

THÈSE DE DOCTORAT

de l'Université de recherche Paris Sciences et Lettres
PSL Research University

Préparée à l'Ecole des hautes études en sciences sociales

Grossesse et Reconnaissance du sujet.

Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France.

Ecole doctorale n°286

ECOLE DOCTORALE DE L'EHESS

Spécialité Sociologie

Soutenue par Louise VIROLE
le 20 Septembre 2018

Dirigée par **Philippe BATAILLE**

COMPOSITION DU JURY :

Mme FALQUET Jules
Université Paris Diderot, Rapporteur

Mme JAISSON Marie
Université Paris XIII, Rapporteur

M. BATAILLE Philippe
EHESS, Membre du jury

Mme GASQUET-BLANCHARD Clélia
EHESP, Membre du jury

Mme GUENIF-SOUILAMAS Nacira
Université Paris VIII, Membre du jury

Mme MOUJOURD Nasima
Université Grenoble Alpes, Membre du jury

à Sabrina

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon directeur de thèse, Philippe Bataille, pour son soutien et sa guidance tout au long de ce travail. Merci de m'avoir fait confiance dès mon arrivée au CADIS il y a de nombreuses années, d'avoir accepté de codiriger mon mémoire de Master et de diriger cette thèse. Par ailleurs, je tiens à remercier les membres du jury de soutenance qui ont accepté d'évaluer ce travail : Jules Falquet, Clélia Gasquet-Blanchard, Nacira Guénif-Souilamas, Marie Jaisson et Nasima Moujoud. Ce travail n'aurait pas pu être mené sans le soutien de l'École des Hautes Études en Santé Publique, qui a subventionné cette recherche pendant trois ans. Je tiens à remercier les membres de mon comité de thèse Clélia Gasquet-Blanchard, Marie Jauffret-Roustide et Stéphanie Larchanché pour leurs relectures et leur guidance. Mes remerciements vont aussi à mon laboratoire de recherche, le Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques, à sa directrice Alexandra Poli pour son amitié, ainsi qu'à Zouhour Ben Salah pour son aide précieuse.

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les femmes qui ont accepté de me confier leur parcours de grossesse. Cette thèse leur est dédiée. Je remercie toutes les professionnelles de santé qui m'ont ouvert les portes de leur structure de soins, qui ont accepté ma présence dans leur quotidien, et qui ont pris de leur temps pour m'accorder des entretiens. Sans leur confiance, cette thèse n'aurait pas été possible.

Je remercie mes ami.e.s et collègues qui ont relu et corrigé cette thèse : Laure Basile, Emmanuel Beaubatie, Louis Braverman, Giulia Fabbiano, Mounia El Kotni, Apolline Le Gall, Sophie Noye, Thibaud Pombet et Mélanie Van Kampen. Merci aux doctorant.e.s et anciens doctorant.e.s du CADIS pour l'ensemble des échanges que nous avons pu avoir tout au long de la thèse. Merci aux ami.e.s et collègues de la bibliothèque de la Maison des Sciences de l'Homme, grâce à qui j'ai pu passer des déjeuners mémorables.

Je remercie ma famille et mes proches pour leur soutien durant toutes ces années. Apolline Le Gall et Jules Serviere pour leur amitié sans faille, Alice Valiergue pour son soutien et sa complicité dans cette épreuve, Sophie Noye, Thibaud Pombet, Marie Mesnil et Emmanuel Beaubatie pour leurs conseils avisés de docteur.e.s. Un remerciement particulier aux deux garçons qui partagent ma vie, Nawfel Sengchan et Soukoulak.

Enfin, un millier de mercis à Sabrina Mezouar, mon épouse, que j'ai rencontrée grâce à cette thèse. Je la remercie pour son soutien et son extrême patience. Merci pour toutes ses relectures et ses conseils : nos échanges ont façonné cette thèse.

Résumé et mots clefs

Grossesse et Reconnaissance du sujet.

Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France.

Résumé : Cette thèse étudie les formes de subjectivation produites au cours des parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes – étrangères arrivées depuis moins de cinq ans sur le territoire français. L'enquête de terrain s'appuie sur des observations au sein de structures de soins à Paris et en Seine-Saint-Denis, ainsi que sur une soixantaine d'entretiens semi-directifs menés avec des professionnelles de la périnatalité et des femmes primo-arrivantes enceintes ou ayant accouché récemment en Île-de-France. À partir de ce travail ethnographique, la thèse analyse de manière intersectionnelle les effets subjectivants de l'entrée dans des dispositifs médico-sociaux dédiés aux femmes enceintes primo-arrivantes. Alors que dans un premier temps, l'annonce de la grossesse fragilise les conditions de vie de ces sujets déjà exclus en France, les femmes primo-arrivantes acquièrent en revanche une légitimité auprès des institutions médicales du fait de leur grossesse. Identifiées comme public à risque prioritaire par les politiques de santé publique, ces femmes sont orientées vers des prises en charge spécifiques, qui participent à les reconnaître en tant que sujets. La thèse interroge les effets réifiant de cette reconnaissance : reconnues uniquement grâce à leur corps enceint, ces femmes connaissent une forme d'assignation racialisée à la maternité. Dans ce contexte, les femmes enceintes primo-arrivantes peuvent en venir à mobiliser leur corps enceint comme ressource pour limiter les effets de la domination. En définitive, la thèse donne à voir les mécanismes d'altérisation ethno-raciale opérés par les professionnelles de santé et les pratiques de résistance des usagères au sein des dispositifs dédiés.

Mots clefs : grossesse ; primo-arrivantes ; intersectionnalité ; migration ; subjectivation ; maternité ; reconnaissance

Abstract and Keywords

Pregnancy and the Recognition of the Subject.

Care paths of pregnant newly arrived immigrant women in France.

Abstract: This thesis studies subjectification' process produced during the care path of pregnant newly arrived immigrants – foreigners who arrived for less than five years in France. The field study is based on observations in health care structures in Paris and Seine-Saint-Denis, and sixty semi-directive interviews with perinatal health professionals and newly arrived immigrant women, pregnant or who have just given birth, in Île-de-France. From this ethnographic study, the thesis analyses, with an intersectional perspective, the entrance in perinatal dedicated health structures and their effects on newly arrived immigrants' subjectivities. At first, the announcement of pregnancy can degrade their living conditions in a context where they are excluded in France. However, they acquire a legitimacy with health care institutions because of their pregnancy. Targeted as public at risk by the perinatal public policies, these women are guided into dedicated healthcare facilities, which recognize them as subjects. The thesis interrogates the reifying effects of this type of recognition. The newly arrived immigrant women are recognized only through their pregnancy; they experience a racialized assignment to maternity. They develop incorporated strategies to counter mechanisms of domination, by using their pregnant body as a resource. Finally, the thesis analyses racialization mechanisms inside the health care structures and users' practices of resistance.

Key words: pregnancy; newly arrived immigrant women; intersectionality; migration; subjectification; maternity; recognition

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	5
RESUME ET MOTS CLEFS.....	7
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	8
SOMMAIRE.....	9
GLOSSAIRE DES SIGLES.....	10
GUIDE D'ECRITURE INCLUSIVE.....	11
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE METHODOLOGIQUE.....	23
PARTIE I : PARCOURS DE GROSSESSE, PARCOURS DE GALERE.....	49
CHAPITRE 1 : LES PARCOURS DE GALERE DES FEMMES ENCEINTES PRIMO-ARRIVANTES.....	53
CHAPITRE 2 : LES MULTIPLES OBSTACLES DANS L'ACCES A UN SUIVI DE GROSSESSE.....	95
CONCLUSION PARTIE I.....	146
PARTIE II : DE LA FABRIQUE A LA RECONNAISSANCE DU SUJET: DISPOSITIFS DEDIES EN PERINATALITE.....	147
CHAPITRE 3 : UN NOUVEAU SUJET DANS LE CHAMP PERINATAL.....	151
CHAPITRE 4 : DISPOSITIFS DEDIES : UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE.....	191
CHAPITRE 5 : SUIVI DE GROSSESSE DEDIE ET RECONNAISSANCE DU SUJET.....	241
CONCLUSION PARTIE II.....	263
PARTIE III : LES REVERS DES DISPOSITIFS DEDIES. ASSIGNATION, ALTERISATION ET RESISTANCE DU SUJET.....	265
CHAPITRE 6 : DE LA RECONNAISSANCE A L'ASSIGNATION RACIALISEE A LA MATERNITE : LE CORPS ENCEINT COMME RESSOURCE.....	269
CHAPITRE 7 : L'ALTERISATION DES FEMMES PRIMO-ARRIVANTES. LA PRODUCTION DE LA DIFFERENCE AU SEIN DE GROUPES DE PAROLE DEDIES.....	317
CONCLUSION PARTIE III.....	364
CONCLUSION GENERALE.....	365
BIBLIOGRAPHIE.....	379
ANNEXES.....	393
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET ENCADRES.....	467
TABLE DES MATIERES.....	469

Glossaire des sigles

ADA : Allocation du Demandeur d'Asile
AME : Aide Médicale d'État
APHP : Assistante Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Assistante Sociale
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAFDA : Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CASO : Centre d'accueil de soin et d'orientation
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU : Couverture Médicale Universelle
CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DA : Dispositif d'Appui du Réseau de santé
DRAAS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ENP : Enquête Nationale Périnatale
ESI : Espace Solidarité Insertion
HAS : Haute Autorité de Santé
ISM : Interprétariat en Milieu Social
MDM : Médecins du Monde
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PSA : Permanence Sociale d'Accueil
PASS : Permanences d'Accès aux Soins
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PUMA : Protection Universelle Maladie
RSA : Revenu de Solidarité Active
SA : Semaine d'Aménorrhée
SAMU SOCIAL : Service d'Aide Mobile d'Urgence Sociale
SDF : Sans Domicile Fixe
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Intégration
TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale
VAD : Visite à Domicile
115: Plateforme de réception des appels des personnes à la rue en nom propre et des signalements par des tiers, particuliers ou institutionnels

Guide d'écriture inclusive

Voici quelques règles d'écriture inclusive pour guider les lecteurs et lectrices tout au long de cette thèse.

1/ Le masculin ne l'emporte plus sur le féminin. Si les femmes sont majoritaires, j'utilise le nom au féminin. J'utilise le pluriel féminin de généralité :

Exemple : Les professionnelles du champ périnatal sont majoritairement des femmes.

2/ Dans le cas où le sexe des personnes n'est pas connu :

a. J'utilise le point classique pour les mots qui ne s'orthographient pas exactement de la même manière au féminin et au masculin :

Exemple : Les professionnel.le.s en parlent.

b. Les pronoms « il(s) » et « elle(s) » sont séparés d'un tiret :

Exemple : Ils-Elles racontent leur histoire.

c. Quand le terme comporte déjà un tiret, j'utilise le slash :

Exemple : Eux-mêmes/Elles-mêmes n'en croient pas un mot.

Introduction

Les femmes « *étrangères* »¹ font face à de nombreuses inégalités sociales de santé périnatale² en France. Les travaux épidémiologiques montrent qu'elles ont plus de « *risque* » d'entrer tardivement dans le suivi obstétrique, d'être hospitalisées pendant la grossesse, d'accoucher par césarienne, de donner naissance à un enfant de petit poids ou prématuré, ou de mourir en couche (Saurel-Cubizolles et al. 2012). L'imbrication de facteurs juridiques, sociaux, économiques, linguistiques et territoriaux est nécessaire pour comprendre l'existence et la persistance de ces inégalités de santé (Sauvegrain et al. 2015). Par ailleurs, les études observent des différences majeures au sein du public des femmes « *étrangères* » selon les nationalités d'origine³ (Blondel, Lelong et Saurel-Cubizolles 2009) ou la classe sociale⁴ des femmes (Observatoire du Samu social de Paris 2014).

Des travaux en sociologie et en anthropologie de la santé se sont penchés sur la question de l'accès et la qualité des soins prodigués à ces femmes lorsqu'elles sont suivies dans les institutions médicales en France. Certaines études décrivent les discriminations que connaissent les personnes « *étrangères* », que ce soit dans l'obtention d'une couverture médicale (Cognet, Gabarro et Adam-Vezina 2009), ou dans les refus de soins de médecins qui n'acceptent pas de patient.e.s avec l'Aide

¹ Une étrangère est une personne résidant en France qui n'a pas la nationalité française. (Définition juridique: Haut Conseil à l'Intégration). Dans cette thèse, les termes « *étrangère* » et « *immigrée* » seront utilisés entre guillemets, pour signifier qu'ils relèvent de catégories officielles qui sont mobilisées dans la littérature épidémiologique, les politiques de santé et les travaux de recherche en sciences sociales.

² Période qui s'étend du début de la grossesse jusqu'au 8^e jour suivant la naissance. Composé de l'élément formant *péri** et de *natalité** : autour de la naissance.

³ Les femmes provenant « *de pays d'Afrique subsaharienne* » et « *du Maghreb* » sont particulièrement touchées par ces inégalités, en comparaison avec les femmes « *européennes* » (Blondel, Lelong et Saurel-Cubizolles 2009).

⁴ Par exemple, les femmes sans-domicile ont des risques élevés de santé périnatale (Observatoire du Samu social de Paris 2014).

Médicale d'État (Le Défenseur des Droits 2016a). Les inégalités ne s'arrêtent pas aux portes des institutions de soins. C'est dans l'interaction avec les guichets (Spire 2008) des maternités publiques ou avec les professionnel.le.s du médical et du social que les femmes connaissent traitements différentiels et discriminations. Plusieurs travaux soulignent l'existence de discours « *culturalistes* » (Fassin et Dozon 2001) des professionnel.le.s à l'encontre des femmes « *étrangères* ». Alexandra Nacu montre, dans son étude, que les professionnel.le.s de la santé périnatale mobilisent un « *argumentaire de la différence culturelle* » (Crenn et Kotobi 2012) pour expliquer les comportements des femmes qu'ils-elles catégorisent par des étiquettes ethno-raciales¹ : « *les femmes africaines* », les « *femmes asiatiques* », les « *femmes roms* » (Nacu 2011). À chaque taxinomie correspond un stéréotype, menant parfois à des discriminations. En cherchant à comprendre les raisons expliquant que le taux de césarienne chez les femmes « *africaines* » soit trois fois plus important que la moyenne française, Priscille Sauvegrain analyse notamment comment les soignant.e.s, sur la base de pré-supposés raciaux, orientent les femmes qu'ils-elles perçoivent comme « *Noires* » plus fréquemment vers un accouchement césarisé (Sauvegrain 2012).

La question des inégalités aux soins périnataux des femmes « *étrangères* » devient un « *problème public* » (Gusfield 1981) en 1994, quand pour la première fois, un Plan Périnatal identifie les femmes « *en situation irrégulière* » dans le public des « *démunis* », dont il fait la prise en charge une « *priorité* » (Haut comité de la santé publique 1994, p. 101). L'attention se porte sur l'accès à la couverture médicale pour des femmes qui, du fait de leur situation administrative, n'avaient pas de Sécurité sociale. Si peu de moyens sont donnés à l'époque pour favoriser cet accès aux soins, les années 2000 marquent une rupture dans la question de la qualité des soins avec, en 2003, les États généraux de la naissance et la constitution d'un collectif de défense des usagères (le CIANE). En 2005, le nouveau Plan Périnatal affiche une prétention plus « *humaine* » et pose la priorité de cibler les femmes « *en situation sociale difficile* » (Cour des comptes 2006). Il identifie les femmes qui composent ce public de la précarité en élargissant par rapport au plan

¹Ces catégories ethniques ou raciales mobilisées par les professionnel.le.s sont des construits sociaux, et celles-ci, même si elles n'ont aucune existence biologique, ont une puissance performative et de perpétuation des rapports de domination (Guillaumin 1992).

précédent : « *il s'agit notamment de femmes à la rue, de femmes en situation irrégulière, mais aussi parfois de femmes de foyers polygames, de femmes tsiganes, manouches, roms... de femmes détenues et de mineures* » (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 11). Les axes de propositions ne concernent plus seulement l'accès aux droits, mais aussi la qualité des soins.

