



HAL
open science

Freins à l'observance du suivi de grossesse des femmes en errance migratoire : point de vue des professionnels de la santé et du social

Naomi Sicard

► To cite this version:

Naomi Sicard. Freins à l'observance du suivi de grossesse des femmes en errance migratoire : point de vue des professionnels de la santé et du social. Gynécologie et obstétrique. 2024. dumas-04677771

HAL Id: dumas-04677771

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04677771v1>

Submitted on 26 Aug 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Année : 2024

**FREINS À L'OBSERVANCE DU SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES EN ERRANCE
MIGRATOIRE : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU
SOCIAL**

**MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Par Mme Naomi SICARD

[Données à caractère personnel]

**MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE**

Le 06/06/2024

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme Delphine SAVOY

Membres :

M. le Pr Thierry MICHY (vice-président)

Mme Héléna REVIL (directrice de mémoire)

M. Lionel DI MARCO (co-directeur de mémoire)

Mme Christelle MOREON GOGNIAT

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

FREINS A L'OBSERVANCE DU SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES EN ERRANCE MIGRATOIRE : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

Résumé

Objectifs : Etudier les freins à l'observance du suivi de grossesse des femmes migrantes en situation de précarité.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels accompagnant des femmes migrantes : sage-femmes, médiatrices en santé, assistante sociale. Une grille d'entretien a permis de recueillir les données, puis les entretiens ont été retranscrits et analysés.

Résultats : Le contexte de vie a un fort impact sur l'observance du suivi de grossesse. La précarité, les contraintes administratives et le contexte familial réduisent la disponibilité des femmes pour leur suivi. L'impact psychologique de leurs conditions de vie constitue également un frein à l'observance. Un décalage social et culturel entre les soignants et les patientes peut aussi impacter l'observance au suivi de grossesse, renforcé par la barrière linguistique. Cela peut engendrer des comportements stigmatisants de la part des professionnels, et une rupture du lien de confiance dans la relation de soins.

Conclusion : Une adaptation du suivi de grossesse semble nécessaire pour garantir une meilleure accessibilité du suivi aux femmes. L'amélioration du lien entre patientes et professionnels paraît également essentielle. Cela passe par la formation et le renforcement du travail pluridisciplinaire, permettant de s'affranchir des préjugés et de considérer les patientes dans leur individualité.

Mots-clefs :

Migration, précarité, grossesse, non-recours

OBSTACLES TO PREGNANCY FOLLOW-UP ADHERENCE FOR MIGRANT WOMEN: VIEWPOINT OF HEALTH AND SOCIAL PROFESSIONALS

Abstract

Objective: To study the obstacles to compliance with pregnancy monitoring by migrant women in precarious situations.

Method: This is a qualitative study based on semi-structured interviews with professionals working with migrant women: midwives, health mediators, social workers. An interview grid was used to collect the data, then the interviews were transcribed and analysed.

Results: Life context has a strong impact on compliance with pregnancy monitoring. Precariousness, administrative constraints and family context reduce women's availability for their follow-up. The psychological impact of their living conditions also hinders compliance. A social and cultural gap between caregivers and patients can also have an impact on compliance with pregnancy monitoring, strengthened by language barrier. It can lead to stigmatizing behaviour from caregivers, and a loss of trust in the medical relationship.

Conclusion: Pregnancy monitoring needs to be adapted to ensure better accessibility for migrant women. Improving the relationship between patients and professionals seems also essential. This aspect requires background and reinforcement of multi-disciplinary work, enabling us to free ourselves from prejudice and consider patients in their individuality.

Keywords :

Migration, precariousness, pregnancy, non-take-up

Remerciements

Je remercie les membres du jury,

Mme Delphine SAVOY, Présidente du jury, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, UGA

M. le Professeur Thierry MICHY, Co-président du jury, Chirurgien Gynécologue et Cancérologue, Professeur Associé, Responsable du Secteur Gynécologique – Bloc Opératoire de Chirurgie Gynécologique, CHU Grenoble- Alpes

Mme Hélène REVIL, Directrice de mémoire, PhD Science Politique, Chercheure, Responsable Scientifique de l'ODENORE, UMR Pacte/UGA

M. Lionel DI MARCO, Co-directeur de mémoire, Sage-Femme PhD, Directeur du Département de Maïeutique, UGA

Madame Christelle MOREON GOGNIAT, Sage-femme invitée, Sage-femme Coordinatrice du Pôle Femme et Enfant – Pathologie de la Grossesse, Centre Hospitalier de Romans-sur-Isère

Je remercie plus personnellement,

Mme Héléna REVIL, directrice de ce mémoire,

Pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils qui ont participé à l'élargissement de ma vision sur ce sujet.

M. Lionel DI MARCO, co-directeur de ce mémoire,

Pour votre réactivité et vos conseils dans la réalisation de ce mémoire.

Toutes les professionnelles interrogées,

Pour votre temps, vos apports précieux et votre volonté d'améliorer la prise en charge des femmes.

Mes parents et mes sœurs,

Pour votre amour et votre présence à chaque étape. Un grand merci à ma mère, pour tes relectures assidues, tes conseils et ton soutien.

Anaïs, Célia et Lucie, mes amies sage-femmes,

Pour votre soutien, vos relectures, nos discussions passionnées et votre si belle vision de notre métier.

Marion, Mathilde, Baptiste, Juliette, et tous mes amis de Gap,

Pour votre présence, vos encouragements et votre bienveillance si précieuse.

Ysé, ma camarade de promo devenue mon amie si chère,

Merci pour ton passage dans ma vie. Merci pour le soutien et l'amour sans failles que tu as pu m'apporter. Je sais qu'ils continueront de me porter jusqu'au bout.

Table des matières

I.	Introduction.....	9
II.	Contexte.....	12
1.	Le parcours migratoire	12
a.	Définitions	12
b.	Les différents profils des personnes migrantes	13
c.	Les étapes de la demande d’asile	15
d.	Les droits et aides sociales	17
e.	L’impact du contexte migratoire sur la grossesse.....	19
2.	La notion de précarité	20
a.	Définitions	20
b.	Précarité chez la femme enceinte.....	20
c.	Lien précarité et migration.....	21
3.	Défaut d’observance et suivi de grossesse incomplet chez les femmes migrantes précaires : un enjeu de santé publique.....	21
a.	La notion d’observance	21
b.	L’observance dans le contexte du suivi de grossesse	23
III.	Matériel et méthode	25
1.	Objectifs de l’étude	25
2.	Type et lieu d’étude.....	25
3.	Population étudiée	26
4.	Modalités de recueil des données.....	26
5.	Méthode d’analyse des données	27
IV.	Résultats et discussion	28
1.	L’impact du contexte de vie	29
a.	Des démarches administratives énergivores	29
b.	Le contexte de précarité : des priorités différentes	30
c.	Le contexte intra-familial	32
d.	Indisponibilité psychique	34

2.	Une prise en charge peu adaptée à la population	35
a.	Une logistique complexe.....	35
b.	Une durée de consultation insuffisante.....	37
c.	Un travail en réseau qui fait défaut	39
3.	Un décalage culturel et social.....	40
a.	L'incompréhension du suivi de grossesse français et de ses acteurs	42
b.	Des représentations anxiogènes.....	44
c.	Une incompréhension de la part des professionnels	45
4.	Un lien de confiance difficile à établir	47
a.	La barrière de la langue.....	48
b.	L'accueil dans les structures de soin	51
5.	Force de l'étude.....	55
6.	Limites de l'étude	56
7.	Perspectives et propositions	57
a.	Organisation de la prise en charge multidisciplinaire.....	57
b.	Une approche plus informelle du suivi de grossesse.....	58
c.	L'amélioration du lien entre professionnels et patientes.....	60
V.	Conclusion	62
VI.	Références bibliographiques	64
VII.	Annexes.....	69

Abréviations

ADA	Allocation pour Demande d'Asile
ADSF	Agir pour le Développement de la Santé des Femmes
AME	Aide Médicale d'Etat
AT-SA	Accueil Temporaire – Service Asile
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAES	Centre d'Accueil et d'Examen des Situations
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
DSUV	Dispositif de Soins Urgents et Vitaux
GUDA	Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
IMC	Indice de Masse Corporelle
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAHDA	Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile
PUMa	Protection Universelle Maladie
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
SPADA	Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile

I. Introduction

Sujet animant le débat public, les phénomènes de migration sont au cœur de l'actualité. Les mouvements migratoires existent pourtant depuis la préhistoire, mais le profil des migrants a évolué au fil des siècles, en fonction des périodes de croissances et de crises des pays. La situation actuelle, confrontant une augmentation du nombre de migrants à un durcissement des conditions d'accueil, est qualifiée de réelle « crise migratoire » (1,2).

Le terme « migrant » regroupe une diversité de profils, un migrant étant une personne quittant son domicile d'origine pour s'établir de manière permanente ou non dans une autre région ou un autre pays (3). Il regroupe les personnes en situation régulière et irrégulière.

Le profil et l'accueil des migrants a largement évolué durant ces dernières décennies. En effet, les vagues migratoires des années 60 étaient principalement économiques, avec des populations en provenance de pays peu développés ou d'anciennes colonisations. Ces vagues étaient motivées par un besoin de main-d'œuvre dans une Europe post-guerre mondiale dont la population ouvrière avait diminué de nombre. Les flux migratoires étaient alors tolérés avec des accords entre les pays. Il s'agissait principalement d'une migration masculine d'origine italienne, espagnole ou coloniale, les femmes arrivant dans un contexte de regroupement familial, en intégrant des communautés relativement soudées (4–6). Afin de réguler ces demandes et d'assurer l'accueil et la protection des réfugiés, l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) est créée en 1952. Le taux d'acceptation des demandes d'asile était alors de 80% (6).

La crise pétrolière dans les années 70 entraîne une période de récession économique, et une modification de la politique d'immigration : les frontières se ferment à l'immigration « de travail », les demandes d'asile sont de moins en moins acceptées et les conditions d'accueil des migrants se dégradent (6,7).

Depuis les années 90, on assiste à un renforcement du contrôle des entrées dans les pays européens (notamment via les accords de Schengen) (7) lié à une peur de « vagues migratoires déferlantes » et aux crises économiques (4) : obligation de visa, durcissement des conditions d'accès au statut de réfugié, refus de renouvellement des titres de séjour, renforcement des contrôles d'identité, expulsions... La condition des réfugiés se précarise, avec une augmentation des migrants en situation d'irrégularité.

Parallèlement, le profil des migrants se modifie : la migration économique laisse place à une migration due aux durcissements des régimes politiques, à des contextes de guerres et de violences. On assiste à des mouvements migratoires provenant de nouveaux pays, notamment d'Afrique subsaharienne et d'Asie (5,7). Les demandes d'asile sont en constante augmentation, passant de 18 500 en 1974 (6) à 142 000 demandes en 2023 (8).

On observe également de nouvelles figures de migration féminines, notamment des femmes seules, en raison des conditions de vie dans leur état d'origine et aux changements sociétaux : les femmes refusent davantage la place traditionnelle qui leur est assignée, les violences qu'elles subissent dans leur pays (violences de guerre, des régimes politiques, intra-familiales, conjugales...) et vont migrer pour sortir de ce cycle. Comme le dit la médecin Christine DAVOUDIAN, « *il s'agit d'une migration féminine émancipatrice mais aussi salvatrice* » (5). Les conditions de vie des femmes migrantes sont variées, et dépendantes de leur statut et contexte de vie à l'arrivée dans le pays d'accueil. Pour certaines, les désillusions sont fréquentes : difficultés d'accès à un titre de séjour, conditions de vie très précaires, violences... Une grande partie de ces femmes se trouvent isolées et plongées dans un parcours « d'errance migratoire » (5), sans repères fixes, source d'une fragilité matérielle et psychique.

Dans ce contexte de vulnérabilité et de précarité vient parfois s'ajouter une grossesse. Plusieurs études ont mis en avant que les femmes d'origine étrangère, en particulier d'Afrique subsaharienne, sont plus à risque de développer une pathologie de grossesse, et le risque de mortalité maternelle pour ces femmes est plus élevée (9,10). On observe également un surrisque de certaines pathologies fœtales et périnatales (9). Pourtant, c'est pour cette population que le suivi de grossesse fait le plus souvent défaut : les statistiques en 2014 montrent que plus d'un quart des suivis incomplets (moins de 7 visites prénatales) concernent les patientes ayant la Couverture Maladie Universelle (CMU), l'Aide médicale d'Etat (AME) ou aucune sécurité sociale (11). Les femmes déclarant tard leur grossesse, n'ayant pas réalisé les trois échographies recommandées sont majoritairement d'Afrique subsaharienne (12). Les pathologies pouvant survenir pendant la grossesse vont souvent être prises en charge plus tardivement, impliquant des complications potentiellement plus sévères pour la mère et le bébé. Cela représente également un coût financier, notamment par une augmentation du taux d'hospitalisations pour les femmes d'Afrique subsaharienne (9).

Les profils des patientes ayant un suivi incomplet sont multiples. Certaines patientes ne vont rencontrer aucun professionnel durant leur grossesse, mais il ne s'agit pas d'une majorité. En effet, un certain nombre d'acteurs institutionnels ou associatifs vont souvent croiser la route des femmes enceintes migrantes et les orienter vers des structures adaptées pour le suivi de grossesse. Les suivis sont donc souvent débutés plus ou moins tardivement. Cependant, certaines patientes n'adhèrent pas à ces suivis, ne vont pas aux rendez-vous prévus ou ne réalisent pas les examens demandés. Cette non-observance peut entraîner un retard de prise en charge de certaines pathologies, un isolement de la patiente pendant sa grossesse, et également une dégradation de la relation patient-soignant du fait d'absences répétées. Cela peut conduire aussi à l'apparition de préjugés chez les soignants peu habitués à accompagner ces patientes, comme le mentionne une étude menée en 2011 : « *Des comportements tendent à être attribués à ces diverses catégories [de femmes migrantes], selon une logique reposant sur des stéréotypes récurrents* » (13). Ces stéréotypes, faussement fondés, participent eux aussi à la dégradation de la relation de soins.

Nous avons décidé dans cette étude de nous intéresser seulement aux femmes migrantes en situation de précarité car c'est pour elles que les situations de non-observance sont les plus fréquentes. L'objectif de cette étude est de comprendre les raisons pour lesquelles ces femmes n'adhèrent pas au suivi de grossesse tel qu'il est proposé en France en sortant des préjugés habituellement avancés, et de réfléchir à des solutions, des ajustements du suivi à leurs conditions de vie. Dans ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés au point de vue de certains professionnels de santé et du social qui côtoient ces femmes au quotidien : sage-femmes, travailleurs sociaux, médiateurs santé. Leur connaissance du parcours des patientes et leur relation de proximité avec elles nous ont permis d'étudier les freins d'accès que les femmes leur ont confié. Interroger des professionnels nous a aussi permis de mettre en lumière des freins systémiques dont les femmes n'ont pas forcément conscience et également les difficultés que les professionnels eux-mêmes rencontrent pour mener à bien les prises en charges des patientes.

II. Contexte

1. Le parcours migratoire

a. Définitions

Le droit d'asile, donnant accès au statut de réfugié, est un droit tout d'abord défini dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, article 14 (14) :

« 1. Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays.

2. Ce droit ne peut être invoqué dans le cas de poursuites réellement fondées sur un crime de droit commun ou sur des agissements contraires aux buts et aux principes des Nations Unies. »

Il a ensuite été inscrit comme droit international dans la Convention relative au statut des réfugiés, présentée et signée en 1951 à Genève au cours de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies, et concerne toute personne qui *« craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe 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 »*. (15)

C'est enfin un droit constitutionnel français, précisé dans le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile à l'article L511-1 (16) :

« La qualité de réfugié est reconnue :

1° A toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ;

2° A toute personne sur laquelle le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 14 décembre 1950 ;

3° A toute personne qui répond aux définitions de l'article 1er de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés.

Ces personnes sont régies par les dispositions applicables aux réfugiés en vertu de la convention de Genève susmentionnée. »

Le droit d'asile est donc un droit international et national, et ne se rapporte pas seulement au contexte du pays d'origine : il y a une notion personnelle de persécution ou risque de persécution pour le demandeur s'il retourne dans son pays, avec l'incapacité du pays d'origine à protéger cette personne.

Pour les personnes ne pouvant prétendre au statut de réfugié mais encourant un risque important en cas de retour dans leur pays, le statut de protection subsidiaire a été défini également dans la Constitution (17) :

« Le bénéficiaire de la protection subsidiaire est accordé à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :

1° La peine de mort ou une exécution ;

2° La torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;

3° S'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. »

b. Les différents profils des personnes migrantes

Il est important de noter que les profils des personnes migrantes sont très variés, et leurs droits aussi. Les statuts de réfugié ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire offrent les mêmes droits que les ressortissants français (18). Le statut de demandeur d'asile ouvre quant à lui des droits spécifiques à des aides sociales, financières, juridiques, médicales et au logement.

Toutes les personnes migrantes ne sont cependant pas concernées par ces trois situations. Certaines d'entre elles sont en situation irrégulière, soit car leur demande d'asile a été refusée, soit car elle n'a pas été débütée. Leurs droits et aides vont donc être limités : ils ne peuvent pas être bénéficiaires d'aide financière ni des logements mis à disposition pour les demandeurs d'asile. Ils ont seulement accès aux dispositifs d'hébergement d'urgence et à l'AME pour la prise en charge de certains soins médicaux (19).

Il est assez difficile de quantifier les personnes migrantes sur le territoire français, car les parcours sont complexes, les statuts changent régulièrement et les chiffres dont nous disposons ne couvrent pas toutes les situations. Les données suivantes permettent d'avoir un ordre d'idée sur les situations des migrants en France, mais sont relativement incomplets.

