arrivée.

2 Actions d'accompagnement des femmes en situation irrégulières

Cette étude part du constat d'un réseau d'accompagnement important qui contribue à la prise en charge des femmes migrantes enceintes.

Ce réseau se compose de nombreux acteurs, ayant chacun des spécificités et un rayon d'action qui lui sont propres (ANNEXE 1).

2.1 Présentation des associations

2.1.1 Forum réfugiés

C'est une plateforme (36) niçoise d'accueil pour les migrants voulant demander l'asile et acquérir leurs droits sur le territoire français. Ils œuvrent pour l'accueil des réfugiés, la défense du droit d'asile, l'accompagnement juridique des étrangers, lutter contre les discriminations et promouvoir les droits. Cette association oriente les femmes enceintes directement à l'hôpital de l'Archet II, pour faire un point sur l'évolution de la grossesse et déterminer le terme. Par la suite, ils font un signalement « personne vulnérable » pour obtenir un hébergement d'urgence. C'est la même procédure pour les familles ayant un enfant mineur et les personnes malades.

2.1.2 Habitat et Citoyenneté

Anciennement dédiée à la protection des habitants des HLM vivant dans des logements insalubres, cette association se tourne aujourd'hui vers l'accueil et l'accompagnement des migrants, de par l'augmentation de la population migrante dans les Alpes-Maritimes, et notamment des femmes enceintes (37).

Par conséquence, lorsqu'une femme enceinte se présente, elle est orientée en premier lieu vers les urgences gynécologiques de l'Archet II, afin de vérifier le terme de la grossesse, le sexe et la vitalité du fœtus. La connaissance du sexe de l'enfant à naître est très important car s'il s'agit d'une fille, les sages-femmes référentes VFF peuvent faire un certificat de non excision si besoin.

Puis, les associatifs prennent les rendez-vous pour les consultations prénatales, les accompagnent et peuvent être présents lors de l'accouchement si la

femme enceinte est arrivée toute seule. De par leur réseau militant et associatif, ils font au mieux pour assurer un suivi de grossesse adéquate (médicaments, moyens de transport à la maternité, matériel pour le futur enfant, etc…).

2.1.3 ALC les Lucioles

C'est une association (38) destinées aux personnes « *en situation de prostitution et victimes de la traite des humains ».* Aujourd'hui, elle s'élargit de plus en plus aux personnes en situation irrégulière sur le territoire français. Pour ce qui concerne l'accompagnement des femmes enceintes, ils suivent les grossesses de près en étant présent aux consultations à la maternité de l''Archet II avec plusieurs types de fonctions : *« j'ai été confronté à la situation où je suis un interprète »* témoigne l'intervenant.

2.1.4 Secours Catholique

L'association (39) est destinée de manière générale aux personnes en errance, ou en rupture sociale. Elle ne prend pas en charge spécifiquement les femmes enceintes migrantes mais en reçoit beaucoup. C'est pourquoi, les membres associatifs commencent à proposer des services dédiés aux femmes (produits hygiéniques, prévention sanitaire, etc…). Au sein de ce dispositif, on peut rencontrer « *d'anciens médecins »* qui sont à la retraite. Ils n'ont pas un rôle de soins ni de prescripteur mais d'orientation et de gestes reflexes face à des situations nécessitants une prise en charge rapide. De plus, « *depuis 1 an, il y a un infirmier qui a décidé de relancer un peu l'activité santé »* (Tom, associatif).

2.1.5 CIDFF

Le Centre d'Informations des Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) (40) est spécialisé dans l'accueil des femmes victimes de violences sexiste, sexuelle et dans le cadre de violences conjugales en particulier.

Leurs missions ne s'engagent pas dans la prise en charge de la grossesse mais plutôt sur une prévention des troubles psychiques pouvant apparaître ou remonter pendant cette période : *« on a juste une vigilance car on sait que c'est un moment particulier où les violences sont susceptibles d'apparaître ou de*

s'aggraver ». Ils accompagnent les femmes enceintes en situation irrégulière, en relation avec les deux sages-femmes référentes des violences faites aux femmes exerçant à la maternité de l'Archet II.

Ils travaillent également sur les parcours professionnels des femmes migrantes, notamment sur les équivalences de diplôme à l'étranger. Ce sont « *des permanences d'insertion* ». L'interviewée explique que « *leurs parcours professionnels ne sont pas reconnus ici, elles ont des parcours très divers et variés, elles ont des compétences comme être avocate, entrepreneur (…) et elles se retrouvent ici davantage à faire le ménage, à travailler dans la cantine… ».*

Par ailleurs, ils ont un pôle ressource où ils offrent des formations aux professionnels sur « *la prévention, le repérage des victimes de violences conjugales* ».

2.1.6 Autres associations niçoises

Il existe d'autres associations prenant en charge les femmes enceintes migrantes. Médecin du Monde est une des structures les plus importantes de par leurs actions locales et internationales, et citée dans ce cadre par plusieurs acteurs interviewés. L'accès aux droits à la santé pour tous représente l'objectif premier de ce dispositif. Leur accompagnement des femmes enceintes migrantes consiste à lutter pour le droit des femmes de disposer de leur corps, du nombre d'enfants souhaité, et le moment des naissances : « *toute femme devrait pouvoir recourir à la contraception et avoir légalement accès à l'avortement sans risque* »(41). De plus, ils s'engagent à organiser le suivi de grossesse, les soins postnataux des femmes enceintes en situation irrégulière et de leur futur enfant. Pour ce faire, ils sont en lien avec les structures sanitaires (hôpitaux, PMI, clinique).

Comme décrit dans « Matériel et Méthode », il existe plusieurs associations combattant pour les droits des personnes migrantes et notamment des femmes enceintes.

2.2 Présentation de la PMI

La sage-femme est le premier maillon de la chaîne de la prise en charge des femmes enceintes en PMI « *dans un premier temps, le premier relai, c'est la sage-*

*femme » (*Pierre, PMI*).* Il est vrai que ce professionnel de santé s'occupe des suivis de grossesse, des entretiens prénataux, des cours de préparation à la naissance et des visites à domicile pré et/ou post natales.

Les femmes enceintes migrantes, davantage tournées vers la PMI

Comme décrit par les professionnels travaillant en PMI, les femmes rencontrées vivent en majorité dans des conditions socio-économiques défavorables : « Je pense que s'il n'y avait pas la PMI, il y aurait beaucoup plus de problématiques à l'accouchement car les femmes débarqueraient sans être suivie » confie une sage-femme de PMI (Célia, PMI).

La PMI est un dispositif « *quel que soit leur statut, c'est ouvert à toutes » Margot*, PMI *« ouvert à tout le monde » (*Pierre, PMI*).* De plus, c'est *« accessible à tous » (*Margot, PMI*)* car les soins et accompagnements y sont gratuits, sans condition d'accès.

La population prise en charge est surtout décrite comme « *vulnérable », « avec des problèmes sociaux », « en situation irrégulière (…) migrantes ou demandeuses d'asile »* (Margot, PMI).

Une sage-femme de PMI confie que les femmes d'un haut niveau socio-économique, fréquentent rarement leur structure. Elle ajoute « *heureusement, de temps en temps, c'est pas mal d'en avoir »,* propos qui soulignent le caractère complexe du suivi des personnes en situation irrégulière.

Un autre soignant de PMI précise que « *50% des gens qui n'ont pas de sécurité sociale, viennent ici » « c'est beaucoup plus destiné aux populations en situation de précarité, en situation irrégulière »* (Pierre, PMI)*.*

Il y a deux types d'orientation des populations rencontrées : les femmes sont adressées à cette structure soit par les associations, comme Médecin du Monde et Forum Réfugiés, soit, elles arrivent un peu « *au hasard » (*Julie, PMI*).*

3 Relations des différents acteurs avec les femmes

3.1 Relation de confiance

La plupart des intervenants ont soulevé un élément intéressant partant d'une problématique partagée : « *difficulté de créer une relation de confiance »* avec les femmes enceintes migrantes*.* Les professionnels décrivent une évolution dans la mise en place de cette relation, qui est indispensable pour travailler en collaboration, de manière constructive avec les femmes en situation irrégulière.

D'après les professionnels, la confiance de ces femmes s'établit lentement avec parfois des difficultés : *« au tout début ça ne dit pas grand-chose et puis 2 mois après ça te dit un petit peu. Ce sont les relations qui sont la source de tous nos travaux ici »* (Fabien, associatif)*.* Ils utilisent des méthodes différentes pour créer cette relation.

Un membre associatif explique avoir différentes « portes d'entrée » pour délier la parole de ces femmes afin de les orienter au mieux. Avoir accès à la parole des femmes permet d'établir une relation où elles peuvent se sentir en confiance afin de comprendre avec justesse leurs besoins et leur état clinique, comme témoigne un associatif : *« est-ce que tu as ta Hospital card ? Est-ce que tu ne veux pas qu'on t'aide à avoir ça ? Est-ce que tu veux faire un petit check-up ? Est-ce que t'as fait un blood test ? »* (Fabien, associatif)*.* D'autres passent par l'aide aux démarches administratives, notamment la demande d'un titre de séjour ou une demande d'asile où de nombreuses informations sont demandées par les institutions, parfois très intimes, facilitant le rapprochement avec les femmes enceintes migrantes.

Une sage-femme de PMI, quant à elle, organise différemment ses consultations. Elle les découpe pour ne pas faire l'anamnèse et les examens au même moment. Cela permet à la patiente de s'acclimater, surtout avant les gestes particulièrement intimes, comme notamment le toucher vaginal *« la première fois que je les vois, je vais pas faire l'examen complet (…) car elle doit avoir confiance aussi (…) je ne les déshabille jamais en entier »*. Par conséquent, ses patientes sont « *assez confiante (…) et la confiance ça se mérite (…) si tu sais respecter un peu leurs convictions ».* Elle suit ce schéma surtout avec les femmes voilées car *« des fois c'est un peu compliqué de leur expliquer qu'il faut les examiner mais on leur demande toujours ».* Puis, elle revient sur le fait qu'elle travaille de la même façon

avec *« même des femmes normales »* et corrige ses propos en disant *« quand je dis normal, n'importe quoi, les femmes qui ne sont pas voilées ».* Ce lapsus peut révéler des réflexes de pensées reliés aux discours social et politique sur l'image de la femme voilée, religieuse en France, comme, « différente », passive, dominée par l'homme et/ou sa culture (42).

Par ailleurs, lors du premier contact de la femme enceinte à l'hôpital, une sage-femme hospitalière explique qu'elle prend le temps de comprendre son histoire et celle de la grossesse « *j'avoue, je prends le temps »* (Agathe, sage-femme)*.*

De plus, une sage-femme de PMI instaure cette relation de confiance à travers des questions sur « *comment ça se passe chez elle », « on arrive à avoir plus confiance » (*Margot, PMI)*.* Selon elle, faire exprimer les femmes enceintes migrantes sur leurs expériences passées, notamment dans leur pays d'origine, les rassureraient : « *ça leur fait du bien de continuer à la préserver (leur culture) ».* La professionnelle conclut qu'il faut réussir à « *avoir un consensus entre ce qu'il se fait chez elles et ici ».*

Face à des patientes d'origine étrangère, d'autres soignants encore ont tendance à les inciter à partager les représentations de la maternité dans leur pays d'origine : « *je leur pose souvent des questions de comment c'est là-bas, qu'est-ce qui change, qu'est-ce qui a de mieux » (*Pierre, PMI*) ; « elles me disent que là-bas ils ne sont pas gentils »* (*Julie, PMI*).

A contrario, d'autres professionnels ne s'aventurent pas dans ces discussions-là : « *moi je ne leur demande pas » (*Célia, PMI*) ; « je ne leur pose pas plus de question que ça » (*Alice, PMI*).* Paradoxalement, cette sage-femme décrit malgré tout l'image qu'elle a ressenti des patientes face au dépaysement : « *je pense qu'ils le vivent plus mal que l'on pense. Ils sont contents d'être venus mais ça doit être une telle rupture (…) que ça doit être atroce ».*

Finalement, à travers ces témoignages, il paraît évident que certains professionnels ressentent le besoin d'établir un lien sécurisant avec leurs patientes. En effet, deux sages-femmes de PMI relèvent une évolutivité dans leur relation avec les femmes migrantes. Le premier contact est distant car ce sont des femmes assez réservées « *méfiantes (…) (qui) parlent difficilement »* (Célia, PMI)*.* De plus, les

soignants décrivent un temps d'adaptation au système de soins français : « *ce sont des femmes qui ont du mal (…) à comprendre notre système* » (Célia, PMI). La sage-femme compare le modèle français qui est « *très cadré* » par rapport à celui de « *l'Afrique* » où « *ce n'est pas du tout la même chose, nous on est très dans le contrôle* » (Célia, PMI).

Enfin, lorsque ces femmes s'acclimatent, les professionnels de santé trouvent qu'elles se sentent davantage en sécurité. Par exemple, « *elles sont de plus en plus en confiance quand elles viennent d'une grossesse sur l'autre* » (Margot, PMI).

3.2 Femmes enceintes migrantes face aux soins

3.2.1 Observance des femmes enceintes migrantes

Les descriptions faites par les intervenants – des femmes enceintes en situation irrégulière face aux soins – sont parfois contradictoires. Par exemple, un maïeuticien de PMI présente des femmes « *observantes, qui participent, investissant leur grossesse* » (Pierre, PMI). Il mentionne le fait qu'il y en a qui ratent leur rendez-vous en précisant que « *je ne peux pas dire que c'est parce qu'elles sont migrantes* » car cela arrive régulièrement avec n'importe quel type de patiente : *« il y a des gens ça fait 35 ans qui sont en France, ce n'est pas pour ça qu'ils appellent parce qu'ils ne viennent pas au rendez-vous ».* Ce professionnel prend donc conscience que le statut administratif reste indépendant à ce genre de comportement. A contrario, pour une autre soignante en PMI, ces femmes sont « *ponctuelles* » dans leur prise de rendez-vous et « *pas dans le refus de soins* », justifiant « *enfin c'est le seul endroit où on reçoit gratuitement, donc elles finissent toujours par venir (…)* » (Julie, PMI).

D'ailleurs, la revue de la littérature suggère qu'un manque de ponctualité pourrait être relié à la culture, la notion de temps étant sociétale et variant d'une culture à l'autre. En France, « *les horaires sont très importants et strictes* »(22) ce qui peut ne pas être le cas dans d'autres pays. De ce point de vue, un retard ou une absence à un rendez-vous médical ne serait pas synonyme « *d'un manque de respect envers les professionnels* »(43).

Sans tomber dans le déterminisme social, on peut comprendre qu'une migrante en situation irrégulière peut avoir un manque de repères sociaux (statut),

familiaux (souvent isolée), géographiques (territoire nouveau) etc… ce qui peut lui donner une perception différente du temps.

Concernant l'observance du suivi de grossesse des femmes enceintes migrante, une sage-femme de la maternité de l'Archet II témoigne d'une « *non observance* », prenant un exemple marquant d'une femme à qui on a découvert une infection en début de grossesse et qui « *ne se traitait pas* ». Apparemment, la patiente « *n'avait pas pris conscience* » du contexte. Quand l'enfant est né, la mère devait lui donner un traitement et les professionnels avaient « *peur* », étaient *« très inquiets par rapport à l'observance du traitement qui allait être donné au bébé* ». Malheureusement, cela a des conséquences parfois dramatiques pour ces nouvelles mères. Effectivement, la responsabilité du soignant s'engage également dans le bien-être du nouveau-né. Ils ont donc fait une information préoccupante pour mieux encadrer la diade mère-enfant. Or, la sage-femme était tiraillée entre un lien mère-enfant « *complètement adapté* » et l'impossibilité d'être certaine qu'elle allait soigner son nouveau-né. Cependant, elle comprend cette « *mauvaise observance* » par le fait qu'elles « *ont des rendez-vous à la préfecture* » et qu' *« elles n'ont pas d'argent pour le bus… ».*

Finalement, cet exemple illustre parfaitement l'ambivalence dans laquelle se retrouvent les soignants, partagés entre leur responsabilité professionnelle, tout en essayant d'agir en fonction du contexte et des conditions de vie des patientes.

3.2.2 Réaction des professionnels face aux comportements des femmes

Comme analysé précédemment, la responsabilité professionnelle du personnel soignant est quelque chose d'extrêmement importante pour ces derniers. Certaines réactions de femmes migrantes les déstabilisent face à leur devoir de soignant, régit par le Code de Déontologie.

Une sage-femme de PMI mentionne « *un certain laxisme* » de la part de ces femmes qu'elle a du « *mal à comprendre* » (Célia, PMI). Cette incompréhension de cette « *passivité* » est liée au fait qu'elle a une responsabilité déontologique de les prendre en charge correctement : « *je présente mes actes médicaux comme aussi ma responsabilité de soins pour qu'elles aillent bien et je leur dis que des fois ça engage ma responsabilité si elles font pas les choses (…) c'est une réalité ».* Elle fait

en sorte de respecter ses devoirs tout en essayant de comprendre leur comportement : « *j'essaye de leur expliquer ».*

3.2.3 Trouble de la parentalité

Le manque d'observance rapporté précédemment peut se rapprocher d'une autre problématique partagée par plusieurs membres d'associations et de professionnels : la perception d'un trouble de la parentalité des femmes et/ou couples migrants qui serait lié à un manque d'éducation à la parentalité : « *on a de jeunes mères qui sont très en difficultés, qui n'ont pas une éducation très importante en matière de parentalité » (*Fabien, associatif*).*

Dans un premier temps, les professionnels se questionnent sur la notion de « *l'investissement de la grossesse »*. D'après une sage-femme de PMI :

« *il y a celles qui n'ont pas trop morflées on va dire, pas trop dissociées donc qui arrivent à investir la grossesse, puis y'en a d'autres, ça leur passe là-haut la grossesse. Ce n'est pas la priorité, elles ne peuvent pas investir dans quelque chose qui n'est pas désiré. On voit bien qu'elles sont désinvesties mais le désinvestissement d'une grossesse n'est pas lié qu'à la précarité. Ce n'est pas parce qu'on est dans la précarité que l'on est désinvestie. Le désinvestissement, on le voit partout » (*Margot, PMI*).*

Plusieurs thématiques sont relevées dans son discours. Premièrement, ce trouble de la parentalité dépendrait des conditions du parcours migratoire. Selon elle, pour les femmes qui n'ont « *pas beaucoup souffert* », l'investissement de la grossesse serait plus facile. Elle catégorise donc les femmes selon leur degré de « *souffrance* » : celles qui auraient « *morflé »* sont soupçonnées de ne pas suffisamment « *investir leur grossesse »* car il y a une projection possible des troubles psychologiques vers l'enfant. D'autre part, il y aurait celles qui n'auraient « *pas trop morflé »* pouvant placer leur grossesse comme une « priorité », attitude attendue par la société. Puis, ses propos se concluent par une prise de conscience que ce désinvestissement n'est pas lié aux expériences de migration ni aux conditions socio-économiques des femmes enceintes, il peut se retrouver partout.

Enfin, les professionnels semblent s'inquiéter sur le lien entre investissement dans la grossesse et investissement parental : si la grossesse n'est pas investie,

comment le lien d'attachement et l'acquisition des compétences parentales peuvent-ils se mettre en place ?

Une sage-femme hospitalière justifie qu'il y a un réel trouble de la parentalité dans les familles victimes de stress post-traumatique. Elle va jusqu'à supposer que : « *il ne faut pas oublier qu'elle va élever un enfant avec zéro attachement, qu'elles n'ont pas de famille ».* Son expérience personnelle aurait montré que les femmes – de son entourage personnel – se rapprochaient de leur famille lorsqu'elles tombaient enceintes. Selon elle, le « *rôle de parent »* est impacté directement par « *l'entourage familial, la culture et les coutumes ».* Elle s'inquiète donc sur le fait qu'une femme soit en situation de migration sans « *aucune structure, aucune culture qui ne ressemblent à la sienne »* (Emma, sage-femme)*,* entraverait le processus de l'attachement.

Parallèlement, les femmes enceintes migrantes auraient d'une part le « *deuil du départ »,* après avoir quitté leur pays d'origine, la phase du trajet où elles se retrouvent dans une position « *délictuelle (…) s'associant à des malfaiteurs ».* D'autre part, elles développeraient « *la pathologie du lieu d'accueil »,* car leur situation administrative les conserve dans l'illégalité. Ces trois facteurs psychiques empêcheraient, selon elle, la mise en place du lien mère-enfant.