Le consensus autour de la « *vulnérabilité* » de ce public parmi les politiques publiques et la littérature épidémiologique a facilité la mise en place de dispositifs médico-sociaux dédiés — *officiellement* ou *officieusement* — aux femmes enceintes « *étrangères* ». Cette thèse propose une ethnographie de certains de ces dispositifs dédiés en Île-de-France : entre autres, une consultation de Protection Maternelle et Infantile (PMI) en maternité dédiée aux femmes « *vulnérables* », deux Permanences d'Accès aux Soins (PASS), un réseau de santé dédié aux femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de trois mois « *en situation de précarité* », de l'interprétariat en suivi de grossesse et huit groupes de parole animés par des professionnel.le.s de santé à destination de « *migrantes* »¹. Dans un contexte médical marqué par l'universalisme du soin (Prud'homme 2016), ces dispositifs dédiés font débat parmi les professionnel.le.s du champ périnatal. Ils cristallisent l'ambivalence des soignant.e.s, oscillant entre adhésion aux traitements différentiels et attachement aux valeurs universalistes du service public. Les débats interprofessionnels tournent autour de cet « *équilibre* » entre une « *prise en charge spécifique* » et « *une prise en charge au plus près du droit commun* »². Alors que les professionnel.le.s sont divisé.e.s sur la question de la meilleure prise en charge pour ces patientes, la plupart s'accorde sur la nécessité d'adapter le système de santé actuel pour faciliter l'accès aux soins de femmes enceintes qui en sont sinon exclues, du fait de leur situation administrative, sociale, économique ou linguistique. À l'instar des politiques publiques, les dispositifs médico-sociaux dédiés « *construisent leurs ressortissants en même temps qu'ils les visent* » (Frigoli 2010). Les espaces où se rencontrent les

¹ Le terme « *migrante* » renvoie aux femmes nées étrangères à l'étranger et ayant migré pour la France. Nous verrons que ce terme est mobilisé par les professionnel.le.s du champ périnatal pour désigner une hétérogénéité de publics.

² Selon l'analyse formulée en 2010 dans le cadre de l'évaluation ministérielle du Plan périnatal 2005-2007 (Ministère de la santé et des sports 2010, p.6).

professionnel.le.s — agents de l'État — et les usagères dites « *vulnérables* », participent donc à construire un nouveau public « *vulnérable* » en périnatalité.

La thèse se penche sur les parcours de soins des femmes enceintes qui sont orientées dans ces dispositifs dédiés. Comment ces dispositifs influent-ils sur l'accès et la qualité des soins de ces femmes ? Au-delà du soin, quels effets peuvent avoir ces dispositifs dédiés sur leurs conditions de vie ? Sur leur rapport à soi ?

Nous avons choisi de circonscrire la recherche à une double temporalité : le temps de la grossesse (de 0 à 9 mois) et le temps depuis la migration en France (de 0 à 5 ans). Ces choix sont de nature méthodologique et théorique. Concentrer l'enquête sur la période de la grossesse permet de cadrer l'objet sur ce prélude¹ particulièrement médicalisé à la maternité (Akrich 2007; Camus et Oria 2017; Jacques 2007). Par ailleurs, les premières années d'arrivée des femmes « *étrangères* » sont des années charnières dans l'accès primaire aux soins (Lombrail et Pascal 2005). Dès lors, cette thèse étudie les parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes² — femmes « *étrangères* » arrivées depuis moins de cinq ans en France — qui sont prises en charge dans ces dispositifs dédiés. Elle repose sur une enquête ethnographique menée de 2013 à 2015 en Île-de-France, auprès de professionnelles médico-sociales et de femmes enceintes primo-arrivantes — principalement originaires de pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et d'Europe de l'Est³ — recrutées dans les dispositifs dédiés observés. L'enquête est décrite de manière détaillée dans le Chapitre Méthodologique. Dans une perspective intersectionnelle (Crenshaw 1989), « *entendue au sens où les rapports sociaux de race, de genre et de classe se co-construisent de manière dynamique* » (Cervulle et Testenoire 2012, p.5), **la thèse propose d'examiner les effets de cette prise en charge dédiée sur les femmes qui y sont orientées.**

¹ La grossesse ne mène pas automatiquement à la maternité : certaines femmes avortent, ont des fausses couches ou accouchent sous X.

² Notre choix du terme « *primo-arrivante* » est développé dans le Chapitre méthodologique.

³ Les nationalités des enquêtées sont détaillées dans le Chapitre méthodologique.

Approche théorique

Du fait de son objet d'étude — les parcours de soins des femmes enceintes primo-arrivantes en France —, la thèse se place à la croisée de plusieurs champs de sociologie et d'anthropologie : de la santé, de la migration et du genre. Pour étudier les effets des prises en charge dédiées sur les femmes qui y sont orientées, la thèse propose d'analyser les processus de subjectivation à l'œuvre dans leur parcours de soins. Ainsi, la problématique qui guidera cette thèse est la suivante : ***Dans quelle mesure les parcours de soins des femmes enceintes primo-arrivantes produisent-ils de la subjectivation ?***

Le concept de « *subjectivation* » renvoie dans la thèse à trois sens principaux qui guideront ses trois axes analytiques : 1. Le processus de *fabrique* du sujet, 2. Le processus de *reconnaissance* du sujet, 3. Les formes de *résistance* du sujet. Comme nous le verrons plus bas, chaque sens s'inscrit dans un courant théorique et s'appuie sur un corpus spécifique. Le cadre théorique proposé dans cette thèse est le fruit de l'hybridité de ces approches de la subjectivation (Cervulle et Clair 2017).

La fabrique du sujet

En premier lieu, la subjectivation est entendue dans une perspective foucauldienne, en tant que processus de *fabrique* du sujet par les dispositifs de pouvoir qui l'objectivise et l'assujettit (Foucault 1975; Foucault 1976). Le pouvoir est « *un champ d'action positive* » « *subjectivant* », dans le sens qu'il « *constitue des sujets et des subjectivités* » (Cervulle 2012). Dans la continuité de cette approche, la thèse interroge le rôle de la santé publique dans la fabrication, la production et l'encadrement des sujets (Fassin et Dozon 2001). Elle analyse le processus de construction d'une nouvelle catégorie de sujet vulnérable (Bataille 2012) en périnatalité. Comme l'ont montré les études féministes intersectionnelles, ces modes de subjectivation sont traversés par des dimensions de genre, de classe et de race (Guénif-Souilamas 2010; Dorlin 2009). Dans cette thèse, nous aborderons

l'imbrication dynamique¹ de ces trois rapports sociaux (Bentouhami et Guénif-Souilamas 2017; Falquet 2009; Lépinard 2005). Nous verrons comment les politiques publiques, les institutions médicales et les professionnel.le.s du champ périnatal jouent un rôle dans la perpétuation d'un ordre social genré. Nous aborderons les rapports sociaux de classe en décrivant les conditions matérielles des femmes primo-arrivantes interrogées, ainsi que les effets des mécanismes de redistribution des ressources sur leur position sociale. Nous analyserons les rapports sociaux de race dans son sens le plus étendu : en premier lieu en tant que processus de racialisation, entendu comme « *l'imposition d'une catégorie explicitement ou implicitement raciale sur des individus et des groupes, généralement pour les dominer ou les exploiter, pour les exclure ou le combattre* » (Fassin 2010, p. 163). Dès lors, la thèse se penche sur le processus d'étiquetage (Becker 1963) ethno-racial mobilisé par les professionnel.le.s de santé pour cibler les usagères des dispositifs dédiés. En second lieu, la « *race* » renvoie dans la thèse à l'ensemble des mécanismes de domination institués par l'État français au travers de sa politique migratoire (Moujoud 2007). Nous verrons en effet comment cette domination « *légale* » a des effets symboliques et matériels sur les conditions de vie des femmes primo-arrivantes (Moujoud et Falquet 2010).

La reconnaissance du sujet

Un second sens du concept de subjectivation sera mobilisé dans la thèse, celui de la *reconnaissance* du sujet. Les femmes primo-arrivantes, pour beaucoup en situation irrégulière, sont des sujets exclus de la citoyenneté en France, des « *sujets précaires* » selon Judith Butler (Butler 2009). Cette exclusion symbolique et juridique est un déni de reconnaissance politique (Fraser 2004; Fraser 2005). Selon Nancy Fraser, pour qu'il y ait justice sociale, il est nécessaire que « *chaque membre (adulte) de la société puisse interagir en tant que pair avec les autres* » (Fraser 2004, p. 162). Trois conditions doivent être remplies pour atteindre une « *parité de*

¹ Danièle Kerogat préfère le concept de « *consubstantialité* » des rapports sociaux (Kergoat 2009). Paola Bacchetta quant à elle, développe le concept de processus de « *co-formation* » et de « *co-production* » des rapports sociaux (Bacchetta 2015).

participation» : une condition juridique (l'égalité juridique), une condition subjective (la reconnaissance intersubjective) et une condition objective (la redistribution). Les deux formes de reconnaissance — *intersubjective* et *politique* — rejoignent la théorie d'Axel Honneth, qui avait développé, quant à lui, trois formes de reconnaissance : affective, juridique et d'estime sociale (Honneth 2000). Ainsi, l'apport de l'approche fraserienne est de prendre en compte cette « *condition objective* », c'est-à-dire la question de la « *structure économique de la société et les différences de classe* », laissée de côté par Axel Honneth (Fraser 2004, p. 162). En appliquant la théorie fraserienne au champ de la santé périnatale, il s'agira d'analyser dans quelle mesure les dispositifs dédiés produisent de la reconnaissance intersubjective et politique ainsi que de la redistribution pour des sujets sinon exclus en France. En mobilisant une approche intersectionnelle, la thèse interroge les frontières de genre, de race et de classe de ces formes de reconnaissance. Sous quelles conditions les femmes primo-arrivantes sont-elles reconnues comme sujets ? La thèse questionne les inégalités d'accès à la subjectivation politique (Dorlin 2007). Elle interroge les répercussions des politiques migratoires, des politiques de santé et des normes de genre sur les capacités d'agir des femmes enceintes primo-arrivantes.

La résistance des sujets

Le troisième axe de subjectivation renvoie dans la thèse aux formes de *résistance* du sujet. Dans l'approche foucauldienne, le sujet est toujours « *simultanément assujetti et excédant le contrôle disciplinaire* » (Cervulle et Testenoire 2012, p. 8). Ainsi, selon Étienne Balibar, les processus d'objectivation et de résistance du sujet sont à penser conjointement, car elles sont « *les deux faces d'une même réalité* » (Balibar 2011, p. 83). Mettant l'accent sur les capacités d'agir, la subjectivation renvoie ici aux procédés que l'individu met en œuvre afin de s'approprier son rapport à soi (Revel 2009 ; Foucault 1984). Comme le décrivent Maxime Cervulle et Armelle Testenoire, la capacité d'agir porte à la fois sur les conditions matérielles qui permettent d'agir, mais aussi sur la logique de l'action

« *micro-politique* », située au niveau de « *ces pratiques de soi par lesquelles se reproduit le sujet* » (*Ibid.*, p. 9). L'augmentation des capacités d'agir nourrit alors la marge de manœuvre pour s'opposer, désobéir, résister aux normes et aux rapports de domination, mais aussi, comme le développe Saba Mahmood (2009), viser « *la continuité, la stabilité et la reproduction sociale* » (*Ibid.*, p. 9).

La thèse s'intéresse aux modes de résistance des femmes enceintes primo-arrivantes face aux rapports de domination. Dans un contexte où le corps enceint de ces femmes est au cœur d'enjeux biopolitiques, l'analyse de leurs discours et de leurs pratiques met en lumière des mécanismes de réappropriation du « *rapport à soi* » (Revel 2009, p. 99). La thèse se penche sur les manières créatives dont les femmes primo-arrivantes mobilisent leur corps enceint pour répondre aux différentes dimensions de domination qui s'intersectionnent (Rebughini 2014). Elle analyse les conditions symboliques et matérielles où on peut voir « *émerger le sujet (...) en tension avec et contre l'identité et la place assignées* » (Agier 2012a, p. 70).

Annnonce du Plan

Après un chapitre consacré à la méthodologie de l'enquête ethnographique, la thèse s'organise en trois parties qui restituent les résultats d'analyse.

La première partie se focalise sur les mécanismes d'*exclusion* du sujet. La thèse s'amorce sur une description des effets de l'annonce de la grossesse sur les conditions de vie des femmes primo-arrivantes en France. Le flot de témoignages des femmes enquêtées nous immerge dans les parcours de « *galère* » (Dubet 1995) de sujets luttant pour survivre. Les femmes que nous avons rencontrées étaient souvent en situation irrégulière. C'est dans ce contexte d'exclusion juridique qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes. Le choix de garder cette grossesse n'est pas sans conséquence sur leurs relations conjugales, leur hébergement et leur projet professionnel. Il influe sur leur position de classe, en les précarisant encore

davantage (Chapitre 1). Le manque de capital social, économique et juridique en France entrave leur accès aux soins périnataux (Chapitre 2).

La deuxième partie analyse la *fabrique* et la *reconnaissance* du sujet. Elle revient sur la fabrique d'une nouvelle catégorie de sujet par les politiques de santé publique et la littérature épidémiologique, légitimant la mise en place de dispositifs dédiés (Chapitre 3). Par une entrée ethnographique dans certains dispositifs dédiés, elle en décrit la prise en charge. Au-delà de l'hétérogénéité des fonctionnements des dispositifs, elle met en lumière leurs points communs : une approche personnalisée de la patiente (Chapitre 4). L'entrée dans ces dispositifs dédiés favorise la reconnaissance intersubjective et politique des femmes primo-arrivantes et augmente leurs capacités d'agir (Chapitre 5).

La troisième partie s'intéresse aux revers de cette reconnaissance, en décrivant les mécanismes d'*assignation* et d'*altérisation* des sujets, ainsi que les formes de *résistance* qui en découlent. On y découvre que ces modes de reconnaissance sont conditionnés à un ensemble de critères de sexe et de race. Les femmes primo-arrivantes sont reconnues grâce à leur grossesse, tout d'abord par les professionnel.le.s de santé puis par l'État, à condition qu'elles portent un futur sujet français. Ainsi, l'entrée dans ces dispositifs dédiés produit une assignation racialisée à la maternité. Étiquetées en tant que corps vulnérables par les professionnel.le.s de santé, les primo-arrivantes s'approprient l'assignation à la maternité en mobilisant leur corps enceint comme ressource (Chapitre 6). Alors que les professionnel.le.s de santé les renvoient à une altérité ethno-raciale, la thèse met en avant les pratiques de résistance des femmes primo-arrivantes dans la prise de parole sur soi (Chapitre 7).

La conclusion générale de la thèse propose une réflexion sur les liens toujours renouvelés entre reproduction et subjectivation des femmes en France, à partir de l'éclairage de l'expérience située des femmes enceintes primo-arrivantes. Elle propose de nouvelles perspectives de recherche qui découlent des résultats de la thèse, aussi bien en sociologie et en anthropologie de la santé, du genre et de la migration.

Chapitre Méthodologique

La démonstration de cette thèse repose sur les données collectées sur plusieurs terrains de recherche, grâce à une enquête ethnographique menée de 2013 à 2015. Deux questions ont façonné la méthodologie de cette thèse : Comment étudier les parcours de soins des femmes primo-arrivantes ? Comment observer les processus de subjectivation à l'œuvre dans ces dispositifs dédiés ? Les premiers temps de l'enquête ont été consacrés à la recherche des prises en charge obstétriques dédiées aux femmes primo-arrivantes. Une fois identifiées, la deuxième étape a consisté à négocier l'entrée dans ces dispositifs dédiés. À ce stade, l'objectif était de s'immerger dans ces structures, d'observer leur fonctionnement, de comprendre les pratiques des acteurs qui y travaillent, et de connaître les usagères qui y sont accueillies.