Début 2023, il y avait environ 547 000 réfugiés en France (20), ce qui représente environ 0,8% de la population française. Durant l'année 2023, 142 000 demandes d'asile ont été enregistrées auprès de l'OFPRA, dont 123 400 sont des nouvelles demandes. On note une augmentation de plus de 75% du nombre de demandes d'asile depuis 2015 (8).



Figure 1 : Evolution du nombre de demandes d'asile enregistrées auprès de l'OFPRA (21)

Le taux d'accords délivrés par l'OFPRA en 2023 est de 33%, soit environ 44 500 nouvelles personnes ayant accès à la protection subsidiaire ou au statut de réfugié (8).

La quantification des personnes en situation irrégulière est quant à elle bien plus complexe. Le seul chiffre sur lequel nous pouvons nous appuyer est le nombre de bénéficiaires d'AME, qui est de 466 000 en 2023 (22). On note qu'il y a presque autant de bénéficiaires de l'AME (donc des personnes en situation irrégulière) que de personnes réfugiées. Ce chiffre n'est pas exactement correct, car il englobe aussi les personnes bénéficiaires de l'AME qui ont finalement obtenu l'asile ou celles ayant quitté le territoire (23). Et surtout, il ne prend pas en compte les personnes en situation irrégulière et non bénéficiaires de l'AME, pour lesquelles il n'y a pas de données précises, mais qui semble être important : le Baromètre du non-recours à Lyon réalisé par l'Observatoire de non-recours aux droits et aux services (ODENORE) a montré un taux de non-recours à l'AME à hauteur de 70% dans la ville de Lyon (24).

c. Les étapes de la demande d'asile

Nous allons ci-dessous développer le parcours des demandeurs d'asile, pour mettre en avant la complexité des différentes étapes, particulièrement pour des personnes ne connaissant pas l'organisation du système administratif français, et qui n'en parlent, pour certains, pas la langue. Il est cependant important de rappeler que toutes les personnes migrantes ne sont pas concernées par ce parcours, car certaines ne demandent pas l'asile à l'arrivée en France et restent en situation irrégulière. Les éléments qui constituent cette partie sont issus des sites « l'Asile en France » (19) et le site de l'Office Français de l'Immigration et l'Intégration (OFII) (25).

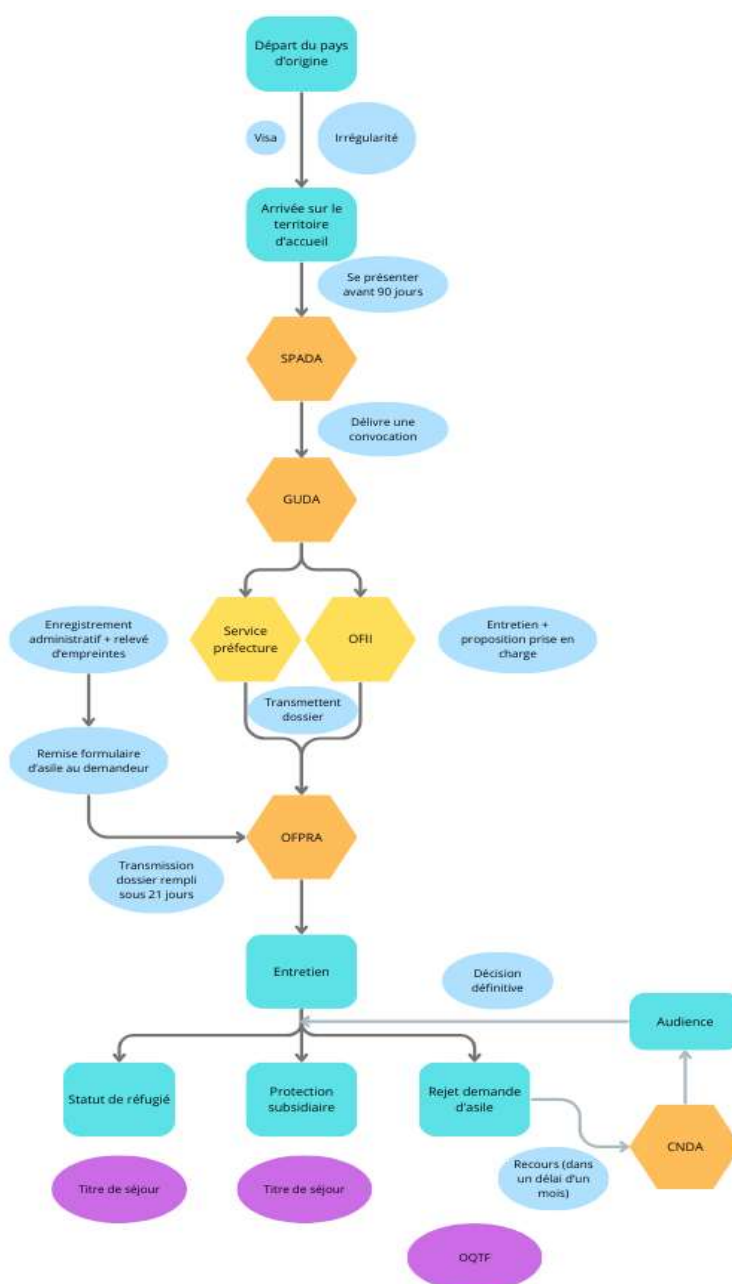


Figure 2 : procédure de demande d'asile en France

La procédure de demande d'asile est longue et complexe, et fait intervenir un grand nombre d'acteurs différents. Durant ce parcours, les personnes vont avoir accès à des droits et services spécifiques pour les demandeurs d'asile, que nous développerons dans la partie suivante.

Le premier interlocuteur est la Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA). Cette association est la porte d'entrée à la procédure de demande d'asile : les arrivants doivent passer par cette structure pour que leur demande soit transmise à l'OFII. La SPADA assure également un accompagnement pour l'accès à un logement, des aides financières et la constitution du dossier pour l'OFPRA.

La SPADA va remettre au demandeur un rendez-vous au Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile (GUDA) dans les trois jours suivants. Cette structure regroupe les services de préfecture compétents dans le droit d'asile et les services de l'OFII. Le demandeur d'asile s'enregistre aux services de préfecture (déclinaison de son identité, relevé d'empreintes) puis réalise un entretien avec l'OFII. Une prise en charge lui est alors proposée, qui peut lui donner droit à un hébergement (dans la région de la demande ou dans une autre région si celle-ci est saturée) et à des aides financières (ADA) sous certaines conditions. La demande d'asile est ensuite transmise à l'OFPRA et le demandeur reçoit un dossier qu'il doit renvoyer dans les 21 jours suivants. Ce dossier doit être rempli en français. Il comporte une partie civile, regroupant les informations du demandeur, et une partie « récit » où le demandeur expose son motif de départ.

La personne est ensuite convoquée à l'OFPRA pour un entretien. C'est cet entretien qui déterminera ou non le droit à l'asile. Sont présents un officier, le demandeur et un interprète si nécessaire. L'officier va reprendre le parcours du demandeur, son contexte de vie dans son pays d'origine afin de déterminer si l'asile lui sera accordé ou non.

La décision repose sur l'appréciation de l'officier présent à l'entretien. L'OFPRA exprime sa décision dans un délai de 21 jours à six mois. Trois options sont possibles : obtention du statut de réfugié, obtention de la protection subsidiaire ou rejet de la demande d'asile.

Si la demande d'asile est rejetée, le demandeur peut faire appel auprès de la Cour Nationale des Demandeurs d'Asile (CNDA) dans un délai d'un mois. La décision de celle-ci est définitive et prime sur la décision de l'OFPRA. Elle peut octroyer le droit d'asile au demandeur, qui peut alors obtenir un titre de séjour, ou confirmer la décision de l'OFPRA et refuser l'asile. Dans ce cas-là, le demandeur se voit remettre une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF).

En cas d'OQTF, peu d'options s'offrent à la personne déboutée du droit d'asile. Si elle décide de retourner dans son pays d'origine, elle peut solliciter l'OFII pour obtenir des aides au retour. D'autre part, en cas d'éléments nouveaux (preuves, évolutions politiques...), le demandeur peut demander un réexamen de sa demande. Sinon, la personne peut faire le choix de rester sur le sol français : elle se retrouve en situation irrégulière, « sans-papiers ».

d. Les droits et aides sociales

Pour les demandeurs d'asile, différentes aides existent le temps de la procédure à partir de l'enregistrement auprès du GUDA. Au niveau financier, les demandeurs peuvent bénéficier de l'ADA versée sous conditions de ressources. Les personnes avec le statut de réfugié ont droit aux mêmes aides que le reste de la population française. Pour les personnes en situation d'irrégularité, il n'existe aucune aide financière.

Concernant l'hébergement, différents dispositifs ont été créés pour accueillir les demandeurs d'asile : les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) avec une capacité d'accueil nationale de 49 242 places en 2023 (26), l'Hébergement d'Urgence pour les Demandeurs d'Asile (HUDA), l'Accueil Temporaire-Service Asile (AT-SA) ou le Programme régional d'accompagnement et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA). Ces trois derniers dispositifs ont été créés pour pallier à la saturation des CADA, ils représentent environ 40 000 places d'hébergement (19). Les Centres d'Accueil et d'Examen des Situations (CAES), créés en 2018, proposent quant à eux 6 000 places d'hébergement, mais il s'agit d'un hébergement court, d'un mois maximum (26). Lorsque la période de demande d'asile est terminée (acceptation ou refus), ils doivent quitter ces structures. On note qu'au total environ 100 000 places sont disponibles pour 142 000 demandes d'asile en 2023. Compte tenu de ces chiffres et du nombre de places occupées par des personnes qui ne sont plus éligibles aux dispositifs, le nombre de demandeurs d'asile bénéficiant d'une place dans ces structures d'hébergement s'élève à seulement 59% en 2023 (27).

Les demandeurs d'asile et globalement toutes les personnes sans domicile ont accès au dispositif d'hébergement d'urgence 115. Il s'agit d'un numéro d'aide social qui recense entre autres toutes les places disponibles dans les centres d'hébergement d'urgence et oriente les appelants lorsqu'une place se libère (28). Il est à noter qu'une demande d'hébergement au 115 ne donne

pas forcément lieu à une réponse car le dispositif est aujourd'hui saturé. Les places proposées sont disponibles pour quelques nuitées. A la marge, quelques associations proposent des hébergements d'urgence chez des particuliers. Les conditions d'hébergement de toutes ces structures sont relativement précaires, souvent éloignées des centres villes et de courte durée. Pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire, le 115 reste la seule possibilité d'hébergement. Les personnes migrantes peuvent également loger chez un tiers par leurs propres moyens. Pour les femmes, cela peut donner lieu à des abus et des violences, de la prostitution forcée en échange d'un hébergement. (29).

Pour un certain nombre de chercheurs, l'hébergement constitue une priorité et conditionne notamment l'accès aux soins. Le Dr Bernard Guillon, créateur de l'association Agir pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF), mentionne notamment que le vécu des femmes à la rue entraîne un éloignement progressif de la perception de leurs corps et des pathologies et diminue le recours aux soins (10).

Concernant la protection maladie, les personnes en situation régulière sur le territoire (demande d'asile en cours d'examen, réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire...) peuvent bénéficier d'une couverture maladie. La Protection Universelle Maladie (PUMa) permet une prise en charge des soins de santé pour les personnes qui résident de manière stable et régulière sur le territoire (30). Les conditions sont de posséder un titre attestant de sa régularité en France (titre de séjour, attestation de demande d'asile...) et de résider depuis plus de trois mois sur le territoire français. La PUMa ouvre les mêmes droits que le régime général de l'Assurance Maladie. Concernant la prise en charge de la part complémentaire, la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) est accessible également sous condition de résidence régulière en France et depuis plus de trois mois. Elle est soumise à un plafond de ressources des demandeurs.

Pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire, elles vont pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) sous certaines conditions : les demandeurs doivent justifier leur identité, résider de manière stable et continue depuis plus de trois mois sur le territoire français et avoir des ressources inférieures à un plafond (31). L'ouverture à l'AME offre une prise en charge des soins à 100% du tarif de sécurité sociale et l'application du tiers-payant. Cette aide ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires. La demande de renouvellement doit être faite chaque année. Selon les enquêtes, on observe un taux de non-recours important à l'AME, chiffré à 49%

dans une étude sur les villes de Bordeaux et Paris (32), et à 70% dans une étude sur la ville de Lyon (24). Il y a donc une grande part des migrants en irrégularité qui n'ont aucune assurance maladie.

Pour les personnes ne pouvant prétendre à l'AME (arrivée depuis moins de trois mois en France, demande d'AME en cours, demande d'AME refusée ou non réalisée), le Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV) permet la prise en charge à 100% de certains soins, parmi eux l'ensemble des soins préventifs ou curatifs liés à la grossesse.

e. L'impact du contexte migratoire sur la grossesse

Plusieurs études ont montré que les femmes d'origine étrangère, en particulier d'Afrique subsaharienne, sont plus à risque de mortalité maternelle (12 pour mille contre 7,9 pour mille françaises). Elles sont également plus à risque de développer des pathologies hypertensives (type prééclampsie) et de menace d'accouchement prématuré (9,10). Ces surrisques s'expliquent par un âge plus élevé, une parité plus élevée, mais aussi par le contexte de la précarité et du parcours migratoire. En effet, une étude menée sur le taux de mortalité et morbidité sévère des femmes enceintes a montré qu'en ajustant les chiffres pour s'affranchir des facteurs de risque préexistants (Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé, parité, âge, antécédents médicaux...), il existe toujours un surrisque de mortalité, de complication hypertensive sévère et d'hémorragie sévère du post-partum chez les femmes d'Afrique subsaharienne (9). Le contexte migratoire et les conséquences socio-économiques qu'il implique est donc lui-même un facteur de risque de complications sévères de la grossesse.

De plus, la grossesse est un moment de remaniement intérieur et de vulnérabilité pour toutes les femmes. Pour les femmes migrantes, au contexte de grossesse se rajoute celui de la migration, avec les changements de vie et violences qui l'accompagnent. Le départ est souvent source de ruptures de liens familiaux, d'habitudes de vie, de culture. Au cours du trajet migratoire, les femmes peuvent subir de grandes violences, psychologiques, physiques ou/et sexuelles. A l'arrivée en France, elles se retrouvent face à la désillusion de l'idéalisation du pays d'accueil : les conditions d'hébergement sont précaires, les refus de demande d'asile sont fréquents et elles se retrouvent pour la plupart isolées. Cela peut entraîner une réelle souffrance psychique, en lien avec le vécu du parcours migratoire ou l'impact de la perte de repères et de lien social due au départ du pays d'origine (6,33). Ce contexte devrait nécessiter une prise en charge spécifique et

plus soutenue de la grossesse, mais malgré cela c'est pour ces femmes que le suivi de grossesse fait défaut.

Le contexte migratoire et tout ce qui en découle ont donc un réel impact sur le déroulé médical et les complications de la grossesse.

2. La notion de précarité

a. Définitions

La précarité est une notion complexe à définir. En 1987, le Conseil Economique, Social et Environnemental propose cette définition :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ». (10)

Il n'est donc pas question uniquement de difficultés financières, mais d'un aspect multidimensionnel au regard des conditions de vies des personnes : insécurité alimentaire, de logement, d'emploi, d'accès aux soins... (34)

La précarité se distingue de la pauvreté par l'aspect provisoire de la situation, qui peut être amenée à évoluer selon le contexte de vie de la personne. (35)

b. Précarité chez la femme enceinte

Il est maintenant connu que la précarité a un impact sur la grossesse, et peut être source de complications obstétricales et néonatales. Plusieurs études ont mis en avant un surrisque d'infections urinaires, d'anémie, de prématurité, de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de mortalité (10,11,36). Ces complications sont liées à des facteurs de risques sur-représentés

dans cette population (consommation de tabac, IMC élevé), mais peut être également due à un contexte psychologique lié aux conditions de vie des personnes en situation de précarité comme le montre certaines études récentes. Ces études présentent des discordances, mais certaines d'entre elles mettent en lien la prématurité et les stress vécus pendant la grossesse, notamment liés au logement, à l'isolement, aux violences vécues, etc. (10)

c. Lien précarité et migration

Nous avons mentionné dans les parties précédentes que les situations des personnes migrantes étaient variées, avec un accès à différents droits variable selon le contexte. Toutes ne sont donc pas en situation de précarité : leurs conditions de vie vont être largement dépendantes de plusieurs facteurs. Le contexte de précarité peut s'installer dans plusieurs contextes : les femmes peuvent se retrouver sans sécurité administrative du fait des difficultés d'accès à l'asile et de l'incertitude qui en découle, sans sécurité de logement également car les logements proposés sont souvent insalubres et sans assurance sur la pérennité de celui-ci, sans sécurité financière... L'accès à un emploi peut également poser un problème, ainsi que l'accès au système de soins. Le contexte de rupture familial et culturel vécu la plupart du temps peut aussi renforcer l'isolement, et l'impact psychologique de celui-ci peut mettre à mal l'intégration de ces personnes dans la société et l'accès à leurs droits.

La notion d'incertitude sur la qualité de vie future, principalement lié à l'obtention ou non de la demande d'asile, montre bien que la notion de précarité est particulièrement adaptée pour définir les conditions de vie d'une partie de ces femmes.

3. Défaut d'observance et suivi de grossesse incomplet chez les femmes migrantes précaires : un enjeu de santé publique

a. La notion d'observance

La notion d'observance est relativement ancienne, mais le terme en lui-même a été défini dans les années 1970, et l'intérêt pour ce sujet ne fait que croître depuis, avec de plus en plus de

recherches émergentes (37). Une définition a été proposée par le médecin et chercheur Robert Brian HAYNES, appelant observance « *l'importance avec laquelle les comportements d'un individu (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changement de mode de vie) coïncident avec les conseils médicaux ou de santé* » (38).