Une intervenante associative défend une autre position. Selon elle, une femme en situation irrégulière va être plus rapidement jugée sur plusieurs points. D'une part, sur « *ses capacités à être mère* », alors que *« c'est déjà le truc le plus dur du monde et que les parents parfaits ils n'existent pas, c'est vraiment très difficile d'être parent et d'être mère en particulier car il y a une pression particulière sur les mères* » (Kim, associatif). D'autre part, elle ajoute que « *quand on reçoit une femme maghrébine, déjà parce qu'elle est maghrébine, (on imagine qu') elle va donner que du sucre à son enfant, elle mange trop sucré » (*Kim, associatif)*.* Ces représentations se basent sur des raccourcis cognitifs (stéréotypes) accentués par le culturalisme, le fait de regarder une personne et à interpréter ses comportements à travers sa culture. Nous reviendrons sur cette notion plus tard.

Pour appuyer les propos de cette professionnelle, le mémoire « Des naissances aux couleurs de l'Afrique », précise que de manière générale, au-delà de la pression exercée sur les femmes enceintes migrantes, la grossesse est souvent le premier contact avec le monde hospitalier pour une majorité de femmes,

environnement pouvant être surprenant et déstabilisant pour certaines *: « si l'environnement médical est totalement nouveau pour une française, il l'est d'autant plus pour une étrangère »* (43).

3.3 Des femmes perçues comme exigeantes ?

Une autre thématique est partagée par les professionnels de santé et les membres des associations face aux relations avec les femmes en situation irrégulière. Ces dernières solliciteraient beaucoup les acteurs les prenant en charge.

Une association le remarque notamment avec les Nigérianes qui, de bouche à oreille, connaissent bien leur association : « *elles avaient vraiment identifié la structure comme un lieu où vous pouvez distribuer des chèques services »* (Tom, associatif). Ces dernières sont en grande demande de leurs services ce qui a créé des difficultés pour les bénévoles qui ont dû « *réguler »* leur consommation. Le comportement de ces femmes est perçu comme irrespectueux car, selon eux, elles les prennent pour des « *distributeurs ».*

Cet aspect se retrouve également dans le discours d'une sage-femme de PMI qui trouve, les personnes en situations d'irrégularité, exigeantes par rapport au logement. Elle ne comprend pas pourquoi ceux qui ont « *un toit »* continuent à être dans le besoin. En consultation, les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière lui expriment leur mécontentement face aux conditions de logement. Pour rapporter les ressentis de ces femmes, la professionnelle emploie des qualificatifs péjoratifs « *ils réclament, ils se plaignent, ils ne sont pas contents ».* Elle donne l'exemple d'un monsieur en situation d'exile qui *« n'était pas content parce qu'il n'y avait pas de quoi faire cuire, ou qu'il n'y avait pas de frigo (…) je lui ai dit : déjà vous avez un toit, un logement au pire si vous mangez des boîtes quelque temps, ça ne va pas vous tuer »* (Alice, PMI).

Par ailleurs, cette perception des femmes migrantes est avancée par d'autres professionnels lors de leurs consultations :*« elles sont très demandeuses pour les prendre en charge »* (Agathe, sage-femme). Une autre sage-femme de PMI confie que l'accompagnement de certaines femmes est difficile lorsqu'elle se trouve dans l'incapacité *« de les satisfaire » : « on en fait jamais assez » car elles sont « beaucoup dans la plainte »* (Célia, PMI). Cette sage-femme justifie ce

comportement par le fait que *« c'est inhérent à leur parcours » et qu'elle réagirait de la même façon si elle était à leur place ».*

Pour résumer, les personnes migrantes sont perçues comme exigeantes, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que certaines vivent dans une très grande précarité et difficulté sociale lié au parcours migratoire. De plus, une professionnelle hospitalière ajoute une explication à cet état : le parcours d'une femme migrante est conditionné par son état de santé et notamment à l'évolution de sa grossesse : *« la priorité restera le médical pour tout le monde et la migrante en premier »,* aussi bien pour les femmes enceintes que les politiques publiques *« les politiques placent le médical au-dessus ».* En effet, cette préoccupation importante de leur grossesse peut également se justifier pour leur permettre d'acquérir des droits *« ce n'est qu'à partir de 7 mois qu'elles peuvent avoir accès à un logement »* (Emma, sage-femme), un certain temps. et jusqu'à l'âge de 12 mois, de son enfant.

3.4 Position de l'un envers l'autre : rapports de pouvoir

L'analyse des relations entre les différents acteurs et les femmes enceintes migrantes ne peut être complète si l'on omet de parler des rapports de pouvoir. Un membre associatif prend le temps de redéfinir les termes de « *neutralité »* et de « *rapports de pouvoir » (*Kim, associatif). Elle prend l'exemple de la couleur de peau : « *quand on dit de quelqu'un qu'il est de couleur, cela veut dire que le blanc n'est pas une couleur alors que c'est une couleur comme les autres. On fait du blanc le neutre ce qui fait que le neutre est la pensée dominante ».* La neutralité est donc un fait politique car elle engendre des rapports de pouvoir entre deux personnes. Dans une société, la hiérarchie domine les relations humaines « *ne pas en parler, c'est aussi les masquer, ça veut dire d'une certaine façon qu'on participe à une invisibilisation » (*Kim, associatif). Les personnes migrantes en situation irrégulière sont directement victimes de cela car, bien qu'« invisibilisées » dans les services sanitaires ainsi que des politiques publiques, elles sont dans une situation de vulnérabilité, vivant souvent de manière isolées et/ou dans la précarité. En effet, ce sont des femmes éloignées des services et droits offerts aux femmes en situation régulière et parfois loin des réseaux familiaux.

Par ailleurs, le rôle qu'une personne occupe dans une société dépend de sa position au sein de celle-ci. Pour les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière, cette place est compliquée pour plusieurs raisons analysées ci-dessous dans la revue de la littérature : elles appartiennent au bas de l'échelle sociale, soumises au processus d'intégration les amenant à faire des choix identitaires.

Tout d'abord, ce sont des femmes qui arrivent dans un territoire, le plus souvent inconnu avant la migration. Dans un premier temps ce sont des femmes qui continuent à vivre dans le même fonctionnement que leur pays d'origine. Par exemple, dans la culture d'Afrique sub-saharienne, une accouchée ne peut pas sortir avec son enfant tant que le cordon ombilical n'est pas tombé (cicatrisé) : « *bon moi j'essaye de faire dans la coutume, bon pas complètement, pas à cent pour cent, j'essaye quand même de rester dans la coutume. Chez nous c'est : tant que le cordon n'est pas tombé vous restez à la maison en fait, vous ne sortez pas avec l'enfant* » (44).

Dans un deuxième temps, les femmes en situation irrégulière ont une capacité à s'intégrer en s'adaptant aux mœurs et coutumes du territoire d'accueil. Effectivement, elles doivent concilier les usages de leur pays d'origine avec ceux actuels. Didier Fassin révèle à travers ses entretiens auprès d'immigrés : « *la capacité des immigrés, (vus à travers les soins), à s'adapter à de nouvelles situations, à intégrer de nouveaux systèmes de pensée,(…) à se tourner vers la société civile, à chercher, à concilier le respect du passé et des anciens avec le désir d'affirmer une nouvelle façon d'envisager l'avenir à travers celui de leurs enfants* ». Il ajoute que « *les populations immigrées ne constituent pas un sujet collectif dont le discours et les conduites seraient uniquement le produit d'une culture d'origine. Elles représentent plutôt un ensemble d'individus aux trajectoires de migration singulières, avec une diversité de conduites d'insertion et de choix identitaires* »(22).

Ainsi, les femmes migrantes conduisent une forme de distanciation par rapport à leur pays d'origine, les obligeants à « *se repositionner socialement et affectivement sans étayage familial pour faire de l'ailleurs un chez soi* » (44).

Ce choix identitaire est également difficile, de par les remaniements psychiques dont est sujette la femme enceinte. En effet, il y a un bouleversement psychique dû au changement physique du corps de la future mère, le positionnement

psychique face à l'enfant à naître, ainsi que la modification du statut identitaire où la femme devient mère. C'est un moment de vulnérabilité dans la vie d'une femme. Par conséquent, une femme migrante en situation irrégulière a une triple vulnérabilité psychique du fait de sa situation de précarité, du choix identitaire et de la grossesse (45).

En outre, cet éléments peuvent permettre de comprendre certains comportements des femmes enceintes migrantes en situation irrégulière, notamment en consultation, quand elles sont face aux professionnels, symboles d'institution, d'autorité et de savoir.

Les discours des professionnels interviewés dans cette étude rejoignent, en certains points, le raisonnement de la revue de la littérature. Effectivement, certaines femmes enceintes migrantes sont en position de soumission par rapport aux soignants due, entre autres, à leur statut administratif, leurs conditions socio-économiques, une méconnaissance du système de soins français et/ou la barrière de la langue. Une sage-femme de PMI le décrit : « *elles disent merci à tout* » (Célia, PMI). Le mémoire de Léa Bachelier montre que les femmes migrantes ont la même position face aux professionnels : « *confiance aveugle », « elles disent oui à tout », « (les femmes migrantes) ne posent pas de questions ».* De ce fait, certaines femmes en situation irrégulière craignent de questionner le soignant *« j'avais peur de ne pas parler bien français, alors je n'osais pas »*(46)*.*

D'autre part, dans de nombreux discours de cette étude, les professionnels décrivent l'image qu'ils pensent renvoyer aux femmes enceintes démontrant la position de « soumission » des femmes migrantes. En effet, les professionnels trouvent que leurs patientes apprécient leur prise en charge.

En effet, ces femmes auraient une image positive des soignants « *elles sont contentes qu'on s'occupe d'elles* » *(*Célia, PMI*),* « *de toute façon, nous, on est toujours appréciée (…) elle voit le côté médical » (*Alice, PMI*), « elles se rendent vite compte qu'on est en réseau et qu'on communique »* (Agathe, sage-femme). Cependant, il n'y a aucune preuve de retour de femmes enceintes dans leur narration.

Pour aller plus loin, un autre travail de recherche, intitulé « Des naissances aux couleurs de l'Afrique » soulève également cette attitude de soumission des femmes enceintes migrantes provenant d'Afrique sub-saharienne. Les femmes interviewées sont quasiment unanimes pour affirmer que les explications des professionnels de santé sont adaptées car elles peuvent « *réexpliquer leur suivi médical* ». Cependant, les indications de certains examens médicaux ne sont pas toujours comprises par ces dernières. Néanmoins, elles suivent de manière stricte les prescriptions des soignants, dans la dynamique d' « *être conformes aux normes du pays* ». De ce fait, elles ne se permettent pas de poser des questions : *« elles ne s'autorisent pas à exprimer leur singularité* »(43).

Une gynécologue fait une analyse sociétale de ce phénomène « *plus les femmes sont cultivées et hauts placées dans l'échelle sociale, plus elles posent de questions* » (43). La boucle est bouclée, ce constat souligne l'importance de la hiérarchie dans la société actuelle et les représentations de la société des personnes vivant dans des conditions socio-économiques défavorables.

Finalement, certains comportements des femmes enceintes en situation irrégulière influent ceux des professionnels. Ils développent une attitude misérabiliste, menant à infantiliser ou à éprouver de la pitié pour les femmes enceintes migrantes. Dans plusieurs entretiens menés, les professionnels de PMI emploient à plusieurs reprises le qualitatif « *les pauvres* » : *« elles sont un peu perdues les pauvres » (*Julie, PMI*).* Le travail de Léa Bachelier démontre également l'infantilisation de ces femmes décrites comme « *fragilisées », « vulnérables ».*

L'infantilisation des patientes migrantes se dévoile par plusieurs exemples dans la littérature :

« je suis allé avec elle à la pharmacie pour aller chercher son traitement, c'est moi qui l'ai gardé et qui lui ai donné », « je l'ai emmené au laboratoire », « même si elle est autonome, elle fait sa vie avec son mari mais en tout cas au niveau médical je suis obligé de m'assurer qu'elle fasse ce que je lui dis », « on leur demande de tout répéter pour être sûr qu'elles ont bien compris »(46)*.*

Par ailleurs, une gynécologue fait le lien entre « *personne migrante et misère sociale et intellectuelle ».* En ce sens, le migrant représente une figure victimisée par la société. Un anthropologue explique que « *l'image du migrant »* est représentée en

tant que « *victime démunie »*(47)*.* C'est avant tout une construction qui « *délégitime les revendications minoritaires sous couvert de prise en charge médicale »*(47)*.*

Ce phénomène existe aussi au sein des associations. Une associative confie que l'accompagnement des femmes en situation irrégulière est souvent d'une approche misérabiliste. Elle décrit la réduction de la femme migrante à son statut de migrante ce comportement : *« elle ne peut pas être une personne comme vous et moi qui parle de tel type de cinéma, de musique… On ne peut pas exister en dehors du statut de migrant y compris pour les associations hyper engagées (…) »* (*Kim*, associatif). De plus, elle fait part d'un témoignage d'une personne rencontrée dans son association qui aurait dit : *« vous me misérabilisez tout le temps, vous nous voyez que à travers ça ».*

Pour conclure, cette analyse des relations des différents acteurs face aux femmes enceintes migrantes montre la complexité des positions de chacun. La relation des professionnels de santé avec les femmes enceintes en situation irrégulière évolue au fil du temps : partant d'une attitude distante, aboutissant à une relation de confiance. Cette difficulté relationnelle peut s'expliquer par une incompréhension des professionnels de certains comportements manifestés par les femmes migrantes, mettant en jeu leur responsabilité professionnelle. Finalement, il y a un rapport de pouvoir important soignant-soignée, menant parfois à infantiliser et misérabiliser la femme enceinte migrante. Or, la position de la femme en situation irrégulière est complexe de par son statut d'irrégularité, des conditions socio-économiques défavorables, son travail identitaire, devant jongler entre les habitudes du pays d'accueil et celles de son pays d'origine. De plus, tout ceci s'inscrit dans une période particulière, perturbée psychiquement et physiquement par la grossesse.

4 Relation avec les partenaires

Nous pouvons constater une grande diversité d'usage du réseau niçois par les différents professionnels de santé et associatifs interviewés. En fonction du statut des acteurs, les connaissances et les relations sont disparates.

En effet, les acteurs associatifs ont tous un « *large réseau », « très varié »,* avec la volonté de « *travailler ensemble »,* avec le maximum de partenaires : « *c'est le collectif qui est responsable de ne pas avoir d'inégalités »* (Kim, associatif). Pour une autre structure, travailler en partenariat permet de pallier au mieux les difficultés rencontrées : *« on s'entoure (…) de n'importe quel acteur qui va solutionner nos questions et nos problèmes tant sur le plan social que sur le plan de la santé »* (Fabien, associatif).

Ces associations sont toutes plus ou moins en contact avec des dispositifs institutionnels comme l'OFPRA, l'OFII, le CADA ou le CNDA, pour les démarches administratives comme des demandes de titres de séjour ou des demandes d'asile.

4.1 Difficultés au sein du réseau associatif

Contraintes dans la communication au sein du réseau associatif

Les associations soulèvent des difficultés dans le fonctionnement du réseau d'accompagnement des femmes enceintes migrantes. Un manque de collaboration, de communication inter-asso et un partage d'informations insuffisant, sont des problématiques relevées dans les discours.

Un intervenant associatif met l'accent sur certaines tensions qui peuvent parfois se créer entre les différents types d'associations où la liberté et les formes de paroles diffèrent. Effectivement, les associations militantes sont indépendantes financièrement (comme Habitat et Citoyenneté), ce qui leur permet d'avoir une plus grande liberté, ne dépendant de personne pour exister.

A contrario, les associations financées par les institutions publiques, par des fonds publics, subissent des contraintes dans leur communication. Par conséquent, les indépendantes trouvent que celles agrées par l'Etat ne dénoncent pas assez les conditions d'accueil des pouvoirs publics français, envers les personnes en situation irrégulière.

A l'inverse, les structures financées par les pouvoirs publics ont une facilité d'élaborer des projets concrets pour améliorer les conditions de vie de ces populations : *« ALC sont souvent vu comme n'ayant aucune liberté de parole », « c'est très compliqué car lorsque tu veux dire des choses et que l'on a financé, il y a des chantages au financement qui sont compliqués. On a des salaires à payer derrière c'est compliqué, (…) ils ne vont pas prendre publiquement des positions »* (Kim, associatif).

4.2 Réseau sanitaire

Toutes les associations interviewées connaissent leurs missions respectives et orientent régulièrement entre elles des personnes nécessitant un besoin spécifique. D'autre part, ces structures travaillent également avec d'autres dispositifs, notamment au niveau médical avec *Médecins du monde, Carrefour santé jeune, le Cegid.*

Une association niçoise a un projet « *Règles élémentaires »* avec une kinésithérapeute, pour améliorer l'accès des femmes en précarité aux produits hygiéniques « *des actions de collectes (…) dans son cabinet (…) pour nous donner les produits (…) car c'est nous qui sommes au contact avec le public »* (Tom, associatif).

Enfin, depuis quelques années, une association fait des actions de prévention dans les locaux de Secours Catholique, notamment des « *dépistages VIH, hépatite c par le dispositif TROD ».* Ils font aussi des accompagnements d'écoute et d'informations de santé publique.

4.2.1 Association-Hôpital

Point de vue des associations

La sollicitation des dispositifs médicaux diffère également d'une association à une autre. L'association ALC les Lucioles a de bons rapports avec les professionnels de l'hôpital et particulièrement avec l'assistante sociale « *on la connait très bien ».* Les comportements des professionnels de l'hôpital face à ces femmes sont décrits comme « *distants, posant des questions à la limite du dédain, parfois un peu*

impersonnels, en surplomb (…) différents les uns des autres » tout en restant « *assez humain de manière générale » (*Fabien, associatif*).*

L'augmentation de la population de femmes enceintes en situation irrégulière notifiée par un intervenant fait qu'il sollicite de plus en plus les services hospitaliers : « *on a des contacts quotidiens avec le CHU maintenant »* (Fabien, associatif)*.* L'assistante sociale de l'hôpital s'adresse à ALC les Lucioles quand elle fait face à des besoins administratifs, matériels comme « *des kit bébé », « elles nous interpellent et les redirigent vers nous, donc on fait l'interface et puis on leur assure de faire le lien »* (Fabien, associatif)*.*

Cependant, d'autres associations, comme Secours Catholique, sont méconnues des professionnels de la maternité de l'Archet II et inversement, les structures n'ont pas le réflexe de s'orienter vers l'hôpital ou les PMI. En effet, par manque de connaissances des missions et services pour les femmes enceintes, ces dispositifs ne travaillent pas ensemble : *«je ne savais pas que les PMI étaient ouvertes à tous et gratuites »* (Tom, associatif)*.*

Point de vue de l'hôpital

Les liens hôpital-associations ne sont pas fluides non plus du point de vue des hospitaliers. Effectivement, la majorité des professionnels interviewés connaissent peu ce que les acteurs associatifs peuvent proposer et se perdent dans les informations peu précises dont ils disposent : « le réseau est tellement important qu'on se dit oui d'accord mais on ne sait pas ce qu'il leur apporte » (Agathe, sage-femme). Une sage-femme hospitalière rajoute que « aujourd'hui on ne connait pas les moyens des autres, donc tout le monde (…) a son propre problème et tout le monde reste cantonné dans son truc » (Emma, sage-femme). Ses propos illustrent bien la complexité des relations et donc de la communication entre les acteurs. Elle prend l'exemple d'un dispositif mis en place pour éviter de faire payer les patientes sans sécurité sociale. Une feuille orange doit être remplie au préalable par les professionnels, avant d'adresser leurs patientes à l'assistante sociale. Néanmoins, ce protocole est compliqué à respecter car : « elle ne le fait pas parce qu'elle n'avait pas envie de le faire (…) mais on lui a pas donné ce qu'il fallait pour qu'elle le fasse et ça c'est complètement différent ». Ceci démontre qu'il faut également prendre conscience du contexte et de l'environnement dans lequel travaillent les différents

professionnels pour comprendre certaines actions/réactions de ces derniers, et proposer des dispositifs adaptés.