Ce chapitre méthodologique propose de revenir sur la construction du dispositif d'enquête de la thèse. Dans une première partie, il décrit la méthode employée pour retracer les parcours de soins des femmes primo-arrivantes (I). Dans une seconde partie, il présente les caractéristiques sociales de l'ensemble des femmes qui participent à cette enquête ethnographique : les primo-arrivantes, les professionnelles, et la sociologue (II).

I - Étudier les parcours de soins

Retracer les parcours de soins des femmes prises en charge dans des dispositifs dédiés en périnatalité nécessite une méthode de recueil de données spécifique. Dans un premier temps, cette partie revient sur les étapes d'identification des dispositifs dédiés et de négociation à l'entrée (A). Puis, elle détaille le dispositif d'enquête mis en place (B).

A. L'entrée dans les dispositifs dédiés

Avant d'étudier les parcours de soins, la recherche doctorale était initialement focalisée sur un type de dispositif dédié collectif : le groupe de parole. Les objets d'étude se sont progressivement étendus aux dispositifs dédiés individuels ainsi qu'à l'étude des parcours de soins des femmes qui en étaient usagères. Par mesure d'anonymisation, les lieux précis des structures étudiées n'apparaissent pas dans la thèse. Les noms des dispositifs sont eux aussi anonymisés et remplacés par un code¹ (par exemple : Groupe 1, Maternité C., Réseau), sauf plusieurs exceptions (PMI, PASS).

Un type de dispositif dédié collectif : le groupe de parole

Au départ du projet de thèse, il y a une découverte, faite lors de mon mémoire de Master 2 en 2013², d'un groupe de parole dédié aux « *africaines* » au sein d'une maternité parisienne (Groupe 1), appelée dans cette thèse Maternité A.. J'ai été intriguée par cet espace collectif ciblé selon des catégories ethno-raciales. Après une première analyse en mémoire, j'ai voulu comparer cette expérience avec

¹ Se référer à l'Annexe II.

² A Sciences Po Paris, sous la direction d'Anne Revillard et Philippe Bataille. (Virole, 2013)

d'autres groupes de parole. Mes premières recherches de groupes de parole à destination de femmes « *étrangères* » en périnatalité m'ont mené à Bordeaux, suite à la lecture d'un article d'une créatrice d'un groupe de parole à destination des femmes « *migrantes* » (Gioan et Mestre 2010). En mars 2014, j'y ai réalisé une plongée ethnographique de quelques jours. J'ai observé le déroulement de deux groupes de parole organisés par deux associations pour « *migrantes* » (Groupe 3 et 4) et mené des entretiens avec les animatrices des groupes et certaines participantes. De retour en Île-de-France, mes recherches m'orientent vers la Seine-Saint-Denis. J'y découvre qu'un groupe de parole en PMI à destination des femmes enceintes sans-papiers a existé pendant six années, mais s'est arrêté depuis 2008 (Davoudian 2007a). Je rencontre toutefois une de ses anciennes fondatrice et animatrice, médecin PMI en Seine-Saint-Denis. Elle me mis à disposition le film d'une des séances du groupe datant de novembre 2005 (Bagoë-Diane 2006), que je mobiliserai dans la thèse (Groupe 2). En septembre 2014, j'ai observé une séance d'un groupe de parole mené par une sage-femme, situé dans un accueil de jour en Seine-Saint-Denis (Groupe 5). En juin et en septembre 2014, je me suis rendu à plusieurs reprises dans les locaux d'une association pour personnes chinoises située dans l'Est de Paris (Groupe 6). J'y observe plusieurs séances d'un groupe de parole animé par une sage-femme. En juin 2015, j'ai mené des observations de deux groupes de parole, le premier dans le sous-sol d'un planning familial parisien (Groupe 7), et le second dans un centre d'hébergement pour femmes en sorties de maternité en Seine-Saint-Denis (Groupe 8)¹.

En repérant l'existence de ces dispositifs collectifs, j'ai vite constaté leur marginalité dans le champ périnatal. Ces groupes de parole sont peu nombreux, leur pérennité est fragile, temporaire, et personne-dépendant. Pour faire face à cette particularité de mes terrains d'enquête, j'ai décidé d'élargir mon investigation à d'autres dispositifs dédiés aux femmes enceintes, aussi bien collectifs qu'individuels.

¹ Se référer un tableau récapitulatif des groupes de parole en annexe.

Entrer dans les structures de soins : Seine-Saint-Denis et Paris

J'ai choisi de délimiter les territoires de l'enquête à deux territoires en Île-de-France afin de comparer les prises en charge en fonction des divergences spatiales : Paris et la Seine-Saint Denis. Ce choix est basé sur des données théoriques et pratiques. Quatre personnes « *immigrées* » sur dix vivent en Île-de-France (Boussad, Couleaud et Sagot 2017). La grande aire urbaine¹ de Paris est un territoire où est concentrée 38 % de de la population « *immigrée* » en France² (Brutel 2016). Au sein de la région Île-de-France, les départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis concentrent les plus grandes proportions d'« *immigré.e.s* » (21 % et 20 %) ³ (Boussad, Couleaud et Sagot 2017). En Seine-Saint-Denis, près de trois habitant.e.s sur dix sont « *immigré.e.s* » (*Ibid.*). C'est aussi en Seine-Saint-Denis où les inégalités périnatales sont le plus marquées pour les femmes « *étrangères* » (Sauvegrain et al. 2015). Par ailleurs, les choix des territoires de Paris et de la Seine-Saint-Denis ont été orientés par des raisons pratiques. Habitant à Paris, j'ai bénéficié de ma proximité résidentielle pour sélectionner certaines structures de soins. En Seine-Saint-Denis, mon entrée a été facilitée par la médecin PMI à l'origine du groupe mentionné plus haut. Cette dernière m'a été d'une grande aide pour intégrer plusieurs structures de soins en Seine-Saint-Denis dans lesquelles elle travaillait.

Mon travail d'enquête en Seine-Saint Denis a débuté en juin 2014 et s'est achevé fin 2014. J'y ai observé des consultations obstétriques dans une maternité et deux permanences PMI (Protection Maternelle et Infantile). La maternité ainsi que les deux PMI sélectionnées sont situées dans une ville populaire à forte proportion de personnes « *immigrées* ». La maternité est intégrée à un grand hôpital. Elle peut prendre en charge les grossesses à haut risque (elle est de

¹ Unité INSEE : Selon le zonage en aires urbaines 2010, une grande aire urbaine est composée d'un pôle d'au moins 10 000 emplois (Brutel 2016).

² 8% dans Paris intramuros, 27,8% en banlieues, 2,4% dans la « *couronne du grand pôle urbain* » pour un total de 2.2 millions de personnes en 2012 (*Ibid.*).

³ Chiffres INSEE datant de 2013 (Boussad, Couleaud et Sagot 2017).

niveau III¹) et accompagne plus de 3000 accouchements par an. Par mesure d'anonymisation, elle sera appelée Maternité B. dans cette thèse. Les permanences PMI sont en revanche des petites structures ancrées dans deux quartiers d'une ville de Seine-Saint-Denis². Les trois structures observées accueillent des usagères en grande majorité « *immigrées* ».

J'ai commencé mon enquête à Paris en janvier 2015. Par le biais de réseaux de connaissances, j'ai pris contact avec une psychologue d'une maternité parisienne. Elle m'a facilité l'entrée dans cette structure de soin et j'y ai mené une enquête de janvier à mars 2015. La maternité observée est située dans l'Est de Paris, dans un quartier mixte socialement. Elle est de niveau III elle aussi. Elle est nommée Maternité C. dans la thèse. Les usagères sont en grande majorité françaises. Dans le contexte parisien, les permanences PMI ne donnent pas de consultations obstétriques. En revanche, au sein de la maternité observée, il existe une consultation PMI dédiée aux femmes « *vulnérables* », dont les femmes sans couverture médicale ou qui ont l'Aide Médicale d'État. J'ai choisi d'observer cette consultation PMI afin de la comparer avec les PMI de la Seine-Saint-Denis.

Un autre type de dispositif dédié : le Réseau de santé

Les professionnelles rencontrées m'ont très vite appris l'existence d'un réseau de santé dédié aux femmes en situation d'errance résidentielle en Île-de-France. Fin 2014, j'ai pris contact avec ce réseau afin de pouvoir observer son fonctionnement. Mon contrat doctoral de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) m'a donné une certaine légitimité dans la négociation de l'entrée sur ce terrain. Par ailleurs, j'ai rencontré une chercheuse maitresse de

¹ Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveaux nés. Une maternité de niveau III dispose d'une unité obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

² La première permanence PMI se situe au cœur d'une cité, où « *les voitures brûlent souvent* » selon une sage-femme qui y donne des consultations. Les populations accueillies habitent dans le quartier. La seconde PMI est située sur une rue piétonne dans une ville de plus de 100.000 habitant.e.s. Il y a « *beaucoup de passage* », avec une plus grande diversité des femmes venant à la PMI, même si l'ancrage dans une ville populaire à forte proportion d'« *immigrées* » et de personnes d'origine « *étrangère* » transparaît dans le public accueilli.

conférence en géographie de la santé à l'EHESP, Clélia Gasquet-Blanchard, qui prévoyait de mener une enquête ethnographique au sein de ce réseau au même moment, dans le cadre d'un partenariat avec l'EHESP. Suite à l'accord de la directrice du réseau, nous décidons de mener ce terrain ensemble. L'enquête durera de janvier à mars 2015 au sein de la coordination du réseau, située au nord de Paris, dans un quartier mixte socialement. Afin d'anonymiser le nom du réseau, qui est une association financée par l'Agence Régionale de Santé, dans la thèse il est appelé Réseau avec une majuscule.

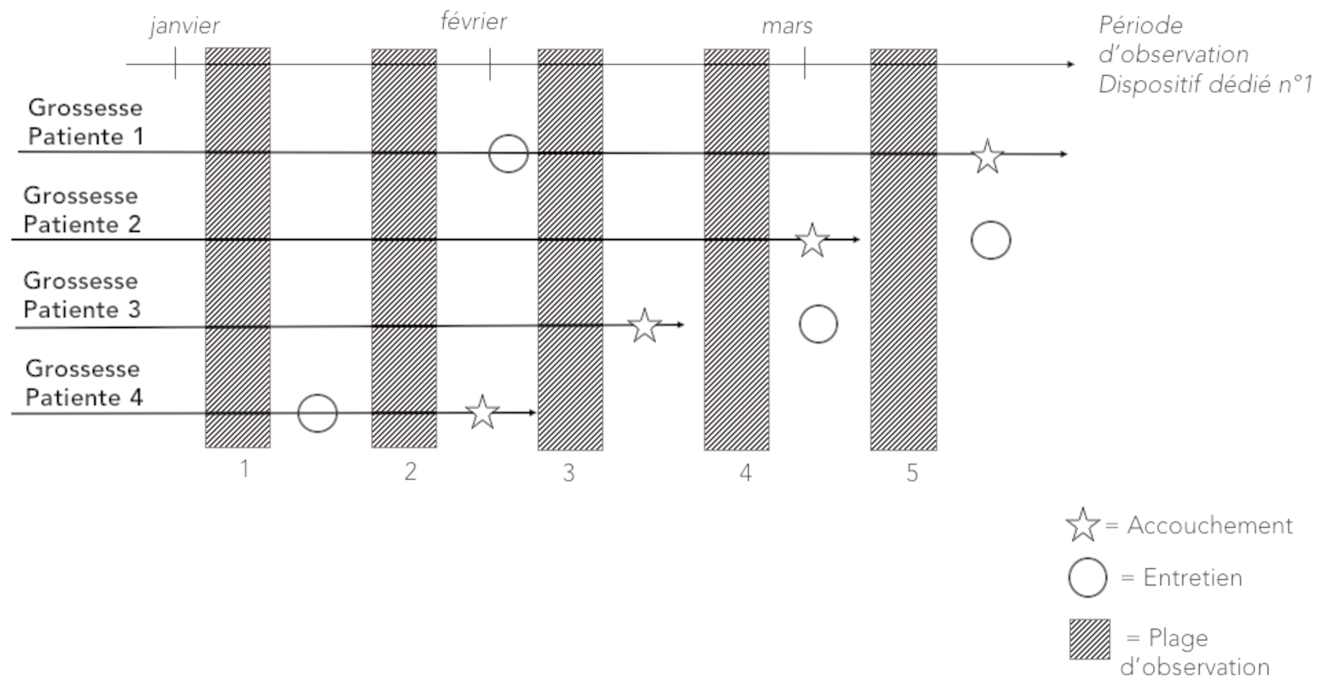
B. Cerner les parcours de soins des femmes enceintes

Une fois les structures de soins choisies, j'ai construit un dispositif d'enquête permettant de retracer les parcours de soins des femmes qui y étaient suivies. Ce dispositif d'enquête avait pour objectif de recueillir des données systématiques sur les types de prises en charge proposées, les représentations et pratiques des professionnel.le.s des dispositifs, ainsi que les retours des femmes enceintes ou venant d'accoucher sur leur suivi obstétrique. Plusieurs techniques d'enquête ont été mobilisées : observations directes des dispositifs et entretiens individuels avec des professionnel.le.s ainsi qu'avec des usagères.

Dans l'idéal, étudier un parcours de soins obstétrique requiert de suivre la patiente tout au long des étapes de son suivi, et jusqu'à l'accouchement. J'ai vite été confrontée à des difficultés pratiques pour mettre en place ce suivi individuel (notamment du fait de l'errance résidentielle de certaines femmes). Le dispositif d'enquête est le fruit d'un compromis. Lors de l'observation de consultations obstétriques au sein des dispositifs dédiés, j'ai pu recruter des enquêtées, à qui j'ai demandé, lors d'un l'entretien individuel, de retracer leur parcours de soins et de commenter leurs interactions avec les professionnel.le.s de santé, y compris certaines scènes que je venais moi-même d'observer. La combinaison d'observations et d'entretiens avec les professionnel.le.s et les patientes (pendant et/ou après leur accouchement), m'a permis de recueillir de nombreuses données sur les parcours de soins de 35 femmes. Le schéma à la page suivante représente

le dispositif d'enquête des parcours de soins des femmes enceintes mobilisé dans la thèse.

Schéma 1 : Dispositif d'enquête des parcours de soins des femmes enceintes



Les observations directes

Les observations directes ont porté sur plusieurs espaces. Tout d'abord, au sein de consultations obstétriques. Au total, 200 consultations obstétriques ont fait l'objet de ces observations au sein des structures de soins identifiées (deux maternités, deux PMI). Lors des consultations, j'étais généralement assise à côté de la professionnelle de santé, face à la patiente. Dans la plupart des cas, j'étais présentée en début de consultation par la soignante en tant qu'étudiante en sociologie, et c'est elle qui se chargeait d'obtenir un consentement oral de la patiente. Dans d'autres cas, la soignante me laissait me présenter, ainsi que ma recherche, avant que la soignante ne demande le consentement de la patiente. Dans tous les cas, l'anonymat des personnes était mentionné. Contrairement à la soignante, je ne portais pas de blouse blanche, bien que cela m'a été demandé à

plusieurs reprises. Mon refus visait à éviter, autant que possible, que les patientes m'assimilent à l'équipe soignante (Fainzang 2006).

Cette technique d'obtention du consentement est critiquable, au regard de l'asymétrie de la relation médicale (Sarradon-Eck 2008). Certainement pour cette raison, seulement deux patientes ont refusé ma présence sur l'ensemble de mes périodes d'observations. En revanche, certaines patientes qui avaient accepté ma présence en début de consultation ont demandé que je sorte de la salle lors de l'examen médical. Les consultations se divisent en effet en trois temps : un premier temps d'interrogatoire, un deuxième temps d'examen médical, puis un troisième temps de retours sur l'examen. Le moment d'examen médical nécessite que les femmes se déshabillent, et le regard de l'ethnographe peut être vécu comme intrusif. Afin de préserver une certaine intimité pour les patientes, et pour ne pas interrompre non plus ma prise de notes systématique¹, j'ai choisi de rester dans la pièce lors de l'examen médical en tournant le dos à la scène.