La posture du patient et son inclusion dans le soin ont évolué durant les dernières décennies. Ceux-ci ont progressivement quitté la position de soumission au paternalisme médical pour arriver à une forme d'alliance thérapeutique entre soignant et soigné (38). La notion d'observance est alors controversée, entre ceux qui affirment le savoir médical comme vérité absolue impliquant une soumission des patients aux règles énoncées par le médecin, et ceux qui laissent place à l'expertise du patient sur leur propre corps et à leur liberté d'action (39).

Les situations de « non-observance » peuvent alors être mal vécues par certains professionnels de santé. L'anthropologue Aline ECK-SARRADON mentionne cet aspect dans un de ses articles : « *Un faible niveau d'observance remet en cause la fonction de contrôle de la santé et de ses paramètres dont la société a chargé le médecin, et les règles médicales de la relation thérapeutique* » (40). Du point de vue de ces soignants, c'est alors leur propre crédibilité et autorité qui est remise en cause, considérant que l'observance thérapeutique est un comportement d'obéissance à une règle médicale universelle car prouvée scientifiquement. Cela entraîne un jugement de valeur sur le patient qui, selon son degré d'observance, devient « bon patient » ou « mauvais patient ». Ces différents éléments peuvent impacter négativement la relation de soins, d'un côté car le médecin se sent atteint dans sa posture d'expert et de l'autre car le patient se sent jugé dans son individualité.

La non-observance thérapeutique est alors considérée comme une non-« compliance » aux soins, une désobéissance à l'autorité médicale, parfois définie comme un comportement irrationnel et irresponsable (39,40). Cependant, les dimensions sociales et culturelles sont rarement prises en compte dans l'évaluation de l'observance des patients, de même que le défaut de communication entre le médecin et le patient, alors que les études en sciences sociales ont démontré son impact considérable sur l'adhésion aux thérapeutiques. (40)

La recherche des raisons de non-observance semble alors primordiale pour amorcer la compréhension et le dialogue entre soignant et soigné, ainsi que la nécessité d'une réflexion sur l'inflexibilité de l'observance : peut-on vraiment faire d'une règle médicale édictée par le système de soins français une généralité applicable à tous les profils de patients ?

b. L'observance dans le contexte du suivi de grossesse

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise pour le suivi de grossesse sept consultations mensuelles obligatoires. L'entretien prénatal précoce et les séances de préparation à la parentalité sont à proposer systématiquement. Concernant les examens à réaliser pendant la grossesse, certains sont obligatoires : groupe sanguin, dépistage de la toxoplasmose, rubéole, syphilis, recherche d'agglutinine irrégulière, recherche d'antigène HbS, dosage de la glycosurie et protéinurie, hémogramme. D'autres sont à proposer systématiquement : réalisation de trois échographies (une par trimestre), dépistage du VIH 1 et 2, dépistage combiné des anomalies chromosomiques fœtales du premier ou deuxième trimestre, prélèvement vaginal à la recherche du Streptocoque B. (41)

Selon l'enquête périnatale de 2016, près de 30% des femmes en situation de précarité ont eu moins de huit consultations prénatales au cours de leur grossesse (42). Une autre étude plus ancienne a mis en avant un suivi de grossesse insuffisant plus fréquent chez les femmes sans revenu fixe, bénéficiaires d'aides sociales, sans logement fixe ou sans couverture sociale. (34)

Concernant les femmes migrantes, plusieurs études ont mis en avant qu'elles étaient plus propice à bénéficier d'un suivi de grossesse inadapté et insuffisant (6,9). Le docteur Elie AZRIA présente les chiffres suivant dans un article sur la *Précarité sociale et le risque périnatal* à propos des femmes originaires d'Afrique subsaharienne :

« La surveillance prénatale de ces femmes est également moins rigoureuse puisque 22.1% ont moins de 7 visites prénatales au cours de leur grossesse contre 7.1% et 17.8% respectivement pour les françaises et les nord africaines (p 0<.01). » (10)

Cette insuffisance de suivi de grossesse n'est pas sans conséquences. Une étude menée en 2017 a mis en évidence un surrisque de mortalité et de morbidité maternelle chez les femmes immigrées, en partie expliqué par des soins sous-optimaux (9). Également, une étude de 2015 sur la mortalité périnatale et néonatale en Seine Saint Denis a relevé que le suivi incomplet des femmes était un élément qui revenait régulièrement dans les dossiers de ces décès (43). Cette étude a également mis en avant que le suivi insuffisant de la grossesse pouvait participer à la morbidité et mortalité liées aux pathologies hypertensives. Une autre étude a montré également qu'un moins bon suivi de grossesse augmente également les complications néonatales (prématurité, hypotrophie, hospitalisations) (34). Il y a donc un réel impact médical de la non-observance des soins dans la

population des femmes migrantes, déjà plus à risque de développer des pathologies de grossesse et néonatales.

De plus, un suivi incomplet va impliquer une charge de travail également plus lourde pour les professionnels de santé, notamment lorsque ces femmes se présentent aux urgences de la maternité. Les sage-femmes vont devoir prendre du temps pour refaire le point sur le suivi, réaliser des examens en urgence (13). Cela entraîne un épuisement des professionnels face à ces situations, et va induire aussi une dégradation de la relation avec le patient.

Tout porte à conclure qu'une amélioration de l'observance du suivi de grossesse est essentielle pour la bonne prise en charge des patientes d'un côté, et l'amélioration du confort de travail des soignants de l'autre. Cependant, il semble éthiquement difficile d'imposer le suivi de grossesse tel qu'il est organisé en France aux patientes sans prendre en compte leur contexte de vie, et les freins qu'elles peuvent rencontrer. Comme nous l'avons abordé précédemment, l'observance d'un suivi ou d'un traitement nécessite une inclusion des patients dans le soin et la création d'un lien de confiance entre les deux parties (39). Une démarche basée sur la compréhension et le non-jugement paraît alors nécessaire pour comprendre les freins au suivi, et ainsi en améliorer l'accès.

III. Matériel et méthode

1. Objectifs de l'étude

Nous souhaitons à travers ce mémoire nous intéresser aux femmes migrantes en situation de précarité qui sont dans une démarche d'intégration au suivi de grossesse mais qui ne vont pas se rendre aux rendez-vous programmés, ne pas réaliser les examens demandés. Cet aspect, qualifié de « non-observance » au suivi de grossesse, est souvent source de préjugés et d'incompréhension chez les soignants, qui peuvent penser qu'il s'agit d'une forme d'irresponsabilité, sans connaître les réelles raisons de non-observance du suivi. Cela dégrade la relation soignant-soigné. Nous voulons mettre en lumière les différents éléments expliquant ces obstacles à l'observance du suivi en nous affranchissant des préjugés sur ce sujet.

Nous avons décidé pour cela d'interroger des professionnels ayant l'habitude d'être en contact avec cette population et connaissant le contexte dans lequel ces femmes vivent. La proximité de ces professionnels avec les femmes nous a permis de récolter indirectement la parole des patientes. Cela nous a également permis d'obtenir des arguments sur les freins d'observance au suivi dont les femmes n'ont pas forcément conscience, liée notamment à l'organisation du système de soins ou aux freins rencontrés par les professionnels eux-mêmes.

Nous souhaitons au départ nous entretenir également avec les femmes concernées, mais nous nous sommes retrouvés face à des difficultés de recrutement de ces patientes, et les entretiens n'ont pas pu être réalisés.

Les objectifs secondaires sont d'apporter un éclairage aux professionnels de santé sur les raisons pour lesquelles ces femmes n'adhèrent pas au suivi de grossesse en s'affranchissant des préjugés et incompréhensions. Nous souhaitons également entamer une réflexion sur des suivis de grossesse innovants et adaptés aux femmes migrantes, en prenant en compte leurs contraintes et besoins, ainsi que ceux des professionnels de santé.

2. Type et lieu d'étude

Cette étude a été menée à Grenoble entre octobre 2021 et juin 2023. C'est une étude sociologique qualitative, multicentrique menée à l'aide d'entretiens semi-directifs. Les données

ont été récoltées auprès de différentes structures : Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (CHU), associations, centres de santé, ville de Grenoble, l'objectif étant d'obtenir des données les plus complètes possibles. Nous avons pu ainsi interroger des professionnels aux profils variés, apportant des informations complémentaires selon leur spécialité et l'accompagnement qu'ils proposent aux femmes.

Deux entretiens ont également été réalisés à Gap. Les données recueillies font écho à celles de Grenoble mais ont également permis de mettre en lumière des différences pouvant exister entre les villes, dépendantes du tissu médical et associatif existant.

3. Population étudiée

Nous nous sommes intéressés dans cette étude aux professionnels accompagnant les femmes enceintes migrantes en situation de précarité, orientées vers un suivi de grossesse mais montrant des freins à l'observance de celui-ci : non-venue à des consultations, non-réalisation des examens obligatoires.

Les critères d'inclusion étaient d'être régulièrement au contact de la population d'intérêt et d'avoir une expertise dans le domaine de la grossesse et de l'accompagnement social des femmes migrantes. Nous avons été attentifs à recruter des personnes aux profils différents et complémentaires, permettant une triangulation des sources et ainsi une plus grande richesse et pertinence des données, à défaut d'interroger les femmes elles-mêmes.

Les participants ont été recrutés par nos soins au sein de la PMI, du CHU, de centres de santé et de différentes associations. Ils ont été contactés par mail ou par téléphone.

4. Modalités de recueil des données

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-directifs, réalisés soit par visio-conférence, soit en présentiel. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des participants.

La grille d'entretien utilisée (Annexe 1 et 2) est composée de questions ouvertes. Elle a été retravaillée à la suite du premier entretien, car certaines questions ne fournissaient pas de

données pertinentes au projet d'étude. Les entretiens sont organisés en quatre parties : la première permet de cerner leur rôle auprès des femmes enceintes migrantes. La deuxième partie cible les difficultés rencontrées par les femmes impactant l'observance au suivi de grossesse qu'ils ont pu voir dans leur pratique. La troisième partie permet d'évoquer les difficultés qu'eux-mêmes rencontrent pour réaliser le suivi de ces patientes, et la dernière partie recense des idées d'améliorations pour garantir un meilleur accès au suivi de grossesse.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits sur Word. Ils ont été anonymisés et tous les éléments pouvant permettre d'identifier les intervenants ont été supprimés.

5. Méthode d'analyse des données

Les entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorie ancrée (44,45), permettant d'étudier les raisons de non-observance du suivi de grossesse au plus proche de l'environnement local. L'analyse a d'abord été faite de manière verticale, entretien par entretien, pour permettre l'émergence de différents thèmes. Ensuite, une analyse transversale a été réalisée permettant de mettre en relation les thématiques. Cela a permis de regrouper, diviser et hiérarchiser les éléments en thèmes et sous-thèmes afin de répondre à la problématique posée.

Concernant les deux entretiens réalisés à Gap, les éléments redondants ou non liés au contexte local ont été intégrés dans l'analyse. Cela a permis d'illustrer le caractère général de certains freins d'accès au suivi de grossesse pour les femmes migrantes. Certains éléments sont cependant ressortis, concernant notamment le contexte local et l'organisation des différents acteurs de la périnatalité. Ces éléments n'ont pas été intégrés à l'étude pour ne pas biaiser les résultats.

IV. Résultats et discussion

Profil des personnes interrogées

Afin de répondre à la problématique, nous avons décidé d'interroger des professionnels ayant l'occasion de rencontrer des femmes enceintes migrantes dans le cadre de leur exercice. Nous avons décidé de nous tourner vers des professionnels qui côtoyaient régulièrement ces patientes et connaissaient leur contexte de vie afin d'avoir un point de vue plus éclairé sur les raisons de non-observance du suivi de grossesse. Nous avons interrogé des personnes de professions différentes et exerçant dans des lieux d'exercice variés, n'ayant ainsi pas la même relation avec les femmes, pour nous permettre de diversifier et d'élargir des données. Interroger des professionnels nous permet également d'avoir un regard sur des processus complexes qui ne sont pas forcément compris comme tels par les patientes, mais qui peuvent avoir un impact sur l'observance aux soins. De plus, cela nous donne l'occasion d'investiguer les difficultés qu'eux-mêmes rencontrent, qui peuvent favoriser la non-adhésion au suivi.

Tableau récapitulatif des profils des professionnelles interrogées

Entretien	Profession	Lieu d'exercice
E1	Sage-femme	PMI Grenoble
E2	Médiatrice en santé	Association d'accompagnement des personnes en situation de précarité
E3	Sage-femme	Centre de santé
E4	Cheffe de service	Ville de Grenoble <i>Anciennement : membre de Médecin du monde</i>
E5	Sage-femme	PMI Gap <i>Anciennement : sage-femme hospitalière</i>
E6	Assistante sociale	CHU
E7	Médiatrice en santé	Association d'accompagnement des femmes migrantes

1. L'impact du contexte de vie

« Globalement le parcours un peu complexe n'aide pas à un suivi de grossesse régulier. » E3

Tous les participants à l'étude ont fait ressortir que le contexte de vie particulier et complexe des femmes enceintes migrantes impacte considérablement l'observance au suivi de grossesse.

a. Des démarches administratives énergivores

L'une des priorités pour ces femmes est l'obtention de la demande d'asile, qui prend une place considérable dans leur vie. Celle-ci va leur permettre l'ouverture de droits à la sécurité sociale, de droits à certains logements, d'aide alimentaire... Les démarches d'obtention de la demande d'asile exigent de l'énergie, de la disponibilité et de la mobilité, dans un contexte plutôt anxiogène. Pour pouvoir obtenir le statut de demandeuse d'asile, les femmes vont devoir avoir plusieurs rendez-vous à l'OFPRA, souvent dans une autre ville (Lyon, Paris) où elles doivent se rendre physiquement.

« Une femme arrivée depuis pas longtemps, elle a un agenda de ministre ! » E1

Ces contraintes administratives imposent, en plus d'une charge mentale lourde, un nombre de rendez-vous important. Comme l'explique une des participantes : *« Elles ont des rendez-vous avec les assistantes sociales, des assos, elles veulent tout, elles disent oui à tout en se disant qu'il y aura bien un truc qui va les aider. Entre la préfecture, les rendez-vous à l'OFI, les rendez-vous assistante sociale, les rendez-vous avec les assos, les rendez-vous médicaux... » E1*. Ce sont des rendez-vous liés au logement, aux droits sociaux, à la demande d'asile, des rendez-vous pour leurs enfants... Il s'agit donc de priorités pour elles, et dans ce contexte-là les consultations médicales pour la grossesse ont du mal à trouver une place. *« Elles ont des agendas qui sont juste déments, du coup on passe à la trappe au milieu » E3*.

Cependant, les professionnels indiquent que ces femmes font souvent preuve d'une très grande organisation malgré cet agenda très chargé : *« Je t'ai donné l'exemple de cette femme qui vivait en CADA, elle avait un RCIU. Du coup énormément de rendez-vous médicaux et administratifs. Contrairement à ce qu'on peut penser, elle était hyper débrouillarde, hyper organisée, mais juste un agenda incroyable. Ça lui est arrivé de rater des rendez-vous à l'hôpital car pas le temps. » E1*

Les rendez-vous peuvent être très éloignés de leur lieu de résidence, qui demandent donc du temps et une logistique compliquée. *« Parfois, il y a un rendez-vous préfecture qui est arrivé avant. Un rendez-vous préfecture, si tu n'y vas pas, ta demande d'asile c'est fini. Ce sont des rendez-vous à Lyon parfois pour raconter leur histoire, à Paris... » E1.*

Au cours de ces rendez-vous, elles vont devoir raconter leur histoire et leur parcours plusieurs fois : aux assistantes sociales qui constituent leur dossier, aux instructeurs de l'OFPRA, aux professionnels de santé lors de l'interrogatoire médical...

Tous ces éléments peuvent provoquer un épuisement chez ces femmes, qui peut impacter l'observance aux autres rendez-vous. Cette notion d'épuisement a été retrouvée dans plusieurs entretiens :

« Ça peut être des femmes qui sont épuisées par leurs problématiques sociales. [...] Et à chaque fois qu'elles vont raconter leur trauma, elles le revivent en fait » E5

« Pour l'aspect administratif, on a des délais qui sont longs pour la demande d'asile, pour la constitution du dossier, l'envoi à l'OFPRA, il y a un long délai d'attente pour la convocation à l'entretien, il faut préparer l'entretien... Il y a une grosse pression administrative qui fait que la santé ce n'est pas la priorité, et encore moins la prévention. » E4

b. Le contexte de précarité : des priorités différentes

Au-delà des démarches administratives, le contexte global de vie de ces femmes est complexe et peut impacter l'observance au suivi de grossesse. Plusieurs études ont montré que la précarité ou la pauvreté majorent le risque de suivi de grossesse incomplet ou inadéquat (9,12).

« Pour nous, la grossesse ça semble être une priorité, mais en fait pour la plupart des gens ce qui est prioritaire c'est un toit, avoir à manger et leur demande d'asile. » E5

Ce sont principalement des difficultés liées au logement, mais aussi à l'alimentation, à l'hygiène de vie... Ces problématiques font que le suivi de grossesse n'est pas une priorité tant qu'elles n'ont pas de possibilité d'hébergement ou de denrées alimentaires.