Pour aller plus loin, une autre sage-femme hospitalière décrit une situation illustrant l'importance de la place des associations dans l'accompagnement des femmes enceintes migrantes. En effet, auparavant, ALC les Lucioles accompagnait « *quasiment systématiquement* » les femmes enceintes en consultation « *dans toutes les démarches* » (Agathe, sage-femme). Néanmoins, selon elle, l'association serait aujourd'hui « *débordée* » et ne ferait que le « *juste minimum parce qu'ils n'y arrivent plus* ». Les femmes seraient laissées davantage autonomes : « *maintenant, elles se débrouillent* ». Cela rend plus difficile les suivis de grossesse de la sage-femme car cet accompagnement lui permettait de consulter plus rapidement et de manière plus efficace car elle comprenait mieux la femme qu'elle recevait.

Pour conclure, une solution efficace

Toutefois, avec l'instauration des consultations de violences faites aux femmes, les 2 sages-femmes référentes de la maternité de l'hôpital l'Archet II ont tissé des liens avec un réseau associatif, juridique et institutionnel. De plus en plus, ces consultations attirent des femmes ayant des parcours de vie atypiques et rudes, dont des femmes enceintes migrantes. Par conséquent, ces deux professionnelles se tournent davantage vers les associations accompagnant ces femmes, comme le Samu Social, Habitat et Citoyenneté, CIDFF ou ALC les Lucioles.

Pour une sage-femme de l'Archet II, cette consultation « *nous sauve beaucoup, parce qu'elles sont en lien avec beaucoup d'associations* », permettant de mettre les femmes concernées « *dans un circuit, avec une bonne prise en charge* », pour « *ne pas les perdre* » (Agathe, sage-femme).

Cet exemple démontre l'importance et les bénéfices du travail en réseau. Cela permet d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale de manière plus globale, ainsi « sauvant » les professionnels de santé en évitant de laisser les femmes en difficulté livrées à elles-mêmes.

4.2.2 PMI-Associations

Dans le cheminement de la prise en charge sociale et médicale, plusieurs cas de figures se présentent aux professionnels de PMI. Soit la femme enceinte en situation irrégulière passe en premier lieu par les services sociaux comme Forum Réfugiés, qui les oriente par la suite vers la PMI ; soit, elle arrive d'abord à la PMI, qui, la plupart du temps, la conduit ensuite vers les associations et l'assistance sociale de l'Archet II. Pour résumer, soit l'accompagnement débute au niveau social pour se poursuivre au niveau médical, soit l'inverse mais c'est plus rare.

Du point de vue des PMI

Le réseau associatif des PMI est très diversifié en fonction de leur structure. En effet, trois sages-femmes de PMI sur cinq travaillent beaucoup en partenariat. L'une d'elles fait partie d'une « *commission de parentalité »* regroupant un nombre important d'associations proposant différentes activités comme « *des cours de Français (APIAS) (…), récupération de meubles (Recyclerie) (…), réussite scolaire (…), aide aux devoirs (…), pôle santé des Moulins etc… »* (Julie, PMI). Leurs relations sont intéressantes car ils sont dans l'entraide mutuelle. La professionnelle intervient parfois, au sein même de ces associations, pour faire de la « *prévention à la sexualité, contraception etc… ».* C'est un schéma relationnel qui marche car les acteurs sont dans une dynamique « *d'aller vers* », dans la volonté de travailler ensemble « *il faut avoir la démarche de se présenter, d'y aller, de rentrer en relation ».* Selon elle, la clé pour rentrer en contact avec des partenaires se trouve dans la démarche personnelle de chaque soignant. Simplement, le fait de se rencontrer pour présenter ses services permet une orientation plus fluide « *comme on se connaît, on travaille en réseau » « comme on se connaît, on travaille toujours en lien avec le service social ».*

Une autre soignante de PMI possède un large réseau de par ses connaissances et son investissement personnel : *« c'est mon réseau militant »* (Célia, PMI). Par conséquent, les associations la sollicitent régulièrement en lui envoyant des femmes enceintes, pour le suivi de grossesse. De son côté, la professionnelle fait appel à eux pour avoir d'une part davantage d'informations sur

l'histoire de vie de sa patiente, et d'autre part pour leur témoigner des difficultés rencontrées.

D'un autre côté, deux autres PMI expriment un manque de connaissance des différents acteurs intervenant dans l'accompagnement et l'orientation des femmes enceintes migrantes : « *le réseau est limité aussi franchement on n'a pas beaucoup de solutions*. *On ne leur propose pas grand-chose, on est tellement démuni. A part les réorienter vers le Forum des réfugiés et éventuellement, voir quelques associations après ça s'arrête là »* (Alice, PMI). Cependant, cette sage-femme est en relation avec une personne travaillant au CADA, avec qui elle trouve leurs échanges très pertinents et utiles *: « elle m'envoie les femmes qu'elle connait et moi je la suis au niveau médical et elle fait le côté social. Du coup c'est bien parce que tout est réglé ».*

Un autre aspect intéressant qui pourrait expliquer le manque de collaboration entre les différents acteurs, concerne l'expérience et l'ancienneté des professionnels. En effet, un sage-femme de PMI évoque son manque d'expérience et de connaissance du réseau « *ce sont des choses que je ne maîtrise pas (…) je ne sais pas qui peut faire quoi, il y a certainement des choses que j'ignore et surement des choses que je pourrais faire »* (Pierre, PMI). Le terme employé de « maîtrise » démontre le fait qu'il y a un manque de formation dans le cursus universitaire et/ou professionnel des sages-femmes sur comment travailler en réseau et repérer les acteurs environnants en dehors de la structure de travail.

Du point de vue des associations

Les rapports des associations avec les PMI ne sont pas tous homogènes. Par exemple, un membre d'ALC les Lucioles ne travaille pas de la même manière, ni la même fréquence avec toutes les PMI niçoises : « elles *n'ont pas la même culture de travail, une période de latence entre le moment où tu l'envoie (la dame) et le moment où tu reçois les informations ».* Cependant, cette collaboration PMI-association est essentielle selon lui, pour une prise en charge sanitaire et sociale adéquate : *« après l'accouchement, on fait une orientation, sinon c'est l'hôpital qui s'en charge en amont »* (Fabien, associatif).

4.2.3 Hôpital-PMI

Utilisations du réseau PMI-Hôpital

Le lien entre les structures de suivi en ville et l'hôpital s'établit lorsque les PMI adressent leurs patientes à l'Archet II dans plusieurs situations. D'une part, lorsqu'il y a une urgence, quand elle a besoin d'un examen ou d'un médicament, les soignants adressent leurs patientes à l'hôpital : « *je pense au Rophylac par exemple, une patiente migrante, 100% payante (…) elle n'avait pas le Rophylac*[9]*… » (*Agathe, sage-femme*).* D'autre part, la PMI oriente ses patientes pour les consultations du 8ème et 9ème mois vers la maternité où elles vont accoucher. Par ailleurs, pour améliorer la prise en charge continue des femmes en situation irrégulière, des sages-femmes de PMI utilisent le même type de dossier médical que l'hôpital : « *le dossier Audipog (…) donc ils n'ont pas à tout redemander » (*Julie, PMI*).* D'autres PMI font une fiche récapitulative complète du suivi de grossesse de la patiente.

Toutefois, une sage-femme hospitalière mentionne une difficulté de faire le lien hôpital-PMI, pour les patientes migrantes car « *on ne les voit pas assez souvent pour qu'elles aient un relai en prénatal » (*Agathe, sage-femme). Cela met donc un frein à leur partenariat. De plus, l'hôpital ne peut pas toujours répondre favorablement aux demandes des PMI, par manque de temps, d'argent ou de matériel.

Conclusion

Afin d'améliorer les relations entre chaque acteur pour créer un réel parcours de soins pour les femmes enceintes en situation irrégulière plusieurs éléments sont à relever. Les membres accompagnant ces femmes semblent souffrir d'un manque de communication ou de coordination entre eux, ainsi que d'une méconnaissance des actions et missions de chaque structure. Des améliorations à ces niveaux pourraient améliorer la qualité des orientations des acteurs comme ajuster le maillage entre les différents professionnels pour renforcer la fluidité du réseau existant : « *promouvoir l'amélioration de la qualité des soins, la continuité et la coordination des soins, une*

[9] Rophylac : immunoglobulines humaine anti-D indiquées dans la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle Rh(D) chez la femme Rh(D)-négatif (grossesse et accouchement d'un enfant Rh(D)-positif ; fausse couche, menace de fausse couche, grossesse ectopique ou môle; hémorragie transplacentaire secondaire à une hémorragie pré-partum, amniocentèse).

meilleure orientation, l'amélioration de la circulation de l'information et l'évaluation de l'impact du fonctionnement (EPP) »(48)*.*

D'une part, cela rendrait les consultations de suivi de grossesse plus courte, car certaines problématiques seraient gérées par la suite, en partenariat. D'autre part, un suivi de grossesse adéquat et continu diminuerait le repérage trop tardif des femmes enceintes migrantes. Les problématiques identifiées sont à l'origine de « *modalités d'articulation des professionnels et non pas les capacités professionnelles »* de ces derniers (21). Evidemment, il n'est pas question ici de remettre en question leurs compétences médicales.

5 Problèmes rencontrés par les différents acteurs

Afin d'élucider davantage les éléments permettant d'améliorer la prise en charge sanitaire des femmes en situation irrégulière, poursuivons avec les problématiques d'accompagnement rencontrées par les différents acteurs. L'objectif est de cibler là où il faudrait agir pour soulager les professionnels et pouvoir proposer une prise en charge plus adéquate.

5.1 Logement

Une des grandes problématiques soulevées par les professionnels de PMI et de l'hôpital est la question du logement. Les professionnels interviewés ont exprimé un sentiment d'impuissance face à ce double problème : un manque de places et de solutions alternatives : « *on ne peut pas faire grand-chose (…) c'est une catastrophe »* (Agathe, sage-femme) ; « *il y a trop de monde et plus de place », « je n'avais pas de solution et ça n'est pas toujours facile » (*Margot, PMI*).*

Certaines femmes en situation irrégulières sans logement arrivent à être accueillies dans des accueils de nuit ou des placements d'aide d'urgence, de manière transitoire, pour une durée limitée. La législation d'accès aux placements d'urgence est bien connue des professionnels. Dans cinq entretiens sur huit, les professionnels interviewés ont confirmé qu'à partir du 7ème mois de grossesse, une femme enceinte à la rue doit avoir accès à un logement social. Cependant, soit « *il n'y a plus de place » (*Agathe, sage-femme*)*, soit elles doivent changer régulièrement d'hébergement « *elle a été à l'accueil de nuit, ensuite à 7 mois, elle a été virée, donc avec l'assistante sociale de l'Archet, elle a pu bénéficier d'un Placement d'Aide d'Urgence (PAU). Elle a accouché et en sortant, elle est retournée dans un autre PAU à Nice Centre » (*Alice, PMI*).*

Ces mouvements rendent difficile le suivi en PMI de ces patientes, car il est sectorisé en fonction de l'adresse postale. L'organisation sanitaire et sociale est donc discontinue. Une sage-femme de PMI prend l'exemple d'une patiente qui a accouché et où *« le suivi de l'enfant est censé être sectorisé, mais comme moi je la connaissais, j'ai dit au secrétariat mettez la sur des consultations pédiatriques pour qu'au moins son enfant soit vu quelque part. C'est Cessole qui l'a récupéré ici, mais en soi elle n'a aucun référent administratif social nulle part »* (Alice, PMI)*.*

D’autre part, une observation supplémentaire sur le terrain ressort auprès d’un témoignage d’une femme migrante rencontrée en PMI, habitant dans un logement social insalubre : *« il y a des punaises et des cafards » ;* ils ne sont *« pas propres »* et *« par rapport aux conditions d’hygiène des chambres d’hôtel, elles se plaignent beaucoup », « elles se retrouvent au 5ème étage sans ascenseur »* (Agathe, sage-femme). Or, pour certains professionnels, *« la priorité »* n’a pas aux conditions mais de leur trouver *« un toit »* (Agathe, sage-femme).

Par ailleurs, pour les institutions, le fait de ne pas avoir de logement fixe est un signe d’alerte au placement de l’enfant : « *c’est difficile parce qu’on menace les femmes d’un placement de l’enfant quand ils ont un problème de logement, c’est quand même terrible »* (Agathe, sage-femme). Le manque de places d’hébergement dû à l’augmentation des demandes n’est pas compensé par les pouvoirs publics, ce qui engendre des conséquences dramatiques pour les femmes et leurs enfants.

Pour conclure, certaines de ces femmes se déplacent sans cesse, ce qui les isolent des dispositifs médicaux et sociaux prenant en charge les familles ayant des difficultés comme « *le centre maternel, les logements d'aide à la parentalité, ça ils n’ont pas le droit »* (Alice, PMI). En effet, elles ne correspondent pas aux critères d’accueil du fait de leur statut administratif. Cette exclusion est ressentie par les femmes migrantes qui témoignent parfois *« qu’elles sont seules (…), c’est le maître mot, elles disent qu’elles n’ont personne, pas d’amis ni de famille »* (Alice, PMI).

5.2 Maisons des Solidarités Départementales (MSD)

Une deuxième problématique relevée par les professionnels des secteurs social et sanitaire impliqués dans l’accompagnement des femmes enceintes en situation irrégulière concerne les MSD. Ce sont des centres de proximité dans le domaine médico-social, reliées directement aux PMI. Le département des Alpes-Maritimes en compte 18, réparties sur l’ensemble du territoire. Elles veillent à répondre à « *la solidarité pour tous »*(49).

Ces centres proposent un accompagnement social personnalisé, un soutien dans la vie quotidienne (aide aux transports, garde d’enfants) ainsi que des interventions de professionnels spécialisés à domicile, pour renforcer l’encadrement à la parentalité.

Or, malgré le fait que ce soit un dispositif « *pour tous »,* les soignants évoquent de nouvelles directives des politiques publiques, les interdisant de prendre en charge les femmes en situation d'irrégularité sur le territoire français. Tant pour les acteurs associatifs que les professionnels de santé, cela crée un frein dans la prise en charge sociale de ces femmes.

En effet, ces dernières sont majoritairement suivies en PMI. Habituellement, ce dispositif envoie directement leurs patientes en difficulté sociale vers les MSD. De nombreux témoignages sont retrouvés dans les discours des professionnels « *elles ont interdiction de les recevoir (…) elles n'ont pas le droit de les recevoir »* (Alice, PMI) *; « des instructions de ne pas prendre en charge les femmes qui ne sont pas en situation régulière » (*Célia, PMI*).*

Néanmoins, un des associatifs interviewés a dénoncé que cet acte n'est pas légal lorsqu'il y a un enfant qui rentre en jeu :

« on a un nombre de situations de discrimination qui nous remontent dans le suivi des assistantes sociales, des refus de prise en charge alors que ça relève de leur mission (…) en disant on ne s'occupe pas des demandeurs d'asile, alors que peu importe leur statut, du moment où il y a des enfants ou une famille, ils doivent intervenir ».

Dorénavant, les acteurs se retrouvent bloqués dans leur accompagnement social : « *il n'y a plus de centre social (pour elles) »* (Kim, associatif). Une soignante de PMI décrit cette situation comme « *la patate chaude »* que tout le monde essaie de se « *refiler » (*Célia, PMI) *;* « *elles (les assistantes sociales) me disent, tu les envoies au Forum des réfugiés »* (Alice, PMI). Or, cette association est elle-même submergée par leur travail d'orientation et d'accompagnement administratif spécifique aux demandeurs d'asile.

Finalement, les professionnels de PMI les orientent vers l'assistante sociale de l'hôpital de l'Archet II, qui est de plus en plus débordée par la situation selon la cadre de la salle de naissance et également bloquée par des directives hospitalières. Comme en témoigne une assistante sociale de l'Archet II : *« après, les patientes en situation irrégulière, non, on ne peut pas les orienter car elles ne rentrent pas dans des protocoles » ; « on signale une situation car c'est quand même une protection de l'enfance voilà. Mais après je ne sais pas ce qu'elles vont pouvoir mettre en place* ».

Pour résumer, l'assistante sociale des MSD, ne pouvant prendre en charge les femmes en situation irrégulière, oriente ses patientes vers l'assistante sociale de l'Archet II « *qui fait du beau boulot » (*Alice, PMI*).* Cette dernière entreprend des démarches pour que les femmes puissent avoir accès à une sécurité sociale et, si nécessaire, à un logement malgré qu'elle arrive plus rarement à satisfaire ce besoin. Cependant, elle ne peut orienter vers d'autres dispositifs « *parce que ça ne rentre pas dans les protocoles, il n'y a pas le budget, les financements » (*Lou, Assistante sociale*).*

Pour certains professionnels, ces difficultés de logement et de suivi social sont présentées moins comme un « *problème* » que comme une réalité juridique hors du champ de la santé, qui n'influencerait pas sur leur suivi de grossesse. Pour une sage-femme notamment, le statut « illégal » de ces femmes justifierait les directives départementales concernant le refus d'accueil en MSD : *« elles n'ont pas le droit d'être sur le territoire français donc elles peuvent rien faire les assistantes sociales. C'est la vérité, au niveau légal, on ne peut pas, elles ne peuvent pas être là ». Elle ajoute par contre qu'en tant que soignante : « je les prend en charge, bien-sûr qu'on les reçoit et qu'on les suit dès le début de la grossesse »* (Julie, PMI)*.* Ses propos illustrent que la prise en charge médicale de la mère et du fœtus est toutefois perçue comme légitime, face à l'enjeu vital immédiat, contrairement à l'accompagnement social.

Enfin, les MSD participent également à la menace du placement d'enfants « *notamment pour les femmes migrantes* » témoigne un acteur associatif. Ces centres ne peuvent pas s'occuper des femmes enceintes ni des parturientes en situation d'irrégularité, mais par rapport à la prise en charge de la petite enfance, ils les menacent de les séparer de leur enfant. Par conséquent, *« un certain nombre de femmes qui viennent ici (à l'association), ne veulent plus mettre les pieds en MSD. La menace du placement, ça les terrorise » (*Kim, associatif)*.* Un autre membre associatif proteste face à cette injustice : « *c'est une spécialité locale, c'est une aberration, c'est inacceptable, je boue de l'intérieur, ce n'est pas normal »* (Fabien, associatif).

5.3 Prise en charge médicale inadéquate

Une autre grande problématique soulevée par les professionnels de santé est la prise en charge médicale inadéquate et incomplète des femmes enceintes en situation irrégulière par rapport aux recommandations des sociétés savantes.

5.3.1 Examens gratuits en PMI non exclusifs

La prise en charge médicale des femmes enceintes en situation irrégulière est décrite par les soignants de PMI comme « *la plus potable possible » (*Alice, PMI*) « avec les moyens du bord »* (*Agathe*, sage-femme*).*

Cet accompagnement incomplet est expliqué par plusieurs obstacles liés notamment à un sous-financement des soins des femmes enceintes les plus précaires.

Premièrement, malgré le fait que les consultations et les soins soient gratuits en PMI, cette structure ne possède pas tous les examens nécessaires au suivi de grossesse, notamment si la femme enceinte présente des pathologies : « *le test de la trisomie 21, on ne le fait pas » ; « au 6ème mois, le test du sucre pareil » ; « les consultations de diabète (…) passent des fois à la trappe »* (Julie, PMI) . Une sage-femme de PMI confie qu' « *il y a le problème de la pathologie parce que quand la grossesse est relativement normale ça va, et au moment où il y a un peu de patho, on les suit quand même mais c'est mal fait »* (Alice, PMI).

De plus, aujourd'hui, les professionnels de PMI font face à une nouvelle difficulté. La seule médecin qui pratiquait des échographies gratuitement pour les femmes sans papier est partie à la retraite, sans que le département ne la remplace. Cela inquiète les soignants *: « on va peut-être être amené à faire des suivis de grossesse sans échographie » ; « (le chef du pôle mère-enfant de l'Archet II) était d'accord pour prendre un médecin prêt à assurer ce rôle en mi-temps mais il fallait que le département prenne une partie et pour l'instant le département a refusé »* (Agathe, Sage-Femme)*.* Ainsi*, « pour les échographies on n'a pas encore essayé sans mais je pense que ça va être la foire à neuneu, ça va être très compliqué »* exprime Alice, sage-femme de PMI. Pour pallier à cette problématique, les soignants de PMI redirigent leurs patientes vers l'hôpital qui se retrouve débordé.

5.3.2 Barrière de la langue

La prise en charge médicale inadéquate est également reliée, selon les professionnels de soin, à la barrière de la langue, et ceci pour plusieurs raisons.

Premièrement, ceci engendre des complications dans la communication soignant-soignée. Dans six discours sur huit, les professionnels insistent sur cette difficulté.