J'ai mené par ailleurs des observations directes d'une trentaine d'entretiens sociaux, c'est-à-dire menés par une assistante sociale. Ces entretiens se sont déroulés dans des lieux divers : le bureau de l'assistante sociale, les locaux du Réseau, une chambre d'hôpital, une chambre d'hôtel 115, une chambre d'un Centre d'Hébergement d'Urgence ou encore chez une personne hébergeante. J'ai observé dix entretiens d'inclusion au Réseau de santé, entretiens menés soit par une assistante sociale, soit par une sage-femme. Au sein du Réseau, j'ai observé huit staffs médico-sociaux, trois journées de la coordination, et deux formations. Enfin, j'ai conduit des observations directes d'une dizaine de séances de groupes de parole (qui durent deux heures en moyenne) ainsi que huit cours de préparation à la naissance. Lors des séances, après m'être présentée je demandais le consentement des participantes à ma présence lors des séances. Je me plaçais dans un coin de la pièce ou dans le cercle et je prenais des notes sans participer au groupe.

¹ [Grille d'observation des consultations en Annexe II]

Les entretiens avec les patientes

J'ai mené des entretiens semi-directifs avec 35 femmes « *étrangères* » enceintes ou ayant accouché récemment en Île-de-France. Les enquêtées ont été recrutées au sein des dispositifs dédiés observés : trois dans la Maternité B., sept dans les permanences PMI, onze dans la Maternité C., douze dans le Réseau, une dans un groupe de parole à Bordeaux, une dans un foyer à Bordeaux. Le recrutement s'est effectué suite à la rencontre de visu en consultation obstétrique, en entretien d'inclusion, en visite à domicile, ou après un groupe de parole, mais aussi dans une moindre mesure par dossier médical. Je ciblais mes demandes d'entretien aux femmes enceintes ou venant d'accoucher (*critère 1*) et qui avaient connu une migration internationale (*critère 2*).

Lors des consultations, je notais systématiquement les caractéristiques sociales des patientes et si cela était possible, la nationalité et la durée de présence en France¹. Si les deux critères étaient remplis, je demandais aux patientes à la fin de la consultation si elles accepteraient de faire un entretien sociologique avec moi. J'ai utilisé le même mode de recrutement après mes observations d'entretiens sociaux. Au sein du Réseau, le recrutement a été facilité par la recherche que menait Clélia Gasquet-Blanchard. La coordination du Réseau avait déjà accepté d'ajouter une question à la fin de leur entretien d'inclusion sur une éventuelle participation à une recherche. Les femmes acceptaient ou non d'être recontactées par un.e chercheur.se en périnatalité à la suite de leur inclusion dans le Réseau. Si elles acceptaient, cela était indiqué dans leur dossier. La coordination nous a donné accès, à Clélia Gasquet-Blanchard et à moi-même, aux dossiers médico-sociaux des femmes. Nous avons sélectionné les femmes sur la base des deux critères, en rajoutant un critère de migration récente, et nous les avons contactés par téléphone pour leur proposer un entretien. Par ailleurs, ayant observé plusieurs entretiens d'inclusion, j'ai pu aussi présenter oralement ma recherche et demander aux femmes si elles accepteraient que je les recontacte pour un entretien. Enfin, des enquêtées ont été recrutées suite à l'observation d'entretiens

¹ [Grille d'observation des consultations en Annexe II]

sociaux à domicile avec l'assistante sociale du Dispositif d'Appui¹ du Réseau. À la fin de l'entretien social, je demandais à la femme si elle accepterait un entretien. J'ai essayé de recruter des patientes après l'observation de séances de groupes de parole. J'ai réussi à mener des entretiens avec une participante d'un groupe de parole à Bordeaux et une participante d'un groupe en Seine-Saint-Denis. Par ailleurs, je mobilise dans la thèse trois entretiens de femmes ayant participé à un groupe de parole dans la maternité A. que j'avais observé dans mon mémoire de Master (Virole 2013).

Quand les entretiens suivaient les observations de consultations, ils avaient lieu au sein de l'hôpital, à la cafétéria ou sur un banc devant l'hôpital. Ils duraient en général moins d'une heure. Les entretiens à domicile ont duré plus longtemps (en moyenne une heure). Les entretiens ont tous été enregistrés, avec accord des femmes. Deux entretiens ont été menés en anglais. J'ai rencontré des difficultés de communication avec certaines femmes non francophones. N'ayant pas de budget pour payer un interprète, j'ai demandé à des interprètes déjà sur place de traduire gratuitement des entretiens (une traductrice salariée de la maternité C., une traductrice sollicitée par la femme enceinte pour sa consultation dans la maternité C., une traductrice bénévole dans un groupe de parole à Bordeaux, l'amie traductrice d'une femme enceinte dans la maternité B.).

Les entretiens ont porté sur leurs parcours de grossesse, leurs conditions de vie matérielles, avant et après la grossesse et leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge². Si l'entretien suivait une consultation où j'avais été présente, nous revenions pendant l'entretien sur le déroulement de la consultation. Certaines questions portaient sur leur participation aux dispositifs dédiés. Le guide d'entretien initial a été enrichi au cours de l'enquête grâce à la collaboration avec Clélia Gasquet-Blanchard, qui a introduit des éléments géographiques³.

¹ Se référer à la Fiche Dispositif Dédié n°2 : Réseau dans le Chapitre 3.

² [Guide d'entretien patiente en Annexe I]

³ [Guide d'entretien patiente en Annexe I]

Les entretiens avec les professionnelles

J'ai mené 25 entretiens semi-directifs avec des professionnelles de la périnatalité, du médical et du social. Les enquêtées, 24 femmes et un homme¹, ont été recrutées principalement dans les dispositifs dédiés observés : en Seine-Saint-Denis, au sein de la maternité B. et des deux permanences de PMI (n= 9) ; à Paris, au sein de la maternité C. (=4) et du Réseau (=1). J'ai par ailleurs fait des entretiens avec les onze animatrices des groupes de parole étudiés, dont trois à Bordeaux. Ces entretiens semi-directifs ont été enregistrés et durent en moyenne une heure. Ils se sont déroulés dans leur bureau, en salle de consultation, chez elles, ou au café. Les entretiens ont été complétés par de nombreux échanges informels avec des professionnelles de santé et du social en périnatalité.

Les entretiens ont porté sur leur parcours professionnel, leurs pratiques et leurs représentations vis-à-vis de la prise en charge de patientes « *étrangères* »². Je leur ai demandé de commenter le déroulement de consultations que j'avais observé. Les entretiens avec les animatrices des groupes ont porté plus spécifiquement sur l'organisation de ces groupes, leur raison d'être, leur légitimité, leur recrutement³.

II — Les enquêtées et la sociologue

Le type de dispositif d'enquête et les critères de recrutement ont façonné l'échantillon des personnes enquêtées. En premier lieu, nous présenterons les caractéristiques sociales des femmes primo-arrivantes (A), puis des professionnelles médico-sociales interrogées (B). Par ailleurs, comme le montrent les théories féministes du point de vue situé (Clair 2016), il est nécessaire de

¹ La thèse est écrite en écriture inclusive (voir grille d'écriture inclusive au début de la thèse). Ici le terme « *enquêtées* » est au féminin pluriel car les individus qui constituent cette catégorie sont majoritairement des femmes.

² [Grille d'entretien professionnelle en Annexe I]

³ [Grille d'entretien animatrice de groupe en Annexe I].

connaître les caractéristiques sociales du ou de la sociologue pour contextualiser les résultats de la thèse. Le chapitre se finira par un passage réflexif sur mon rapport subjectif à l'objet de recherche (C).

A. Les femmes « primo-arrivantes »

Le choix méthodologique de recruter des femmes *par* les dispositifs dédiés a influencé les caractéristiques sociales des enquêtées. Bien que les profils des femmes enquêtées ne soient en aucun cas représentatifs de l'ensemble des femmes primo-arrivantes en France, ils reflètent néanmoins une réalité sociale, qui est la prédominance de femmes en situation de précarité sociale parmi les usagères des dispositifs dédiés étudiés.

Profil des enquêtées

Au moment de l'enquête (2014-2015), les enquêtées ont en moyenne 27 ans, la plus jeune a 19 ans, la plus âgée 37 ans. Plus de la moitié des femmes a déjà eu des enfants (n=19), dans leur pays d'origine (n=15) et certaines ont déjà accouché en France (n=9). L'autre moitié des enquêtées n'a jamais eu d'enfants. Au cours des entretiens, les enquêtées sont en grande majorité enceintes, mais certaines viennent d'accoucher (n= 2). Elles font leur suivi de grossesse en Seine-Saint-Denis (n=13), à Paris (n=16), dans les Yvelines (n=1), dans le Val-de-Marne (n=1) et à Bordeaux (n=2). Comme la nationalité ne faisait pas partie des critères de sélection, l'échantillon est constitué de femmes de 17 nationalités différentes. Toutefois, la majeure partie des femmes est originaire de pays d'Afrique subsaharienne. Ce biais n'est pas un choix de sélection *a priori*, mais est représentatif du public des dispositifs dédiés étudiés. Les enquêtées sont en majorité originaires d'Afrique subsaharienne (n=21) : Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Guinée, Sénégal, Mali, n=17), Afrique Centrale

(Cameroun, République Démocratique du Congo n=3), et des Comores (n=1). Elles sont cinq originaires du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie), et cinq d'Europe de l'Est (Kosovo, Moldavie, Roumanie). Deux sont originaires du Sri Lanka, une de Turquie, et enfin une du Brésil. Au moment de l'enquête en 2014-2015, sept sont arrivées depuis plus de cinq ans sur le territoire français, 30 sont arrivées depuis moins de cinq ans, dont 18 arrivées depuis moins de deux ans en France et neuf arrivées dans l'année de l'enquête. Elles sont 15 en situation régulière et 20 en situation irrégulière. Les enquêtées parlent et comprennent toutes le français, à l'exception de six femmes originaires du Sri Lanka, du Portugal, d'Algérie et de Moldavie. La prépondérance de francophones parmi les enquêtées peut s'expliquer par le fait que la majorité des femmes provient de pays anciennement colonisés par la France (27 sur 35 enquêtées)¹.

Du fait de mon recrutement par le biais de dispositifs dédiés, les caractéristiques sociales des femmes primo-arrivantes sont marquées par la précarité. Au moment de l'enquête, la moitié des femmes est hébergée actuellement ou a été hébergée par le Samu Social, 40 % sont hébergées chez un tiers, 10 % habitent en location privée. La plupart des enquêtées se sont arrêtées au niveau du Bac dans leur pays d'origine, deux sont étudiantes en France, une en reprise de formation CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle). La majorité des femmes enquêtées n'a pas d'emploi au moment de l'enquête. Elles n'ont pas ou peu de ressources financières. Certaines reçoivent l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA). Les femmes en situation irrégulière travaillent en France et effectuent dans des emplois mal payés et non déclarés (garde d'enfant, coiffeuse). Les femmes arrivées depuis plus de cinq ans travaillent dans le secteur de l'aide à la personne et dans la restauration.

Par mesure d'anonymisation, les prénoms des femmes ont été remplacés. A chaque fois que des extraits d'entretiens seront introduits dans la thèse, leur prénom d'emprunt et leur origine nationale réelle seront mentionnés.

¹ La Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, la Guinée, le Sénégal, le Mali, le Cameroun, la République Démocratique du Congo, l'Algérie, le Maroc et la Tunisie ont fait partie, au cours de l'Histoire, de l'empire colonial français.

Nommer les enquêtées : les « *primo-arrivantes* »

Une des caractéristiques distinctives du profil des enquêtées est leur migration récente. Si le critère de la temporalité de la migration ne faisait pas partie des critères initiaux de la sélection, le recrutement dans les dispositifs dédiés a conduit à la surreprésentation de ce type de profil. Ce phénomène m'a incité à resserrer la focale de mon enquête sur le public de femmes « *étrangères* » ayant migré depuis moins de cinq ans en France (30 de mes 37 enquêtées). Le terme « *étrangère* » spécifie que les femmes n'ont pas la nationalité française, contrairement au terme « *immigrée* », qui pourrait inclure des femmes devenues françaises par acquisition [voir Encadré 1 ci-dessous].

Encadré 1 : Étrangères ou immigrées ? Glossaire des termes officiels

Étrangère : Selon L'INSEE, une étrangère est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française. Une étrangère n'est pas forcément immigrée, elle peut être née en France. À la différence de celle d'immigrée, la qualité d'étrangère ne perdure pas toujours tout au long de la vie, on peut devenir française par acquisition.

Étrangère en situation irrégulière ou « *Sans-papiers* » : Les étrangères présentes sur le sol français en étant dépourvues d'un titre de séjour en règle.

Immigrée : Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, une immigrée est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. La qualité d'immigrée est permanente : une personne continue à appartenir à la population immigrée même si elle devient française par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'une immigrée.

Sources : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>;

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

Dès 2015, je choisis de changer le terme que j'utilisais pour nommer les enquêtées. À « *migrantes* », terme aux contours flous que j'utilisais depuis mon mémoire de Master 2 car très répandu parmi les professionnel.le.s du champ périnatal¹, j'ai préféré le terme « *primo-arrivantes* ». Il existe une multiplicité de

¹ En mémoire de Master 2, j'utilisais le terme « *migrantes* » en comparaison aux femmes « *françaises* ». Il n'existe pas de définition juridique du terme « *migrante* ». Dans le langage des

définitions du terme « *primo-arrivant* ». Selon le dictionnaire Larousse et l'INSEE c'est une « *personne étrangère, arrivée, en situation régulière, pour la première fois en France afin d'y séjourner durablement* ». En revanche, pour Info Droit Étranger, il n'est pas forcément nécessaire que la personne soit en situation régulière pour être considérée primo-arrivante : c'est une « *personne étrangère venant d'arriver pour la première fois dans un pays* »¹. Dans cette définition, il n'est pas précisé la durée de présence sur le territoire français. Alors que dans l'appréciation commune des professionnel.le.s du champ de la migration, le critère de durée est tout de suite associé à « *primo-arrivant* » : il s'agit d'une personne arrivée récemment sur le territoire français. La définition temporelle varie toutefois selon les structures et les professionnel.le.s : une semaine, une année, ou plus. Afin de clarifier et de m'appropriier ce terme, j'ai choisi de définir moi-même la catégorie « *primo-arrivante* » pour cette thèse : *une femme étrangère arrivée depuis moins de cinq ans en France*.

Nommer son public de recherche n'est pas chose aisée dans un contexte où la question migratoire fait l'objet de controverses politiques. Un des objectifs de la sociologie des rapports sociaux est de déconstruire les catégorisations ethno-raciales et d'analyser les processus de racialisation qui en découlent (Fassin et Fassin 2008). Or, en nommant, la sociologue catégorise. Il serait alors nécessaire de différencier les catégories utilisées pour nommer le public de l'enquête choisies par la chercheuse, et les catégories utilisées par les acteurs et actrices sur le terrain. J'ai utilisé la catégorie « *primo-arrivante* » a posteriori de l'ethnographie pour décrire mon public d'enquêtées. Ce sont les observations sur le terrain qui m'ont poussé à choisir un terme qui regroupe les femmes indépendamment de leur origine nationale et de leur statut légal, afin de pouvoir faire émerger dans l'analyse les points communs et les spécificités des parcours au sein de ce public. Le terme « *primo-arrivant* » permet de centrer le regard sur le contexte national

professionnel.le.s de santé, le mot « *migrante* » renvoie à plusieurs caractéristiques : une migration récente, une migration de pays pauvres, une situation de précarité en France. Lors de mon mémoire, j'ai interrogé l'utilisation de ces catégories qui révèlent les représentations des professionnel.le.s de santé. Une fois en thèse, et en commençant mon enquête provisoire, je me suis rendue compte qu'il existait une hétérogénéité des pratiques d'étiquetage parmi les professionnelles ; alors que certaines parlaient de « *migrantes* », d'autres parlaient de « *sans-papiers* », d'autres les nommaient par leur origine ethnique « *les africaines* », « *les asiatiques* », etc.