Cet aspect est retrouvé dans presque tous les entretiens, notamment la problématique du logement :

« Il y a un deuxième aspect qui limite l'observance à un suivi de grossesse, c'est la dégradation des conditions d'accueil. On a de plus en plus de femmes enceintes qui se retrouvent dans la rue ou en habitat précaire, donc le suivi de grossesse ce n'est pas la priorité. » E4

« Elles cherchent à faire de la place [au suivi]. Quand il y a des problématiques logement, quand tu dors à la rue le soir, elles veulent, mais ce n'est pas possible, l'investissement est vraiment entravé » E1

« J'aurai du mal à répondre sur la question de si c'est de l'inobservance ou plutôt des questions organisationnelles. ». E6

Une étude auprès des femmes migrantes primo-arrivantes souligne également que l'absence de logement stable et les changements fréquents de lieu de vie que cela implique peut impacter la projection dans la grossesse à long terme, et donc le suivi de grossesse (6). En effet, le contexte de précarité impose une vision de vie à court terme. En France, le suivi de grossesse est basé sur le principe de prévention, impliquant une vision à long terme et une prise en charge liée à des complications potentielles. Il y a une forte opposition entre la visée préventive du suivi et la réalité de vie de ces femmes, qui peut entraîner une incompréhension et un défaut d'observance au suivi de grossesse.

L'obstacle financier a peu été abordé dans les entretiens que nous avons réalisés, mais il est fréquemment mentionné dans les études concernant l'accès aux soins. Les données semblent d'ailleurs contradictoires. S'il s'agit d'un critère de renoncement aux soins important dans la population générale (34,46), il est un peu différent par rapport au suivi de grossesse. En effet, les soins essentiels liés à la maternité sont théoriquement pris en charge à 100% par la PUMa ou l'AME. Pour les patientes ne bénéficiant pas encore de ces prises en charge, le DSUV assure la prise en charge des consultations et hospitalisations, et la PMI peut prendre en charge des traitements ou examens biologiques. Cependant, l'enquête nationale périnatale de 2010 a montré que 4,4% des femmes enceintes ont renoncé aux soins pour des raisons financières, et dans un rapport de l'Observatoire du Samu Social de Paris sur les familles sans logement personnel datant de 2013, seules 36,4% des femmes enceintes déclaraient être prises en charge à 100% (alors que la majorité bénéficiait d'une couverture maladie) (33).

Selon certaines études, l'hypothèse avancée en rapport avec l'obstacle financier est plutôt liée aux démarches administratives compliquées pour avoir accès à ces aides, comme le mentionne le Dr Guillon (47). De plus, les femmes peuvent avoir une méconnaissance des aides existant en France et s'imaginer devoir payer les actes pour la grossesse ou l'accouchement, et de fait renoncer aux soins.

« Ça les préoccupe, elles se demandent si elles vont pouvoir payer leur soin, est ce qu'elles pourront aller accoucher à l'hôpital, tu sens qu'il y a une grosse pression. » E6

Ce renoncement aux soins en raison de difficultés financières peut parfois être renforcé par la méconnaissance des agents d'accueil notamment à l'hôpital. Cet élément a été mentionné par une participante à notre étude :

« Il y a des gens que j'avais orientés au CHU, on leur a dit qu'ils n'avaient pas de sécu donc qu'ils allaient devoir payer cette consult [...] Il y a des patientes que j'ai envoyé, pour une urgence de GEU, qu'on a renvoyées parce qu'elle n'avait pas la sécu. Quand j'ai appelé l'interne de garde pour lui demander ce qu'il se passait, car la patiente était revenue dans mon bureau, il m'a dit qu'ils prenaient les patientes qu'elles aient la sécu ou pas, mais c'est au bureau des entrées que ça bloque, pas aux urgences. Donc la première barrière c'est le bureau des entrées. Et quand tu affirmes à une famille qu'ils vont devoir payer 75 euros, ils rentrent chez eux. »

c. Le contexte intra-familial

Dans certains cas, le contexte intra-familial de ces patientes peut être un élément limitant l'observance du suivi de grossesse. Les situations sont variées, mais les éléments qui sont majoritairement revenus dans les entretiens étaient les enfants déjà présents dans le foyer et les violences conjugales.

Les femmes migrantes, notamment les primo-arrivantes, sont souvent isolées socialement, et la présence d'enfants présente une double préoccupation. D'un côté, la prise en charge des aînés représente une charge mentale et des rendez-vous supplémentaires dans leurs journées déjà bien chargées.

« Par exemple des femmes à la rue, qui ont d'autres enfants en bas âge, qui ont tellement d'autres choses à gérer que ce n'est pas une question qu'elles ne veulent pas, c'est qu'elles sont tellement sous l'eau que c'est compliqué. » E6

Cet aspect est mis en avant dans un rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes, insistant sur le fait que cette charge mentale des enfants, des tâches domestiques n'est souvent pas partagée dans le ménage mais est gérée par la femme seule : *« la prépondérance du sexisme continue de faire peser sur elles la charge mentale liée à l'organisation des charges domestiques et familiales qui entrave leur accès aux soins par manque de disponibilité et par priorisation du soin des enfants et proches. » (11)*

De l'autre côté, quand elles réussissent à libérer du temps pour les rendez-vous de grossesse, il a été mentionné plusieurs fois que la garde des aînés peut poser un réel problème. *« Il y a des femmes qui sont très seules, avec des enfants, qui n'ont pas de moyen de garde, toujours avec leurs enfants, donc elles ne peuvent pas s'organiser pour les enfants et elle-même. » E6*

Elles n'ont pas forcément de personne ressource dans leur entourage à qui confier leurs enfants. La présence des aînés en consultation peut altérer la qualité des échanges et créer des tensions dans la relation patient-soignant. *« Elles se sont faites engueulées au CHU parce qu'elles arrivaient avec l'aîné dans les bras » E1.* Cela peut ainsi créer un frein dans l'observance de celles-ci.

L'autre aspect du contexte intra-familial qui a été évoqué dans les entretiens est la présence de violences conjugales. *« Il y a beaucoup de femmes qui sont très vulnérables et qui sont dans des situations d'emprise » E5.* Ce sont des notions fréquentes dans le contexte de ces patientes, qui peuvent prendre différentes formes : physique, psychologiques, administratives, économiques. Le conjoint peut être présent en France mais les violences peuvent aussi s'opérer à distance, avec du harcèlement téléphonique, des menaces... Dans tous les cas, cela représente une préoccupation principale pour les femmes qui peut éclipser les autres.

« On a des notions de violence dans les familles, et l'urgence pour elles c'est de se protéger et pas tant de penser à ses rendez-vous. C'est quand il y a des choses extrêmement graves à côté qui font que ton suivi au milieu, c'est un peu secondaire. » E3.

d. Indisponibilité psychique

Le parcours migratoire est un processus généralement très violent. On retrouve des situations de violences aux pays qui prennent des formes variées en fonction des contextes : violences intra-familiales, violences conjugales, répressions politiques, excision... Qui peuvent parfois être la raison du départ des femmes. A celles-ci s'ajoutent des violences quasiment systématiques au cours du parcours migratoire (physiques, sexuelles, psychologiques). Ces femmes sont polytraumatisées, et leur santé mentale est considérablement atteinte.

L'arrivée en France est également source de violence, d'un côté due aux conditions d'accueil très précaires, et de l'autre due à la désillusion de l'arrivée. Le moteur des migrations de ces femmes va être de trouver une vie meilleure dans ce pays d'exil, loin des violences vécues, mais la confrontation aux difficultés d'obtention de l'asile, d'un logement, de moyens financier peut renforcer cette détresse psychologique : l'impossibilité de trouver une situation stable, de se projeter dans l'avenir peut raviver les souvenirs traumatiques vécus durant l'exil (48). S'ajoutant à cela, le rejet de leur demande d'asile est vécu comme une grande violence car évoque pour elles une non prise en compte de leurs souffrances, et vient renforcer les troubles psychiques.

On parle généralement de psychotraumatisme, qui rassemble les manifestations psychiques à la suite d'un traumatisme vécu : syndrome de reviviscence, syndrome d'évitement, syndrome d'hyperactivité neuro-végétative, symptômes de dissociation (48,49). Ces symptômes peuvent altérer fortement les capacités cognitives des femmes, leur représentation dans le temps et dans l'espace, la réalité de leur environnement. Cela peut entraîner des ruptures dans les suivis de grossesse car elles ne sont pas aptes à se souvenir des rendez-vous ou à s'y rendre.

Cet aspect a été abordé dans plusieurs entretiens :

« Ça peut être des gens polytraumatisés par rapport à ce qu'ils ont vécu, donc qui ont des troubles cognitifs avec des oublis faciles. » E5

« Il y a un certain profil de patiente qui, psychiquement parlant, n'ont pas la capacité de se souvenir d'un rendez-vous d'un mois sur l'autre. Elles ont tout un tas de processus physiques, psychologiques qui font que c'est complexe [...] ce n'est pas de la mauvaise volonté, c'est qu'elles n'ont pas la capacité de se prendre en charge indépendamment de leur situation. » E3

Ces états de stress post-traumatiques peuvent également entraîner une « altération du rapport à soi-même » (6) avec une perte de confiance en soi, un sentiment de culpabilité, une faible estime de soi... Cet aspect a été mentionné dans un des entretiens : *« Je pense que ce sont des gens qui ont tellement vécu de violences dans leur vie, elles n'ont pas confiance en elles. Souvent elles n'osent pas. » E5*

On peut observer également des syndromes dépressifs, qui peuvent avoir les mêmes conséquences. *« Des patientes dans des état de détresse psychique, qui font qu'elles ont même plus envie de se lever, elles ratent des rendez-vous car elles sont dans un état d'abattement psychique. » E1.* Dans une étude sur les familles sans logements en Ile de France, la prévalence d'épisodes dépressifs est de 29%, soit quatre fois plus que dans la population générale (33). Il est à noter que dans cette étude, 93% des personnes interrogées étaient d'origine étrangère et 96% étaient des femmes. Les chiffres de cette enquête sont donc relativement représentatifs de la population étudiée dans ce mémoire.

2. Une prise en charge peu adaptée à la population

En dehors du contexte de vie de ces patientes, qui constitue un facteur explicatif de la non-observance intrinsèque à leur situation, des éléments liés à l'organisation du suivi de grossesse peuvent eux aussi représenter un frein d'accès à celui-ci. Les personnes interrogées dans le cadre de notre étude ont mis en avant que le suivi de grossesse français reste peu adapté pour les femmes migrantes.

a. Une logistique complexe

Tout d'abord, l'accès logistique aux rendez-vous peut représenter un frein pour ces femmes, en particulier l'utilisation des interfaces de prise de rendez-vous, car elles ne sont pas habituées à cela, éventuellement ne parlent pas la langue. Cet élément est mentionné par E1 pendant son entretien : *« Toutes les interfaces aussi de prise de rendez-vous, passer par Doctolib, c'est la croix et la bannière. Elles ont une adresse mail, mais c'est arriver sur un site, se créer un compte, faire des démarches qui sont compliquées. Dès que tu as quelque chose à faire en numérique, pas sur du présentiel, ce n'est pas simple ».*

L'accès physique aux lieux de rendez-vous est également un autre facteur de non-observance au suivi de grossesse. Les logements des femmes sont souvent éloignés des centres villes, qu'ils s'agissent des centres d'hébergement ou de logements privés. Cela implique une organisation et un temps considérable pour se rendre à un rendez-vous d'une demi-heure. Cet élément est mis en avant dans plusieurs des entretiens :

« Suivant le logement qui est attribué, il y a des femmes qui sont loin, pas forcément bien desservi par les transports en commun, il faut marcher... ça peut être compliqué. » E5

« Il faut imaginer que quand tu habites loin de l'hôpital, dans la montagne, que tu n'en peux plus, tu es fatiguée, tu ne sais pas comment faire garder des enfants, tu n'as pas envie d'y aller. Tout simplement quand tu vas attendre un bus 4h pour te remonter. Ça personne ne le sait. Donc tu restes couchée chez toi. » E7

A cela peut s'ajouter des lieux de consultations variés, dans une ville qu'elles connaissent peu et dont la langue et les codes peuvent être différents. Une des raisons de rendez-vous manqué peut simplement être qu'elles n'ont pas trouvé le lieu de consultation.

« Quand il s'agit de traverser Grenoble trois fois par jour, plusieurs fois dans la semaine, elles le font. Ce qu'il peut y avoir comme limite, quand tu viens juste d'arriver, c'est de ne pas connaître Grenoble du tout. Ça arrive qu'elles me disent j'avais rendez-vous au CHU mais je ne savais pas où c'était. J'essaie de faire des plans au maximum, leur dire quel bus prendre... ça peut être un frein. » E1

Cela peut entraîner une peur de se perdre en se rendant au lieu de rendez-vous. L'exemple proposé par E2 illustre bien cet aspect : *« J'ai quand même réussi à l'accompagner quelques fois, en lui disant « la prochaine fois tu iras seule, tu as vu où est le centre, où est le cabinet d'écho, où est le labo », on avait fait plusieurs fois les schémas ensemble pour y aller. Et une fois je la laisse, et elle se perd. Elle m'avait dit que c'était ok pour rentrer toute seule, je suis partie, elle a fait son rendez-vous toute seule, et elle s'est perdue. Et à partir de ce moment-là elle n'a plus voulu aller aux différents rendez-vous et examens qu'elle avait. »*

Compte tenu de l'orientation difficile des patientes dans la ville, nous pouvons facilement comprendre que la multiplication des lieux de rendez-vous différents renforce les freins d'accès au suivi de grossesse (36).

Compte tenu des difficultés auxquelles sont confrontées les patientes pour accéder aux consultations, les professionnels ont besoin d'accorder bien plus de temps à ces patientes qu'habituellement, pour les aider à prendre des rendez-vous, les aider à localiser les lieux, éventuellement les accompagner physiquement les premières fois. Les professionnels n'ont cependant pas forcément les moyens d'accorder ce temps supplémentaire, comme nous allons l'aborder dans la partie suivante.

b. Une durée de consultation insuffisante

« Je pense qu'il ne faut pas s'empêcher de dire que la dégradation perpétuelle de la qualité et du temps qu'on a à accorder aux gens ça fait ça. » E1

Les consultations de suivi de grossesse en France durent en général 30 minutes, dans le cabinet d'une sage-femme ou d'un médecin. Plusieurs participantes à l'étude ont noté que ce temps de consultation n'était pas adapté aux femmes migrantes, car *« Tout prend beaucoup plus de temps » E5*. D'un côté, comme nous l'avons précisé dans l'introduction, les patientes migrantes et précaires sont plus sujettes à présenter des complications de grossesse. Il peut donc être nécessaire de réaliser des examens complémentaires, d'orienter ces patientes plus fréquemment. De l'autre les soignants ont besoin de leur accorder un temps plus long pour faire le point sur le suivi et expliquer la suite avec plus de détails que lors d'une consultation avec une patiente qui connaît bien le système de soins français, d'autant plus si elles ne parlent pas la même langue.

« Tout est long, ça te prend un temps de dingue d'expliquer. [...] En plus de traduire ce qu'elle te dit, écouter ce qu'elle te raconte, tout en te disant « je n'oublie rien » parce que ce n'est pas facile d'appeler en disant vous avez oublié votre ordonnance » E5

Une des intervenantes donne pour exemple une prise en charge pour une de ses patientes : *« Je devais lui prescrire une protéinurie des 24h, lui expliquer qu'il fallait aller chercher un pot au labo. Au labo elle n'a pas su expliquer, donc j'ai refait une ordonnance en précisant au labo qu'il fallait donner une cantine, mais elle n'avait pas forcément compris, donc après j'ai dû appeler une infirmière libérale pour leur expliquer... » E5*. Le suivi est bien plus chronophage et demande une disponibilité plus importante.

Le manque de temps accordé aux patientes peut donc être un facteur de non-observance des soins simplement car ces patientes ne comprennent pas ce qu'elles doivent faire, où elles doivent se rendre...

Les soignants peuvent trouver des alternatives pour améliorer la prise en charge, comme le précise E1 :

« Les sage-femmes du CHU quand on leur oriente certaines patientes, bloquaient 2 créneaux, parce que ce sont des patientes plus compliquées, c'est comme ça, ça prend plus de temps, et la précarité fait qu'il y a souvent plus de choses au niveau médical. Le suivi incomplet, elle n'a pas fait sa prise de sang, il faut revoir ça, peut être expliquer comment aller au laboratoire... »

Accorder plus de temps aux patientes est donc nécessaire, cependant le manque de soignants se fait largement ressentir, les plannings des professionnels sont souvent saturés et ne leur permettent pas d'accorder ce temps-là à ces femmes.

Cela pose notamment un problème pour les patientes qui nécessitent un suivi avec un obstétricien en cas de pathologie, comme l'indique E1 : *« Les consultations d'obstétriciens ne peuvent pas durer 20 minutes, avec une femme migrante ce n'est pas possible. Nous parfois on est coincées, on se retrouve face à des obstétriciens qui nous disent « mais comment voulez-vous que je fasse, elle n'a pas son dossier, elle n'a rien ». Il y a des obstétriciens qui le font mais ils n'ont pas les moyens. »*

Cela peut créer des décrochages de suivi qui ne peuvent pas être rattrapés par les soignants par manque de disponibilité, comme l'explique E3 :

« La difficulté principale c'est que j'ai beaucoup de demandes, des plannings qui sont pleins, donc quand elles ne viennent pas, j'ai plein d'autres choses à faire que d'essayer de comprendre, de les appeler, de prendre du temps pour faire le point. »

c. Un travail en réseau qui fait défaut

A cette problématique de temps accordé aux patientes s'ajoute un travail en réseau très chronophage et souvent défaillant. La bonne prise en charge de ces patientes requiert un accompagnement par différents professionnels afin de traiter les problématiques médicales, sociales et psychologiques. Ce manque de travail en réseau peut d'un côté épuiser les professionnels, qui doivent mettre beaucoup de temps et d'énergie pour transmettre les informations auprès des structures, ou chercher à recevoir les informations.