Tout d'abord, en fonction de l'origine de la patiente, les échanges sont plus ou moins complexes. En effet, Julie de PMI explique qu'avec les femmes venant *« d'Afrique Noire »,* la transmission des informations serait facilitée car généralement, elles parlent anglais. Pour celles qui viennent du Maghreb *« elles arrivent quelques fois un petit peu à comprendre le français (…) c'est plus facile ». Or, avec les russophones, cela lui demanderait plus d'efforts car « ils ne parlent pas forcément autre chose que leur langue ».*

Certains professionnels confient également qu'ils ne sont pas très à l'aise non plus lorsqu'ils doivent s'exprimer dans une autre langue : *« j'avoue que je ne parle pas très bien anglais* » (Agathe, sage-femme).

Par ailleurs, quotidiennement, en consultation, les professionnels de santé posent un ensemble de questions pour obtenir des renseignements auprès de sa patiente pour obtenir des renseignements sur son état clinique, ses antécédents et l'évolution de sa grossesse. Une anamnèse complète permet au soignant de prendre en charge son patient de manière adéquate. Or, lorsque les échanges ne sont pas fluides, cela peut être contraignant. Un accompagnement correct fait partie des responsabilités professionnelles et déontologiques du soignant : *« on a besoin de savoir dans l'anamnèse les antécédents (…) car ça va nous dicter notre prise en charge » « on a besoin d'être clair avec ça » ; « sinon tu pars du principe que si elle ne te dit rien, il n'y a rien qui cloche, sauf que ce n'est comme ça que ça se passe »* (Pierre, PMI*).* Effectivement, ce raisonnement par l'absurde peut amener à des consultations inappropriées d'une part par rapport aux attentes de la patiente et d'autre part, à la réalité clinique.

De plus, certains professionnels complètent leurs propos sur la nécessité d'en savoir plus sur le parcours de ces femmes *« dans l'interrogatoire pour connaître un peu leurs parcours »* (Julie, PMI*).* Pour une autre sage-femme de PMI*, « savoir ce*

qu'il se passe » est un réel besoin autant au niveau médical, administratif que culturellement, à savoir « *chez eux »,* car elle précise qu'elle ne prend pas en charge uniquement la grossesse mais « *tout ce qu'il y a autour »* (Margot, PMI). Une professionnelle hospitalière trouve que la barrière de la langue rend particulièrement difficile « *la prise en charge des sujets qui sont lourds (…) car elles ont souvent un bagage lourd (…) »* (Agathe, sage-femme).

Enfin, ce problème linguistique rend les consultations de suivi de grossesses chronophages : « *des fois c'est long » (*Julie, PMI*) ; « quand une femme vient de Forum Réfugiés, je prends deux plages horaires » (*Margot, PMI*).*

Or, les conditions de travail du personnel soignant ne permettent pas de pallier à ce manque de temps. A l'hôpital, les soignants ont 30 minutes de consultation lors d'un premier contact avec la femme enceinte et 15 minutes pour les suivantes. En effet, une sage-femme de l'Archet II affirme que cette carence entraine une sélection dans les informations données aux patientes : « *les mesures prophylactiques de prévention sur les conseils d'alimentation etc… on ne va pas forcément lui aborder » (*Agathe, sage-femme). Par conséquent, le suivi social ajouté au médical ne peut être effectué convenablement *« on se retrouve à gérer l'assistante sociale et le logement en maternité » (*Agathe, sage-femme). Ce tri renforce l'idée d'un traitement différentiel du suivi de grossesse des femmes enceintes migrantes – non-francophone en l'occurrence.

Malgré le fait qu'en PMI les sages-femmes aient plus de temps pour consulter, cela reste également insuffisant car « *ça fait des consultations très longues* » selon Julie de la PMI. D'autant plus que l'accès à un interprète ne fait pas parti des ressources des professionnels « *on n'a pas d'interprète » (*Célia, PMI*)* : *« quand on en demande un, on nous dit ah ben non on peut pas » (*Julie, PMI*).*

Solutions

Toutefois, les soignants essaient de remédier à cette problématique « *avec le système D, tu te débrouilles » (*Pierre, PMI*).* Parfois, ils demandent aux patientes de venir en consultation avec quelqu'un qui parle français : *« les Roumaines, elles ont une copine (…) que tu peux appeler »* (Célia, PMI). Un maïeuticien de PMI fait en sorte de *« fixer le prochain rendez-vous avec la personne qui est avec eux et qui parle français »* (*Pierre*, PMI).

D'autre part, une soignante de PMI *« utilise le langage corporel (…) on utilise Google translate mais il faut faire attention parce que des fois tu fais une traduction il te donne un truc et puis tu le retraduis en français et ça veut pas vraiment dire ça »*. Par exemple, avec une patiente d'origine polonaise *« elle avait le dictionnaire français polonais et on se débrouillait à chercher le mot, on se le montrait et on arrivait à se parler comme ça »* (Julie, PMI)

Pour conclure, la barrière de la langue est une thématique qui est complexe pour les professionnels car ils doivent gérer des femmes en difficulté, entre autres de par le manque de moyens financiers, et de connaissances du système de soins français. Cela demande du temps aux soignants auquel ils n'ont pas recours. Cela crée « *une barrière culturelle »* selon Margot de la PMI.

Cette difficulté engendre des conséquences, notamment un manque d'informations dans les dossiers obstétricaux, sur le parcours migratoire et l'environnement dans lequel vit la femme enceinte migrante. Selon l'étude « des naissances aux couleurs de l'Afrique »(43), « *seul 1 dossier sur 6 nous renseigne de l'histoire de la migration, de la durée de séjour en France… »*. Or, connaître les « *conditions de vie matérielles et les aides financières bénéficiées »* pourraient aider les professionnels à mieux orienter les femmes en situation irrégulière et « *améliorer au mieux l'arrivée de l'enfant »*(43).

5.3.3 Dispositif partenariat périnatal et prévention (D3P)

La prise en charge médicale différentielle des femmes en situation d'irrégularité peut également être constatée dans les difficultés des démarches de liaisons D3P (dispositif partenariat périnatal et prévention) rapportées par les professionnels de santé. En effet, c'est un accompagnement pluridisciplinaire personnalisé pour les familles présentées comme *« vulnérables » « qu'on sent fragilisée, qu'on sent qu'elle aura besoin d'aide* » (Julie, PMI*),* afin d'apporter un encadrement supplémentaire (administratif, matériel, médical, psychologique etc…). Auparavant, les professionnels avaient tendance à en faire pour les familles présentant des difficultés psycho-socio-économiques : *« un enfant n'a pas le droit par exemple d'être à la rue, sans rien donc il faut voir ce qu'il en est »* explique l'assistante sociales de l'Archet II. Cependant, de par l'augmentation croissante des

femmes en situation irrégulière, *« il n'y a plus de solution à apporter, ça ne va rien mener (…) on se rend compte qu'en fait, ce n'est pas productif »* (Agathe, sage-femme). En revanche, lorsque ces femmes ont un contexte de violence en plus, la liaison se crée. En effet, *« s'il y a juste la problématique sociale, on ne va pas aller les mettre dans le réseau D3P »* déclare une professionnelle hospitalière.

La sage-femme référente des liaisons PMI↔ Hôpital, confirme que les liaisons D3P sont de moins en moins réalisées. Cette soignante récupère ces fiches une fois par semaine à l'Archet II. Néanmoins, elle témoigne : *« il faut que je revoie avec la cadre parce que là ça fait une semaine que je passe et que je n'ai pas de liaison (…) ça fait un mois, même plus », « il y en a de moins en moins (…) c'est professionnel dépendant ».* De plus, elle explique que les critères *« précarité et vulnérabilité »* devraient enclencher un lien D3P afin d'élaborer un accompagnement plus encadré : *« normalement oui, ça devrait ».* Cependant, *« ce n'est pas toujours fait. La précarité, il y en a partout ».* Finalement, ce n'est pas une problématique spécifique aux populations migrantes car un grand nombre de familles devrait avoir accès à ce dispositif.

Pour conclure, plusieurs éléments relevés précédemment, démontrent que les femmes enceintes migrantes précaires, en situation irrégulière sont plus sujettes à une prise en charge sanitaire inadéquate par rapport aux femmes en situation régulière, dont les conditions socio-économiques sont stables. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que s'il y avait un accompagnement global en faveur des femmes en situation irrégulière, ces dernières oseraient peut-être davantage à venir consulter à l'hôpital. En effet, une sage-femme nous donne plusieurs arguments justifiant l'hésitation des femmes venir consulter : « *elles ont peur de payer (…) qu'on leur demande quelque chose (…) de ne pas être soignées (…) si on lui donne un logement à Menton (…) elle se ruine pour les billets de train* » (Emma, sage-femme). Ces éléments font que ce sont des femmes qui consultent tardivement, lorsque leur grossesse est avancée ou dans l'urgence. Elle constate que : « *lorsqu'il y a une patiente qui consulte sans dossier, sans aucun suivi de grossesse, la prise en charge est beaucoup plus longue et plus compliquée pour les soignants ».*

5.3.4 Traitement différentiel

Pour aller plus loin, plusieurs arguments ressortent des entretiens menés dans cette étude ainsi que dans la revue de la littérature, montrant que la question du « suivi standardisé » est complexe. Certaines contradictions apparaissent appuyant le fait que les femmes enceintes en situation irrégulière subissent un traitement différentiel.

En effet, le professionnel de santé est un individu vivant dans une société, conditionné par des normes sociales. Selon Howard Becker : « *les normes découlent de valeurs (…) c'est l'interprétation de ces valeurs par un groupe d'individus qui donne corps à la norme, qui la crée »* (50)*.* La pratique médicale des professionnels est donc elle aussi déterminée par rapport à la culture sociale. Or, une femme enceinte migrante, en situation irrégulière peut présenter des spécificités tant au niveau physique, institutionnel, culturel etc… Par conséquent, elles sont inévitablement perçues comme « différentes », amenant les professionnels de santé à instaurer, plus ou moins, consciemment des comportements différents dans leur prise en charge.

Cependant, dans tous les entretiens menés, les professionnels de santé expriment que ces femmes enceintes ont le même suivi que les autres : « *on fera le suivi exactement pareil qu'une autre femme » (*Julie, PMI*).* Cette sage-femme ajoute que l'accès à la sécurité sociale, quel que soit le statut administratif, leur permet « *d'avoir exactement le même suivi »*. De plus, le suivi en PMI donne la possibilité aux femmes en situation de précarité d'avoir un suivi global : « *d'avoir un suivi normal et d'être entendues »* confie Célia de la PMI.

Incontestablement, la prise en charge dans l'urgence est toujours effectuée, les professionnels de santé arrivent toujours à trouver une solution, même si les patientes n'ont pas les moyens financiers : « *on se débrouille tout le temps, même si elle n'a pas d'argent, on le fait » (*Agathe, sage-femme*).* Par exemple, les bilans sanguins sont réalisés grâce à des « *bons oranges »* procurés par l'assistance sociale : « *elles font leurs bilans gratuitement et on peut les enregistrer dans l'ordinateur, même si elles ne sont pas couvertes ».*

Cet argument est également retrouvé dans la revue de la littérature. Dans l'étude de Guinaudeau(43), les entretiens menés avec les professionnels de santé

montrent qu'il est compliqué de leur faire valoir la notion « *du traitement différentiel* ». En effet, ils prônent quasiment tous la « *certitude d'agir au mieux pour le bien des personnes* » affirmant « *le respect et l'égalité pour tous dans l'accès aux soins* ». Cette idée est également démontrée dans le mémoire de Léa Bachelier(46) : *« j'aborde chaque patiente de la même façon…il est vraiment méthodique et pour chaque patiente c'est le même »* affirme un gynécologue. En restant rigide sur des protocoles de soins standardisés où la femme enceinte migrante peut difficilement être assimilée complètement : *« ni le fonctionnement du système médical, ni les intervenants eux-mêmes ne sont remis en question »* selon Didier Fassin (22).

Or, cette prise en charge différentielle est démontrée par plusieurs observations. D'une part dans la pratique médicale des soignants, en effet, dans la formation médicale des professionnels de santé, certaines pathologies répertorient le facteur de risque « ethnique », lié aux origines (51). Néanmoins, les protocoles de *« terme ethnique* », « *a priori, les recommandations émises en décembre 2011 par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français devraient la faire régresser, voire cesser (CNGOF, 2011) »* (51).

Pour donner un exemple concret, dans les recommandations de la HAS de 2011, il y a une augmentation significative de la mortalité fœtale (≥ 20 semaines de gestation) lorsqu'il y a une obésité maternelle (IMC ≥ 30 kg/m2) en début de grossesse. L'odd ratio (degré de dépendance entre des variables) est ajusté avec plusieurs facteurs « l'âge maternel, l'ethnie, le tabagisme, un milieu social défavorisé » (52).

Ce facteur prétendu « à risque » est mentionné dans le discours d'un sage-femme de PMI : « *notre métier, notre suivi ne dépendent pas des ethnies (…) après qu'elles viennent d'un pays ou d'un autre, ça ne change pas* ». Puis, il complète de manière contradictoire « *peut-être que tu fais plus attention aux facteurs de risques selon les pays* » (Pierre, PMI).

D'après le dossier de Fassin « Santé, le traitement de la différence », l'anthropologue fait un constat sur les conséquences à nommer les étrangers comme « groupe à risque » : « *au sens d'un risque pour les autres (contamination potentielle) et d'un risque pour eux-mêmes (impossible intégration)* » (22).

Par conséquent, cela crée des changements de comportements des professionnels envers ces populations. En effet, à travers les discours de professionnels interviewés dans le mémoire de Léa Bachelier, l'étudiante sage-femme le démontre. Certains tests, comme celui de la drépanocytose, sont fait à toutes les patientes dites « *africaines* », sans forcément leur demander leur accord puisque qu'elles font parties des patientes à risque. De même, pour le test du VIH : « *les femmes africaines sont systématiquement soumises (à ce) test dans l'établissement où on exerce* » explique une gynécologue. « *Ce test n'est pourtant pas obligatoire »,* devant être *« réalisé après le consentement de la patiente* »(46).

Par conséquent, comme avance la chercheuse, sociologue Sauvegrain, le protocole de « *terme ethnique* » traduit finalement « *le franchissement d'un pas dans le processus de racisation des femmes puisqu'il concerne une population spécifique qui n'est désignée ni par l'ensemble des pays dont elle serait originaire ni par une maladie, mais par une couleur de peau « Noire »*(51).

Cela se traduit également dans certains discours de professionnels de santé, à travers les termes employés parfois déterminés par les images stéréotypées associées aux migrantes. Il est vrai que la catégorie « '*Africaine' est d'usage courant* », souvent opposée à la population « *caucasienne* » dans les protocoles (51). La catégorisation de femme « africaine » ne signifie pas grand-chose car le continent africain en fait le 3ème plus grand, recensant un millier d'ethnies et près de 2000 langues vivantes (53). Cet abus de langage se rajoute aux amalgames entre origine africaine et « *de couleur de peau Noire* ». Or, « *est-ce que la catégorie femme noire fait sens scientifiquement ?* » se questionne Léa Bachelier. La société dessine des traits de caractères pour construire « *une frontière de catégorisation* » en fonction de : « *leur culture, leur mode de vie, leur positionnement par rapport aux soins, éléments biologiques etc…* »(51).

Pour conclure cette partie analysant le traitement différentiel des femmes enceintes migrantes, plusieurs éléments montrent que le suivi de grossesse des femmes est difficilement similaire de par l'origine, les moyens financiers, l'histoire et les habitudes de vie etc…Par ailleurs, du fait d'une disparité physique, les professionnels dévoilent des comportements différents dans leur pratique

professionnelle. Prendre en compte les différences entre les patientes, sans les discriminer, est un équilibre à trouver, dont l'enjeu est une prise en charge optimale.

5.4 Financements et politiques publiques face à la réalité du terrain

Toutes ces difficultés analysées précédemment ont un point commun : le manque de moyens financiers. En effet, pour résumer quelques points : au niveau du logement, il n'y a pas d'ouverture de places d'hébergement supplémentaires. Au niveau du suivi social, une directive interdit l'accueil en MSD des personnes en situation irrégulière. Au niveau médical en PMI, il y a un déficit matériel (des dispositifs médicaux), échographique ou d'examens (test de la trisomie 21) pour les femmes enceintes en difficulté financière : *« elles n'ont pas les sous (…) elles n'auront pas les moyens de se le payer en ville »* (Alice, PMI). Au niveau des moyens humains pour assurer la prise en charge, à l'hôpital, ni le département, ni l'hôpital a accepté pour l'heure de (co)financer un poste permettant de prendre en charge ces femmes en situation de précarité *« ils ne sont pas prêts de payer ½ poste d'échographiste »* (Emma, sage-femme). De même pour le financement de moyens ou de personnels supplémentaires afin de pouvoir allonger le temps des consultations.

Cependant, les soignants prescrivent les mêmes ordonnances à toutes leurs patientes quel que soit leurs conditions socio-économiques. Une sage-femme de PMI a conscience que *:* « *si elles peuvent, elles achètent »*, « *certaines petites choses, il faut qu'elles payent »* (Julie, PMI). Un autre professionnel de PMI agit de la même façon, mais en prévenant ses patientes que cela va leur coûter de l'argent : « *si tu le prescrits en ville, il va falloir le payer (…) soit elles ne le font pas, soit elles le payent »* (*Pierre*, PMI).

Enfin, pour les associations, c'est le même schéma. Leur plus grande faiblesse est d'arriver à mettre en œuvre des projets d'accompagnement concrets : *« on n'arrive pas à mettre fin à nos accompagnements »* (Fabien, associatif). Ceci peut s'expliquer par une demande qui devient de plus en plus importante, sans apport financier supplémentaire : *« pour les aides alimentaires, c'est un vrai problème (…) on fait face à des demandes en constante augmentation »* (Tom, associatif) *; « il n'y a qu'à constater la grandeur des locaux, on ne peut accueillir tout le monde* » (Elisa, associatif).

D’après plusieurs acteurs associatifs, les problématiques citées ci-dessus découlent d’un manque d’investissement des pouvoirs publics et des politiques, qui ont tendance à exclure les populations migrantes de la société. Tout d’abord, au niveau administratif, certains associatifs soulignent que *« on leur met des bâtons dans les roues »* (Kim, associatif). Puis, les discours des politiques nationales penchent vers la *« criminalisation »* des populations étrangères. Une association a conscience que *« même moi qui travaille dans le social (…) qu’on le veuille ou non, on absorbe des informations erronées »* qui rendent *« hyper compliqué d’être impartial et bienveillant »* (Kim, associatif). Elle précise que le devenir des populations étrangères dépend des politiques migratoires qui octroient ou non une régularisation et par conséquent, les droits qui en découlent.

En pratique, cet accompagnement est chronophage, envahissant la prise en charge médicale. Une sage-femme souligne que si la prise en charge de la grossesse de ces femmes est médiocre, elles risquent de développer plus de pathologies et donc des jours d’hospitalisation supplémentaires, que ce soit en grossesses pathologiques ou en post-partum, en suites de couches. Alors même que le coût d’une journée d’hospitalisation pour une patiente est bien plus élevé qu’une journée de salaire d’un professionnel supplémentaire : « *on se l’est tapé une dizaine de jours pour un problème social à 1500 balles la nuit en maternité (…) et là ça ne pose de problème à personne de claquer 15 000 euros » (*Emma, sage-femme*).*

Effectivement, la restriction budgétaire des dispositifs et la complexité administrative d’acquérir un statut permettant de vivre légalement sur le territoire, coupent les migrants en situation irrégulière de certains services sociaux *; « ce n’est pas un caractère inné essentiel ni leur identité (en tant que migrantes) »* précise Kim, associatif.

Cette rupture s’ajoute à l’état de stress dû aux conditions socioéconomiques dans lequel les femmes demeurent à la suite du parcours migratoire. Cet état psychique ne peut s’apaiser dans les conditions d’accueil des pouvoirs publics *: « les pouvoirs publics ne mesurent pas (…) ; elles sont placardées dans des hébergements où pour certaines, il n’y a aucun accompagnement »* explique Fabien, associatif.

Néanmoins, lorsque les femmes migrantes sont encadrées par les associations ou les institutions sanitaires, elles sont souvent amenées à rencontrer

les services sociaux. Or, un membre associatif soulève que c'est *« hyper important d'avoir conscience de la violence de ce lien-là, c'est souvent très humiliant pour les personnes d'avoir recours aux services sociaux »* (Kim, associatif).