¹ <http://www.info-droits-etrangers.org/>

français : il ne s'agit pas d'une étude sur les spécificités nationales des personnes, mais bien sur les spécificités de l'accueil de ces femmes en France, dans les premières années de leur arrivée. La recherche porte sur les parcours de soins des femmes primo-arrivantes dans la société d'immigration¹.

B. Les professionnelles du champ de la santé périnatale

Les professionnelles du champ périnatal recrutées pour cette enquête ont des profils sociaux assez homogènes, malgré une certaine diversité de type de professions. Par mesure d'anonymat, les prénoms et noms des professionnel.le.s n'apparaissent pas dans la thèse. Les professionnelles sont identifiées par leur type de profession ainsi que la structure dans laquelle elles exercent, qui sont elles-mêmes anonymisées grâce à un code² (par exemple : Sage-femme PMI, Maternité C.).

Profil des professionnelles de santé et du social

Les professionnelles recrutées dans l'enquête ont des caractéristiques sociales assez semblables. Ce sont des femmes françaises diplômées du supérieur, à l'exception d'un professionnel du social qui est un homme. L'homogénéité genrée n'est pas un choix de ma part, mais reflète la réalité du terrain : la grande majorité des professionnelles en périnatalité sont des femmes, à l'exception de la profession de gynécologue-obstétricienne qui est mixte³. La plus jeune a 25 ans, la plus âgée 62 ans, elles ont 40 ans en moyenne (toutes les informations concernant l'âge des professionnelles ne m'ont pas été communiquées dans l'ensemble des entretiens, j'ai donc dû pour certaines opérer une estimation).

¹ Cette approche a ses limites : elle ne prend pas en compte les spécificités des sociétés de départ, ce que déplorait Sayad (Ait Ben Lmadani et Moujoud 2012), « *qui a invité à ne pas réduire l'étude de la migration à la société d'immigration* » (Ait Ben Lmadani et Moujoud 2012).

² [Tableau des profils des professionnelles en Annexe II]

³ A titre d'exemple, en France, 1% des sages-femmes sont des hommes. En revanche, chez les gynécologues-obstétricien.ne.s le taux de féminisation est de 47% (Chiffres DREES 2016).

Elles se différencient également de par leurs professions. Sur les 25 professionnelles enquêtées, 16 sont de professions médicales, sept du social, deux psychologues et une cadre responsable à l'Agence Régionale de Santé. Plusieurs professions médicales sont représentées : une auxiliaire de puériculture, une cadre infirmière, deux cadres sage-femme, une cadre sage-femme PMI, une chef de service de maternité, une directrice de PMI, une gynécologue, un médecin PMI, quatre sages-femmes, trois sages-femmes PMI. Parmi les professionnel.le.s du social interrogé.e.s, on trouve trois assistantes sociales, une directrice d'un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), une cadre de service social de maternité, une éducatrice spécialisée et un référent SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation).

Les professionnelles qui animent les groupes de parole observés sont toutes des femmes. Elles sont gynécologues (Groupe 1, Groupe 7, Groupe 8), sages-femmes (Groupe 2, Groupe 3, Groupe 4, Groupe 5, Groupe 6), puéricultrice (Groupe 3), médecin PMI (Groupe 2) et psychologue (Groupe 4). Elles sont en moyenne plus âgées que le reste des professionnelles interrogées (moyenne d'âge 50 ans)¹.

Attentes et déceptions des professionnelles

Comme dans le cas de la plupart des enquêtes ethnographiques, certaines tensions peuvent émerger entre les populations enquêtées et le chercheur ou la chercheuse en sciences sociales. Après tout, comme le montre Isabelle Clair, « *transformer la vie des autres en objet et décider qui mérite ou non le statut d'objet ne sont pas des questions inoffensives* » (Clair 2016, p. 72). Si les professionnel.le.s de santé acceptent de travailler sous le regard du/de la sociologue, ce n'est jamais sans attentes, et souvent la fin du terrain est source de déception, voire même de sentiment de trahison. Les sociologues et anthropologues de la santé ne sont alors pas toujours les bienvenus chez les soignant.e.s. Lors de mon enquête, plusieurs

¹ [Tableau récapitulatif des groupes de parole en Annexe II]

professionnel.le.s se sont senties trahies, soit par mon positionnement de chercheuse, soit par mes résultats d'analyse.

Une première trahison prend son ancrage dans le contexte controversé du champ de la périnatalité et de la migration. Afin de comprendre les enjeux des tensions, j'ai choisi de rencontrer et d'observer des professionnel.le.s positionnés dans des rapports conflictuels. Après avoir passé plusieurs mois auprès de professionnelles, j'ai changé de lieu d'observation. Ce changement a été mal perçu par certaines, qui l'ont perçu comme un « *passage à l'ennemi* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Mon positionnement relativement neutre dans ce champ conflictuel est source de déception pour les actrices observées, qui attendent de la sociologue un positionnement voire un engagement politique sur ces questions.

Une deuxième tension avec les professionnel.le.s de santé est apparu au moment de la restitution intermédiaire des résultats. La restitution est une étape complexe face aux professionnel.le.s de santé, notamment quand certains résultats sont critiques envers leurs pratiques. Ce phénomène est particulièrement accentué chez les professionnelles des dispositifs dédiés, qui sont toutes particulièrement engagées et investies sur la question de la prise en charge des primo-arrivantes, au point de créer elles-mêmes ce type de dispositifs. Mes résultats ont pu décontenancer ou décevoir les actrices de terrain, me renvoyant que mes analyses ne mettaient pas assez en valeur le travail réel des professionnel.le.s et se focalisaient sur des points marginaux. Alors que je négociais mon entrée sur un terrain, le Réseau de santé, la directrice m'a souligné qu'elle avait déjà refusé des sociologues « *marxistes* », car ils ne faisaient qu'« *accuser les soignants de faire du contrôle social* » (Gynécologue, directrice Réseau). Elle a accepté ma présence dans sa structure quand je lui ai précisé que j'avais une approche « *foucauldienne* ». La restitution des résultats temporaires de cette enquête, dont certains comportent une part critique du contrôle social des professionnel.le.s, sera d'autant plus mal reçue, et vécue comme une trahison de la confiance accordée au départ de l'enquête.

C. Une sociologue engagée : retours réflexifs

Si cette thèse a pour objectif de participer à la production d'un savoir intersectionnel sur le contexte migratoire, elle ne peut pas « *appliquer à "l'autre" en tant qu'objet d'étude* » une approche intersectionnelle des rapports sociaux de pouvoir « *en restant aveugle à la position du sujet écrivant ou pensant* » (Ait Ben Lmadani et Moujoud 2012, p. 13). Le sexe, la race, la classe, l'âge, la sexualité, l'appartenance politique du chercheur ou de la chercheuse, sont déterminants dans le regard qu'il ou elle porte sur son objet de recherche. Avant de pouvoir présenter les résultats de cette enquête, il me faut, en tant que chercheuse, présenter mon « *point de vue situé* » : « *à savoir : la particularité de celle/celui qui produit des connaissances, ses conditions, son histoire, ses références littéraires, sa position dans le système universitaire et dans les hiérarchies sociales...* » (Ibid., p. 15). Sociologue féministe, je montrerais comment je tente de « *concilier engagement politique féministe et la satisfaction certains critères d'objectivité* » (Flores Espínola 2012, p. 100).

Profil de la sociologue : Un point de vue situé féministe

Décrire son point de vue situé n'est pas chose aisée, car cet exercice demande une mise à nue, fragilisant la chercheuse minoritaire. Il est difficile de jauger les degrés de réflexivité, on a peur d'en dire « *trop* » ou « *trop peu* » (Clair 2016). Pour Isabelle Clair, « *on peut admettre que toute information sur la position de l'enquêteur-trice n'est utile que si elle permet d'objectiver le positionnement de cette dernier-e ainsi que les effets de ce positionnement sur la formulation de la question de recherche, sur le choix du terrain, sur sa réalisation, sur son analyse. Ainsi que le préconise la sociologue Dorothy Smith, la réflexivité doit permettre d'examiner ce qui motive le "sujet" de connaissance, ses partialités, ses engagements, sa position sociale, comme celui-ci examine son "objet". Il ne s'agit pas de se soumettre à un "examen de conscience" mais de rendre compte à ses*

lecteur-trice-s de la position historique, sociale, incarnée à partir de laquelle le ou la chercheur-e écrit plutôt que d'apparaître comme “une voix anonyme et invisible faisant autorité”» (Ibid.).

Je suis une femme, lesbienne, française née à Paris, de classe moyenne à fort capital culturel, très diplômée. Je suis blanche et issue par mes arrière-grands-parents d'une immigration juive polonaise. J'avais entre 25 et 27 ans au moment de mon enquête ethnographique et je n'ai jamais été enceinte. Ces éléments ont nécessairement façonné mon rapport à l'objet d'étude. En tant que lesbienne, j'ai été confrontée dès l'adolescence à des manifestations homophobes et sexistes, qui m'ont orienté vers la lecture de travaux sur le genre. En parallèle, mes grands-parents m'ont transmis leur expérience d'enfants cachés pendant la Seconde Guerre Mondiale (Rozenberg & Zajde, 2014 ; Zajde, 2010). Cette mémoire génocidaire a profondément marqué mon engagement politique contre le racisme. La sociologie m'a de ce fait plu en tant que discipline étudiant les inégalités sociales. Les théories intersectionnelles, que j'ai découvertes en licence, m'ont permis de penser l'imbrication des inégalités de genre, de race et de classe. Ce sont sur ces lectures que j'ai basé mon mémoire de licence, portant sur l'expérience de lesbiennes « *of color* » à Paris.

En Master 1, je commence à m'intéresser aux questions de santé lors d'un stage dans le laboratoire CADIS (Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques) à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, auprès de Philippe Bataille, mon futur directeur de mémoire et de thèse. Je vois très rapidement l'intérêt d'articuler les questions de genre, de race, de classe et de santé. Je fais moi-même l'expérience à cette époque de traitements différentiels de la part d'une gynécologue du fait de ma sexualité non-hétérosexuelle. Je m'engage alors dans la création d'un collectif dédié aux usagères dans la santé gynécologique et obstétrique (*Gynandco*¹), mobilisé contre les discriminations que subissent les patientes (du fait de leur sexe, de leur couleur de peau, de leur nationalité, de leur classe sociale, de leur sexualité, etc.). En Master 2, j'écris un mémoire sous la direction d'Anne Revillard (Sciences Po) et de Philippe Bataille (EHESS) sur les prises en charge gynéco-obstétriques

¹ Collectif d'usagères qui met à disposition une liste de soignantEs pratiquant des actes gynécologiques avec une approche plutôt féministe : <https://gynandco.wordpress.com/>

des femmes françaises et « *migrantes* » dans une maternité parisienne (Virole 2013). Je constate des inégalités d'accompagnement entre patientes. Ces éléments me poussent à continuer ma recherche en thèse : je propose un projet de thèse sur la prise en charge obstétrique des femmes « *migrantes* » en Île-de-France à l'École des Hautes Études en Santé Publique, qui accepte en 2013 de financer ma recherche doctorale.

Ce retour réflexif sur mon parcours met à jour l'intrication entre mes engagements féministes et mes choix d'objet de recherche. Assumer un positionnement féministe est une prise de risque dans le champ universitaire, m'exposant à une éventuelle délégitimation de la « *scientificité* » de mon travail de recherche, si la « *scientificité* » « *est confondue avec la neutralité, l'impartialité, l'apolitisme revendiqué* » (Clair 2016, p. 83). Comme le soulignent Didier Fassin, Alain Morice et Catherine Quiminal, il n'est « *pas possible de traiter de l'immigration en dissociant complètement l'étude scientifique des choix politiques* » (Fassin, Morice et Quiminal 1997). Étudier les femmes primo-arrivantes n'est pas anodin, tant dans le champ académique que dans la société française, marquée par un climat politique xénophobe (Farris 2013). Le dispositif d'enquête de cette thèse, donnant aux femmes primo-arrivantes la parole sur leur propre parcours, fait partie du choix politique de décrire les expériences de femmes invisibilisées et marginalisées dans la société française actuelle. Comme l'ont montré de nombreux sociologues, il est possible de combiner travail sociologique rigoureux et engagement politique. Pour ces différentes raisons, j'ai souscrit pleinement dans ce travail à la tentative d'allier mes « *exigences de chercheuse désireuse de proposer une analyse rigoureuse des faits et de citoyenne aspirant à une société solidaire, ouverte et vigilante à toute forme de xénophobie* » (Fassin et al. 1997, p. 5).

Être blanche, française et étudier les femmes primo-arrivantes

Étudiant des populations primo-arrivantes et mobilisant la théorie de l'intersectionnalité, plusieurs questions se posent sur ma position chercheuse « *au*

sein des structures de production du savoir» (Ait Ben Lmadani et Moujoud 2012, p. 13). Dans leur article « *Peut-on faire de l'intersectionnalité sans les ex-colonisé.e.s ?* » (Ait Ben Lmadani et Moujoud 2012), Nasima Moujoud et Fatima Ait Ben Lmadani soulèvent plusieurs questions. En premier lieu, elles montrent que le champ académique français est divisé en termes de genre et de race. Les auteur.e.s ex-colonisé.s sont sous-représenté.es et leurs travaux invisibilisés. Par ailleurs, les auteures soulignent que les chercheuses féministes blanches se sont appropriées les théories intersectionnelles américaines, sans les ancrer dans l'histoire coloniale française. Ces chercheuses blanches, dans leurs travaux sur les populations ex-colonisé.e.s, s'expriment « *au nom et à la place des ex-colonisé.e.s* » (Spivak 1988). En tant que doctorante féministe blanche, française, qui n'a jamais connu de parcours migratoire, je dispose de privilèges au sein du champ académique. Par ailleurs, en étudiant les populations « *immigrées* », souvent issues de pays ex-colonisés, et en m'appuyant sur des études intersectionnelles et féministes postcoloniales, créées et pensées par des femmes racisées, je participe à l'appropriation de ces théories par des femmes blanches dans le milieu de la recherche. Deux questions épistémologiques ont ainsi guidé mon enquête : que faire « *pour donner la parole au minoritaire ?* » (Ait Ben Lmadani et Moujoud 2012, p. 17) ; comment ma blancheur (*whiteness*) (Cervulle 2012) affecte-t-elle ma production de connaissances ?

Comme je l'ai montré plus haut, « *donner la parole* » aux femmes primo-arrivantes est un choix politique. Que ce soit dans la construction du dispositif d'enquête ou dans l'organisation des chapitres de cette thèse, il était important pour moi « *mettre les femmes au centre du savoir* » (Stacey et Thorne 1985). Par ailleurs, j'ai été attentive, lors de ma revue de littérature à ne pas laisser dans l'ombre les travaux d'auteur.e.s ex-colonisé.e.s.