« Il y a un partenariat avec les labos mais parfois il y a des couacs. » E1

« Le réseau il n'est pas bien établi. C'est super chronophage dans notre organisation d'appeler à chaque fois le labo pour qu'elles puissent aller faire sa prise de sang. » E5

Cet élément se retrouve également dans la littérature, notamment dans une étude sur les familles sans logement en Ile-de-France. Après avoir recensé leurs besoins en termes de santé et social, les chercheurs ont réorienté les participants vers les services adaptés pour leur prise en charge. Ils indiquent que *« Ce travail a été extrêmement chronophage pour le médecin épidémiologiste et l'équipe, confrontés à de nombreuses difficultés lors des prises en charge des familles »* (33). Cela montre une fois de plus le temps nécessaire à l'orientation et à la bonne prise en charge des patients, temps que ne possèdent pas forcément les intervenants auprès de ces femmes.

Une autre étude a mis en avant la difficulté de prise en charge notamment lorsque les patientes n'ont pas de sécurité sociale. Une sage-femme interrogée indique que pour ces femmes, elle prescrit régulièrement une contraception en post partum en sachant pertinemment que les patientes ne la prendront pas car elle ne sera pas prise en charge. Elle mentionne une des solutions possibles de solliciter le planning familial pour la prise en charge de la contraception, mais conclut : *« là je l'ai fait parce qu'il y avait cette fille, 16 ans, sinon on va pas s'amuser à faire tout ça pour toutes les femmes »* (13). Le manque de réseau peut induire un découragement des soignants, qui *« abandonnent »* la mise en place de moyens pour favoriser l'observance des soins pour ces patientes.

Le manque de communication se fait aussi régulièrement ressentir, comme le mentionne E3 : *« Je n'ai pas de lien avec les hôpitaux, 0 lien. C'est rarissime, et même quand tu as des collègues au téléphone... Moi j'ai une patiente qui est sortie avec des notions de violence, la collègue ne m'en a pas parlé. Ce sont les infirmières à domicile qui me l'ont dit... »*

Cela peut entraîner des prises en charges inadaptées, et un retour à zéro à chaque nouvel acteur rencontré, souvent nombreux. Une étude mentionne que « *la discontinuité des prises en charges médico-sociales mises en place vient reproduire les ruptures vécues tout au long de leur parcours et la multiplication des professionnels devient alors source de vulnérabilité* » (50). Ce travail en réseau défaillant peut donc être source d'un décrochage du suivi par épuisement des femmes également.

Les patientes peuvent se voir également refuser des soins en raison de ce défaut d'échange d'informations, ce qui peut les rebuter à retourner dans ces lieux de soins à l'avenir.

« Des fois elles se font refouler parce que l'assistante sociale de l'hôpital n'est pas au courant, moi il faut que je fasse une fiche de liaison, ou elles ont oublié la fiche de liaison, tout ça, c'est assez compliqué » E5.

Ces différents arguments mettent en lumière les aspects institutionnels qui peuvent impacter l'observance des femmes au suivi de grossesse. Il semble difficile d'envisager une observance adéquate sans une certaine adaptation du suivi, notamment en raison des particularités de leurs conditions de vie.

Après avoir étudié ces aspects liés de manière générale au contexte de vie des patientes, nous allons maintenant nous intéresser aux aspects intrinsèques de la relation de soins entre les professionnels accompagnants et les patientes migrantes, qui peuvent également avoir un impact fort sur cette notion d'observance au suivi de grossesse.

3. Un décalage culturel et social

« Je pense qu'il peut y avoir des barrières culturelles, mais elles sont souvent très surestimées. » E1

L'aspect culturel est un argument avancé par les soignants pour expliquer la non-observance du suivi de grossesse (13), mais les professionnels interrogés avaient un point de vue différent sur cet aspect et son impact. « *Souvent c'est une fausse idée qu'on se fait, que culturellement elles ne veulent pas, qu'elles ont une idée de ce qu'il faut pour leur enfant. [...] Elles ne sont pas méfiantes de ce que tu leur proposes* » E1.

Une étude menée auprès de sage-femmes dans des maternités d'Ile-de-France indique que ces justifications sont basées sur des stéréotypes liés à l'origine géographique des patientes et permettent aux soignants de « *donner des principes d'explication de comportements en apparence irrationnels, mais aussi de ramener l'inconnu au connu* » (13). L'argument culturel permet de minimiser le désarroi ressenti face aux attitudes différentes des patientes migrantes. Une étude socio-ethnographique présentée dans le livre Santé et grande précarité : l'exclusion par le soin des populations roms souligne également que l'argument de l'ethnie est bien souvent avancé pour expliquer tous les défauts de soin, de manière péjorative et excluant toute autre explication (51).

Ces représentations peuvent parfois être en décalage avec la réalité, comme le montre l'exemple suivant :

« Un médecin du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) rencontré à l'hôpital C lors d'une observation expliquait la fréquence des accouchements pré-hospitaliers des femmes roms est-européennes ainsi : « Il y a une peur de l'hôpital chez les femmes roms, c'est culturel chez elles ». En interrogeant les femmes roms à la suite des séances d'observation aux urgences, celles-ci affirmaient pourtant vouloir accoucher à l'hôpital et d'autres explications de ce comportement apparaissaient, ne faisant pas appel à une volonté d'éviter l'hôpital : expulsions des squats rendant difficile leur orientation dans la ville, manque de connaissances sur l'emplacement de l'hôpital, absence de couverture sociale non palliée par les services sociaux hospitaliers, non maîtrise du français, attente d'être certaines qu'elles sont en train d'accoucher pour éviter un déplacement inutile et parfois coûteux. » (13).

Ces études corroborent le fait que les arguments culturalistes souvent avancés ne sont pas forcément justifiés et tendent plutôt à stigmatiser ces patientes, en masquant les arguments liés à leurs conditions de vie.

Ce qui est ressorti cependant de notre étude, c'est qu'il peut exister des facteurs socioculturels favorisant la non-observance au suivi, mais qui sont plutôt dus à un défaut de compréhension du suivi et de ses acteurs pouvant entraîner des peurs et du non-recours aux soins, que nous allons développer ci-dessous.

a. L'incompréhension du suivi de grossesse français et de ses acteurs

« Je pense que pour qu'elles soient plus observantes, il faut qu'elles comprennent quel est l'intérêt » E4.

Un élément qui a été abordé par une grande partie des intervenantes est la médicalisation du suivi de grossesse. Si pour les patientes françaises, ce suivi est bien établi dans les habitudes et en adéquation avec une mentalité sociétale globale, il s'agit généralement d'une nouveauté pour les patientes migrantes, bien éloignée de ce qu'elles peuvent connaître ou se représenter. Le nombre de consultations, d'actes, de surveillances ne font pas sens pour elle.

« On est sur le volet de prévention, [...] pour le suivi de grossesse c'est quelque chose qui est bien ancré dans la population française, qui est même obligatoire en fait. Mais pour les migrantes, le suivi de grossesse c'est quelque chose de très éloigné de ce qu'elles connaissent au pays, ça n'existe pas. » E4

Comme l'explique E4, cela est principalement lié à une différence dans l'appréhension de la grossesse et de son suivi, et de la médecine en général. Dans les sociétés occidentales, le principe de prévention prône, les examens durant la grossesse vont permettre de détecter d'éventuelles pathologies afin de les prendre en charge au plus tôt. Les patientes migrantes, quant à elles, viennent d'une société où les soins vont majoritairement être prodigués dans un but plus curatif que préventif. Une étude menée dans une région rurale du Kenya montre que seulement 32% des femmes avaient bénéficié d'au moins une consultation prénatale (52). Une autre étude menée au Burkina Faso montre que 60% des femmes ont effectuées les 4 consultations prénatales recommandées (soit moitié moins que les consultations en France) (53). Elles voient donc peu l'intérêt d'avoir autant de rendez-vous et d'examens alors que leur grossesse est physiologique. Cet aspect est développé par beaucoup de participantes :

« A partir du moment où elles se sentent bien et qu'on leur dit que les analyses sont correctes, qu'il n'y a rien de pathologique, elles ne comprennent pas pourquoi il y a autant de rendez-vous. Elles trouvent beaucoup que la grossesse est trop médicalisée. » E2

« Les femmes qui ont des enfants au pays elles n'ont pas du tout eu ce suivi. Faire trois échos dans une grossesse, ça ne leur parle pas. Au niveau thérapeutique, ce ne sont pas les mêmes références. » E6

« Elles ont l'impression que c'est superflu, typiquement la consultation d'anesthésie, il y en a beaucoup qui ne comprennent pas le but. » E1

« Quand on leur explique le suivi de grossesse qui est mis en place ici, il y a un peu une stupéfaction, il y en a qui vont nous dire « mais pourquoi je dois aller voir un docteur, je ne suis pas malade ! ». [...] Dans leur pays on va voir le docteur lorsqu'on est malade, et la grossesse n'est pas une maladie. » E4

Les différents dépistages ou actes réalisés ne font pas non plus sens pour elles. Une étude sur les disparités sociales liée à la surveillance de grossesse a montré que pour certains dépistages (notamment la mesure de la clarté nucale, la réalisation du dépistage de la trisomie 21), un pourcentage bien plus important de femmes d'Afrique subsaharienne ne savaient pas si ces examens avaient été réalisés par rapport au pourcentage de femmes d'origine française (12). Cet élément nous montre que les éléments du suivi de grossesse en France ne sont pas forcément compris par la population des femmes migrantes, et qu'alors il devient difficile d'être observant lorsqu'on n'en comprend pas l'intérêt. E2 donne un exemple d'une prise en charge pour une patiente qu'elle a accompagnée : *« il y avait une suspicion de diabète, il fallait faire plusieurs choses. J'ai essayé de lui expliquer, c'était un peu compliqué à chaque fois, elle n'arrivait pas à comprendre même dans sa langue natale, ce n'était pas un problème uniquement lié à la langue. Elle ne comprenait pas pourquoi il fallait ce suivi de grossesse. »*

A ce suivi conséquent s'ajoute une diversité d'acteurs à rencontrer pendant la grossesse (sage-femmes libérale ou hospitalière, de la PMI, puéricultrice, obstétricien, anesthésiste...) qui ont pour nous un rôle bien défini, mais qui pour elles sont sources d'incompréhension. Cet aspect est mis en avant par E1 et E3 : *« Tu peux avoir des patientes qui parfois ne vont pas comprendre pourquoi elles ont trois rendez-vous trois jours de suite au CHU, un pour l'écho, un pour l'anesthésiste, un pour la sage-femme. Mais pour elles, elles ont rendez-vous chez le docteur trois fois. » E1*

« Elles vont une fois au CHU, une fois faire l'écho, une fois avec moi... la complexité je pense leur pose problème. » E3

L'organisation de rendez-vous et la notion d'anticipation et de régularité sont également en décalage avec les habitudes sociétales des femmes.

« La question d'organiser les rendez-vous aussi, parfois ça ne fait pas partie du fonctionnement des personnes qu'on rencontre, ce n'est pas forcément simple. » E6

« Après il y en a aussi, elles veulent venir au rendez-vous, mais là c'est complètement culturel c'est « African time ». Elles viennent d'arriver, la notion du temps, de l'emploi du temps et d'être à l'heure c'est hyper long. » E7

Cet aspect est renforcé par le contexte de précarité et de migration. Le docteur Bernard GUILLON l'aborde en parlant d'une « *déstructuration du rapport au temps* » (11), qui induire des retards, des rendez-vous manqués.

b. Des représentations anxieuses

Ces différences de vision de la grossesse et de sa surveillance peuvent parfois être source d'interprétations anxieuses pour les patientes. Certaines participantes mettent en avant qu'étant donné l'habitude de pratique des soins à visée curative et non préventive, le fait de devoir réaliser des dépistages ou de voir des professionnels de santé inquiète les femmes sur une éventuelle pathologie.

« Parfois ça peut les inquiéter [...], tous ces examens elles peuvent se dire c'est parce qu'il y a un problème avec mon bébé. » E5

Certaines peuvent alors refuser de réaliser ces actes par peur de découvrir une maladie à cet enfant à naître.

« En Roumanie, je pense qu'il n'y a pas tout à fait la même prise en charge et la même représentation de la grossesse, et dans l'imaginaire de beaucoup de personnes, beaucoup de rendez-vous médicaux sont associés à une pathologie. Du coup, je ne sais pas si on peut le nommer superstition ou autre, mais j'ai l'impression qu'il y a cette chose-là qui vient bloquer ou vient angoisser un peu les femmes concernées. » E2

La méconnaissance des acteurs et de leurs rôles peut aussi être source d'inquiétude et être un facteur de défaut d'observance au suivi. Une des intervenantes donne cet exemple : *« Je suis une patiente en ce moment qui a loupé deux rendez-vous en début de grossesse. A chaque fois je la rappelle et je lui demande pourquoi elle ne vient pas, elle me dit « j'ai oublié ». Donc je demande à*

ma collègue de PMI de passer, la patiente a refusé d'être prise en charge par la PMI. J'en ai reparlé avec elle, en lui demandant pourquoi elle avait refusé, car on en avait parlé... Le mot PMI fait peur. » E3

Une des intervenantes mentionne aussi un aspect non lié au suivi de grossesse mais plutôt à un héritage culturel, qui peut impacter la bonne réalisation des soins : *« Il y a des soins qu'elles ne veulent pas faire. Elles ont très peur des piqûres. Je dirais plutôt que c'est sociétal que culturel, d'où elles viennent la piqûre on leur enseigne que ce n'est pas une bonne chose, il y a des femmes qui ont été stérilisées par rapport à la colonisation, il y a tout un imaginaire derrière, des fictions qu'il est important de respecter. » E7.*

Tous ces aspects montrent qu'il est important de s'assurer que les femmes aient bien compris les différents acteurs, actes et consultations qui leurs sont proposés par rapport au suivi de grossesse, car les peurs ancrées dans leur culture peuvent représenter un frein à la bonne réalisation du suivi de grossesse. Il peut être important de connaître ces différentes visions culturelles et de les respecter.

c. Une incompréhension de la part des professionnels

« Je pense qu'il y a une incompréhension de cette non-adhésion au suivi de grossesse. » E4

Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, les situations de non-observance peuvent se heurter à une incompréhension de la part des professionnels, incompréhension qui peut concerner tant l'aspect culturel que social (9). L'argument culturaliste est bien souvent avancé mais témoigne surtout d'une méconnaissance de leurs conditions de vie. Cela peut entraîner différentes conséquences sur l'accès au soin.

Dans un premier temps, les soignants peuvent vouloir mettre en place des thérapeutiques qui sont impossible à réaliser compte tenu de leur contexte de vie, en se basant sur les stratégies de soins qu'ils ont l'habitude de pratiquer.

« Je trouve qu'il manque de formation des différents professionnels déjà sur le parcours. Savoir déjà comment ça se passe tant qu'elles n'ont pas de sécurité sociale. [...] Je vois beaucoup de patientes qui vont en consultation à l'hôpital et qui ressortent avec une ordonnance de

médicaments. Donc elles vont aller à la pharmacie, elles ont une ordonnance elles pensent que c'est ok, elles arrivent à la pharmacie il faut payer. » E5

« On est arrivées la première fois, il a vu qu'il n'y avait rien de fait, il voulait faire mille choses à la fois, mais la patiente n'aurait pas été capable de suivre tout ça. » E2

Comme le mentionne E2 dans la suite de l'entretien, s'il est demandé aux patientes de s'adapter au suivi de grossesse français, les soignants doivent prendre en compte les freins que rencontrent les patientes pour pouvoir aussi adapter le suivi à elles, quitte à ce qu'il soit différent de leur prise en charge habituelle (11). Il faut cependant pour cela que les soignants soient au courant des conditions de vie des patientes, ce qui n'est pas le cas pour tous actuellement.

Une autre conséquence de ce décalage social est l'instauration de postures défensives des soignants, liée au fait qu'ils ne comprennent pas pourquoi une patiente ne vient pas en rendez-vous, ne fait pas ses prises de sang, ne prend pas ses traitements... Comme le mentionne la médecin Christine DAVOUDIAN (5), les attentes des patientes dépassent bien souvent l'habitude et les compétences des soignants. Cela peut générer un sentiment d'impuissance qui, ajouté à la pénibilité de rattraper un suivi incomplet, peut entraîner une attitude hostile et dégrader la relation avec la patiente. Celle-ci peut alors décider de ne plus recourir au suivi afin d'éviter d'être confrontée aux soignants. E4 le mentionne dans son entretien :

« Ce sont quand même des patientes qu'ils voient moins, que ce soient les sage-femmes ou les gynécos de l'hôpital ils sont la majorité du temps confrontés à des patientes qui viennent à tous les rendez-vous, qui sont intéressées [...] Du coup quand ils se retrouvent face à des patientes qui ne viennent pas, qui ne font pas des examens, ils ne comprennent pas et ça génère des tensions. En plus, ça renforce la stigmatisation car on va toujours dire, on ne va pas se le cacher, « les patientes africaines et les patientes roms elles font mal suivre leur grossesse ». »

De plus, comme le mentionne E7, l'incompréhension des soignants et l'impossibilité pour eux à mettre en place des thérapeutiques habituelles peut conduire à des actes non adaptés aux patientes, et sans tenir compte de leur consentement.