Les relations des politiques publiques face aux femmes migrantes, aux acteurs associatifs et aux professionnels de santé sont très délicates.

Il ne faut pas oublier que l'hôpital et les PMI font également partis des pouvoirs institutionnels. En effet, ils sont tiraillés par leur rôle de représenter l'institution publique, de suivre leurs consignes, tout en conservant leurs valeurs humaines de soignant appartenant au domaine moral, intellectuel et professionnel.

Cette problématique se présente dans un cas particulier auquel font face les sages-femmes hospitalières. Spécifiquement la nuit et le week-end, lorsqu'une femme en situation irrégulière se présente, sans logement, les soignants ne savent pas comment les orienter lorsque la femme enceinte n'a plus besoin de surveillance. En effet, l'assistante sociale et les cadres de services ne travaillent pas, ce qui rend les démarches et les décisions plus complexes *: « les sages-femmes sont complètement démunies parce qu'elles se sentent seules au monde devant ces patientes (…) elles ne savent pas où les amener »* (Maureen, sage-femme). Par conséquent, c'est la cadre de nuit qui prend la décision de les héberger pour la nuit ou non *: « les institutions, les gens de l'administration nous disent qu'elle n'a rien à faire là et c'est dehors » ; « humainement et éthiquement, c'est difficile de les mettre dehors donc ça, je dirais que c'est aussi une difficulté qu'on rencontre sur le versant soignant »* (Agathe, sage-femme). Elle ajoute une notion essentielle *« nous aussi on est là pour l'institution, on représente aussi la société et la société a ses limites ».* Cette double fonction aux responsabilités presque opposées est compliquée à gérer pour les professionnels de santé *« on a ce mauvais rôle des fois (…) derrière on a une institution et ça c'est une difficulté qui est quand même importante »* (Agathe, sage-femme).

5.4.1 Manque de formation, de moyens pour un accompagnement adapté

Glissement des tâches

Les discontinuités des politiques publiques en matière de prise en charge sociale des femmes enceintes migrantes donnent également lieu à un glissement

des tâches – entre les domaines public et citoyen et entre l'accompagnement social et sanitaire. Comme révèle un membre associatif *« s'ils faisaient leur boulot, on n'existerait même pas »* (Tom, associatif).

Selon une sage-femme de l'Archet II, il y a un « *glissement des tâches* » considérable dû à la suppression de postes *: « on aura retiré peut-être une ou deux psychologues dans l'année, une assistante sociale »* (Emma, sage-femme). Lorsqu'il y a moins de personnels, certaines tâches sont réalisées par d'autres. Pour les sages-femmes, le manque d'assistante sociale fait qu'elles sont amenées à s'en préoccuper d'avantage, sans formation complémentaire.

Par conséquent, le glissement des tâches, affectant les professionnels de santé, davantage confrontés à une prise en charge sociale, amène à la question de la formation requise pour assurer cette double tâche.

Points de vue des professionnels

La gestion des femmes enceintes migrantes est une prise en charge nouvelle, constamment actualisée et complexe pour les professionnels de santé et les membres des associations. En effet, les soignants n'ont pas eu de formation sur l'accompagnement social ou interculturel de leurs patientes. Une sage-femme explique : *« on n'a jamais été formé à ça, on ne peut pas jeter la pierre à des gens qui n'ont jamais été formés à ça. C'est quelque chose que j'ai appris cette année et en faisant partie des gens qui s'investissent dans le parcours migrants depuis des années »* (Emma, sage-femme). Elle constate que pour développer des compétences dans ce domaine, cela demande un investissement personnel pour se procurer les informations nécessaires.

Pour d'autres professionnels*, « ça ne fait pas partie de notre formation à la base (…) ce n'est pas mon travail de base », « nous on est obligé de faire le côté médical et en plus, de s'occuper du côté social donc c'est compliqué parce que moi je suis pas formée, je n'ai pas de réseau (…) c'est quand même leur boulot »* (Alice, PMI). Selon cette soignante, cet accompagnement ne devrait pas faire partie de son quotidien, cependant elle s'y sent *« obligée ».*

Pour Emma, sage-femme hospitalière, le suivi de grossesse global est censé être : *« médico-psycho-social »*. Cependant, l'accompagnement médico-psycho-social est dur à instaurer dans la mentalité des professionnels. Toutefois, pour cette

même sage-femme, la maïeutique et l'obstétrique sont des disciplines difficiles, demandant un investissement personnel physique et psychologique conséquent. Et aujourd'hui, elle constate un « *épuisement des équipes* ».

D'une part, les professionnels vivent des choses brutales « *ta profession, en soi est dure, c'est violent (…) dans le mois tu auras fait 2 morts fœtales, 3 interruptions médicales de grossesse, une hémorragie de la délivrance etc…*», « *il y a des moments où faut dire stop, ça s'apprend (…) il y a des moments où même si tu veux aller vers l'autre, moi je me suis déjà retrouvée à la maison en me disant, non je ne la rappelle pas, je suis au bout du rouleau* » (Emma, sage-femme*)*. Ce témoignage fort démontre que les conditions de travail actuelles des professionnels de santé, peuvent avoir un impact sur la qualité de la prise en charge médico-psycho-sociale.

D'autre part, lorsque l'on traite les problématiques des violences ou du parcours migratoire, l'accompagnement peut être lourd à porter d'un point de vue psychologique pour les soignants. Une des sages-femmes référentes VFF témoigne que « *des fois on ne va pas bien* », « *tu vas vivre dans la violence (…) dans la misère et je t'assure que de faire ça depuis 3 ans, c'est très difficile* ». Effectivement, dès que les soignants se heurtent à la thématique de la violence, « *tu vas devoir gérer (…) la misère sociale et ça fait mal* » (*Emma*, sage-femme).

Points de vue des acteurs associatifs

Par ailleurs, du point de vue des associations, il existe un manque de connaissances concernant le suivi recommandé d'une femme enceinte. Elles reçoivent de plus en plus de femmes enceintes migrantes et s'interrogent sur comment les accompagner au mieux. En effet, une association se demande si « *est-ce que nous on est les plus adapté, certainement pas* », « *on accompagne des familles avec des enfants et on n'est pas armé pour ça* » (Fabien, associatif).

De plus, selon une autre association niçoise, le manque d'accompagnement médico-social est un problème de santé publique, de part une difficulté d'accès aux moyens contraceptifs, pour que les femmes en situation irrégulière puissent contrôler le nombre de leurs grossesses. La situation relève d'un problème social général d'accès aux moyens de prévention contraceptifs. Cependant, les représentations négatives de l'opinion publique sur les femmes enceintes précarisées, influent celles

du membre de l'association: « *le problème déjà c'est d'aborder le sujet (…) sans avoir de jugement* », « *il y a un réflexe humain qui est que quand on voit quelqu'un qui est à la rue, qui est dans la misère, il y a réflexe humain de quelqu'un qui vit centré sur lui-même chez soi mais qui se dit mais pourquoi tu fais un gosse de plus alors que tu es dans la rue* » (Tom, associatif). Cependant, il aimerait former les membres de cette association à ces thématiques car « *ne pas en parler, ce n'est pas non plus aidant* ». Effectivement, il confie que les bénévoles ne se sentent pas de faire de la prévention à ce sujet, par manque de connaissances et de méthode d'approche. Ce alors que « *c'est l'approche qui est importante parce que déjà si vous avez l'approche que la contraception c'est le choix, ce n'est pas du tout pareil que de dire à quelqu'un, pourquoi t'as fait ça* ».

Cette question est intéressante car elle se rapproche des enjeux des politiques de santé publique, voulant améliorer la prévention des grossesses non désirées en diffusant plus largement les informations et les différentes méthodes contraceptives.

6 Les besoins rencontrés par les professionnels de santé et associatifs

Les acteurs prenant en charge les femmes enceintes migrantes sont face à de nombreuses problématiques, nécessitant des besoins conséquents. Effectivement, tant pour les professionnels de santé que pour les associatifs, ils sont déstabilisés par le fait de se confronter constamment à des profils différents. Les femmes enceintes ont des problématiques nouvelles et spécifiques en fonction de leur pays d'origine, de leur histoire de vie ainsi que de leurs conditions d'arrivée. Leur accompagnement en devient compliqué, demandant aux différents acteurs beaucoup d'énergie et de savoir-faire.

Une sage-femme hospitalière témoigne que : *« chaque nouvelle patiente a de nouvelles difficultés »* (Agathe, sage-femme). Selon elle, la grande diversité des problématiques rencontrées explique la difficulté d'établir un protocole standardisé, adapté à la prise en charge des femmes enceintes migrantes.

De plus, pour un intervenant associatif, cette situation engendre de la frustration car l'objectif principal de leur travail est d'orienter et de prendre en charge de manière globale les personnes rencontrées. Or, aujourd'hui, dans ces conditions de travail difficile, ceci devient complexe car il confie : *« il y en a de plus en plus »* (Fabien, associatif).

6.1 Outils pratiques

Répertoire des situations

L'augmentation du nombre des femmes enceintes en situation irrégulière au sein des associations, de l'hôpital et des PMI, déséquilibre leur organisation, de par leur accompagnement spécifique.

Ces derniers expriment le besoin de moyens pratiques comme un document, un prospectus, un protocole ou un poster qui répertorient les situations « *types* ». En effet, ils nécessitent des outils qui s'utilisent facilement, répondant à la question « *il y a telle problématique et je peux orienter vers tel acteur, mais un truc assez simple »,* insiste Tom, associatif. Une sage-femme hospitalière va dans le sens de cet associatif en précisant *« je suis sage-femme en consultation, il y a telle problématique qui remonte, qu'est-ce que je peux proposer ? »* (Agathe, sage-femme). Le but étant de proposer quelque chose qui soit en adéquation avec les conditions de travail des différents professionnels : « *ils vont avoir besoin de*

pratique, de pouvoir leur procurer un document écrit (…) dans telle situation, je fais quoi » complète la sage-femme de l'Archet II.

Enfin, pour une utilisation maximale, par le plus grand nombre de professionnels, cet outil devra respecter les besoins des soignés et des acteurs.

De plus, pour créer un lien avec les associations, une professionnelle hospitalière propose d'inventer un « *livret de bord* » pour que les soignants puissent faire un point sur le contexte socio-économique de la dame *« au niveau logement, matériel (…) vécu et problématiques rencontrées lors du trajet* » dans le but de retracer leur parcours. Selon elle, cela permettrait de *« creuser sur ces informations-là »* (Agathe, sage-femme). Cependant, elle souligne le fait de faire attention à la diffusion d'informations médicales dans ce *« livret de bord* ». Au vu du secret médical, elle ne pourrait pas informer les membres des associations sur l'état de santé de ses patientes, « *donc à voir au niveau de la loi, il faut rester dans les clous ».* Autrement, les professionnels pourraient uniquement *« écrire vu ce jour par sage-femme X en consultation ».*

Une soignante de PMI ajoute le besoin de créer une prise en charge « *spécifique », « un chemin balisé pour la prise en charge »* (Célia, PMI) pour faciliter les démarches et améliorer la continuité de leur accompagnement.

6.2 Outils d'anamnèse

Les professionnels de santé évoquent également dans leur discours une prise en charge chronophage des femmes enceintes migrantes. Un temps de consultation très court, la barrière de la langue, les conditions de vie sociale difficiles, rendent compliqués les consultations avec ces femmes.

Pour pallier à cela, et notamment au problème linguistique, plusieurs soignants souhaiteraient avoir un livret avec les questions « *types* » de l'anamnèse, les mots classiques de l'examen clinique etc…

Tout comme précédemment, les acteurs requièrent des dispositifs très pragmatiques, rationnels comme évoque Julie de la PMI : *« il faudrait peut-être une liste de certains mots ça serait pas mal comme : dernières règles combien d'enfants date de naissance parce que ça aussi même la date de naissance elle comprennent pas. Voilà quand on fait l'interrogatoire pour avoir quelque chose de très simple pour pouvoir perdre moins de temps ».*

6.3 Lisibilité et engagement des acteurs

Entre associations

Dans un second temps, d'après les propos des associatifs, la lisibilité et les engagements de chaque acteur social est à améliorer. En effet, comme présentés précédemment, les objectifs principaux des associations sont l'orientation et la prise en charge adéquate des femmes enceintes migrantes. Cette problématique les freine dans cette dynamique. Une association témoigne « *pouvoir orienter vers les dispositifs qui existent tout simplement »* (Fabien, associatif).

Effectivement, d'une part, les acteurs ne connaissent pas les missions des dispositifs mis en place et d'autre part, ils ne peuvent répertorier toutes les structures actrices de l'accompagnement de ces femmes, qui demeurent sur Nice. Une association justifie ce manque de connaissances par le fait qu'aujourd'hui, c'est dans l'ère du temps de créer des associations, sans communication vers celles déjà existantes : « *on aime bien créer des dispositifs, des machins et des trucs »* (Tom, associatif).

Par conséquent, les associations font toujours appel aux mêmes structures, sans diversifier leur réseau : *« le non-recours est hallucinant il y a beaucoup de éparpillement (…) parce que on ne connaît pas bien l'autre dispositif (…) plus souvent dans le secteur humanitaire il y a une déperdition d'énergie parce qu'on va faire son petit truc dans son coin »* affirme Tom.

Entre hôpital-PMI-Associations

De même dans les relations entre les associations et les professionnels de santé, il y a l'expression d'un besoin d'éclairer et de clarifier ce que propose chaque organisation. En effet, c'est surtout les PMI qui expriment une insatisfaction quant au manque de coordination entre les structures.

Pour un maïeuticien de PMI, cela demande de l'expérience et un effort personnel pour prendre conscience et connaissance des structures qui l'entourent. Si un document existait mettant en lien les acteurs, accessible à tous, cela lui faciliterait et le motiverait dans cette démarche : *« relier entre eux les professionnels, de savoir qui fait quoi, pour qui, à quel moment »* (Pierre, PMI). De plus, comme ce soignant travaille de manière isolée, il ne connait pas les relations de ses patientes avec les différentes associations. Selon lui, il faudrait donc un document papier qui résumerait

l'accompagnement des structures : *« tu n'as pas de lien par rapport à ce qu'elle a pu avoir ou ce qu'elle a pu dire ».*

Par ailleurs, une professionnelle de PMI désire un suivi personnalisé, par un membre d'association, pour accompagner ses patientes. C'est-à-dire, un accompagnement « *systématique »* aux consultations, par un acteur social. Cela permettrait « *un lien entre ici, l'hôpital »*, « *cela nous faciliterait la vie (…) »* (Margot, PMI).

6.4 Formation

Le manque de formation, décrit autant par les professionnels de santé que les acteurs associatifs, est facteur qui influence la complexité de la prise en charge des femmes enceintes migrantes.

Parentalité

En effet, selon tous les intervenants, les femmes enceintes en situation irrégulière auraient un manque d'éducation à la parentalité qui peut parfois perturber le lien mère-enfant. Or, les professionnels associatifs ne sont pas forcément formés non plus, comme en témoigne Fabien : *« je suis pas assez formé aux questions de la parentalité » ; « on devrait se former à tout en fait mais c'est compliqué ».*

Cette volonté d'être compétent dans de nombreux domaines peut être finalement utile au vu d'un glissement des tâches. En effet, cette préparation à la naissance et à la parentalité devrait être faite à l'hôpital ou en ville par des professionnels de santé comme l'appuie Fabien : *« la sage-femme est peut-être celle qui représente le professionnel de santé avec le plus la dimension humaine (…)j'ai l'impression de mon point de vu que vous êtes les plus adéquats à cet accompagnement. Je ne dis pas ça parce que tu es en face de moi ».*

A la suite de la discussion, ce travailleur social affirme qu'il serait pour une collaboration avec des soignants pour les sensibiliser à la question.

Prévention

Pour aller plus loin dans cette optique, un membre associatif fait également part d'une difficulté à mener leurs projets d'éducation à la santé et à la sexualité. Les équipes de cette structure ne savent pas comment aborder le sujet, les mettant dans une position de malaise comme confie l'interviewé :

« c'est plus notamment pour les tampons, il faut savoir comment ça marche mais je pense que dans leur culture il y en a beaucoup qui ne connaissent pas donc il faut qu'on fasse une action de prévention et d'information parce que c'est une vraie question (…) je sais que ce n'est pas mes bénévoles qui, à chaque fois qu'il y en a une qui prendra une boite de tampons, expliquera comment ça marche, non » (Tom, associatif).

6.5 Au niveau social

Les MSD

Sur le versant social, les sages-femmes de PMI sont dans la demande d'un meilleur accompagnement social des femmes enceintes migrantes.

Premièrement, le refus des assistantes sociales des MSD de recevoir les femmes enceintes étrangères, les mettent en grande difficulté. Ces professionnels voudraient avoir accès à une assistante sociale de leur structure pour améliorer et accélérer les démarches sociales. Une sage-femme proteste que « *ce n'est pas mon boulot » « il faudrait qu'il y ait quelqu'un au niveau social ne serait-ce que les recevoir pour les orienter correctement parce qu'encore une fois, ce n'est pas mon boulot » « au moins que le département autorise les AS (assistantes sociales) à les voir »* (Alice, PMI). Elle ajoute qu'il faudrait remédier aux conditions d'accès aux assistantes sociales des MSD « *en fait, elles doivent avoir un justificatif de domicile pour les voir donc si elles n'en ont pas, elle ne les reçoit pas ».*

Le logement

Deuxièmement, les femmes enceintes sont dans un état de vulnérabilité de par leur grossesse. Celles qui habitent dans les hébergements sociaux, ont des conditions de vie déplorables, ne permettant pas une bonne adaptation psychique à ce changement d'état.

Les professionnels ont besoin que leurs patientes aient un environnement favorable pour accueillir au mieux l'enfant à naître. Célia de la PMI souhaite des logements « *dignes »* avec cuisine, toilettes car « *quand tu viens d'accoucher, ce n'est pas simple ».*

De plus, lorsque ces femmes n'ont pas accès à un hébergement, cela handicape énormément les professionnels qui se retrouvent démunis face à cette situation. En effet, cela compromet leur devoir d'assurer le bien-être de leurs

patientes. Leur volonté est donc d'être davantage en relation avec les services qui proposent/trouvent des solutions d'hébergement « *autre que le Samu Social »*.

Globalement, l'analyse des différents besoins des acteurs nous révèle que ces derniers ont des demandes exigeantes et compliquées à moduler car la plupart concerne la responsabilité des institutions publiques. Cependant, il est important de répertorier les difficultés et contraintes de chaque acteur car certaines peuvent être résolues, notamment par le travail « ensemble », en réseau.

7 Les perspectives et les solutions envisagées

Face aux problématiques et aux besoins mentionnés précédemment, les professionnels élaborent des stratégies afin de pallier aux difficultés rencontrées. De plus, certains intervenants imaginent des solutions envisageables pour améliorer au mieux l'accompagnement des femmes enceintes en situation irrégulière.

7.1 Les projets d'accompagnement

Parentalité

Comme mentionné précédemment, la perception d'un manque d'éducation à la parentalité par les acteurs, suscite de nombreux questionnements.

De ce fait, l'association Habitat et Citoyenneté, en collaboration avec ALC les Lucioles, a monté un projet « *d'accueil mère-enfant* » proposant un soutien et une évaluation psychologiques des femmes enceintes ou ayant accouchées, dans le but d'améliorer les accompagnements. Un des membres de l'association décrit leur programme *« c'est un projet d'accueil mère-enfant avec une dimension de soutien psychologique. Donc nos locaux sont mis à disposition 2 journées par semaine. Il y a des psychologues psychanalystes, des psychologues cliniciennes qui prennent en charge les mères et les enfants (…) pour évaluer leur situation (…) Il y a des activités comme : yoga, ateliers cuisine ». Il insiste sur l'importance de ces ateliers multiculturels permettant aux femmes de s'intégrer et partager leurs coutumes »* (Fabien, associatif).

Accueil, écoute

Pour continuer dans les démarches d'amélioration de l'accompagnement des femmes enceintes migrantes en situation d'irrégularité, un associatif a pour objectif d'avenir de développer leurs ateliers « *d'accueil, écoute, orientation, réorientation »*. Effectivement, ils veulent élargir leurs champs d'actions à l'ensemble de la population : « *peu importe qui vient, même si ce n'est pas quelqu'un à la rue, c'est une personne qui vient, on écoute ce qu'elle a à nous dire, on écoute sa problématique et on essaie de l'orienter correctement »* (Tom, associatif).