Je pense également qu'il est nécessaire de développer une analyse réflexive de l'effet de ma position raciale sur mon terrain de recherche. Je suis convaincue qu'être identifiée comme blanche a été une ressource dans cette recherche auprès des professionnelles du champ de la santé périnatale, qui ont vu en moi une alliée dans leur engagement pour l'autonomisation des femmes primo-arrivantes. Ce lien entre elles et moi a permis de libérer leur parole, notamment sur leurs

représentations ethno-raciales des femmes qu'elles prenaient en charge (cf. Chapitres 6 et 7). Si être identifiée comme femme par les enquêtées (professionnelles et femmes enceintes) a constitué une ressource pour accéder au monde — majoritairement — non-mixte du champ périnatal, en revanche, mon statut de femme française blanche m'a placé dans une position de pouvoir face aux enquêtées primo-arrivantes. Je fais l'hypothèse que celles-ci m'ont associée, du fait de ma nationalité et de ma couleur de peau, aux professionnelles de santé, ce qui a sûrement influencé leur discours lors des entretiens, et notamment leur marge de manœuvre pour critiquer les prises en charge médico-sociales. Il a fallu dès lors que je gagne la confiance de mes enquêtées en marquant ma dissociation avec les professionnelles de santé. Pour cela, je proposais de faire des entretiens en dehors de toute structure de soins (dans un café, chez elles, dans l'espace public...). Au début de l'entretien, j'expliquais les raisons de ma recherche en soulignant les enjeux sociaux et politiques : « *montrer les difficultés que connaissent les femmes enceintes étrangères* » et précisais que c'était « *pour l'université* », « *anonyme* », « *que les médecins ne seront pas au courant* ». Les enquêtées n'étaient pas forcément à l'aise pour parler de leur passé au vu leur situation administrative actuelle. Ainsi, la question de la trajectoire migratoire était optionnelle dans les entretiens, qui étaient focalisés sur le parcours de grossesse. Toutes ces précautions ont été nécessaires afin de mettre en confiance les femmes, notamment celles en situation irrégulière, habituées à être prudentes sur ce qu'elles confient aux personnes françaises qu'elles rencontrent au sein des institutions publiques.

Subjectivité du chercheur et subjectivation

Si la subjectivité du chercheur ou de la chercheuse influe sur son choix d'objet d'étude, son corpus et son rapport au terrain, c'est aussi le cas de son analyse théorique. Ayant fait le choix d'étudier les processus de subjectivation à l'œuvre sur mon terrain, j'ai mené des réflexions sur la part subjective du/de la chercheur.se dans l'étude des processus de subjectivation. En 2015, avec des doctorant.e.s du CADIS, nous avons organisé une journée d'étude autour des

méthodes d'enquête pour dévoiler les processus de subjectivation. Cette journée d'étude est partie du constat de critiques récurrentes à l'encontre de cette grille de lecture, qui serait trop « *normative* » : « *le.la chercheu.r.se baserait ses travaux sur un idéal de "subjectivation" pour analyser ce qu'il observe sur le terrain. Apparaîtraient alors une catégorie "positive", le sujet rationnel, autonome, réflexif, et son versant "négatif", l'anti-sujet, le non sujet (Wieviorka 2012), le sujet vulnérable (Bataille 2012) ou le sujet précaire (Butler 2009)* »¹. Une question que nous nous posions et qui m'a suivi tout au long de la thèse est la suivante : Comment étudier les processus de subjectivation sans projeter une vision normative du sujet ?

J'ai choisi de mobiliser des outils méthodologiques développés par Michel Agier pour étudier les processus de subjectivation. Michel Agier propose en effet de dépasser la question philosophique du sujet et d'analyser la subjectivation « *du point de vue des scènes sociales observables* » (Agier 2012). Il n'y aurait ainsi pas un sujet « *plus vrai* » ou « *positif* », mais seulement des « *conditions (...) d'irruption d'un sujet parlant, agissant et reconnu dans une situation localisée, partagée et observable* » (Agier 2012a). Pour cela, Michel Agier a observé des « *scènes de subjectivation* » grâce à « *une anthropologie de l'émergence du sujet en situation* » (*Ibid.*). En mobilisant cette approche, la thèse étudie les processus de subjectivation *en situation*. Quelles *situations* permettent-elles la fabrique, la reconnaissance et la résistance du sujet ? Pour répondre à cette question, le dispositif d'enquête présenté plus haut fait la belle part aux observations directes de scènes sociales (entre autres les consultations obstétriques et les groupes de parole), ainsi qu'aux retours réflexifs des acteurs de la scène (les professionnelles et les usagères).

¹ Cette journée, organisée par les doctorants du CADIS (Centre d'analyse et d'Intervention sociologiques), a eu lieu le 24 Novembre 2015 à la MSH Paris Nord : <https://subjectivation.sciencesconf.org/>

Conclusion Chapitre Méthodologique

Ce chapitre a retracé le cheminement méthodologique opéré afin de tenter de répondre à la problématique de la thèse : dans quelle mesure les parcours de soins des femmes enceintes primo-arrivantes produisent-ils de la subjectivation ? Le chapitre a repris les étapes de construction d'un dispositif d'enquête qui étudie les parcours de soins de ces femmes. Puis, dans une deuxième partie, il a présenté les profils des enquêtées, femmes enceintes et professionnelles, ainsi que celui de l'enquêtrice. Enfin, il a proposé une analyse réflexive sur les liens entre subjectivité de la chercheuse et rapport à l'objet d'étude, au terrain et à l'analyse théorique.

Partie I : Parcours de grossesse, parcours de galère

La première partie de cette thèse retrace les étapes du *parcours de grossesse* des femmes enceintes primo-arrivantes.

Ce parcours de grossesse comporte plusieurs étapes importantes, plus ou moins chronologiques, qui structureront cette partie. Une première étape est celle de l'annonce de la grossesse à l'entourage. Pour les femmes primo-arrivantes enquêtées, elle a souvent des conséquences néfastes sur leur réseau social, conjugal et familial, mais aussi sur leurs conditions d'hébergement. Mises à la rue, hébergées à l'hôtel, leurs conditions de vie sont précarisées, leur projet professionnel mis entre parenthèses.

Une seconde étape importante dans ce parcours de grossesse est celle de l'entrée dans le suivi obstétrique. Nous verrons que l'imbrication du manque de capital en France – social, économique et juridique – pénalise les femmes primo-arrivantes tout au long de leur parcours de soins : du début de leur grossesse jusqu'à leur sortie de la maternité.

Cette première partie est principalement basée sur les récits des femmes et des observations menées lors de consultations obstétriques. Le premier Chapitre retrace les parcours de « *galère* » (Dubet 1995) des femmes primo-arrivantes, depuis leur arrivée en France et suite à l'annonce de la grossesse (Chapitre 1). Le second chapitre décrit les obstacles qu'elles rencontrent tout au long de leur parcours de soins (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Les parcours de galère des femmes enceintes primo-arrivantes

*« Vous savez quand on est en Afrique on vous dit qu'ici c'est le paradis et depuis que je suis arrivée je suis là un jour, un autre le lendemain... En Afrique on est à un seul endroit. »
(Awa, Sénégal)*

L'objectif de ce premier chapitre est de décrire les conditions matérielles des femmes primo-arrivantes enquêtées depuis leur arrivée sur le territoire français. Dans quelles conditions ces femmes arrivent-elles en France, par qui et comment sont-elles accueillies, hébergées, nourries ? Nous analyserons les inégalités multiples et intersectionnelles (économiques, sociales, juridiques) qu'elles subissent. Dès leur arrivée, leurs parcours sont marqués par la « *galère* », une « *expérience de survie définie par les convergences de formes de domination et d'exclusion* » (Dubet 1995, p.13). Leur trajectoire migratoire et, surtout, leur statut administratif – régulier ou irrégulier –, déterminent l'accès à un travail et à un toit. Souvent sans lieu à elles, elles sont « *sans domicile fixe* » (Zeneidi-Henry et Fleuret 2007) en France. Elles connaissent de l'*errance résidentielle*, concept mobilisé dans cette thèse pour caractériser la forte mobilité géographique de personnes sans domicile, contraintes de se déplacer d'hébergement en hébergement.

C'est dans ce contexte que ces femmes apprennent qu'elles sont enceintes. L'annonce de la grossesse est un événement marquant de leur parcours, un « *point de basculement dans leur trajectoire* » (Dambuyant-Wargny 2000). Alors que les sujets sont mis à la porte, trimballés, exploités, que se passe-t-il quand le statut du sujet change, quand le corps de la femme primo-arrivante se transforme ? Les premiers effets sur leurs conditions de vie sont douloureux. Ils accentuent leur précarité, leur exclusion, leur isolement. L'annonce de la grossesse fragilise le peu

de lien social dont elles disposaient, elle précarise leur hébergement, elle précipite les mises à la rue, elle met en péril leurs études et leur projet professionnel. Ainsi, dans un premier temps, la grossesse renforce leur parcours de galère.

Nous décrirons tout d'abord les conditions d'arrivée des femmes en France avant qu'elles ne tombent enceintes (I). Dans un deuxième temps, nous analyserons les effets de l'annonce de la grossesse sur leurs conditions de vie (II).

I – Arriver en France : De la migration à l'exclusion dans la société d'accueil

Les femmes primo-arrivantes ont des trajectoires migratoires complexes, uniques, souvent difficiles. En allant à la rencontre de ces femmes, j'ai pu me rendre compte de la diversité de leurs parcours. Par ailleurs, dans la continuité des travaux de sociologie qui développent une approche intersectionnelle de la migration (Moujoud et Falquet 2010; Falquet 2009; Moujoud 2008; Lépinard 2005), nous tenterons de démontrer comment l'imbrication des rapports de domination de classe, de genre et de race détermine la position des femmes primo-arrivantes dans la société d'accueil qu'est la France.

Cette section relate les trajectoires migratoires des femmes primo-arrivantes enquêtées, parties seules ou en couple, dans l'espoir de trouver en France une « *meilleure vie* » (Adriana¹, Roumanie) (A). Leurs conditions de vie en France depuis leur arrivée sont marquées par la précarité et certaines par l'errance résidentielle (B). Le manque de capital social, économique et juridique les exclut par ailleurs du marché du travail (C).

¹ L'ensemble des prénoms des enquêtées a été modifié afin de préserver leur anonymat. Voir Chapitre Méthodologique.

A. Trajectoires migratoires des femmes primo-arrivantes

Les expériences migratoires des enquêtées relatées ici sont à replacer dans un contexte mondialisé. Elles illustrent les grandes évolutions des migrations en France et à l'international. Un nouveau profil du.de la migrant.e apparaît, décrit par les travaux de sociologie des migrations : c'est de plus en plus une femme, voyageant seule et célibataire. La féminisation de la migration¹ en France se mesure en *quantité* – en stock (en 2013, 51% des immigré.e.s en France sont des femmes soit 3 millions de personnes) et en en flux (chaque année la part des femmes augmente en moyenne dans les entrées) – mais aussi en *qualité* (les motifs à l'origine de la migration ont changé). Le processus de féminisation s'est accéléré à partir de la fermeture des frontières et l'arrêt des migrations de main d'œuvre en 1974. Les migrations se font alors principalement par regroupement familial et les flux sont majoritairement féminins (Brutel 2014). De plus, « *à partir du milieu des années 1980, les femmes migrent de plus en plus souvent pour d'autres raisons que familiales, par exemple pour trouver un emploi en adéquation avec leur diplôme ou pour suivre des études. Ces évolutions affectent les flux d'entrées durant plusieurs décennies, si bien que les femmes sont désormais majoritaires dans la population immigrée, particulièrement entre 20 et 30 ans* » (*Ibid.*, p. 4). Parmi les immigré.e.s entrant.e.s en 2012, soit environ 200 000 personnes, les femmes sont majoritaires dans l'ensemble (54%), mais aussi au sein des immigré.e.s originaires d'Afrique (54%), d'Asie (59%) et d'Amérique-Océanie (56%) (Brutel 2014). Ces phénomènes de féminisation des migrations sont toutefois à relativiser (Morokvasic 2011) [voir encadré sur la féminisation de la migration plus bas]. Si la part des femmes a changé, la répartition des pays d'origine des immigré.e.s reste plutôt stable, provenant en grande majorité d'Europe et

¹ « *Nous définissons la féminisation des migrations comme un processus temporel dans le cadre duquel la part relative des femmes augmente au sein des flux et/ou des stocks lorsque rapportée à l'ensemble des immigrés. Ce qui signifie nullement que le nombre de femmes dépasse celui des hommes à un moment donné, mais bien que la tendance statistique révèle une croissance, au fil du temps, de la part des femmes au sein de l'ensemble de la population immigrée. La féminisation peut concerner l'ensemble des immigrés ou des groupes de nationalités définis* » (Oso et Catarino 2012, p.205).

d'Afrique, et loin derrière, d'Asie, d'Amérique et d'Océanie¹ (Brutel 2014). L'immigration africaine est marquée par le contexte postcolonial. En effet, les immigré.e.s né.e.s dans un pays du continent Africain, représentant 43% des immigré.e.s en 2008, proviennent de pays anciennement colonisés par la France (12,5% sont originaires d'Afrique subsaharienne², 13,4% d'Algérie et 12,2% du Maroc) (Brutel 2014).

Une féminisation de la migration ?

Certain.e.s auteur.e.s mettent en garde contre le terme « *trompeur* » de féminisation des migrations, qu'il ne serait pas exact de généraliser (Morokvasic, Catarino 2007 ; Oso & Catarino 2012). Elles soulignent plusieurs limites à l'augmentation quantitative des femmes parmi les immigré.e.s.

Les femmes ont longtemps été invisibilisées. Ce n'est pas parce qu'elles n'étaient pas représentées dans les statistiques qu'elles n'étaient pas présentes sur le territoire français. L'androcentrisme des sciences sociales, focalisées sur les migrations de travail (essentiellement masculines jusqu'aux années 1970) a biaisé les chiffres.

La hausse du « *stock* » des femmes « *immigrées* » en France est faible depuis 50 ans. Après la Seconde Guerre mondiale elles représentaient 45% des immigré.e.s et en 1999 49,7%. Au niveau mondial, la part des femmes a crû seulement de 2% entre 1960 et 2000.

Il existe des divergences selon les origines des « *immigrées* ». La part des femmes y est plus importante dans les migrations américaines, européennes et asiatiques, mais moins présente dans les autres des origines migratoires (Brutel, 2014).

En terme qualitatif, il n'est pas possible de vérifier que les motifs des femmes pour migrer ont changé (du motif familial au motif travail).

¹ « L'origine des personnes immigrées en France est majoritairement européenne et africaine. En dix ans, l'immigration a peu augmenté (1,6% par an). Après avoir baissé de près de 30 points depuis 1975, depuis 2004 l'immigration européenne, essentiellement de l'Ouest - Portugal, d'Angleterre, d'Espagnole, d'Italie ou d'Allemagne - repart en hausse (12% par an en moyenne), ce qui la fait dépasser l'immigration africaine (entre 80.000 et 100.000 entrées par an). Depuis 2004 l'immigration africaine est restée plutôt stable (entre 60.000 et 70.000 entrées par an), avec une légère augmentation des immigrés provenant du Maroc et de Tunisie. En 2008, 43% des immigrés sont nés dans un pays du continent Africain (12,5% Afrique subsaharienne), principalement d'Algérie (13,4%) et du Maroc (12,2%). Très loin derrière, les immigrés venant d'Asie, d'Amérique et d'Océanie sont peu nombreux (14% des immigrés en 2008), et restent stables (30 000 entrées par an depuis 2004) » (Ibid.)

² Les statistiques ne précisent pas les différents pays de provenance des immigré.e.s originaires d'Afrique subsaharienne (Brutel 2014).

Longtemps invisibilisées des recherches sur les migrations, les femmes migrantes sont désormais l'objet d'étude de nombreux travaux en Europe et ailleurs¹. Depuis les années 2000, on constate un engouement certain pour ce public spécifique, sous-étudié par la sociologie de la migration, focalisée sur les migrations de travail masculines jusqu'aux années 1980² (Sayad 1999). Les travaux pionniers de Mirjana Morokvasic tentent de faire « *sortir de l'ombre* » les femmes de l'immigration : « *démontrer la présence des femmes dans les statistiques et mettre l'accent sur leur participation économique était nécessaire pour rendre les femmes visibles dans un contexte où l'on s'intéressait surtout à la migration de travail et où les migrants n'étaient 'légitimes' qu'en tant que travailleurs* » (Morokvasic 2008, p. 39). L'introduction du genre comme rapport social indispensable dans l'analyse a bouleversé les études sur les migrations. Depuis le milieu des années 2000, l'approche intersectionnelle qui imbrique le genre, la classe et la race se développe dans le champ académique français. L'ouvrage collectif dirigé par Claire Cossée en 2012 place le genre « *au cœur* » de l'analyse des processus migratoires, des expériences des migrant.e.s et des politiques migratoires (Cossée et al. 2012).