« Souvent quand ces patientes là le personnel ne les comprends pas, ils préfèrent les garder en observation à l'hôpital. Ce qui enclenche qu'après, elles se barrent. Et du coup avec le personnel c'est compliqué. « Mme est en fuite, madame n'est pas coopérative ». Moi ce sont des mots avec lesquels j'ai beaucoup de mal, on ne cherche pas à comprendre. » E7

La régularité de ces situations rencontrées sans éclairage sur les raisons de non-observance renforce les préjugés et la stigmatisation de ces patientes. Cela peut conduire dans certains cas à une exclusion progressive des soins par les soignants ou accueillants, comme il est expliqué dans le livre du professeur Nicolas TANTI-HARDOIN (51) : refus des professionnels de passer dans les familles, refus de rendez-vous sous la justification que ceux-ci ne sont souvent pas honorés, rendez-vous à des dates très lointaines... On peut ainsi voir que les raisons de non-observance du suivi de grossesse peuvent ne pas être liés uniquement aux patientes, mais au cercle vicieux entre absence de compréhension des professionnels, stigmatisation et renforcement du comportement des patientes. Dans ce contexte, on observe alors une rupture de soins liée à une perte de confiance entre les deux parties. Nous allons développer cet aspect dans la dernière partie.

4. Un lien de confiance difficile à établir

L'observance du suivi de grossesse est fortement liée à la relation instaurée entre patientes et professionnels. En effet, des études mettent en avant que pour tous les patients, la mise en place d'une confiance mutuelle est nécessaire au bon déroulement des soins (37,39). Si ce lien est brisé ou absent, on peut être confronté à une rupture du suivi.

Concernant les femmes migrantes, ce lien de confiance est particulièrement difficile à mettre en place. Finalement, beaucoup d'aspects que nous avons déjà mentionnés vont impacter ce lien : d'un côté, leur contexte social et psychologique peut induire une crainte du système de soins et de ses participants. De l'autre, le décalage culturel et social entre soignant et soigné peut également influencer sur ce lien de confiance, comme nous l'avons développé précédemment. Il semble que son amélioration est un des éléments majeurs à prendre compte pour améliorer l'observance du suivi de grossesse.

Pour appuyer cette théorie, nous souhaiterions mettre l'accent sur deux éléments que nous n'avons pas abordés précédemment et qui vont avoir un réel impact sur la difficulté de mise en place d'un lien de confiance entre les patientes et les soignants.

a. La barrière de la langue

« Il y a le fait que les personnes autour de cette situation ne parlent pas la même langue que la personne. Je pense que ça, ça freine aussi beaucoup l'accès ou l'envie de la personne d'adhérer au suivi de grossesse. » E2

L'obstacle lié à la langue est un élément souvent mentionné dans les entretiens. Il conditionne la bonne compréhension des situations ou des thérapeutiques pour les patientes, et la capacité d'adaptation pour les soignants. Cet obstacle pose également problème pour garantir le consentement de la patiente aux soins. Il est donc primordial que les patientes puissent comprendre et être comprises par les soignants. Malgré cela, le recours à un interprétariat fait souvent défaut, et va dégrader le déroulé du suivi de grossesse. Selon l'enquête périnatale de 2021, seulement 14% des maternités déclarent avoir recours à un interprète lors des consultations (54). Cet aspect est mis en avant par plusieurs participantes :

« Il y a un gros défaut de moyens sur le CHU pour avoir des traducteurs. C'est un vrai problème. » E6

« Il y a quelque chose qui manque énormément, et qui est primordial dans les freins à l'accès au suivi, c'est l'interprétariat. A l'hôpital il n'y a pas d'interprétariat. C'est un frein énorme ! Même si tu sais parler anglais, que tu fais du google translate, pour parler du ressenti, des sentiments c'est compliqué. » E5

Comme l'aborde E5, cet obstacle linguistique est d'autant plus important compte tenu du contexte de vie complexe des patientes. Les soignants ont besoin de comprendre leur contexte de vie, leur état psychologique pour une bonne prise en charge, et l'absence d'interprétariat rend ces échanges impossibles. (55) Une des participantes relève la différence de vécu des femmes lors des rendez-vous en fonction du recours à un interprète ou non :

« Les professionnels [du centre départemental de santé] peuvent demander des interprètes par téléphone lors de la consultation, ce qui n'est pas le cas à l'HCE. Ça m'est arrivé de faire la demande explicite d'un interprète à l'hôpital couple enfant, par exemple quand je ne pouvais pas accompagner la personne, mais ils m'ont clairement dit que ce n'était pas possible, même si normalement tous les hôpitaux doivent garantir l'accès des patients à l'information... [...] Ça inquiète un peu plus les personnes. Je trouve que les femmes qui ont commencé leur suivi au centre départemental de santé étaient plus à l'aise par la suite pour aller continuer le suivi à d'autres

endroits, alors que celles qui commençaient directement là-bas étaient plus angoissées pour ce suivi. » E2

E5 mentionne également le fait que les services d'interprétariat, lorsqu'ils existent, ne sont pas forcément adaptés aux femmes rencontrées et à leur vécu.

« Il faut des bons services d'interprétariat. Souvent le service n'est pas spécialisé pour les personnes vraiment exilées ou qui ont vécu des traumatismes. » E5

En raison de la non mise à disposition d'interprètes dans les hôpitaux, les soignants s'appuient quand ils le peuvent sur la personne accompagnatrice pour traduire les échanges avec les patientes. Cette solution n'est pas idéale, et peut créer des défauts dans la prise en charge globale des patientes, comme le mentionne E5 :

« Surtout quand c'est le mari qui traduit ça pose un problème, s'il y a des notions de violence dans le couple, tu ne le sais pas. Ça nous est arrivé il n'y a pas longtemps cette situation. Une femme à laquelle je n'ai jamais eu accès directement, la traduction se faisait toujours via son mari, à l'hôpital pareil. Elle est venue à 10 jours de vie faire la visite de son bébé, elle a prétexté qu'elle voulait aller aux toilettes et elle a dit « mon mari me frappe, je veux partir ». Pour moi c'est un gros souci quand je n'arrive pas à avoir directement accès à la femme. Quand tu n'as pas d'interprétariat, tu dois toujours la voir avec monsieur. Parce que dès que tu sors un peu des langues classiques sur google traduction la traduction est très mal faite. » E5

Les patientes sont aussi parfois analphabètes, ce qui rend la compréhension d'autant plus difficile pour elles. Cela peut leur poser problème pour se rendre dans les lieux de consultations, et durant les consultations elles-mêmes.

« A l'hôpital si tu ne sais pas lire il n'y a pas de signalétique. Tout est écrit donc quelqu'un d'analphabète ça peut être compliqué, ou qui ne parle pas la langue. » E5

« Beaucoup sont analphabètes dans leur propre langue. Donc pour remplir le formulaire de consentement pour la péridurale, les marqueurs sériques... » E7

Cette barrière de la langue met également les soignants en difficulté, car ils ne sont pas habitués à rencontrer ces situations. Ils peuvent parfois sous-estimer cet obstacle comme le mentionne E5 :

« En sorti de maternité, souvent j'appelle pour avoir des transmissions de vive voix, et les filles me disent « j'ai expliqué toutes les ordonnances, elle a tout compris ». En fait quand j'arrive à domicile la femme elle n'a rien compris mais elle n'a jamais osé dire qu'elle ne comprenait pas. »

Cela peut aussi entraîner des réactions de jugement de la part des professionnels accueillants.

« Pour le coup le laboratoire, gros facteur de non-recours. Ça dépend des labos, mais parfois quand elles ne parlent pas français, elles ne se font pas bien accueillir. » E1

« Une fois, avec un médecin, j'explique à la patiente avec un anglais qu'elle pouvait comprendre, parce que traduction littérale d'un acte en anglais, quand tu n'es pas allé à l'école, même si on te le dit en anglais tu ne comprends rien. Et d'un seul coup le médecin dit : « mais ça fait combien de temps qu'elle est en France cette dame ? ». Je lui dis que ça fait au moins un an, il me répond : « et elle ne sait toujours pas parler français ? ». Et là je lui explique qu'elle est en squat, qu'elle est illégale, et que ça n'existe pas les cours de français pour ces gens-là. » E1

Les femmes ne sont d'une part pas à l'aise dans les rendez-vous si elles n'en comprennent pas la langue, mais elles peuvent en plus être confrontées à des réactions hostiles de la part des soignants. Ces différents aspects sont des facteurs de non-observance conséquents au suivi de grossesse. Les éléments mentionnés dans notre étude sont confirmés par un certain nombre d'articles, ciblant l'obstacle de la langue comme facteur de non-recours aux soins (9,55,56).

Nous pouvons terminer cette partie avec un exemple de prise en charge proposée à E1 qui résume bien les différents éléments abordés.

« Son enfant avait une spina bifida. On était deux sage-femmes sur le coup, à chaque fois on alertait sur le fait que la patiente parle soussou, elle ne parle pas bien français. Elle parle français pour prendre rendez-vous, mais pour qu'elle comprenne vraiment que son enfant a une spina bifida, il faut demander un interprète.

Les deux spécialistes en charge du dossier au CHU disaient que cette maman comprenait très bien, juste qu'elle ne voulait pas comprendre. Effectivement cette maman voulait croire que son enfant allait bien. Il y avait ce double aspect que si elle comprenait un moment dans la phrase que la grossesse se passe bien, en fait la grossesse se passait bien. Mais on lui avait dit que le bébé aurait des gros problèmes et qu'il allait être opéré. Donc elle s'est raccrochée à ça, il va avoir des

problèmes mais il va être opéré et ça ira mieux. Le spina bifida ce n'est pas ça... C'est opéré pour éviter qu'il meure, mais ça n'ira jamais, on le sait très bien.

Dans cette situation, pas d'interprète, deux fois, trois fois, après elle n'avait plus envie d'y aller pour qu'on lui réexplique une énième fois, et ce dont elle avait bien conscience, que son enfant n'allait pas bien. [...] Finalement on a décidé de lui faire une consultation spécialisée, on a demandé des comptes-rendus clairs aux pédiatre, obstétriciens et spécialistes. [...] On était les deux sage-femmes avec un interprète, on a traduit en reprenant la consultation du spécialiste. Mais ce n'est pas un travail qu'on devrait avoir à faire à la PMI... Et la patiente a demandé une IMG quand elle a vraiment compris. [...] Mais elle a perdu trois mois ! Pendant lesquels elle commençait à être moins dans son suivi parce qu'elle en avait marre qu'on lui répète la même chose sans qu'elle comprenne vraiment. » E1

b. L'accueil dans les structures de soins

D'autres éléments liés à la relation de soins et impactant l'observance au suivi de grossesse des patientes migrantes sont les conditions d'accueil dans les structures de soins et des professionnels.

« C'est toute la question de l'accueil. Ces femmes en précarité elles méritent d'avoir cet accueil là parce qu'elles n'ont rien. Donc au moins qu'on assure à ce niveau-là ! C'est du ressort de sa santé, de sa vie et de la vie de son enfant. On est dans un enjeu de santé publique énorme ! Et c'est le minimum. » E7

Contrairement au souhait de cette participante, cet accueil-là peut parfois faire défaut, et les professionnels peuvent montrer une hostilité ouverte envers les patientes. Cela a un réel impact sur le suivi de grossesse des patientes, comme le mentionne E2 :

« Moi je vois la différence entre les dames pour qui les consultations se font directement à l'hôpital couple enfant, et celles dont le suivi de grossesse commence au centre départemental, et ensuite il y a des rendez-vous prévus à l'hôpital. Et je vois que quand ça commence au centre départemental, ça se passe mieux. Parce que c'est déjà un endroit où ils ont l'habitude de recevoir des personnes migrantes et en situation de précarité, donc l'accueil il est différent par rapport à un grand hôpital. » E2. Cet argument est confirmé par une étude sur les femmes migrantes primo-

arrivantes, qui indique que « *les intervenants libéraux ou les centres de santé sont souvent jugés plus neutres, moins stigmatisants* » (6).

Nous avons déjà abordé le fait que le quotidien et l'histoire de ces femmes sont bien souvent marqués par la violence. Il est donc compréhensible que si cette violence est aussi présente dans l'accueil des professionnels de soin, elles choisissent d'interrompre le suivi pour se préserver. Cet aspect est mentionné dans le rapport du Haut Conseil de l'Égalité : « *C'est encore parfois pour préserver l'image de soi, en évitant les espaces où sont développée des attitudes de stigmatisation, de discrimination à leur égard que les sujets s'éloignent des institutions, parfois des espaces de soins.* » (11)

Les intervenantes ont mentionné plusieurs exemples à ce sujet :

« *Parfois j'entends des soignants dire des atrocités. Une fois, un anesthésiste m'a dit devant la patiente « comme elle est africaine, si elle n'accepte pas la péridurale et qu'on est obligé de lui faire une AG, on doit l'intuber, et avec ces populations-là systématiquement on leur casse les dents* ». » E7

« *Au laboratoire, parfois elles y vont avec nos ordonnances, avec lesquelles les actes sont pris en charge par le département. Je leur dis qu'il est hors de question qu'on les refuse pour faire la prise de sang car elles n'ont pas de sécu, et je leur dis de m'appeler si c'est le cas. Parfois je suis obligée d'être derrière à dire « écoutez cette femme » parce que sinon on ne l'écoute pas, elle est noire elle n'a pas de sécu on lui dit au revoir madame, on ne cherche pas à comprendre, alors qu'elle est dans son droit, ça c'est du racisme institutionnel.* » E1

« *La sage-femme et l'obstétricien, je ne les ai pas trouvés très à l'écoute, et je pense que ça jouait beaucoup sur l'adhésion de la personne au suivi de grossesse.* » E2

Elles peuvent également ne plus souhaiter appeler les secrétariats pour prendre ou changer un rendez-vous en raison de l'attitude de l'interlocuteur. E1 le mentionne à plusieurs reprises :

« *Elles ne veulent pas appeler pour prendre rdv, parce qu'on leur parle comme à des enfants et que c'est insupportable. N'importe qui d'entre nous, même sans détresse psychologique, dans un pays étranger ou tu te fais parler comme ça, tu ne veux plus.* »

« Même pour les gens qui parlent français, appeler une secrétaire qui n'est parfois pas bien lunée, c'est une épreuve. Quand tu ne comprends pas bien, c'est vraiment très difficile. On leur parle très mal, au téléphone particulièrement, il y a moins le contact humain, on leur raccroche au nez... »

Ces différents aspects illustrent bien les difficultés que peuvent rencontrer ces femmes face à une attitude inadaptée et stigmatisante des professionnels de santé, impactant ainsi l'observance du suivi de grossesse.

Enfin, dans certaines situations, la non-réalisation du suivi de grossesse ou des soins peut résulter d'une situation de discrimination. Cet aspect a été documenté par le Défenseur des Droits (57) et est mentionné également par les participantes dans notre étude.

« Il y a des professionnels de santé et certaines pharmacies qui n'acceptent pas les attestations de droit. » E5

« Parfois elles se font dégager à la gestion clientèle. Malgré mon courrier d'accompagnement, malgré parfois la fiche de liaison de la PASS. Moi parfois à la gestion clientèle ça va loin, je dois batailler, insister. Donc une femme qui n'est pas sûre d'elle, qui n'as pas de papier, qui ne parle pas la langue, et en plus quand elle cumule les trois, elle va sortir. Et après, je vais appeler on va me dire elle n'est pas venue. Si, elle est venue, mais elle s'est faite délogée en bas. » E7

Le sujet de la discrimination dans le soin n'est que récemment abordé dans les recherches et publications. Il en résulte que la responsabilité est partagée entre système de soins et soignants. D'un côté, le système de soins aujourd'hui ne laisse pas la place à la prise en compte des disparités sociales des patientes en raison du manque de soignants, de la protocolisation et de la « rationalisation » des soins. La psychiatre Claire MESTRE indique dans un article : « L'art d'interpréter disparaît derrière l'obligation de dispenser des soins rationalisés et comptabilisés » (58). Cet aspect est d'ailleurs mentionné dans l'entretien d'E3, qui indique : « je n'ai pas de temps pour faire du social, ou je peux en prendre mais on n'est ni rémunéré ni valorisé pour ça. » Les soignants ne peuvent pas traiter de manière égalitaire les patients par manque de temps et de moyens. De plus, les conditions dans lesquelles s'exercent les soins peuvent entraîner un épuisement des professionnels, et ce sont des conditions qui ne permettent pas la prise en charge de situations sociales compliquées ou atypiques. Cet aspect est mentionné par E4 : « mon ressenti

c'est que l'hôpital public est dans un état de tension, il y a un épuisement des professionnels de santé qui fait que parfois il y a une mauvaise mise en place de la relation avec le patient ».

De l'autre côté, on peut observer des attitudes stigmatisantes de la part des soignants, bien souvent dûes à un manque de connaissance des situations des patients. Les représentations négatives et stéréotypes de certains groupes minoritaires peuvent entraîner des différences de prises en charges. Cet aspect est abordé dans le livre de Nicolas TANTI-HARDOUIN concernant les soins des patients roms. Cet auteur mentionne notamment que *« l'articulation des stéréotypes partagés sur les Roms et la routine de la pratique médicale conduit à une forme d'écoute détachée des plaintes, à l'investigation clinique moins approfondie, témoignant d'une impuissance assumée »* (51). Cet aspect est également développé dans un article sur l'accès aux soins des personnes migrantes (59) qui expose les représentations que se font les soignants sur les patients d'origine africaine, sans que ces représentations soient vérifiées ou fondées. En se basant sur ces préjugés, ils dispensent des prises en charges différenciées, dans une volonté de « faire au mieux », mais qui finalement vont conduire à une stigmatisation des patients, un défaut de prise en charge et un moindre recours aux soins.