Par ailleurs, pour une autre association, la définition d'accueil est imagée par « *laisser la porte ouverte »* de manière constante, même si l'association ne peut

répondre aux besoins de la personne, elle pourra toujours l'orienter : « *par contre, parfois on arrive au bout de ce que l'on pouvait proposer* » (Kim, associatif).

Matériel

Les femmes enceintes en situation irrégulière ont souvent peu de moyens matériels. C'est pourquoi, un certain nombre d'associations humanitaires proposent des produits pour les femmes et les enfants.

Secours Catholique est en train de créer un concept « *Tout beau, tout propre* » d'hygiène solidaire. L'association va acheter des produits en grande quantité pour les donner, aux personnes dans le besoin, deux fois par mois pour le moment. « *nous ce qu'on essaie, c'est d'avoir des produits pour les femmes, des produits pour les bébés et des produits pour les hommes, de type shampoing* » (Tom, associatif). Seule une participation symbolique de 2 euros est demandée.

De plus, à travers cette activité, ils vont essayer d'associer des actions de prévention, par des partenaires *« il faut qu'on trouve quelque chose d'adapté ce n'est pas évident ».*

D'autre part, au sein des PMI, les sages-femmes ont une réserve de médicaments à disposition pour les femmes en difficulté économique. Cependant, elle est de moins en moins fournie *« on a quand même certains médicaments qu'on va donner (…) on en a de moins en moins. Avant, on avait plus de pilule, de fer… mais ce qui est bien c'est qu'on a les vitamines de grossesse* » (Julie, PMI).

De plus, la PMI a également du matériel pour l'enfant à naître *« je leur donne des petits trucs pour les bébés, des dames nous donnent des petits vêtements qui ne vont plus pour leurs enfants et qui nous les amènent, on fait le tri et puis on donne aux personnes qui en ont besoin. Ça part vite hélas (…) j'en ai jamais beaucoup* » (Julie, PMI).

Ces biens permettent de diminuer les besoins matériels des femmes face à leur manque de moyens financiers, malgré qu'ils soient de plus en plus drastiques.

7.2 Meilleure prise en charge obstétricale

Les professionnels de santé rencontrent de nombreuses difficultés dans l'accompagnement des femmes enceintes en situation d'irrégularité. En effet, pour

corriger les conséquences que cela engendre, ils essaient de trouver des perspectives d'amélioration.

Anamnèse adaptée

Un associatif insiste sur une notion importante, les professionnels de santé ne peuvent envisager cette prise en charge tout seul. C'est pourquoi, le contenu de l'anamnèse est à développer, notamment pour orienter au mieux les patientes. Selon elle, la question des violences est primordiale à poser à toutes les femmes enceintes « *la question systématique de « avez-vous déjà subi des violences dans votre vie », on estime que tout professionnel de santé devrait poser la question »* (Kim, associatif). Plus spécifiquement, pour les femmes migrantes, il faut être attentif à trouver le juste milieu entre le fait de questionner la patiente sur son parcours de vie, tout en évitant de s'introduire dans leur intimité de manière trop brutale. La directrice de l'association propose des types d'interrogations comme « *dans le cadre du parcours migratoire, est-ce qu'il y a des choses, à votre avis, que je devrais savoir par rapport à votre grossesse »* ou encore « *est ce que vous voulez me raconter un petit peu comment ça s'est passé ».* Le professionnel doit toujours se demander de l'utilité des questions et des réponses, pour ne pas aller trop loin dans son interrogatoire « *oui, il y a des choses dont on a besoin. On a besoin de comprendre la situation du logement mais il faut se limiter à ce dont on a besoin* » (Kim, associatif).

En effet, ce sont des patientes qui sont amenées à raconter leur histoire de vie de manière répétée, lors de leurs démarches administratives, c'est un moment très violent pour elles, selon Kim, associatif *« re raconter son histoire est aussi très violent pour ces personnes et c'est aussi livré toute son intimité ».*

De ce fait, GSF a créé un dossier de grossesse pour les personnes qu'ils rencontrent lors de leurs actions humanitaires. Les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière gardent ce dossier et le présentent aux soignants qu'elles consultent. Cela améliore la continuité de l'accompagnement, permettant aux soignants de rebondir directement sur les éléments figurants dans leur dossier. De plus, les femmes n'ont plus à raconter à nouveau leur histoire dans les détails (54).

Entretien prénatal précoce

Dans de nombreux discours de professionnels de santé apparaît une difficulté d'identifier de manière précise l'environnement dans lequel vivent les femmes enceintes migrantes. En effet, cela se justifie par le fait que les soignants ne se renseignent pas sur le contexte de vie de ces femmes « *je ne pose pas beaucoup de questions sur leur parcours »* (Alice, PMI)*.*

Or, cette même sage-femme prend conscience qu'au moment des entretiens prénatals précoces, elle pourrait envisager de s'attarder davantage sur cela.
« *Pendant les EPP, c'est vrai que l'on pourrait essayer de leur demander leur parcours de vie ».*

L'objectif n'étant pas de réduire les femmes en situation irrégulière à leur parcours migratoire ni leur statut administratif, mais de déceler des besoins et des demandes spécifiques à prendre en compte.

Consultations spécifiques

Au sein de la maternité de l'Archet II, plusieurs projets sont mis en place ou sont en cours d'élaboration, pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes migrantes.

Dans un premier temps, comme présenté précédemment, deux sages-femmes ont mis en place une consultation « Violences Faites aux Femmes (VFF)» car elles ont pris conscience de l'importance de ce phénomène, qui s'exacerbait notamment pendant la grossesse.

Par conséquent, elles ont créé un large réseau composé d'associations, de juristes, de policiers pour développer l'accompagnement des femmes victimes. Lorsque les professionnels sont en contact avec des femmes migrantes, ils les orientent vers ces deux professionnelles car *« derrière, il y a une prise en charge que nous on n'arrive pas à faire par manque de temps et de barrière de la langue »* (Agathe, sage-femme).

Maureen, sage-femme de l'Archet II, justifie la nécessité d'avoir des sages-femmes dédiées à leur prise en charge car elles connaissent un réseau d'associations qui leur permet de les orienter au mieux *« comme moi en consultation, je vais les orienter vers l'assistante sociale de l'hôpital tandis qu'elles vont pouvoir avoir un lien avec toute une communauté et elle va vraiment la prendre dans sa globalité ».*

Dans cette dynamique, une sage-femme hospitalière veut créer un parcours de soins CHU-ville pour ces femmes en situation irrégulière. En effet, se restreindre à un protocole intra-hospitalier ne serait pas utile car : *« personne n'en a à faire »* confie-t-elle. Par conséquent, deux projets sont en cours d'élaboration.

Premièrement, cette sage-femme pense à aller faire des consultations de suivi de grossesse et de préparation à la naissance directement au sein des associations accueillants ces femmes. L'objectif est double. D'une part, se déplacer sur le terrain permet de toucher un public plus large et de réduire les situations où les femmes enceintes arrivent à l'hôpital au dernier moment, pour accoucher. D'autre part, ces consultations seraient basées sur du volontariat *« du bénévolat* » pour montrer aux institutions publiques *« qu'il y a une demande et un besoin et peut-être que l'on va réduire les hospitalisations ».* Finalement, si le suivi des femmes enceintes migrantes est balisé de manière plus concrète, hypothétiquement, cela engendrerait moins de suivis pathologiques ou d'hospitalisations dit *« d'hébergement ».*

Ce suivi libéral serait rapporté sur un document récapitulatif, traduit en plusieurs langue pour faciliter l'accès aux patientes *« il va falloir essayer de se trouver (…) les interprètes et dans le dialecte ».* De plus, elle ferait participer les femmes pour les rendre *« actives de leur suivi ».* Par exemple*, « tu parles français, est ce que tu peux traduire ce que je mets ».*

Deuxièmement, les cadres de l'hôpital de l'Archet II veulent créer un poste *« sage-femme référente réfugiés »* c'est-à-dire pour *« des gens qui sont dans la difficulté que ce soit administrative, émotionnelle, psychologique ou physique car tu sais qu'ils vont à un moment donné sortir un peu des rails »,* une *« sage-femme référente migrante »* (Agathe, sage-femme), pour faciliter ses démarches d'accompagnement et d'orientation.

Une professionnelle hospitalière explique que l'intitulé des consultations *« violences faites aux femmes »* est dépassé, car le terme *« violence »* est très large, englobant beaucoup de cas différents. Par conséquent, certaines référentes VFF deviendraient également *« référentes réfugiés »,* nécessitant des postes *« Sages-Femmes référentes »* supplémentaires pour pouvoir faire face à toutes les situations rencontrées.

Le rôle de ce professionnel référent sera de gérer les cas sociaux compliqués que ses confrères lui enverront *« j'ai une pochette police, une pochette sociale etc… ».* Elle va faire le lien entre les soignants, l'assistante sociale et les associations. Ce ne sera pas des consultations médicales : *« je vais faire de la gestion de cas », « on est juste une sage-femme d'écoute et d'orientation mais avec des bases en psycho trauma »* (Emma, sage-femme)*.* Une formation devra donc être imposée aux professionnels intéressés à cet engagement.

La revue de la littérature appuie l'efficacité de ce professionnel référent. En effet, dans certains établissements, ce poste est mis en place : « *référent de ce profil de patientes dans la région (Nancy) ».* Cet hôpital est composé de soignants formés à l'ouverture du dialogue avec des patientes n'ayant pas la même culture. Cette discipline a permis de prendre en charge autrement les patientes en situation irrégulière : « *J'ai appris à envisager que les patientes peuvent avoir leur propre interprétation quant aux actes médicaux, et aux événements*… ». Ils adaptent également leurs méthodes de consultations pour chaque patiente, en fonction des difficultés et des besoins : « *elle on la convoquait beaucoup plus souvent pour s'assurer qu'on ne la perde pas de vue étant donné qu'elle était enceinte et dans une situation délicate* » (46).

Néanmoins, cette formation pourrait convenir à chaque professionnel de santé car comme le défend le code de déontologie de la sage-femme : Article R.4127-305 du code de la santé publique :

« *La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant ».*

Développement professionnel continu

C'est pourquoi, deux sages-femmes référentes VFF de l'hôpital de l'Archet II, ont créé un développement professionnel continu pour former les professionnels de santé hospitaliers aux VFF. Cet enseignement existe depuis 2 ans, et 10-12 personnes participent à chaque séance.

Ces ateliers de formation se déroulent en deux temps : théorique et pratique. La partie théorique se compose d'un point sur l'interculturalité, un état des lieux sur les différents types de violences (sexiste, sexuelle, intrafamiliale, psychologique, au travail, verbale, cyberviolence, mutilation sexuelle, le parcours migratoire, le psycho-traumatisme).

Puis, le lendemain, il y a la partie pratique avec des cas cliniques, pour apprendre à dépister les situations de violences et à travailler en réseau. Des juges et agents de police interviennent et cette sage-femme référente aimerait faire évoluer le concept en ajoutant l'expérience des acteurs associatifs.

Enfin, ces deux référentes forment les professionnels à annoncer une hospitalisation à leurs patients, qui peut être prise comme une forme de violence : *« il faut qu'on prenne en compte qu'on peut avoir des gens complètement sidérés en face de nous, quand on va leur dire qu'on les hospitalise »* (Emma, sage-femme).

Depuis peu, cette formation s'est tournée vers les professionnels exerçants dans le service des « *IVG* ». Elle a pris toute son importance « *on est en train de se dire (…) on va proposer une consultation post-IVG avec nous pour refaire le point »* (Emma, sage-femme).

En outre, elles donnent des cours sur les « violences faites aux femmes » à l'école de sage-femme de Nice ainsi qu'à l'Institut de formation des soins infirmiers. Leur expérience est donc partagée amplement « *ce n'est pas que intramuros ».*

7.3 Améliorer l'accès aux soins

Pour continuer dans les perspectives d'amélioration de la prise en charge médico-psycho-sociale, au-delà des résultats d'analyse cette étude, l'association humanitaire Gynécologie Sans Frontière a développé une plateforme dans les camps du Nord de la France et à Paris-Ivry. Les objectifs sont multiples : faire le lien entre les camps de migrants et les structures sanitaires pour améliorer l'accès aux soins : « *faire l'interface entre elles et les professionnels de santé des centres hospitaliers de proximité ; en les accompagnant dans les établissements de santé pour la réalisation des actes et des consultations* »(55). Par ailleurs, les acteurs associatifs font de la prévention des grossesses non désirées (contraception, IVG etc…), des violences, du diagnostic de grossesses pathologiques ainsi qu'un soutien à la parentalité.

Pour ce faire, ils ont créé des outils pour faciliter cette prise en charge, notamment un kit de prise en charge des femmes exilées comprenant : « des fiches réflexes, protocoles à l'intention des bénévoles, lexiques et outils de traduction, certificats, attestations et ordonnances etc… ». Cet outil pourrait également être utilisé par les professionnels et associations niçoises.

L'essence même de ce projet est de prendre en charge globalement les personnes isolées du système, notamment les migrants vivants dans des conditions de vie socio-économiques défavorables.

Par ailleurs, « *GSF s'appuie de même sur des structures médicales déjà en place par le biais de partenariats » nous dévoile l'étude « suivi des femmes dans les camps de réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais* ». Cet extrait nous révèle le travail collaboratif de cette association qui a comme objectif de garantir un accès aux soins de qualité. Grace à leur réseau, ils établissent le lien manquant entre les dispositifs existants et les femmes exilées qui ne pouvaient en profiter.

Didier Fassin ajoute dans « Santé, le traitement de la différence » que les institutions de soins gratuits existants « *COMEDE, dispensaires d'hygiène mentale etc…* » et les associations humanitaires facilitent l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. De plus, des médecins ont également créé des centres de soins gratuits pour améliorer la problématique du manque d'accompagnement des personnes précaires : « *Remede, en 1984, mission France de Médecins du monde, en 1986, mission Solidarité France de Médecins sans frontières, en 1987, etc* » (22). Finalement, l'existante de ces structures prouvent une certaine dynamique pour faire face à ce manque d'accès aux structures sanitaires.

Pour conclure sur les perspectives d'amélioration, au vu des nombreuses difficultés rencontrées par les professionnels de santé et les acteurs associatifs, ces derniers sont amenés à trouver des solutions alternatives, comme témoigne le maïeuticien de PMI *« avec le système D, tu te débrouilles »* (Pierre PMI). En effet, ils doivent parfois détourner les directives des institutions publiques pour répondre aux besoins des femmes enceintes en situation irrégulière, notamment la nuit où *« elles n'ont pas forcément de solution. Mais ils vont à l'encontre du règlement »* (Agathe, sage-femme).

En réalité, sur le terrain, plusieurs soignants attestent se retrouver dans l'obligation d'agir pour assurer l'orientation et l'accompagnement de leurs patientes. Par exemple, une sage-femme de PMI s'est déjà vue faire des demandes de PAU avec l'aide d'une assistante sociale « *d'astreinte quand elle veut bien le faire avec moi »* (Alice, PMI). De même pour une autre professionnelle qui *a « déjà réussi à ce que l'assistante sociale fasse des bonds, parce que de temps en temps quand tu arrives à trouver quelqu'un qui arrive à détourner le truc ça marche »* (Célia, PMI).

Par conséquent, il ressort des discours des solutions en cours d'élaboration ou envisagées par les différents acteurs, afin de soulager et de réorganiser leur prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière.

Conclusion

L'hypothèse de départ, à l'origine de cette étude, est partie d'une observation sur le terrain, de discontinuités dans le parcours de soins des femmes enceintes migrantes dues à un manque de coordination des différents acteurs participant à leur accompagnement.

Ce travail de recherche a permis de mettre en lumière plusieurs thématiques importantes à prendre en compte pour comprendre les causes et les conséquences de ce constat initial.

En préambule, la place des femmes enceintes migrantes en situation irrégulière est complexe, mais importante pour mieux connaître les problématiques qui les touchent et qui peuvent expliquer certains de leurs choix, comportements et besoins. Ces femmes sont confrontées à de nombreuses formes de violences. Au cours de leur parcours migratoire, elles peuvent être exposées à de la violence lors du départ de leur pays d'origine, de la longue et dangereuse trajectoire de nombreux de leurs voyages ainsi que lors de l'arrivée en Europe puis en France. En effet, lorsqu'elles arrivent, leur statut social et économique, largement conditionné par le statut administratif obtenu, est souvent différent et notamment plus faible que celui qu'elles avaient dans leur pays d'origine.

Les femmes enceintes migrantes rencontrées par les professionnels de santé et associatifs interviewés sont majoritairement des femmes seules, avec des enfants ou enceintes, à un terme de grossesse avancé. Un accès aux soins limité en plus d'une éventuelle peur d'être dénoncées par les autorités, peuvent les amener à consulter tardivement.

Enfin, le profil psychique des femmes enceintes migrantes est soumis au processus d'intégration, les amenant à faire des choix identitaires complexes entre les habitudes du pays d'origine et celles du pays d'accueil ainsi qu'à travers les bouleversements psychiques dus à la grossesse, souhaitée ou non.

En face, la position du soignant n'est pas simple non plus. La pratique médicale du professionnel de santé est soumise à des protocoles standardisés ainsi qu'à une responsabilité professionnelle. Or, souvent, la prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière ne peut pas s'insérer facilement dans ces pratiques

standards de par la diversité de leurs situations, perturbant ainsi leur organisation habituelle. En outre, ils répondent à des contraintes institutionnelles mettant parfois les professionnels dans une position peu confortable, pouvant, dans certains cas, être en contradiction avec leurs propres convictions personnelles au regard des conditions sociales et sanitaires minimums pour de futures mères. De plus, l'épuisement des équipes dû aux conditions de travail de plus en plus rudes, est à prendre en compte. Cette « réalité » délicate devenant fréquente, nécessite d'être travaillée et améliorée afin de soulager leur travail d'accompagnement et de faciliter un suivi adéquat et continue aux femmes enceintes en situation irrégulière.

Cet état de déséquilibre professionnel, ajouté aux conditions socio-économiques et administratives précaires des femmes enceintes migrantes engendrent un traitement différentiel de leur grossesse : l'accès limité à certains examens, à certaines explications de par la prise de temps excessive que représente la prise en charge de ces problématiques et de l'accompagnement administratif et social.

Dans le maillage des dispositifs de prise en charge des femmes enceintes migrantes, les associations niçoises sont indispensables et déterminantes. Entre autres apports, leur travail d'accompagnement social, sanitaire et matériel est primordial.

Par conséquent, cette étude démontre le besoin d'une meilleure compréhension de l'écosystème de la femme enceinte migrante, de davantage de coordination entre les différents acteurs participant à leur prise en charge ainsi que davantage de formation relative à l'accompagnement interculturel.
J'espère que ce mémoire participera à une meilleure connaissance des dispositifs existants, des interactions entre eux ainsi qu'à la mise en place d'une approche plus globale et adaptée pour accueillir et accompagner les femmes enceintes migrantes arrivant à Nice.

Pour aller plus loin, donner la parole aux femmes enceintes en situation irrégulière d'origine différentes, sur leur vision du suivi proposé, la position des professionnels, les problématiques et les besoins rencontrés permettrait de proposer un parcours de soins adéquat. Pour cela, ce travail de recherche doit être poursuivi afin de pouvoir réaliser les solutions envisageaient par les différents acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Christine Catarino et Mirjana Morokvasic (directrice de recherche émérite au CNRS). Les femmes dans l'étude des migrations. Institutions, Femmes migrantes. 2005;21(1).

2. Cris Beauchemin, Catherine Borrel, Corinne Régnard. Les immigrés en France: en majorité des femmes. juill 2013;(502).

3. Corinne Régnard. Qu'est -ce que le regroupement familial ? [Internet]. Paris; 2007 p. 102-9. Disponible sur: https://www.histoire-immigration.fr/questions-contemporaines/politique-et-immigration/qu-est-ce-que-le-regroupement-familial

4. Georges OTHILY, Sénateur. Immigration clandestine : une réalité inacceptable, une réponse ferme, juste et humaine [Internet]. 2005 2006. Report No.: 300. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-1_mono.html

5. La Cimade. Qu'est-ce qu'un migrant ?

6. Départment des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Réfugiés et migrants définitions [Internet]. Disponible sur: https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions

7. Service-Public.fr. Droits du demandeur d'asile: soins, logement, aide financière.

8. Le président de la conférence KNUD LARSEN. Convention de Genève, relative au statut des réfugiés. 1951.

9. OMS. Constitution de l'OMS [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution

10. Planning Familial 34, Ligue des droits de l'Homme. Le 2ème sexe des demandeurs d'asile, Migration des femmes, Violences en tout genre. 2018.