Aborder les trajectoires migratoires des enquêtées en entretien n'a pas été chose aisée³. Dans certains cas, au fur et à mesure des échanges, ces femmes ont choisi d'aborder leur passé, leurs origines, les raisons de leur départ et, plus rarement, le déroulement de leur voyage. Plusieurs profils migratoires sont apparus dans les entretiens : le premier est celui décrit plus haut de la femme voyageant seule et célibataire (*Profil 1*), le second est plus traditionnel, c'est celui

¹ Anthias F., Kontos M., Morokvasic-Muller M. *Paradoxes of Integration: Female Migrants in Europe*. London : Springer, 2013 ; Freedman J. « The Feminisation of Asylum Migration from Africa: Problems and Perspectives ». In : *African Migrations. Patterns and Perspectives*. Indiana University Press, 2013. p. 211-229 ; Roulleau-Berger L. *Migrer au féminin*. Paris : Presses Universitaires de France, 2010 ; Tastsoglou E., Dobrowolsky A. *Women, Migration and Citizenship. Making Local, National and Transnational Connections*. Aldershot : Ashgate, 2006 ; Benhabib S., Resnik J. *Migrations and Mobilities. Citizenship, Borders, and Gender*. New York and London : New York University Press, 2009.

² « L'androcentrisme des sciences sociales, sous couvert d'universalisme, allait souvent de soi. En ce qui concerne la migration, le masculin neutre établissant la confusion entre 'migration' et 'migration des hommes', il semblait logique de proposer des théories générales à partir d'études dont les femmes étaient exclues et où l'invisibilité de leur expérience était la règle. » (Morokvasic 2011, p. 33).

³ Cf. Chapitre méthodologique.

de la migration familiale (une femme voyageant en couple ou seule pour rejoindre son conjoint) (*Profil 2*). Dans tous les cas, les femmes font le choix de venir en France, car elles ont un point d'attache – que ce soit un membre de la famille, proche ou éloignée, des connaissances – et/ou une langue commune – le français. L'analyse de ces deux profils migratoires permettra de rendre compte des tendances macrosociologiques décrites par les travaux de sociologie des migrations.

Une « *nouvelle* » migration féminine : voyage seule et célibataire

La configuration et les motifs de la migration féminine ont évolué ; alors que les femmes migraient de façon prédominante par regroupement familial jusqu'aux années 2000, le « *nouveau profil* » des femmes « *immigrées* » est la migration solitaire. C'est ce que Mirjana Morokvasic appelle la féminisation qualitative des migrations : « *à part sa dimension numérique, l'idée de la féminisation sous-entend également un changement qualitatif : les femmes seraient plus autonomes, migreraient plus souvent pour travailler et moins comme membres de famille* » (*Ibid.*, p. 30). Ce nouveau profil reste toutefois à relativiser [cf. encadré sur la féminisation de la migration plus haut]. Les travaux sur les migrations féminines sont relativement récents (depuis les années 1980) et ont tenté de déconstruire la représentation de la « *femme immigrée* » inactive, migrant pour rejoindre son mari, lui aussi « *immigré* », travaillant en France. Ces représentations visant essentiellement les femmes maghrébines (Algérie, Tunisie, Maroc), sont engendrées par des stéréotypes ethno-raciaux ancrés dans le contexte postcolonial (Moujoud 2008; Frigoli et Manier 2013; Guénif-Souilamas 2005b, Lesselier 2004). Selon Mirjana Morokvasic et Christine Catarino, « *le changement qualitatif de la migration féminine, à savoir que les femmes sont plus économiquement actives qu'avant (ce qui d'ailleurs est loin d'être vérifié partout) n'explique pas non plus la visibilité actuelle qui ne tient pas tant à leur activité économique, mais au rapport moral que le corps social entretient à leur égard* » (Morokvasic 2011, p. 41). Les représentations sociales des migrantes dans

la société française ont orienté la focale de la recherche sur les migrations, elles ont invisibilisé les femmes « *immigrées* » célibataires, qui travaillaient, qui ne correspondaient pas, somme toute, au profil stéréotypique de la « *femme d'immigré* », avant tout « *épouse et mère* »¹ (Cossée et al. 2012).

Parmi les enquêtées, une dizaine de femmes correspondent à ce premier profil, originaires de pays d'Afrique subsaharienne principalement, elles sont parties seules et sont célibataires. Elles arrivent souvent en situation régulière sur le sol français, sont hébergées par des membres de famille éloignée et décident de rester en France bien que leur visa soit expiré.

Les femmes expliquent leur départ par des événements tragiques qui ont marqué leur expérience : mauvais traitements, mariage forcé, maladie d'un enfant. Priscilla fuit la Côte d'Ivoire en 2011 à la suite d'un mariage forcé : « *on m'a demandé, mais chez nous, même si on te demande, tu n'as pas le choix* ». Elle reste mariée deux ans à cet homme de 19 ans son aîné, avec qui cela « *n'a pas marché* ». Elle décide alors de partir pour la France. Hannatou arrive en 2013 en France, seule avec son fils atteint de la maladie des os de verre. À la naissance de son fils en Guinée, il est rejeté par les membres de sa famille et de son village qui le menacent de « *mort* » (Hannatou, Guinée). Sa mère l'aide à quitter la Guinée pour la France. Awa perd ses parents très jeune et est élevée par sa tante qui l'a traite comme « *une esclave* » (Awa, Sénégal). « *Dégoutée du pays* », Awa décide de partir, obtient un visa tourisme 5 jours et prend l'avion en 2010 pour la France (Awa, Sénégal).

Pour plusieurs enquêtées (n=4), le départ n'a pas été motivé par l'urgence, mais par la volonté d'étudier en France. Ces femmes disposent de ressources, tant financières que symboliques, pour partir. Elles portent souvent l'espoir d'ascension sociale de leur famille qui a investi leurs économies dans leur périple. Ainsi, les parents de Michèle lui ont financé le voyage de Côte d'Ivoire, de même pour les

¹ « *Tandis que l'émigration-immigration des hommes serait essentiellement économique, celle des femmes apparaît comme non économique, c'est en tant que 'femmes d'immigrés' qu'on les donne à voir. Le modèle en vigueur de l'homme pourvoyeur de ressources et de la femme au foyer ne permettait pas de voir la femme autrement que dans un statut de dépendance, à charge ; et, appliqué notamment à des sociétés considérées comme 'traditionnelles', il empêchait même de voir le rôle des femmes dans le développement et la production locale* » (Cossée et al. 2012, p.31).

parents de Cynthia du Cameroun, de Gizem de Turquie, et d'Asmayat des Comores.

Si ce profil de femme primo-arrivante existe, il n'est toutefois pas le seul. Une dizaine d'enquêtées a voyagé dans le cadre d'une migration familiale. Il est ainsi nécessaire de relativiser la part des migrations célibataires parmi l'ensemble des femmes primo-arrivantes.

Les migrations familiales : voyager en couple ou seule pour rejoindre son conjoint

Les travaux sur les migrations féminines insistent sur la nécessité de relativiser la part des femmes « *immigrées* » voyageant célibataires. « *Les enquêtes sur des échantillons représentatifs comme celle sur les nouveaux détenteurs de la carte de séjour en France soulignent que les femmes continuent de venir, pour la plupart, comme membres de famille* » (*Ibid.*, p. 30). Par ailleurs, selon Chantal Brutel, « *toutes origines confondues, plus de la moitié des immigrants entrés en France en 2012 et âgés de plus de 20 ans déclarent vivre en couple l'année de leur arrivée. Les femmes sont plus souvent en couple que les hommes (57 % contre 46 %).*¹ » (Brutel 2014, p. 7). Au travers de nos entretiens, nous avons pu différencier deux configurations migratoires : les femmes voyageant en couple et les femmes voyageant seules pour rejoindre leur conjoint.

Six des enquêtées ont immigré avec leur conjoint, pour de multiples raisons : politique, médicale et/ou économique. Elles sont originaires d'Europe de l'Est et du Maghreb. Certains ont fui des pays en guerre pour arriver en France dans une situation de grande précarité. Elora part d'Albanie avec son conjoint en 2015 pour fuir les conflits. Arrivé à Bordeaux, le couple dort à la rue sous une tente puis est pris en charge par un dispositif d'hébergement d'urgence. Fanta suit son conjoint qui fuit la Guinée en 2012, car il a « *été mêlé au politique* » (Fanta, Guinée). Le couple paie un passeur qui leur fournit un faux passeport et le dépose à Gare du

¹ « *Le pourcentage d'immigrés déclarant vivre en couple l'année de leur arrivée a progressé entre 2004 et 2009 mais il diminue depuis, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes* » (Brutel 2014, p.7).

Nord à Paris. Ne connaissant personne en France, Fanta et son conjoint louent une chambre d'hôtel à Château d'eau, dans le Xe arrondissement de Paris.

Imen immigre en France pour des raisons médicales. Elle quitte la Tunisie en octobre 2015, enceinte, et avec son enfant autiste de 6 ans. Elle est bientôt rejointe par son mari et son cadet. La migration du couple en France avait pour objectif d'accéder aux soins pour leur aîné, atteint d'autisme. Imen est une des seules enquêtées ayant migré en étant déjà enceinte. Arrivés avec un visa tourisme de quelques jours, le suivi de leur enfant met plus longtemps que prévu et le couple reste alors en situation irrégulière en France, hébergé par le 115 à l'hôtel.

Adriana quitte la Roumanie pour des raisons économiques : pour avoir une « *meilleure vie* ». Selon elle, en Roumanie il n'y a « *pas de travail* » (Adriana, Roumanie). Adriana et son mari arrivent en France en 2003. Le couple est hébergé pendant quelque temps par la famille du conjoint puis loue un appartement « *au black* » pendant plusieurs années. Adriana et son mari travaillent tous les deux sans être déclarés et restent sans-papiers jusqu'en 2007.

La seconde configuration de migration familiale renvoie à des femmes qui migrent seules afin de rejoindre leur conjoint déjà installé sur le sol français (n=3). Ce cas de figure correspond à la trajectoire de migration féminine étudiée traditionnellement par la sociologie des migrations (Morokvasic 2011). Cette migration peut se faire dans le cadre du regroupement familial, bien que ce cas de figure soit très peu représenté chez les enquêtées ; seule une femme correspond à ce schéma, Inès. Cette dernière est arrivée à Bordeaux en 2011 d'Algérie, pour rejoindre son mari dans le cadre du regroupement familial. Depuis son arrivée, Inès habite avec son mari. La migration conjugale existe aussi en dehors du cadre du regroupement familial. Estelle et Priscilla sont invitées par leur conjoint installé en France à les rejoindre. Estelle est étudiante en Côte d'Ivoire. Elle tombe amoureuse d'un compatriote qui fait de fréquents voyages dans son pays d'origine. Il lui propose de venir le rejoindre vivre en France, bien qu'elle ait sa « *vie là-bas* » elle décide « *de rejoindre son amant, son amoureux* » (Estelle, Côte d'Ivoire). Elle part en septembre 2014. Arrivée en France, elle est hébergée par l'oncle de son conjoint. Son visa expire et elle se retrouve en situation irrégulière. Priscilla vit

elle-aussi en Côte d'Ivoire, mais ne « *s'entend pas avec sa famille* », car ils l'« *empêchaient d'aller à l'école* » (Priscilla, Côte d'Ivoire). Priscilla se marie à Abidjan avec son fiancé, qui réside en France. Elle part le rejoindre en 2014, mais personne ne l'attend à l'aéroport. Elle se retrouve à la rue. À l'époque, Priscilla est enceinte de deux mois.

La distinction des types de migrations, célibataire ou familiale, est heuristique jusqu'à un certain point. Le type de migration influe sur l'amplitude du capital social dans la société d'accueil. Avoir un conjoint sur place équivaut potentiellement à un hébergement – sous certaines conditions – et un réseau social mobilisable. Toutefois, cette inégalité entre femmes primo-arrivantes en termes de capital social est à relativiser. Les travaux d'Adelina Miranda et de Laurence Roulleau-Berger nous invitent à « *abandonner les dichotomies telle l'opposition entre migrations familiales et migrations de travail qui empêchent de voir les fluidités et rigidifient la vision d'expériences toujours mouvantes, comme par exemple le répertoire de ressources personnelles disponibles au cours des étapes migratoires* » (Cossée et al. 2012, p. 17). L'analyse des parcours d'hébergement des enquêtées à leur arrivée en France, nous démontre que les expériences des deux profils se rejoignent, plus ou moins rapidement, dans l'errance résidentielle.

B. Parcours d'errance résidentielle en France : « c'était la galère de changer »

À leur arrivée en France, la majorité des enquêtées est hébergée par des membres de leur famille – plus ou moins éloignée –, des connaissances ou par leur conjoint. Dans certains cas, cet hébergement ne dure pas. Ces femmes ayant traversé des continents, des mers, des frontières dans l'espoir de se « *poser* » (Awa, Sénégal), se retrouvent alors à devoir errer¹ (Zeneidi-Henry et Fleuret 2007) en Île-de-France pour trouver un hébergement. Les parcours d'hébergements sont divers, ils sont tous marqués par la précarité. Trois configurations ressortent des

¹ La première définition du terme « *errance* » est l'« *action de marcher, de voyager sans cesse* » (source : <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9rrance>)

entretiens : les femmes hébergées chez un tiers, les femmes qui sont hébergées par les dispositifs d'hébergement d'urgence, les femmes qui ont un logement stable. Certaines femmes passent par les trois situations, d'autres restent plusieurs mois, voire plusieurs années, dans la même configuration d'hébergement. Une quatrième configuration existe mais n'est pas représentée chez nos interviewées : les femmes hébergées dans des Centres de Demandeurs d'Asile (CADA)¹. Tous ces parcours d'hébergement sont ponctués par de nombreuses situations d'abus et de maltraitances.

Hébergement chez tiers, hébergement précaire

Les femmes primo-arrivantes sont souvent hébergées chez des tierces personnes quand elles arrivent en France. Il peut s'agir de membres de famille éloignée, de connaissances, voire de compatriotes rencontrés dans la rue. Cet hébergement est temporaire, « *en attendant* » (Neva, République Démocratique du Congo). Neva, arrivée de la République Démocratique du Congo (RDC) depuis 2011, vit chez une amie et sa famille dans un petit appartement, faute de moyens financiers. Même si « *cela se passe bien* », « *des fois* » Neva est « *gênée* » par le bruit (Neva, RDC). La cohabitation dans des espaces exigus et surpeuplés est souvent difficile pour les femmes primo-arrivantes. Certaines sont invitées à écourter leur séjour chez leur hébergeant. C'est le cas de Marlene, arrivée elle-aussi de la République Démocratique du Congo en 2013, hébergée chez une « *connaissance* », qui doit partir précipitamment suite à des « *problèmes* » avec le mari de cette amie (Marlene, RDC).

Une petite minorité d'enquêtées (n=4) a un logement stable. Il s'agit le plus souvent de femmes qui sont en couple. Les femmes ayant migré par regroupement familial sont hébergées dans l'appartement de leur mari. Hors du cadre du regroupement familial, l'accès à un hébergement est déterminé par le capital

¹ Les personnes demandeuses d'asile sont hébergées par la CAFDA [cf. glossaire des sigles] dans des Centres de Demandeurs d'Asile (CADA), établissements sociaux soumis à la réglementation du code de l'action sociale et des familles (article L.312-1, al. 13), jusqu'à leur obtention d'un titre de séjour.