Finalement, ce qui résulte de ces constatations est que l'attitude des soignants est dépendante du système dans lequel celui-ci évolue. Dans un système de soins où *« s'intéresser aux aspects culturels de la relation thérapeutique est encore souvent perçu comme illégitime »* (13), où la rigidité du cadre de soins ne laisse pas la possibilité d'envisager des prises en charge plus adaptées, et où il existe des préjugés du fait des différences sociales et culturelles, il semble difficile d'imputer seulement aux soignants cette responsabilité.

Ces différents aspects, qu'il s'agisse de la barrière de la langue ou de la stigmatisation des patientes, empêchent la mise en place d'un lien de confiance entre les soignants et les patientes. Sans ce lien, il est compréhensible que les patientes ne veuillent réaliser le suivi de grossesse qui leur est imposé sans qu'elles ne le comprennent réellement, et qui est même délétère pour leur estime de soi. L'instauration d'un dialogue adapté avec les patientes migrantes permettrait pour elle de devenir actrice de leur suivi plutôt que de le subir et de les replacer au cœur de leur suivi de grossesse, dans le respect de leur individualité et leurs besoins.

« Je trouve qu'on n'écoute pas assez les femmes. Moi je prends le temps. Je n'ai pas de bureau, je suis dehors, je suis chez elles, avec elles. Ça elles aiment bien, parce qu'elles ont besoin d'attention et d'écoute. Et du coup elle a ré-entamé son suivi. » E7

5. Forces de l'étude

Nous avons choisi pour notre étude d'aborder un sujet d'actualité, dans un contexte où parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes migrantes, leur droit sont constamment réformés et les qualités d'accueil dégradées. Nous allons donc être amenés dans le système de soins à rencontrer de plus en plus de femmes migrantes dans des situations de grande précarité. Ce mémoire s'ancre dans une réflexion sur les pistes d'amélioration et d'adaptation du suivi de grossesse pour ces femmes, qui permettraient une prise en charge plus confortable tant pour les femmes que pour les professionnels.

De plus, le sujet du non-recours aux soins en médecine générale est relativement bien documenté dans la bibliographie, mais les études spécifiques au suivi de grossesse sont peu nombreuses. Notre étude nous a permis d'étudier les freins d'accès propres au suivi de grossesse en prenant en compte le contexte de vie de ces femmes, leur parcours et leur genre.

La diversité des profils des professionnels que nous avons interrogés nous a permis d'accéder notre sujet sur différents aspects : nous avons pu aborder largement les aspects tant médicaux que sociaux. De plus, les participants avaient chacun une relation différente avec les femmes du fait de leur profession, allant d'un lien formel à un lien plus intime. Cela nous a permis d'une part de récolter des éléments plutôt extérieurs aux femmes, liés par exemple à l'organisation des soins, aux freins rencontrés par les professionnels. D'autre part, la proximité de certains professionnels avec ces femmes nous a permis de récolter indirectement la parole et vision de celles-ci à propos du suivi de leur grossesse. L'expertise de tous les intervenants sur le contexte de vie des patientes et sur les éléments liés à la migration nous ont permis d'obtenir des données en sortant des préjugés qui peuvent être entendus en raison du manque de connaissance sur le sujet.

6. Limites de l'étude

Une des limites de l'étude est de ne pas avoir interrogé de femmes migrantes, pour des raisons de faisabilité. Il serait intéressant d'étendre ce sujet d'étude en interrogeant directement les femmes, pour obtenir les raisons de non-recours au suivi de grossesse qu'elles rencontrent.

De plus, nous avons interrogé uniquement des professionnels ayant l'habitude d'être en contact avec les populations migrantes, qui ont donc un point de vue relativement expert. Comme nous l'avons abordé dans les forces de l'étude, cette décision nous a permis de nous éloigner des préjugés souvent entendus sur les raisons de non-observance des femmes migrantes. A défaut d'interroger des femmes, nous avons interrogé des professionnels qui ont montré une bienveillance et une compréhension des freins que celles-ci rencontrent pour faire suivre leur grossesse. Cependant, il serait intéressant d'interroger des professionnels qui n'ont pas l'habitude de côtoyer en consultation des femmes migrantes, qui ne sont pas formés à leur accompagnement, pour s'intéresser à leurs représentations sur la non-observance du suivi des femmes migrantes et les confronter à nos résultats et à ceux de la littérature.

Nous n'avons pas non plus interrogé des psychologues ou psychiatres accompagnant ces femmes, mais il serait intéressant d'approfondir le sujet car l'arrivée d'une grossesse dans un contexte de déracinement et de précarité a un réel impact au niveau psychique, qui peut impacter le suivi de grossesse (50,60,61).

Nous nous sommes également limités aux territoires de d'Isère et des Hautes-Alpes pour ce mémoire. Il serait intéressant de faire une étude plus large car les freins d'accès au suivi de grossesse sont largement dépendants de l'organisation du système de soins et de l'environnement associatif. Cela permettrait de comparer les freins rencontrés dans chaque territoire afin d'étudier les éléments qui améliorent ou empêchent l'accès au suivi de grossesse des femmes migrantes.

Enfin, le profil des femmes migrantes est très varié, et les raisons de non-observance du suivi de grossesse peuvent différer en fonction de leur origine, s'il s'agit de patientes d'Afrique du Nord, Afrique sub-saharienne, roms... mais également en fonction de leur parcours migratoire, de leur contexte de vie. Nous avons choisi d'aborder la migration par le prisme de la précarité, mais il serait intéressant d'aborder le non-recours au suivi en relation avec le pays d'origine des patientes et leur parcours.

7. Perspectives et propositions

Nous avons abordé tout au long de cette étude les différents obstacles que les femmes migrantes et les professionnels rencontrent pour assurer un suivi de grossesse comme il est proposé en France. Que pouvons-nous alors tirer de ces apprentissages, et quelles solutions pouvons-nous envisager pour améliorer l'accès au suivi de grossesse pour ces femmes ?

a. Organisation de la prise en charge multidisciplinaire

Dans un premier temps, nous avons mis en avant que la prise en charge de ces femmes implique un certain nombre d'acteurs, entre les associations, les médecins, sage-femmes, assistantes sociales, éventuellement psychologues, médiateurs santé... Notre étude a mis en avant un défaut de communication entre ces différents acteurs, qui entraîne des ruptures de prise en charge pour les patientes. D'une part, elles se voient dans l'obligation de raconter leur histoire plusieurs fois, ce qui peut raviver leur traumatisme, et les rendre réticentes à se rendre auprès d'un nouvel interlocuteur. D'autre part, la multiplication de ces interlocuteurs rend difficile la mise en place d'un lien de confiance. Des informations peuvent également se perdre, il peut être difficile pour les soignants de savoir quelle prise en charge est en place pour la patiente, où en est sa situation administrative, etc. La collaboration des acteurs est cependant primordiale pour la prise en charge complète de la patiente, sur les aspects médicaux, sociaux et psychologiques (6). Des recommandations ont été émises par le Haut Conseil à l'Égalité pour adapter l'offre de soins aux femmes en situations de précarité. Parmi ces recommandations, le développement du dossier médical partagé, prévu dans la loi de modernisation du système de santé de 2016, est abordé (11). Cet élément pourrait être un outil intéressant en particulier pour ces patientes, afin de permettre aux professionnels d'avoir accès aux différents éléments nécessaires à la prise en charge des femmes, et éviter ainsi la rupture de suivi et les redondances.

Le Haut Conseil à l'égalité évoque également la mise en place d'un « référent unique » au sein des structures de soins (11), afin de coordonner le parcours des femmes en leur permettant d'avoir un seul interlocuteur. Cette piste est très intéressante pour instaurer un lien de confiance entre la femme et cet interlocuteur, faciliter l'accès au système de santé et permettre une prise en charge pluridisciplinaire plus efficiente.

Enfin, un autre moyen de faciliter la prise en charge globale des patientes est de créer des centres regroupant les divers professionnels impliqués dans le suivi de grossesse des femmes migrantes. Ces initiatives ont déjà fait leurs preuves dans d'autres domaines telles que la prise en charge des violences avec les Maisons des Femmes à Paris, Marseille, Grenoble (62). Concernant l'accès aux soins, la « Case de Santé » à Toulouse (11) est un centre de santé associatif regroupant des acteurs du monde médical (médecins, infirmières) et social (médiateurs santé, travailleurs sociaux...), permettant une prise en charge globale des patients et une meilleure coordination des acteurs impliqués. Les CASO de Médecins du Monde sont également construits sur ce principe, même si l'accompagnement psychologique y est peu développé, et les dispositifs souvent saturés (63). Il serait intéressant de développer des centres de ce type intégrant le suivi de grossesse. Cette solution permettrait également de lever certains freins géographiques, et de constituer un lieu ressource pour ces femmes.

b. Une approche plus informelle du suivi de grossesse

Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises dans cette étude, le suivi de grossesse tel qu'il est proposé en France n'est pas adapté aux femmes migrantes, limitant ainsi leur observance du suivi. Il peut alors être intéressant de réfléchir à une autre manière d'organiser le suivi de grossesse, plus adapté à leurs conditions de vie et leurs besoins.

Plusieurs dispositifs alternatifs existent et ont fait leurs preuves dans l'accompagnement de la grossesse, notamment ceux proposant de « l'aller-vers ». Il n'y a pas de définition formelle de ce que représente l'aller-vers, comme l'explique Cyprien AVENEL, membre de la Direction Générale de la cohésion sociale, mais il s'agit globalement de toutes les initiatives qui délocalisent les actions des professionnels, soit sur le lieu de vie des personnes cibles, soit dans les lieux de fréquentation. « *L'aller-vers ne signifie rien d'autre que le retour au cœur de métier, quand le fonctionnement des institutions contribue aujourd'hui à produire du non-recours aux droits et de la distance entre travailleurs sociaux et personnes en grande difficulté* ». (64) mentionne Cyprien AVENEL. Cette pratique s'affranchit des contraintes imposées par le cadre des consultations en structure de soin, notamment le temps de consultation, le cadre trop formel, l'éloignement géographique. Elle permet aussi d'aller au contact des personnes en rupture de soins et de les inclure dans une démarche volontaire d'intégration dans la prise en charge. Plusieurs structures mettent en place ces interventions mobiles, comme l'association ADSF qui organise des maraudes

de consultation de gynécologie dans un camion aménagé, les hôpitaux universitaires de Marseille qui ont mis en place la PASS Colette pour aller à la rencontre des femmes sans abris (65)...

L'objectif de l'aller-vers n'est pas de créer un système de soins parallèle, mais d'amorcer un dialogue de confiance avec les patients pour leur permettre ensuite de s'intégrer plus facilement dans le système de soins adapté à leurs besoins (65). Les bénéfices de cette démarche d'aller-vers ont d'ailleurs été mentionné par une des médiatrices en santé que nous avons rencontrée :

« On a pu mettre en place avec la PMI le passage d'une sage-femme sur le campement. Ça l'a énormément rassurée. [...] Ça c'était la première fois qu'on mettait en place un suivi si régulier avec une sage-femme sur le terrain, et j'ai vu que ça a vraiment bien fonctionné. Je pense que c'est quelque chose de très utile aux yeux des femmes que j'ai accompagnées, le fait que parallèlement aux rendez-vous au centre ou à l'hôpital, il y a aussi quelqu'un qui vient chez elle. » E2

L'aller-vers permet aussi d'aller vers les autres professionnels impliqués dans la prise en charge, permettant comme le mentionne Cyprien Avenel de « *trouver des solutions collectives et décloisonnées* » (64).

D'autres propositions ont été faites pour repenser le suivi de grossesse et le rendre plus accessible aux femmes migrantes, notamment dans le cadre des consultations. Nous avons mis en avant les freins liés à l'accessibilité physique aux rendez-vous, au manque de disponibilité des femmes et aux obstacles psychiques. Le Haut conseil à l'égalité propose pour pallier à ces freins des consultations d'une part sur des plages horaires plus adaptées aux femmes (par exemple en soirée), et d'autre part des consultations sans rendez-vous (11). Certaines associations proposent déjà ce type de consultation, comme l'ADSF ou Médecin du monde.

Un temps de consultation plus long fait partie des revendications d'une grande partie des professionnels de santé. Compte tenu du contexte social, médical et psychologique de ces patientes, le temps de consultation habituel de trente minutes ne peut pas être suffisant pour une prise en charge adaptée de ces femmes (11).

c. L'amélioration du lien entre professionnels et patientes

Nous avons montré tout au long de ce mémoire que les défauts de communication et de lien de confiance entre les professionnels et les patientes pouvaient être responsables d'une grande partie de non-recours au soin. Ceci est lié d'un côté aux patientes qui se trouvent en difficulté pour communiquer avec les soignants, et de l'autre un manque de connaissance des soignants sur les situations de vie et les raisons de non-recours aux soins de ces femmes.

Pour lever les freins liés à la communication entre soignant et soigné, la question de l'interprétariat dans les structures de soins est primordiale. Nous avons en effet noté que les services d'interprètes manquent cruellement dans les structures de soin, rendant impossible d'un côté la dispensation de soins équitables entre patientes francophones et non francophones, et de l'autre la possibilité pour la patiente d'exprimer ses besoins, attentes et ressentis. Il serait donc nécessaire de proposer de manière systématique des services d'interprétariat, ainsi que des outils de communication et d'information adaptés pour les personnes non francophones et analphabètes (11).

Un autre élément qui fait actuellement défaut, et pourtant primordial pour comprendre les femmes migrantes, est la formation des professionnels sur les contextes de migration et de précarité. Intégrer cet aspect dans la formation initiale et continue des soignants permettrait pour eux de comprendre le contexte de vie, les aspects socio-culturels et psychologiques qui peuvent impacter l'observance des soins. Cet aspect permettrait de lever les freins liés à la stigmatisation des patientes, réduire les préjugés et enclencher une écoute plus attentive et empathique des soignants (11,13,60).

Dans cette même démarche de formation et d'information des professionnels sur le contexte socioculturel des patientes, la présence des médiateurs en santé est un atout majeur pour améliorer le dialogue entre soignant et patient. Ils permettent de faire le lien entre le système de santé et les patients, et leur objectif est double : d'un côté, le médiateur va agir auprès des patientes pour faciliter la prévention et l'accès aux droits en prenant en compte leur contexte de vie et en les impliquant dans le projet de soin, avec une logique « d'empowerment » (66). De l'autre, il va opérer auprès du soignant pour faciliter la compréhension du contexte de vie de la patiente et des difficultés rencontrées pour mener à bien le suivi de santé. « *Ce n'est pas uniquement du service d'interprétariat ou expliquer les ordonnances, c'est vraiment faire en sorte que les deux partis arrivent à se comprendre* » E2. Ce métier relativement nouveau fait ses preuves

dans l'accompagnement des personnes éloignées du système de soins (66) et son développement semble important pour réduire les inégalités de soin. Cet aspect est mentionné par E2 dans son entretien : *« c'est un peu utopique, mais avoir des médiateurs au sein des structures publiques au sein des hôpitaux, je pense que ça pourrait faciliter beaucoup l'accès de ces personnes »*. Les médiateurs santé sont également des personnes ressources pour les femmes, car leur approche est empathique et non stigmatisante. Cet aspect est développé par Bernadette Rwegara, directrice de l'association Ikambere, qui insiste sur l'impact positif de ce lien de confiance sur le suivi des soins : *« Le lien de confiance s'établit grâce à la présence et à l'écoute des médiatrices. [...] Une fois ce pont bâti, les médiatrices peuvent orienter les patientes vers des structures et des professionnels du champ médico-social. De même, les soignants peuvent faire appel à elles pour débloquer certaines situations. Et cette proximité est un réel avantage dans une bonne prise en charge et un bon suivi des soins. »* (66).

Certaines associations ont également mis en place des groupes de parole entre les femmes migrantes et les professionnels (67). Ces groupes sont riches d'apprentissage pour les professionnels, pour mieux comprendre leur parcours personnel, leurs conditions de vie et leurs ressources psychiques. Pour les femmes, cet espace de parole permet d'exprimer leur situation, leur singularité, et sortir ainsi de la masse des « personnes migrantes » dans laquelle elles sont souvent invisibilisées. *« Devenir sujet de notre intérêt, de notre curiosité pour leur histoire et non réduites à n'être qu'objet de nos préoccupations ou sollicitudes et renvoyées sans cesse à leur précarité »* (67).

La mise en place de ce genre de dialogue permet aux femmes d'être réellement incluse dans le processus de soin, de créer une réelle « alliance thérapeutique » (61) entre le soignant et la patiente en prenant en compte ses ressources, ses besoins et les obstacles qu'elle rencontre. Sans cette bienveillance, sans la considération des patientes dans leur individualité, et sans l'inclusion des femmes dans leur prise en charge, il semble difficile d'imaginer leur imposer le suivi de grossesse tel qu'il est organisé en France.

« Dans ces moments où le désespoir prend place et où les obstacles sont nombreux, il est indispensable pour l'équipe d'adopter une attitude non neutre, c'est-à-dire d'être dans un positionnement engagé auprès de ces femmes. » (61)

V. Conclusion

Les freins à l'observance du suivi de grossesse pour les femmes migrantes en situation de précarité sont multifactoriels, dépendant à la fois de leur parcours de vie et du système de santé. Compte tenu des différents éléments abordés, il semble difficile d'envisager une amélioration de l'observance du suivi de grossesse sans proposer un ajustement de celui-ci : un compromis entre les besoins des femmes et la nécessité d'une surveillance médicale serait à envisager. Plusieurs initiatives innovantes sont proposées pour améliorer le parcours de soins des femmes éloignées du système de santé, et semblent pertinentes à mettre en place dans le cadre du suivi de grossesse. Nous pouvons citer comme exemple le développement de « l'aller-vers », de la médiation dans le champ de la santé et la mise en place d'un référent unique coordonnant le parcours des patientes.