11. Ralph Schor. Histoire de l'immigration en France de la fin du XIXe siècle à nos jours. 1996.

12. INSEE. Comment évolue la population étrangère et immigrée en France? 2019.

13. EuroStat. Statistiques sur la migration et la population migrante [Internet]. 2020. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/fr

14. INSEE. Les principales données de l'immigration en 2018. 2020 janv.

15. Ministre de l'Intérieur. Immigration dans les régions en 2015. Statistique publique; 2015.

16. Forum Réfugiés-Cosi. Rapport d'activité. 2018.

17. Yann Moulier-Boutang. Migrations, mondialisation, misère du monde ou misère des politiques migratoires ? 19 avr 2018;(N°70):7 à 12.

18. La langue française, dictionnaire. Définition de MISERE, subst féminin [Internet]. Disponible sur: https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-misere/

19. François Héran. Leçon inaugurale. Collège de France; 2018.

20. GISTI. Journée d'étude: Accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités. 2003 oct.

21. Amélie.fr. Aide médicale de l'Etat (AME): vos démarches [Internet]. Assurance Maladie. 2020. Disponible sur: https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame

22. Didier Fassin. Hommes et Migrations. Santé, le traitement de la différence. 2000.

23. Le Gouvernement. 20 décisions pour améliorer notre politique d'immigration, d'asile et d'intégration [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_sur_limmigration_et_lintegration_-_06.11.2019.pdf

24. Coordination scientifique. Populations migrantes: violences subies et accès aux soins. In Paris; 2019. p. 52.

25. Le Monde avec Médecins du Monde. 34 % des généralistes refusent des patients relevant de l'aide médicale d'Etat, selon Médecins du monde. 16 oct 2006;1.

26. Geneviève Imbert. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. 2010;(n°102):23 à 34.

27. Ministre des solidarités et de la santé. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

28. Défends ta citoyenneté, Emmaus Roya. Les Associations locales et nationales [Internet]. Disponible sur: https://defendstacitoyennete.fr/assos

29. Ketele et Roegiers. caractéristiques des trois types d'entretiens [Internet]. 1996. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm

30. Rémy C.Martin-Du-Pan. Revue médicale Suisse. 2009;5(227). Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-227/White-coat-hypertension-syndrome-de-l-hypertension-de-la-blouse-blanche

31. Pierre Paillé et Alex Mucchielli. L'analyse qualitatie en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin. 2016. (U). Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=9hN6DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=analyse+th%C3%A9matique&ots=NsFRvXBQ8h&sig=XwxfgFazX-

QiVRoATHMt_gOz-dM&redir_esc=y#v=onepage&q=%22analyse%20th%C3%A9matique%22&f=false

32. Mireille Blais, Ph.D; Stéphane Martineau, Ph.D. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Université du Québec à Trois-Rivières. 2006.

33. Acquisition de la nationalité française à raison de la naissance et de la résidence en France. Article 21-7 En savoir plus sur cet article... [Internet]. Légifrance.gouv.fr. 2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165743&cidTexte=LEGITEXT000006070721

34. ADATE. Les droits des demandeurs d'asile [Internet]. info droits étrangers. 2020. Disponible sur: http://www.info-droits-etrangers.org/sejourner-en-france/lasile/les-droits-des-demandeurs-dasile/

35. Fabrice Patez. les relations communautaires selon Max Weber. 2006.

36. Forum Réfugiés Cosi [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.forumrefugies.org/nos-actions/en-france/demandeurs-d-asile/premier-accueil

37. Habitat et Citoyenneté [Internet]. Disponible sur: http://www.habitatetcitoyennete.fr/

38. ALC les Lucioles [Internet]. Disponible sur: http://association-alc.net/frontblocks/navigation/contents.asp?ID_THESAURUS=72&ID_THESAURUS_NODES=1767&ID_THESAURUS_OBJECTS=34

39. Secours Catholique [Internet]. Disponible sur: http://alpesmaritimes.secours-catholique.org/

40. Fédération Nationale des CIDFF [Internet]. Disponible sur: http://www.infofemmes.com/v2/accueil.html

41. Médecins du Monde. Les femmes et les enfants [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/fr/populations/femmes-enfants

42. Natalie Benelli, Ellen Hertz, Christine Delphy, Christelle Hamel, Patricia Roux et Jules Falquet. De l'affaire du voile à l'imbrication du sexisme et racisme : le cas français. 2006;25:P. 4 à 11.

43. Guinaudeau F. Des naissances aux couleurs de l'Afrique. quelle communication entre les femmes d'Afrique subsaharienne et le personnel médical? Quel vécu de la maternité en terre étrangère? Nantes; 2011.

44. Manon Policella. De l'Afrique à la France: la maternité déracinée. 2017.

45. benoit bayle. L'enfant à naître, identité conceptionnelle et gestation psychique. ERES. 2005. 392 p. (la vie de l'enfant).

46. Bachelier L. Suivi médicalisé de grossesse des femmes issues de l'immigration d'Afrique sub-saharienne en France : Logiques interactionnelles et communicationnelles [Mémoire]. [Nice]: Master Sociologie des mobilités; 2019.

47. COGNET M.,SAUVEGRAIN P. Les soignants face aux migrants: représentation et pratiques cliniques. 2013;176.

48. Ministre chargé de la santé. Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. solidarités-santé.gouv. 2012. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

49. Service des politiques de l'autonomie. Maison Solidarité départementale [Internet]. Disponible sur: https://www.departement06.fr/solidarite-social/maisons-des-solidarites-departementales-2637.html

50. Alice Pavie et Ambroise Masson. Comment les normes sociale se construisent. Sociologie des « entrepreneurs de morale ». [Internet]. Vol. N°14. 2014. de 213 à 215. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2014-1-page-213.htm

51. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. Revue Européenne des Migrations internationnales. 2012;(Vol 28, N°2):21.

52. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. 2011 sept.

53. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Afrique [Internet]. 2020. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Afrique

54. Gynécologie Sans Frontières. Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et enfants exilés en France. Nantes; 2018 Aout p. 14.

55. GSF. Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et enfants exilés en France. 2018 Aout.

TABLE DES ANNEXES :

Annexe I : Descriptif des associations participant à l'étude et des PMI

Annexe II : Grilles d'entretien des professionnels de santé (hospitalier-PMI), associatif, des femmes enceintes en situation irrégulière

Annexe III : Liste des figures

ANNEXES I :

1 Descriptif des associations participant à l'étude

Forum réfugiés

L'association(36), créée en Février 2011, présente le statut consultatif auprès de l'ONU. Elle compte 420 salariés et 440 bénévoles. Leurs actions portent sur la défense des droits des personnes dites « vulnérables » comme les migrants, les victimes de traite des êtres humains, de violences sexuelles, de torture, les mineurs non accompagnés ainsi que les personnes en besoin de protection internationale.

Leur première action est d'assurer l'accueil, de trouver un hébergement. Ensuite, ils mettent en place un accompagnement administratif, juridique et social pour les demandeurs d'asile. Ils fournissent une domiciliation administrative à ceux qui n'ont pas pu obtenir d'hébergement stable.

De par leur réseau très large, notamment auprès des institutions (36), ils ont un champs d'actions important. Ils travaillent sur l'insertion professionnelle et l'accès à l'emploi pour optimiser l'intégration des réfugiés dans le système français. Pour la santé mentale des demandeurs d'asile, leur équipe pluridisciplinaire propose des consultations médicales, des thérapies, des séances de kinésithérapie, des ateliers d'art-thérapie et des actions de prévention.

Chaque démarche administrative entamée par l'association fait l'objet d'une explication précise auprès de la personne. L'association va les aider à chaque étape du parcours, dès le premier rendez-vous à la préfecture (en 10-15J), ils se rendent au GUDA (guichet unique pour demandeur d'asile) où ils rencontrent également l'OFII (office français de l'immigration et de l'intégration). Ce dispositif les informe de leurs droits et leur fait part des conditions matérielles d'accueil à savoir l'allocation pour demandeurs d'asile et un hébergement. De par l'augmentation des demandes, et l'absence de logement supplémentaire, les migrants retournent à Forum Réfugiés pour avoir une domiciliation postale.

Puis, ces derniers ont 21J pour constituer leur dossier de demande d'asile à l'OFPRA (office français de protection des réfugiés et des apatrides). Forum réfugiés s'engage donc dans l'élaboration du récit de vie, et du dossier administratif et l'envoie à Paris, à l'OFPRA. Une fois la demande d'asile déposée, l'OFPRA leur remet une attestation de demandeur d'asile qui leur permet de rester en France de manière légale. Elle est valable 1 mois.

Si la réponse ministérielle est négative, ils peuvent faire un recours, pour une unique deuxième chance. Cependant, si l'histoire du demandeur d'asile évolue, apportant des détails supplémentaires, l'association peut faire un réexamen du dossier « *là on recommence un peu à 0 donc avec un rendez-vous à la préfecture mais avec une procédure différente puisque c'est un réexamen où ils n'ont ni hébergement, ni les mêmes droits »* (Rose, associative)*.* Néanmoins, l'interviewée confie que leur chance est très faible.

Habitat et Citoyenneté

C'est une association (37) assez ancienne, qui porte ce nom en lien avec la protection initiale des habitants des HLM. En effet, ces derniers étaient surchargés de taxes dédiées) entretenir les locaux insalubres mais elles montaient quasiment à deux fois le prix du loyer. Cette structure a donc été créée pour les fédérer et « *aller en justice ensemble ».*

C'est une structure indépendante, sans subvention, financée par des dons, fonctionnant sur la base du bénévolat. « *c'est un choix qui nous permet une autonomie, pas toujours financière mais une autonomie de penser et d'actions »* (Elisa, associative)*.* Pour des raisons administratives, il y a deux personnes permanentes mais surtout de nombreux bénévoles. C'est un lieu phare où arrivent un nombre considérable de migrants, sans-papiers et de personnes exclues des services sociaux (souvent après être passé par Forum Réfugiés).

Les membres de cette association accompagnent donc ces derniers dans leurs démarches administratives et sociales, notamment pour les demandes d'asile et les aides au logement, par le biais du réseau militant. Ils aident les migrants à avoir accès à leurs droits en ayant recours à l'OFPRA-CNDA en faisant et traduisant des récits de vie pour constituer leur dossier de demande d'asile.

Ils mettent un point d'ordre sur la prise en charge des femmes victimes de violences, en situation de migration car leur nombre croit, représentant aujourd'hui 51% du nombre total des migrants.

Ils offrent également divers services : une domiciliation, en mettant à disposition une boîte aux lettres ; une épicerie solidaire où les produits initialement achetés à la banque populaire, sont revendus à très bas prix, parfois donnés ; une friperie pour enfant et puériculture est accessible ; des cours de français.

Toutes leurs actions s'orientent vers un travail en réseau avec une mise en lien permanente vers d'autres associations comme Resto du Cœur, Secours Catholique, CIDFF, Cimade, Coviam, Tremplin, Planning familial, secours populaire…

ALC les Lucioles

L'association (38) a été créée en 1958. De manière générale, c'est une association qui agit pour les personnes confrontées à des difficultés sociales, écartées ou exclues de la société. C'est une structure importante qui peut accueillir 250 personnes. Ce dispositif est financé par des fonds publics investis par les politiques publiques. C'est donc une structure où *« on a le droit d'être engagé et on est tous engagé ici mais on n'est pas dans la militance »* (Fabien, associatif).

Cette association propose un accompagnement social global « *l'accueil, la prise en charge de façon globale* ». Pour ce faire, le premier contact est fondamental. Le premier accueil se déroule sous la forme d'une évaluation de la situation. Cet état des lieux permet ensuite de mettre rapidement des *« des modalités d'accompagnement ou de réorientation ».* La question de la rapidité dans les démarches constitue un véritable enjeu, en ce : permet d'améliorer au mieux les conditions de vie des personnes.

Au niveau social, ils accompagnent les migrants dans les démarches administratives pour la demande d'asile et « *sur les tous petits droits qu'elles ont accès, on travaille la demande d'asile, sur le récit de vie, notamment le récit spécifique traite (car) on sait comment mettre en lumière la mécanique juridique ».*

De plus, ils cherchent des hébergements d'urgence, participent à la réinsertion professionnelle, proposent des activités culturelles et éducatives notamment sur la parentalité et la santé. De par l'arrivée croissante de familles et particulièrement de femmes enceintes accompagnées de très jeunes enfants, leurs missions se tournent aussi vers le domaine de la santé.

Concernant les enfants, les membres de l'association prennent connaissance de la situation grâce au carnet de santé (s'il y en a un) pour faire le relais avec leurs partenaires, notamment les PMI *« s'il y a un enfant Il est suivi en PMI ».*

De plus, leur travail de prévention et d'éducation à la santé est très important tant au niveau matériel qu'au niveau alimentaire où 2 fois par semaine, *« on fait des*

maraudes la nuit » à la rencontre des prostituées et plus largement, des personnes vivants dans la rue, *« en distribuant des boissons chaudes et à grignoter une petite douceur ».*

Secours Catholiques

C'est une association (39) qui a été créée en 1947 dans les Alpes Maritimes. Ce dispositif est assez indépendant car financé à 80% par des fonds privés via des dons et 10 % par des subventions des Alpes-Maritimes.

Elle compte plus de 700 bénévoles sur l'ensemble du département, dont 40 engagés sur le dispositif Urgence. Elle dispose de 2 centres d'accueil de jour à Nice.

Cette association comprend deux structures, le centre Rodhain et Le Tremplin, composées de 5 salariés animateurs, une secrétaire, un comptable, un directeur et 130 bénévoles.

Leurs activités sont organisées en fonction des besoins repérés sur le terrain par les bénévoles. Le centre Rodhain propose des aides alimentaires, petit déjeuner, douche, lave-linge, coiffeur. Il est aussi possible de prendre des cours de Français dans la semaine. C'est une structure qui peut accueillir entre 80-150 personnes.

Les activités du Tremplin sont assez semblables à celles de Rodhain à savoir : petit-déjeuner, douche, possibilité de laver le linge. Il y a également des cours de français et de langues étrangères trois jours par semaine. Ils accueillent entre 30 et 50 personnes par demie journée. Par ailleurs, pour les moins de 25 ans, sans domicile, une domiciliation est possible.

Pour aller plus loin, le Secours Catholique accompagne les personnes dans leurs démarches administratives. Dans un premier temps, ils évaluent « *leur vulnérabilité ».* Ils disposent d'un dossier d'accueil et de suivi où est conservé toutes les informations. Ils recherchent donc des solutions de logement d'urgence pour les plus fragilisés physiquement et/ou psychiquement « *si on les voit extrêmement fatigués, on va faire appel au dispositif de logement d'urgence (…) on essaye de se battre pour obtenir un hébergement »* (Tom, associatif). D'autre part, ils font attention à ce que les demandeurs d'asile reçoivent l'aide du demandeur d'asile « *parce qu'il y a tellement de personnes qui ont des problèmes avec le versement ».*

CIDFF

C’est une association (40) créée en 1972 à Paris. De nombreux centres se sont ouverts au niveau national et on en comptent 114 aujourd’hui. Ils contribuent à l’évolution des droits des femmes, des familles et des étrangers sur les demandes de régularisation. La structure niçoise est petite, avec 11 salariés et sans bénévole. Elle fait partie d’une Fédération nationale, agréée d’état. Elle est donc financée par des fonds publics.

Ils possèdent de nombreuses permanences à Nice comme à ALC les Lucioles (le mardi de 13h à 17h et le mercredi de 9h à 12h), à Abri Cotier (le mardi de 9h à 12h), au centre social la Ruche (vendredi de 9h à 12h) etc… Les conditions d’accès sont très simples : gratuité, confidentialité, anonymisation, sans dossier *« on n'a pas d'identité, on n'a pas de dossier, on a rien ».*

Des juristes font des permanences dans 18 lieux entre Valbonne et Menton : « *On est spécialisé dans l'accueil des femmes victimes de violence sexiste sexuelle et dans le cadre de violences conjugales en particulier* » (Kim, associatif). Des juristes consultent également à l’hôpital de l’Archet II, deux fois par semaine le lundi et le jeudi après-midi, en collaboration avec les deux sages-femmes référentes des violences faites aux femmes**.**

De plus, ils font des permanences psychologiques à l’aide de deux psychologues, uniquement pour les personnes victimes de violence. Elles sont destinées aux adultes et aux enfants, plutôt à partir de 3 ans, car c’est la PMI qui s’occupe des plus jeunes. Il y a une condition pour pouvoir prendre en charge des enfants : « *on n’accompagne pas un enfant si la mère n'est pas accompagnée (…) cela pourrait même le mettre en danger »* (Kim, associatif) car ils parlent beaucoup et prennent vite conscience des situations.

Si une femme est victime de violence conjugale, le CIDFF fait des demandes de logement à la préfecture. Ils n’ont jamais eu de refus *« quel que soit le statut administratif, en situation irrégulière, déboutée, si elle est victime de violence conjugale, elle est prioritaire sur le logement »* (Kim, associatif)*.*

Présentation de l'accompagnement en PMI

La sage-femme est le premier maillon de la chaîne de la prise en charge des femmes enceintes en PMI « *dans un premier temps, le premier relai, c'est la sage-femme » (*Pierre, PMI*).* Il est vrai que ce professionnel de santé s'occupe des suivis de grossesse, des entretiens prénataux, des cours de préparation à la naissance et des visites à domicile pré et/ou post natales.

Dans certaines PMI, il y a un gynécologue ou un médecin généraliste qui consulte pour des suivis de grossesse et de la planification (consultations gynécologiques).

Les prises de sang pour les bilans biologiques de contrôle sont généralement effectuées par une infirmière.

De plus, il y a des auxiliaires et/ou infirmières puéricultrices qui font des visites à domicile pré ou post natales, s'il y a un besoin d'accompagnement par rapport à l'enfant à venir ou le nouveau-né « *suivis des pesées », « assistantes maternelles », « informations préoccupantes ».*

Leur prise en charge est complémentaire à celle du pédiatre qui fait du suivi vaccinal, des consultations mensuelles etc...

Par ailleurs, dans chaque PMI, il doit y avoir un psychologue qui consulte. Le maïeuticien de la PMI de Riquier confie que pour les personnes en situation de migration, ce suivi psychologique est d'autant plus important *« quand ils partent des pays là-bas, il y a des viols et des trucs horribles », « après ici, si tu ne prends même pas en charge du point de vue psychologique, tu te dis que tu passes à côté de quelque chose ».*

Enfin, une autre mission « *qui sort un peu du cadre de la PMI »* au niveau social, en collaboration avec les MSD *« avec toutes les assistantes sociales, les démarches, les aides alimentaires, les hébergements ».*

Toutes les PMI ne sont pas semblables :

Malgré le fait que les actions et missions des PMI niçoises soient similaires, les sages-femmes peuvent avoir des compétences/formations complémentaires, pouvant offrir d'autres propositions d'accompagnement aux femmes enceintes et aux familles. Par exemple, une sage-femme de PMI est « *en cours de certification pour le massage bébé ».* Un autre soignant propose des cours de préparation à la naissance

« en piscine ». De plus, il y en a une autre qui fait de la sophrologie puis une référente des liaisons PMI-Hôpital et D3P.

ANNEXE II : Grilles d'entretien

1. Pour les professionnels de santé hospitaliers / PMI

Bonjour, je me présente, je m'appelle Pauline ESCHAPASSE, étudiante sage-femme en 4ème année. Je vais vous parler rapidement de mon projet de recherche..

- Depuis combien d'années vous occupez-vous/ rencontrez-vous des femmes enceintes migrantes en situation irrégulière ?
- Avez-vous repéré une évolution, des changements au niveau du type de population ? dans leur prise en charge ? Si oui, nécessitez-vous des besoins différents ?
- Avec votre expérience, les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière présentent-elles des spécificités par rapport aux autres femmes de culture étrangère à la leur ?
- Rencontrez-vous des difficultés particulières lors de vos consultations avec les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière ? Si oui lesquelles ?

S'ils demandent quel genre de difficultés, je pourrais les aiguiller : difficultés de prise en charge, de communication (barrière linguistique), de cultures différentes (relation homme-femme, lien mère-enfant par exemple), au niveau administratif, au niveau de leur statut social, au niveau de l'administration de l'hôpital, des protocoles de l'hôpital, du manque de connaissances à ce sujet ? etc…

- D'accord, donc pour résumer, vous me dites que ….*(Reformulation de leur discours pour validation)*
- Avez-vous repéré des couples ayant des problématiques différentes ? Différenciez-vous des catégories de personnes en fonction de leur situation ?
  Avez-vous noté des similitudes entre certaines femmes ?
  Si oui lesquelles ?

- Très bien, donc pour reprendre vos propos, vous me dites que…*(Reformulation de leur discours pour validation)*
- Pouvez-vous me décrire vos démarches pour faire face à vos problématiques ? *Quels outils et quels moyens utilisez-vous pour faire face à vos problématiques ? Vers qui vous tournez-vous pour faire face à vos difficultés ? Quels sont les acteurs les plus sollicités lorsque vous rencontrez un problème de ce genre ?*

- Avez-vous des difficultés à travailler, communiquer avec vos confrères de l'hôpital ? avec les acteurs sollicités ? *Si oui, lesquelles et pour quelles raisons ?*
- Pour vous, qu'est ce qui serait le plus urgent à modifier ou à imaginer pour améliorer cet accueil et cette prise en charge Et pour faciliter vos démarches en consultation ? *Une meilleure organisation ? un protocole précis ? d'autres moyens de communication ?*

2. Pour les femmes enceintes en situation irrégulière

Bonjour, je me présente, je m'appelle Pauline ESCHAPASSE, étudiante Sage-Femme. Dans le cadre de mes études, j'effectue un travail de recherche. Mon sujet est la prise en charge des femmes enceintes exilées.

I. **Le parcours migratoire :**

- Pouvez-vous me parler de votre parcours migratoire ?
- D'où venez - vous ? Par quels moyens êtes-vous arrivée en France *? Etiez-vous entourée ou avez-vous voyagé seule ? Depuis combien de temps êtes-vous sur le territoire ? Pour quelles raisons êtes-vous partie de votre pays d'origine ?*
- Pouvez-vous me raconter l'histoire de cette grossesse *? Etes-vous tombée enceinte avant, pendant ou après votre périple ? Quelle est la place du père dans cette grossesse ? Était-ce une grossesse désirée ?*
- Traditionnellement, dans votre famille ou dans votre pays, comment une femme enceinte est-elle prise en charge ?*Avez-vous déjà vécu des expériences autour de la grossesse chez vous ? Pouvez-vous me raconter ?*

II. Le parcours de soins :

- Pouvez-vous me parler de la manière dont vous avez vécu votre grossesse (dans ce contexte particulier) *? Comment avez-vous vécu le fait de tomber enceinte ? votre grossesse ? Quels ont été les effets de cette grossesse sur vous, au niveau psychologique et physique ?*

III. **Les difficultés rencontrées dans ce parcours de soins :**

- Quels ont été vos besoins face à cette grossesse, en arrivant sur le territoire ? *Avez-vous trouvé des acteurs répondant à vos problèmes ? lesquels ? Comment ont-ils subvenus à vos besoins ? Était-ce ce que vous espériez ? Avez-vous rencontré des problèmes au niveau administratif ? économique ? Ressentiez-vous des besoins complémentaires non satisfaits à la fin d'une consultation ?*
- Pouvez-vous me décrire vos relations avec les professionnels de santé *? Les informations délivrées étaient-elles difficiles à comprendre ? angoissantes ?Certaines pratiques vous ont-elles surprises ? Si oui lesquelles et pourquoi ? Vous êtes-vous sentie entourée, en confiance ? comprise ? avez-vous mémorisé tout ce qu'ils vous ont dit ? Est-ce que le genre du professionnel (masculin ou féminin) est-il important pour vous ?*

IV. Pour aller plus loin :

- Pouvez-vous me parler de ce qui a été le plus angoissant pendant cette grossesse ?
- Selon vous, qu'est-ce qui est le plus urgent à améliorer dans votre prise en charge ?

Conclusion :

- Avez-vous des choses à rajouter ?
- Selon vous, dans tout ce que l'on s'est dit, qu'est-ce qui vous a paru le plus important ?
- Voulez-vous attirer mon attention sur quelque chose en particulier ?

3. Pour les associations prenant en charge les femmes migrantes

I. Description générale de l'association et de ses missions

- Pouvez-vous me décrire l'organisation de votre association ?
- Pouvez-vous me décrire les démarches que vous entreprenez pour prendre en charge les femmes enceintes migrantes ?
- Avez-vous établi des protocoles ? *Avez-vous des professionnels de santé au sein de l'association ? Quels sont les moyens à disposition pour les prendre en charge ?*

II. Relations des associations avec les acteurs externes ?

- Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos partenariats extérieurs qui complètent votre prise en charge ? *Vers quels acteurs vous tournez-vous pour prendre en charge ces femmes ? l'hôpital, les PMI, des professionnels libéraux ? d'autres associations, des connaissances… ?*
- Quelles sont vos relations avec le pôle mère-enfant de l'hôpital de l'Archet II ? *L'hôpital connaît-il votre association ? Auprès de quels professionnels de santé avez-vous (le plus) affaire ? Etes-vous bien reçu, entendu, compris ? Comprenez-vous les informations délivrées par les professionnels de santé ? Arrive-t-il que ce soit l'hôpital qui prenne contacte avec votre association pour orienter leurs patientes ?*
- Quelle est votre place, votre rôle, lorsque vous accompagnez une femme à un rendez-vous ou aux urgences ? *Comment vous positionnez-vous entre la femme enceinte et le professionnel de santé ?*

III. Relation/prise en charge de l'association envers les femmes enceintes migrantes

- Pouvez-vous me décrire vos relations avec ces femmes ? *Quelle relation les femmes veulent entretenir avec vous ? Se confient-elles ? Quelles sont les principales attentes/demandes de ces femmes envers vous ? Dans quel état physique et psychique sont les femmes migrantes qui arrivent chez vous ? Les demandes sont-elles différentes en fonction de leur situation personnelle et/ou leur pays d'origine ?*

IV. Les problèmes, les besoins

- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces femmes ? *Vous êtes-vous heurté à des problématiques particulières ?*

- Quels sont vos besoins face à la prise en charge des femmes enceintes ?
- Quels sont vos besoins face aux autres acteurs ?

V. Les solutions

- Avez-vous imaginé des solutions envisageables pour améliorer la prise en charge de ces femmes ?
- Selon vous, quelle est la chose à modifier en premier ?

Conclusion

- Dans tout ce que l'on s'est dit, qu'est-ce qui a été le plus important pour vous ?
- Voulez-vous porter mon attention sur quelque chose en particulier ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

ANNEXE III : Liste des figures

- Figure 1 : Nombre absolu de demandes d'asile et de décisions positives, François Héran, Collège de France, 2018
- Figure 2 : Protection accordée aux demandeurs d'asile : nombre de décisions positives par millions d'habitants, François Héran, Collège de France, 2018.
- Figure 3 : Le nombre absolu de migrant progresse dans le monde, mais la proportion reste faible, François Héran, Collège de France, 2018.
- Figure 4 : France 2005-2016, immigration non européenne, François Héran, Collège de France, 2018.

- Tableau I : Informations pratiques des associations interviewées

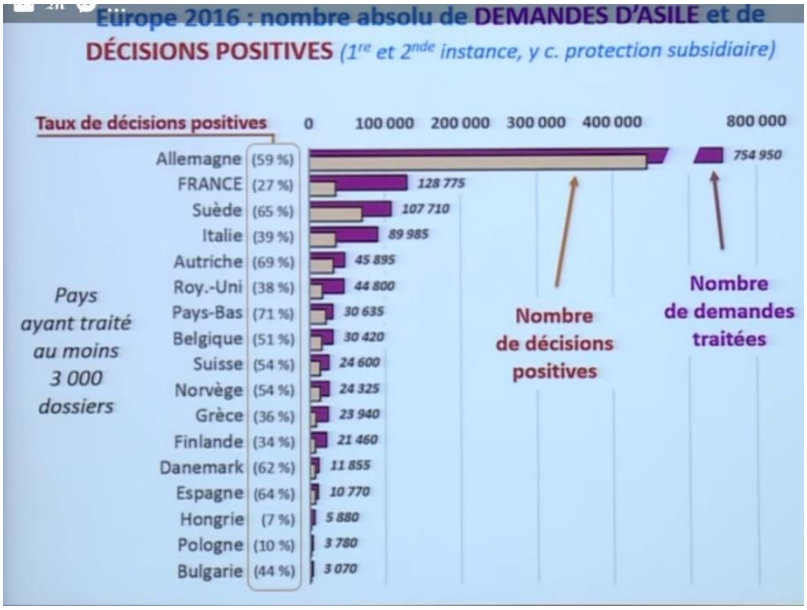

Figure 1 :

Nombre absolu de demandes d'asile et de décisions positives, François Héran, Collège de France, 2018. Calcul personnel sur des données d'Eurostat.

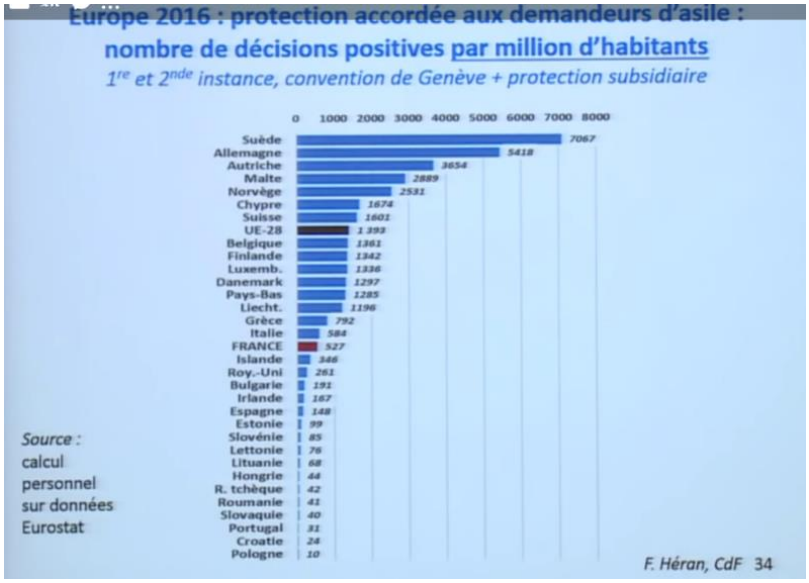

Figure 2 :

Protection accordée aux demandeurs d'asile, François Héran, Collège de France, 2018. Calcul personnel sur des données d'Eurostat.

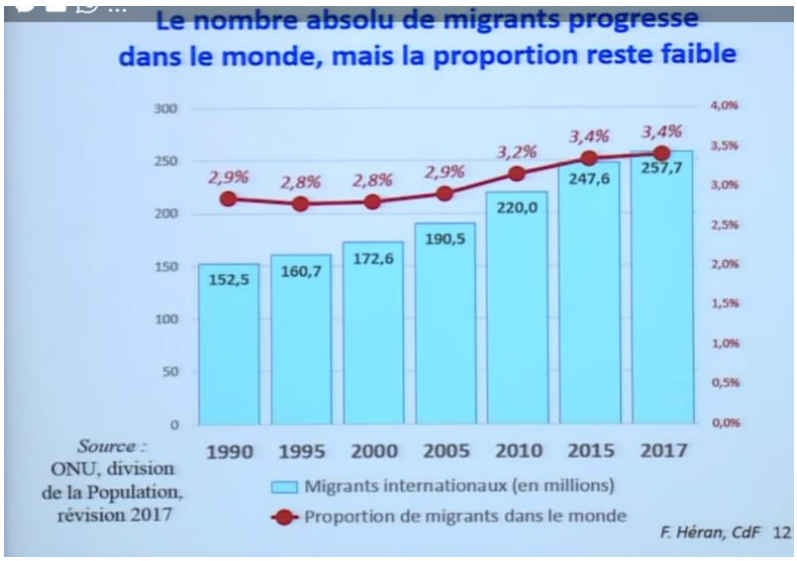

Figure 3 :

Le nombre absolu de migrant progresse dans le monde, mais la proportion reste faible, François Héran, Collège de France, 2018

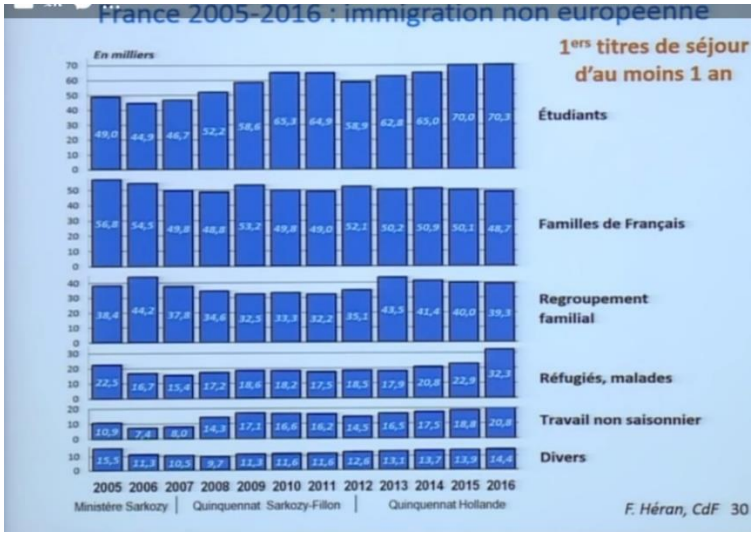

Figure 4 :

France 2005-2016, immigration non européenne, François Héran, Collège de France, 2018.

Tableau I : Informations pratiques des associations interviewées

INFORMATIONS PRATIQUES DES ASSOCIATIONS INTERVIEWEES			
Associations	**Horaires**	**Contacts**	**Services**
Forum Réfugiés 111 Boulevard de la Madeleine, 06000 Nice	Enregistrement au pré-GUDA : Lundi, mercredi et jeudi de 9h-12h et 14h-17h Mardi 9h-12h Vendredi de 9h-12h et 14h-16h30 Entretiens asile, santé, social (sur rendez-vous) : mêmes horaires. Accueil, informations, orientation, retrait du courrier : du lundi au vendredi de 9h-11h00.	TEL : +33[0]4 97 25 46 30	- Domiciliation postale - Aide à trouver un hébergement - Accompagnement dans les démarches de demande d'asile : juridique, social, récit de vie - Ouverture des droits : inscription à l'école, cantine, sécurité sociale - Consultations médicales, thérapies, prévention sanitaire - Insertion professionnelle et aide à l'accès aux emplois
Habitat et Citoyenneté 28 rue Dabray 06100 Nice	Permanences d'accès aux droits des étrangers : mardi et vendredi de 9h30-12h30 et 14h30-17h30. Epicerie solidaire : mercredi et vendredi de 9h-12h30 et 14h30-17h30. Thérapie psychologique (uniquement sur rendez-vous) : le lundi de 8h30 à 17h. Permanence du réseau éducation sans frontière : le vendredi de 14h30 à 18h30. Cours de Français : le mardi de 14h30-16h et le jeudi : de 10h à 11h30.	TEL : 09 53 14 66 86	- Accompagnement dans les démarches administratives de demande d'asile - Aides au logement - Domiciliation postale - Epicerie solidaire - Friperie pour enfant, puériculture - Cours de français
ALC les Lucioles 28 boulevard Joseph Garnier 06100, Nice	Accueil de jour qui est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h.	TEL : 0493371209	- Evaluation, accompagnement, réorientation sociale et sanitaire - Démarches administratives des demandes d'asile - Aide à trouver des hébergements d'urgence - Maraudes de nuits pour offrir à boire et manger - Réinsertion professionnelle - Activités culturelles et éducative à la parentalité et à la santé
CIDFF 33 avenue Jean Médecin Bat. B 06200 Nice.	Du lundi au vendredi de 8h30 - 12h15 et 13h00 - 17h00	TEL : 04 93 71 55 69	- Permanences de juristes pour les femmes victimes de violences (sexuelles, conjugales). - Permanences psychologiques - Demande de logement pour les femmes victimes de violences - Formations pour les professionnels : prévention, repérage des victimes de violences - Insertion professionnelle (équivalences diplôme étranger)
Secours Catholiques : 2 centres : « Rodhain » au 23 rue Paganini 06000 NICE « Le Tremplin », 3 rue Rouget de l'Isle 06000 NICE		Tel : Rodhain : 04 93 87 06 90 / Tremplin : 04 93 62 00 98	Jean Rodhain : destiné aux personnes sans domicile fixe, de plus de 30 ans, en errance, ou en rupture sociale. Le « Tremplin » : s'adresse aux jeunes de moins de 30 ans en rupture sociale et familiale. - Démarches administratives aux demandes d'asile - Aide au logement d'urgence - Divers : aides alimentaires, petit déjeuner, douche, lave-linge, coiffeur, cours de Français

Résumé

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS FACULTE DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

Titre : Les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière, les enjeux d'une prise en charge plus adaptée.
Mots clés : grossesse – migrante – parcours de soins – réseaux – accompagnement
Résumé :
Objectifs : Alors qu'elles représentent 51% des immigrés en France, les femmes migrantes ont été pendant longtemps ignorées par la recherche scientifique. Les professionnels de santé et associatifs, qui ont participé à cette étude, ont des difficultés et des discordances dans leur prise en charge sanitaire et sociale des femmes enceintes en situation irrégulière. Ce travail a pour objectif de comprendre les différents profils de ces femmes, d'identifier les acteurs impliqués dans leur accompagnement de grossesse ainsi que les problématiques, les besoins et les solutions envisagées relatifs à leur prise en charge, ceci, afin de la rendre plus adaptée et continue.
Méthode : Cette étude qualitative, par entretiens semi-directifs, a été réalisée à Nice, en Région PACA qui est la 2ème en nombre d'immigrés. Quatre catégories de personnes ont été interviewées (sages-femmes hospitalières et territoriales, associatifs, femmes enceintes migrantes) à l'aide de guides d'entretiens élaborés à partir de thématiques générales en lien avec l'objectif principal. Le codage des données a été traité selon la méthode d'analyse thématique.
Résultats : Les professionnels de santé et associatifs décrivent leurs actions, leurs difficultés sur la prise en charge des femmes enceintes migrantes en situation irrégulière, ainsi qu'une diversité de profils culturels et socio-économiques souvent défavorables et largement induits par leur statut administratif. Ils soulignent que leur formation, leur temps de consultation limité et les protocoles standardisés ne leur permettent pas d'accompagner ces femmes de manière optimale.
Conclusion : Il ressort de cette étude des propositions concrètes afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes, notamment en lien avec les institutions publiques, ou par le biais de réseaux d'accompagnements sanitaires et sociaux ou par la création d'outils pratiques mis à disposition des différents acteurs. Leur mise en place permettrait de comprendre au mieux la complexité et la diversité des situations, de soulager la prise en charge des professionnels et d'améliorer l'articulation et l'utilisation du réseau d'accompagnement.

Title : The challenges of delivering more appropriate healthcare to, pregnant, undocumented migrant women.
Key words: pregnancy – migrant women – care pathway – network – accompanying
Abstract:
Introduction: Despite the fact they represent 51% of migrants in France, women have long been ignored by scientific research on this subject. Health professionals and association members participating in this study have raised the difficulties and inconsistencies in the social and medical care administered to pregnant, undocumented migrant women. The purpose of this study is to identify the different profiles of these women, to identify stakeholders involved in health and social care during their pregnancy as well as the challenges, needs and potential solutions to ensure the delivery of suitable and sustainable healthcare.
Method: This qualitative study, using semi-structured interviews, was carried out in Nice in the PACA region of France which is ranked second in terms of the number of migrants in the country. Interviews were conducted with four types of respondent: (hospital and PMI midwives, association members and pregnant migrant women) using interview guides covering the principle themes related to the study's main objective. Data have been coded using a thematic analysis method.
Results: Health professionals and association members describe their missions, their difficulties concerning the health care of pregnant, undocumented migrant women, the diversity of cultural and socio-economic profiles encountered and the adverse economic conditions of these women due in part to their administrative status. Professionals point out that their training, the limited consulting time and standardized protocols prevent them from offering optimal support to pregnant migrant women. This study delivers concrete proposals for improving the health care of these women, particularly in connection with public institutions, through health and socio-medical networks, or through the creation and delivery of practical tools to professionals. Such action could provide a better understanding of complex and diverse situations, reduce part of these professionals' workload and improve interaction and coordination of the support network.