Les éléments de notre étude tendent à une même conclusion : c'est par l'amélioration du lien entre les soignants et les patientes et l'instauration d'une compréhension mutuelle que le suivi de grossesse pourra trouver sa place dans le parcours des femmes. Notre rôle en tant que professionnel de santé est de laisser la possibilité à cette confiance de s'installer, en adoptant une attitude empathique et compréhensive. Cela ne peut cependant se faire sans formation : la mise en évidence des freins responsables de la non-observance prend alors tout son sens. C'est par la compréhension de ces facteurs que nous pourrions proposer une prise en charge adaptée en prenant en compte le contexte de vie des patientes, mais également de leur histoire et leur individualité, et ne plus limiter notre vision aux idées préconçues liées à leur origine sociale. « *De même que l'étranger ne peut être renvoyé qu'à sa culture, le précaire ne peut pas être renvoyé qu'à sa précarité* » (67), mentionne la psychiatre Claire MESTRE.

Pour conclure, nous pouvons remarquer que nous nous sommes intéressés au suivi de grossesse par le prisme de la non-observance, ce qui semble en fin de compte limité. En effet, cette notion aborde seulement les comportements des patientes ne coïncidant pas avec les recommandations de santé (38). Or nous avons montré que les raisons de non-observance sont bien plus complexes et font intervenir des éléments bien au-delà du seul comportement des patientes. Les aspects que nous avons abordés dans ce travail se rapprochent finalement des travaux sur la notion de non-

recours, plus large et plus pertinente. Cette notion, initialement étudiée dans le cadre des prestations sociales (68) et depuis peu élargie à d'autres domaines, permet d'envisager de manière plus large tous les éléments impactant l'accès à un service. « *Le non-recours n'est pas que manque, passivité, incapacité, domination ; il rend compte également du libre choix des individus et exprime des désintérêts, des désaccords ou des impossibilités* » écrit à ce propos Philippe WARIN, co-fondateur de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). (68) Son application au domaine de la santé semble tout à fait appropriée, soulevant souvent les mêmes catégories de freins que le non-recours aux droits sociaux. Une typologie a été établie par l'ODENORE afin de classer les différentes catégories de non-recours : la non-connaissance, la non-réception, la non-proposition, la non-demande (69). Cette classification permet de mettre en avant les aspects et les interactions complexes du phénomène de non-recours. Pour poursuivre l'investigation de notre sujet, il serait intéressant d'étudier les arguments présentés selon cette typologie, pour permettre d'approfondir les éléments proposés dans le champ des sciences sociales et de recouper avec des notions déjà étudiées.

VI. Références bibliographiques

1. Blanchard E, Rodier C. « Crise migratoire » : ce que cachent les mots. *Plein Droit*. 2016;111(4):3-6.
2. Gaillard M. Union européenne : la « crise migratoire » de 2015. In: *L'Union Européenne : institutions et politiques* [Internet]. 6e édition. La documentation française; 2018 [cité 26 mars 2024]. (Découverte de la vie publique). Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/38611-union-europeenne-la-crise-migratoire-de-2015>
3. Organisation Internationale pour la Migration. IOM. [cité 9 avr 2024]. Termes clés de la migration. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
4. Le dessous des cartes - Flux migratoires, une longue histoire [Internet]. *Le dessous des cartes*. ARTE; 2020 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.arte.tv/fr/videos/091146-019-A/le-dessous-des-cartes/>
5. Davoudian C. *Mères et bébés en errance migratoire*. Fabert. 2022. 64 p. (Temps d'arrêt).
6. Plumereau C. *Enquête qualitative auprès des femmes migrantes primo arrivantes sur leur besoin en santé. Intérêt d'une prise en charge en médecine générale* [Internet] [thèse d'exercice de médecine]. [Marseille]: Aix Marseille Université; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01708909>
7. OFPRA. www.ofpra.gouv.fr. Histoire de l'asile et de l'Ofpra. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/frise-chronologique/1970>
8. Responsable national Asile. La Cimade. 2024 [cité 15 févr 2024]. Droit d'asile : premier bilan 2023. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/droit-dasile-premier-bilan-2023/>
9. Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelles des femmes immigrées. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2017;(19-20):389-95.
10. Azria É. Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances Psy*. 12 oct 2015;67(3):13-31.
11. Bousquet D, Couraud G, Lazimi G, Collet M. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2017 mai. Report No.: 2017-05-29-SAN-O27. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf-2.pdf
12. Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. *Etudes Résultats* [Internet]. janv 2007;(552). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er552.pdf>
13. Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociol Trav*. 1 mars 2011;53(1):109-30.

14. Comité de Rédaction - ONU. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. 1948.
15. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. UNHCR. [cité 4 avr 2024]. Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/media/convention-et-protocole-relatifs-au-statut-des-refugies>
16. Chapitre I : Conditions d'octroi de l'asile (articles L510-1 À L513-7) [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Sect. Livre V : DROIT D'ASILE ET AUTRES PROTECTIONS INTERNATIONALES (Articles L510-1 à L597-1), Article L511-1 mai 1, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070158/LEGISCTA000042772140/
17. Chapitre II : Protection subsidiaire (Articles L512-1 à L512-4) [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Sect. Livre V : DROIT D'ASILE ET AUTRES PROTECTIONS INTERNATIONALES (Articles L510-1 à L597-1), Article L512-1 mai 1, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000030954142/2015-07-31>
18. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. UNHCR France. [cité 26 mars 2024]. Droits et obligations. Disponible sur: <https://help.unhcr.org/france/droits-et-obligations/>
19. Asile en France [Internet]. [cité 26 mars 2024]. L'asile en France. Disponible sur: <https://asile-en-france.com/>
20. UNHCR France [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Le HCR en France. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/en-bref/le-hcr-en-france>
21. FTDA. France terre d'asile. 2023 [cité 15 févr 2024]. Quelles évolutions des demandes d'asile en 2022 ? Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/actualites/actualites-choisies/evolution-demandes-asile-2022>
22. La rédaction. Vie Publique. 2023 [cité 26 mars 2024]. Aide médicale de l'État : un dispositif sanitaire utile mais à améliorer. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/292125-aide-medecale-de-letat-un-dispositif-sanitaire-utile-mais-ameliorer>
23. Maurin L. Combien de sans-papiers en France ? [Internet]. Centre d'observation de la société. 2018. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/population/combien-de-sans-papiers-en-france/>
24. Revil H, Olm C. Baromètre du non recours à Lyon. Lyon: Odenore; 2023 fev.
25. OFII [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Demande d'asile. Disponible sur: <https://www.ofii.fr/procedure/demande-dasile/>
26. Meurant S. Projet de loi de finances pour 2023 : Immigration, asile et intégration [Internet]. Commission des finances; 2023 avr [cité 1 avr 2024]. Report No.: 115. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l22-115-316/l22-115-316.html>
27. Ciuntu MC. Projet de loi de finances pour 2024 : Immigration, asile et intégration [Internet]. Commission des finances; 2023 nov [cité 1 avr 2024]. Report No.: 128. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l23-128-316/l23-128-316.html>

28. Réfugiés.info [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Avoir un hébergement d'urgence en appelant le 115. Disponible sur: <https://refugies.info/fr/demarche/62503d59664c115fa5121c6a>
29. L'état du mal-logement en France en 2023 [Internet]. Fondation Abbé Pierre; 2023 p. 326. Report No.: 28. Disponible sur: https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-01/REML2023_WEB.pdf
30. service public [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
31. service public [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
32. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. *Quest Déconomie Santé*. nov 2019;(245).
33. Arnaud A, Caum C, de Watrigant T, Garcin E, Guyavarch E, Jangal C, et al. ENFAMS Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France Premiers résultats de l'enquête quantitative [Internet]. Observatoire du Samu Social de Paris; 2014 p. 339-49. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>
34. Scoazec C. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam [Internet] [Mémoire du Diplôme d'État de sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes - École de sages-femmes Baudelocque; 2011. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633666>
35. Alternatives Economiques. Alternatives Economiques. 2014 [cité 5 mars 2024]. Précarité, définition. Disponible sur: <https://www.alternatives-economiques.fr/dictionnaire/definition/97697>
36. Coulm B. La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes. *Sages-Femmes*. 1 janv 2020;19(1):12-7.
37. Bureau M. L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux [Internet] [thèse d'exercice de médecine]. Nancy; 2001. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733161/document>
38. Nordt M. Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique: une utopie? [thèse d'exercice de pharmacie]. [Marseille]: Aix Marseille Université; 2019.
39. Lopez A, Compagnon C. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2015 juill p. 161. Report No.: 2015-037R. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-037R_Pertinence_et_efficacite_des_outils_de_politique_publicque2_.pdf
40. Eck-Sarradon A. Le sens de l'observance. *Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues*. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):5-36.
41. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS; 2016 mai.

42. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. Paris: INSERM, DREES; 2017 oct.
43. Zeitlin J. RéMI- Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis : Volet épidémiologique et audit des décès périnatals et néonatales. Paris: INSERM; 2015 p. 140.
44. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
45. Wikipédia [Internet]. 2020. Théorie ancrée. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_ancr%C3%A9e&oldid=174102849
46. Lapinte A. Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières. Actual Doss En Santé Publique. mars 2018;(102):36-9.
47. Billon A, Laborde F. Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui [Internet]. Sénat - délégation aux droits des femmes; 2015 juill. Report No.: 592. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r14-592/r14-5921.pdf>
48. Masoni A, Alla M, Bichaud M. Prise en charge spécifique des femmes migrantes à la Maison d'Ella. J Psychol. 2020;375(3):36-40.
49. Agrali S, Morel E, Vuillard J, Fanget D, Laurence S, Reboul C. La souffrance psychique des exilés : une urgence de santé publique. Médecins du Monde, Centre Primo Levi; 2018 juin.
50. Panaccione É, Moro MR. Construire de la sécurité dans l'errance. Maternité chez des femmes migrantes sans domicile fixe. Psychiatr Enfant. 2014;57(2):533-61.
51. Tanti-Hardouin N. Santé et grande précarité : l'exclusion par le soin des populations roms. L'Harmattan. Paris; 2016. 198 p. (Questions contemporaines).
52. Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W. Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. BMC Pregnancy Childbirth. 10 janv 2008;8(1):2.
53. Sirpe G. Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso. Mondes En Dév. 2011;153(1):27-40.
54. Enquête nationale périnatale - Rapport 2021. Paris: INSERM, DREES; 2022 oct. Report No.: 6.
55. Eschapasse P. Les femmes enceintes migrantes en situation irrégulière: les enjeux d'une prise en charge plus adaptée [Mémoire du Diplôme d'État de sage-femme]. [Nice]: Université Côte d'Azur- École de sages-femmes; 2020.
56. Boerleider AW, Wieggers TA, Manniën J, Francke AL, Devillé WL. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 27 mars 2013;13:81.
57. Despres C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination [Internet]. Université Paris XIII: Défenseur des droits; 2017 mars [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd_etudes-resultats_pratiques-medicales-et-dentaires-%20differentiation-discrimination_20170403.pdf

58. Mestre C. Soins et violence institutionnelle auprès des femmes migrantes. *Spirale*. 2022;101(1):95-102.
59. Cognet M, Gabarro C, Adam-Vezina E. Entre droit aux soins et qualité des soins. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires*. 1 nov 2009;(1282):54-65.
60. Panaccione É. Maternités à l'épreuve de l'errance migratoire. *J Psychol*. 2013;312(9):40-4.
61. Masoni A, Alla M, Bichaud M. Prise en charge spécifique des femmes migrantes à la Maison d'Ella. *J Psychol*. 2020;375(3):36-40.
62. La Maison des femmes [Internet]. [cité 30 mars 2024]. La Maison des femmes de Saint-Denis. Disponible sur: <https://www.lamaisondesfemmes.fr/je-decouvre-lmdf/qui-sommes-nous/>
63. Médecins du Monde [Internet]. [cité 30 mars 2024]. CASO : centres d'accès aux soins et d'orientation. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/sur-le-terrain/les-caso-centres-dacces-aux-soins-et-dorientation/>
64. Géry Y. « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. *Santé En Action*. déc 2021;(458):8-9.
65. La Pass Colette : un dispositif médico-social pour aider les femmes sans abri [Internet]. Marseille; 2018 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=y-p94IWg3Yo>
66. Bouchaud O, Hamel E, Soleymani D. La médiation en santé un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *Santé En Action*. juin 2022;(460):52.
67. Davoudian C. La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions. À propos d'un groupe de paroles de femmes enceintes migrantes en PMI. *Rhizome*. 2017;63(1):31-8.
68. Warin P. Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux. *Polit Soc*. 2014;3-4(2):108-21.
69. Beltran G, Revil H, Costentin C. Comprendre la mécanique des inégalités sociales de santé dans les trajectoires vers un diagnostic de cancer du foie : l'entrée par le non-recours. *Rev Fr Aff Soc*. 2021;(3):159-78.

VII. Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien, version 1

THEME	QUESTIONS	ELEMENTS RECHERCHES	HYPOTHESES
<u>Lien avec les femmes migrantes</u>	<p>Quel est votre rôle auprès des femmes enceintes migrantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel accompagnement réalisez-vous ? De quelle manière ? <p>Comment s'effectue le premier contact ? Par quelles voies/quels moyens ?</p> <p>Comment définiriez-vous le lien que vous créez avec ces femmes ?</p>	Etat des lieux des acteurs qu'elles peuvent rencontrer, de l'accompagnement qu'ils peuvent réaliser, de leurs missions, du lien qui est créé.	
<u>Perception de la grossesse</u>	<p>Quelles sont les préoccupations (principales) dont ces femmes vous parlent ?</p> <p>De quelle manière vous évoquent-elles leur grossesse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment se sentent-elles pendant cette grossesse ? - Abordent-elles des difficultés particulières ? <p>Rencontrez-vous beaucoup de femmes qui ne sont pas suivies pour leur grossesse ? Quelle proportion (à peu près) ?</p> <p>Abordez-vous le sujet du suivi de grossesse avec elles ?</p> <p>Si oui, quelles sont les raisons mises en avant justifiant l'absence de suivi ?</p>	<p>Cerner les sujets que les femmes abordent avec les professionnels ou associations qu'elles rencontrent + la place de leur grossesse dans ces discussions.</p> <p>Les difficultés rencontrées quand le suivi de grossesse est abordé</p>	<p>*Logement *Langue *Isolement *Situation économique *Administration (droits, AM)</p> <p>*langue *éloignement géographique *ne peuvent pas se rendre aux rendez-vous *ne savent pas où aller</p>
<u>Difficultés d'accompagnement</u>	<p>Est-ce que vous essayez d'orienter ces femmes vers un suivi de grossesse ? Si oui, Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour les orienter ?</p> <p><u>Pour les professionnels de santé réalisant les suivis de grossesse : quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour réaliser le suivi de grossesse de ces femmes ?</u></p> <p>Utilisez-vous des procédés pour limiter ces difficultés ?</p> <p>Avez-vous des exemples de femme ou de prise en charge qui vous viennent à l'esprit quand on évoque ce sujet ?</p>	<p>Comprendre les difficultés qu'eux, en tant que professionnels, rencontrent pour accompagner les femmes enceintes migrantes</p> <p>Savoir s'ils mettent en place des stratégies pour aller contre ces difficultés</p>	<p>*langue *perte de vue des patientes *difficultés pour trouver des solutions à leurs problématiques (notamment logement) *pb administratifs</p>
<u>Perspectives</u>	<p>Avez-vous des idées de pistes d'amélioration pour favoriser le suivi de grossesse et l'accompagnement des femmes enceintes migrantes ?</p>		

Annexe 2 : Grille d'entretien, version 2

THEME	QUESTIONS	ELEMENTS RECHERCHES	HYPOTHESES
<u>Lien avec les femmes migrantes</u>	<p>Pouvez-vous vous présenter ainsi que le rôle que vous exercez ?</p> <p>Quelle population de patiente côtoyez-vous ?</p>	Etat des lieux des acteurs qu'elles peuvent rencontrer, de l'accompagnement qu'ils peuvent réaliser, de leurs missions, du lien qui est créé.	
<u>Freins au suivi de grossesse</u>	<p>Est-ce que vous en rencontrez beaucoup qui ne sont pas suivies ou qui ont un suivi incomplet ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'elles sont en France depuis le début de la grossesse, ou est-ce qu'elles sont arrivées en cours de grossesse ? - A quel moment de la grossesse les rencontrez-vous généralement ? <p>Quels sont les éléments que vous remarquez pouvant limiter l'accès au suivi de grossesse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par rapport aux femmes elles-mêmes ? - Par rapport aux éléments extérieurs aux femmes ? <p>Avez-vous des exemples de femme ou de prise en charge qui vous viennent à l'esprit quand on évoque ce sujet ?</p>	<p>Chiffres</p> <p>Freins au suivi de grossesse</p>	<p>*langue</p> <p>*éloignement géographique</p> <p>*ne peuvent pas se rendre aux rdvs</p> <p>*ne savent pas où aller</p>
<u>Difficultés pour les professionnels de santé</u>	<p>Il y a-t-il des difficultés que vous rencontrez pour prendre en charge ces patientes ?</p> <p>Utilisez-vous des procédés pour limiter ces difficultés ?</p>	<p>Comprendre les difficultés qu'eux, en tant que professionnels, rencontrent pour accompagner les femmes enceintes migrantes</p> <p>+ savoir s'ils mettent en place des stratégies pour aller contre ces difficultés</p>	<p>*langue</p> <p>*perte de vue des patientes</p> <p>*difficultés pour trouver des solutions à leurs problématiques (notamment logement)</p> <p>*pb administratifs</p>
<u>Perspectives</u>	<p>Avez-vous des idées de pistes d'amélioration pour favoriser le suivi de grossesse et l'accompagnement des femmes enceintes migrantes ?</p>		