économique et social. À leur arrivée en France, Adriana et son mari sont hébergés par ses beaux-parents. Une « *connaissance* » leur trouve un « *petit appart sans bail à leur nom* », car ils sont « *sans-papiers* » (Adriana, Roumanie).

La configuration migratoire influe donc considérablement sur l'hébergement des femmes primo-arrivantes. Les femmes ayant migré seules et célibataires sont souvent hébergées par des tierces personnes et donc susceptibles d'être mises à la porte. Le profil le plus favorable à la stabilité de l'hébergement semble être celui de la migration familiale, à condition toutefois que le couple ne rompe pas, notamment, nous le verrons, à la suite de l'annonce de la grossesse.

Hébergement au 115 : l'errance institutionnalisée

Mises à la rue ou arrivées sans possibilité d'hébergement, les femmes ont recours au 115¹, plateforme téléphonique des Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) Urgence² qui répartit des places d'hébergement en hôtel ou en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU). À Paris et en Seine-Saint-Denis, le SIAO est géré par le Samu Social³. Or, les SIAO Urgence des différents départements d'Île-de-France connaissent une saturation des places d'hébergement⁴. Pour obtenir un hébergement dans ce contexte, il faut se lever tôt

1 « *Plateforme de réception des appels des personnes à la rue en nom propre et des signalements par des tiers, particuliers ou institutionnels* » (Cefai et Gardella 2011).

2 Les SIAO ont été créés par une circulaire du 8 avril 2010, l'article 30 de la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (Alur) du 24 mars 2014 leur a donné un cadre juridique. Une circulaire du 17 décembre 2015 en précise les missions. Ils ont pour missions de « *recenser toutes les places d'hébergement, les logements en résidence sociale ainsi que les logements des organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative* », de « *gérer le service d'appel téléphonique pour les personnes ou familles* » sans domicile ou rencontrant de grandes difficultés de logement (le 115) et de « *veiller à la réalisation d'une évaluation sociale, médicale et psychique* » des intéressés et de suivre leur parcours. Les SIAO sont également chargés « *d'assurer la coordination des personnes concourant au dispositif de veille sociale* ». source : <http://www.caissedesdroitsdesterritoires.fr>

3 Aucune forme juridique n'étant prescrite dans la loi, le SIAO peut, si besoin, prendre la forme d'une association, d'un groupement d'intérêt public (GIP) ou d'un groupement de coopération sociale et médicosociale (GCSMS). Le Samu Social est un GIP « *à mi-chemin entre une entreprise, une organisation non gouvernementale et un établissement public.* » (*Ibid.*)

4 Les services déconcentrés de l'État « *doivent s'assurer le pilotage effectif du SIAO* » et notamment lui assigner « *des objectifs précis* » et de « *lui allouer les moyens financiers* ». Or, à titre d'exemple, en juillet 2016, « *sur les 21 506 personnes ayant contacté le 115 en juillet (un chiffre en hausse de*

le matin et être prête à attendre pendant des heures au téléphone pour joindre un écoutant social de la plateforme téléphonique. Bien que les assistantes sociales peuvent soutenir la demande d'hébergement¹, c'est à la femme elle-même d'appeler pour faire la demande. Les places en long séjour² sont rares et très prisées. Au moment de l'enquête (2014-2015), la majorité des femmes appelant le 115 sont orientées vers des chambres d'hôtel pour quelques jours seulement – ce que le 115 appelle des « *courts séjours* » – souvent loin de Paris. Les femmes se retrouvent donc être déplacées d'hôtel en hôtel sur toute l'Île-de-France, sans aucune possibilité de prévoir à l'avance où elles seront envoyées. Cette errance résidentielle « *organisée* » par le 115 (Observatoire du Samu social de Paris 2014), ancre la majorité des enquêtées dans des parcours de « *galère* » : « *c'était la galère de changer* » (Cynthia, Cameroun).

Sans enfants ou enceinte depuis moins de trois mois, les femmes qui appellent le 115 sont prises en charge par le pôle isolé³ qui leur attribue des places, quand ils en ont. Les femmes seules sont particulièrement touchées par cette pénurie, car la plupart des centres d'hébergement collectifs sont destinés aux hommes (Cefaï et Gardella 2011).

Si elles ont déjà des enfants, les femmes sont prises en charge par le pôle famille du 115, qui semblait disposer, en 2014-2015, d'un peu plus de marge de manœuvre pour héberger les femmes, si toutefois la famille n'est pas trop nombreuse. Imen et sa famille sont quatre au total (deux parents et deux enfants) et le 115 peine à leur trouver une chambre adaptée à leur composition familiale. Depuis son arrivée en France il y a quatre mois, la famille d'Imen est envoyée dans cinq chambres d'hôtel différentes très éloignées (Château d'eau, XIIe arr., XVIIe arr., 93) avant d'être stabilisée en long séjour dans une chambre d'hôtel à

2,4 % par rapport au même mois l'an dernier), 11 908 « n'ont jamais été hébergées », soit 55 % du total, affirme l'étude. Ce taux correspond à une hausse de 5 % sur un an et à un « quasi-doublement par rapport à la moyenne hivernale ». source : http://www.lemonde.fr/logement/article/2016/08/17/les-sans-abri-ignores-durant-l-ete-moins-de-45-des-appels-au-115-aboutissent_4983914_1653445.html#07TOKI2M9kdZI3yH.99

¹ Par mail ou par téléphone (cf. Chapitre 4).

² « *Est considéré en long séjour un ménage hébergé sur une même chambre et sur le mois complet quel que soit le nombre de bons de réservation émis pour permettre sa prise en charge* » (Samusocial de Paris 2015, p. 38)

³ Le pôle *famille* du 115 s'occupe des personnes (hommes ou femmes) avec enfants et des femmes enceintes depuis plus de trois mois alors que le pôle *isolé* s'occupe des personnes sans enfants.

Ménilmontant (Paris XII^e). À notre première rencontre, la famille d’Imen est depuis trois mois dans cette chambre d’hôtel.

Ces déplacements d’hôtel en hôtel sont chose courante bien que le nombre d’hôtels varie en fonction des parcours ; il est rarement en dessous de trois, et peut aller jusqu’à huit hôtels différents en l’espace de quelques mois. Cynthia a fait « *un an d’hôtels* », dès son arrivée en France avec sa petite fille. Elle « *trimballe* » sa fille « *une semaine ici, deux semaines ici* » avant d’obtenir un long séjour et rester six mois dans une chambre d’hôtel (Cynthia, Cameroun). Mise à la porte par son hébergeant, Marlene appelle le 115 et est orientée dans une chambre d’hôtel, puis deux, puis trois : « *des fois ils me donnent trois jours, des fois une semaine et ils changent à chaque fois de place.* » (Marlene, RDC). Certaines nuits, le 115 ne dispose pas de places et les femmes sont obligées de dormir à la rue. Les écoutants sociaux leur conseillent en général d’aller se mettre à l’abri dans la salle d’attente aux urgences de l’hôpital. Grace arrive de Côte d’Ivoire avec ses deux enfants à Paris. Elle dort une nuit à la Gare, puis deux nuits aux urgences d’un hôpital parisien. Elora arrive à Bordeaux du Kosovo avec son mari. Ils dorment dans la salle d’attente de deux hôpitaux puis sous une tente.

Ces parcours d’errance résidentielle ne sont pas sans conséquences psychiques pour les femmes, et, si elles en ont, leur conjoint et leurs enfants (Mezouar 2014). Imen raconte que son fils, autiste, fait des crises à chaque fois qu’ils doivent changer d’hébergement et son état s’aggrave au point qu’il refuse de s’alimenter : « *on a changé 7,8 fois d’hôtels. À chaque changement d’hôtel, il fait des crises. Il a besoin de stabilité. Même pour manger, chaque fois qu’il change ce n’est pas possible.* » (Imen, Tunisie).

Cet hébergement « *d’urgence* » peut durer longtemps. En effet, les femmes en situation irrégulière – sans possibilité de régularisation – ont peu de chance d’obtenir un hébergement autre que d’urgence (Le Défenseur des Droits 2016).

Hébergement et maltraitements

En position de dépendance vis-à-vis de l'hébergeant.e, les femmes primo-arrivantes sont confrontées aux abus, chantages et maltraitements.

Des situations de maltraitements sont facilitées par la dépendance des femmes envers leur hébergeant.e. Afin d'accéder à un suivi social, il est nécessaire d'être domiciliée quelque part¹ (Le Défenseur des Droits 2016a). Les femmes hébergées chez une tierce personne doivent fournir une attestation d'hébergement, mais certain.e.s refusent d'écrire cette lettre, par peur d'être accusé.e.s de « *délit de solidarité* ». D'autres utilisent cette lettre pour pousser les femmes vers la sortie. Les femmes dont le titre de séjour dépend de leur statut marital peuvent se retrouver en difficultés si elles veulent se séparer de leur conjoint³ (Lesselier 2004). Inès, venue en France d'Algérie par regroupement familial, subit des violences conjugales. Elle voudrait se séparer de son conjoint, mais son mari la menace de « *lui retirer son titre de séjour* » (Inès, Maroc). Salma, originaire du Maroc, raconte quant à elle comment son ex-mari a extorqué ses documents d'identité, au moment où elle a voulu se séparer de lui.

Les chantages sexuel à l'hébergement sont des pratiques récurrentes et dont ont souffert plusieurs des enquêtées. Awa et Priscilla, toutes les deux en situation irrégulière, ont reçu des propositions d'hébergement contre services sexuels. Disposant de faibles ressources financières obtenues grâce à des gardes d'enfants, Awa réussit à se payer une chambre dans une location à La Courneuve. Au bout de quelques semaines, elle est contrainte de partir car un colocataire tente de la

¹ Cette domiciliation peut être faite par une association, très utile pour les femmes hébergées par le 115.

² Le « *délit de solidarité* » n'existe pas juridiquement, c'est un slogan politique qui fait référence à l'article L 622-1 du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) qui date de 1945. Il dispose que « *toute personne qui aura, par aide directe ou indirecte, facilité ou tenté de faciliter l'entrée, la circulation ou le séjour irrégulier d'un étranger en France* » encourt jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.
source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006147789&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20090408>

³ « *Le regroupement familial permet à une personne étrangère vivant en France en situation régulière de faire venir ses proches (conjoint et enfants mineurs, ascendants dans certains cas). Le conjoint "rejoignant" est actuellement dans les 3/4 des cas une femme. (...) Depuis 1984 les conjoints rejoignant obtiennent le même titre de séjour que la personne qu'ils viennent rejoindre (souvent donc une carte de résident de 10 ans) mais la loi de 2003 stipule que pendant deux ans, elle n'aura droit qu'à une carte de séjour temporaire* » (Lesselier 2004, p. 46).

forcer à avoir des rapports sexuels. Awa raconte que ses colocataires l'ont escroqué et cet homme a essayé de profiter d'elle, car elle est « *sans-papiers* » et qu'elle ne peut « *pas porter plainte* » (Awa, Sénégal).

« Quand j'étais à La Courneuve, j'étais en colocation, ils m'ont rendu 100 euros de la caution au lieu de 400 euros, tout ça parce que je suis sans-papiers et que je ne peux pas porter plainte. Cette coloc je l'ai eu par une connaissance. Il y avait un monsieur qui a essayé de... un jour il est venu dans ma chambre pendant que je dormais et il m'a touché les pieds. Je me suis réveillée je lui ai dit « qu'est-ce que tu fais ?? », il m'a dit qu'il pouvait m'aider si on se mettait ensemble. Je lui ai dit que je payais le logement, tu n'as pas le droit. Je suis sans-papiers, mais je suis fière. Jamais je ne donnerais mon corps pour un logement. Je lui ai dit que s'il continuait il allait avoir des problèmes. Je m'en fous. Je ne veux pas donner mon corps contre une colocation. En plus, il ne voulait pas me donner la clef et rentrait dans ma chambre pendant que j'étais pas là. C'est pour ça que je suis partie. Je suis sans-papiers, mais je suis fière. Je ne me laisse pas faire. Je ne veux pas coucher par intérêt, seulement par amour. En plus, ils vous font croire quelque chose, mais en fait rien du tout. »

(Awa, Sénégal.)

Alors qu'Awa refuse de « *donner son corps contre une colocation* », car elle est « *sans-papiers, mais fière* » (Awa, Sénégal), Laurence est dans l'obligation d'accepter, « *c'était ça ou la rue* » (Laurence, Côte d'Ivoire). À son arrivée à Paris en 2013, Laurence est hébergée par une « *camarade* » pendant deux semaines dans le XIX^e arrondissement. La cohabitation ne dure pas, elle est mise à la porte. À la rue, elle rencontre un homme qui « *lui demande ce qu'elle faisait là* », il lui propose de venir chez lui. Effrayée de dormir dehors, elle accepte. Il l'oblige à avoir des rapports sexuels en échange de l'hébergement. À l'époque, Laurence ne connaissait pas le 115 et voulait « *juste rester à un endroit* » (Laurence, Côte d'Ivoire).

Qu'elles soient en situation irrégulière ou régulière, les femmes primo-arrivantes sont la cible d'abus, de maltraitements et de discriminations. Le corps de ces femmes est « *fortement mis en danger, menacé d'usures, de violences, de dégradations* »¹ (Dambuyant-Wargny 2006, p. 116). Les rapports de domination

¹ « *Plusieurs autres individus rencontrés précisent, quant à eux, être ou avoir été hébergés en "échange" de participation matérielle et/ou sexuelle. Il s'agit majoritairement de femmes qui se retrouvent ainsi "casées" car ce type d'hébergement apparaît souvent très aléatoire. Pour ces*

de sexe sont ici fortement imbriqués avec la question du statut administratif. La dépendance envers son hébergeant.e, que ce soit le conjoint ou des connaissances, précarise leurs conditions de vie. Mises à la rue, elles sont hébergées par le 115, en structures collectives ou dans des hôtels dispersés sur toute l'Île-de-France. Arrivées en France avec l'espoir de « *se poser* » (Awa, Sénégal), ces femmes primo-arrivantes continuent de migrer, mais cette fois-ci, dans leur société d'*accueil*.

C. Travailler en France : déclassement, travail non déclaré et exploitation

La plupart des femmes primo-arrivantes rencontrées migrent en France pour travailler et pour étudier. Celles qui sont venues pour d'autres motifs (politiques ou médicaux) cherchent elles-aussi à étudier ou à travailler en France¹. Toutes ont un projet professionnel qu'elles voudraient réaliser : commencer ou reprendre des études, continuer à travailler dans leur branche professionnelle ou juste trouver « *n'importe quel travail* » (Awa, Côte d'Ivoire). La question du travail est centrale dans leur parcours en France, elle détermine leurs conditions matérielles. Avoir un travail, c'est disposer d'une source de revenus, la possibilité de louer un appartement, de manger à sa faim. Au-delà des besoins primaires, avoir un travail c'est aussi accéder à une reconnaissance sociale en France et dans leur pays d'origine (par exemple par l'envoi d'argent dans leur famille restée au pays).

Arrivées en France avec un projet de vie, les femmes primo-arrivantes déchantent. Leurs compétences ne sont pas reconnues, et si elles en ont, leurs diplômes non plus. Sans titre de séjour, elles ne sont pas autorisées à des études, à être salariées. Quand les femmes arrivent à trouver un travail, elles sont reléguées aux « *sales boulots* » (Hughes, 1996) précaires et non déclarés, et risquent l'exploitation, en plus de l'exclusion.

populations démunies, le corps peut donc représenter un "objet de travail" et un "outil de travail". Dans tous les cas, ce "capital corporel" se trouve fortement investi (à la quasi-exclusion de tout autre, bien souvent inexistant) et fortement mis en danger, menacé d'usures, de violences, de dégradations » (Dambuyant-Wargny 2006, p. 116).

¹ Sur l'ensemble des enquêtées, nous n'avons rencontré qu'une femme primo-arrivante ne souhaitant pas travailler en France.

Expérience de déclassement

Si les trajectoires migratoires des femmes primo-arrivantes sont hétérogènes, c'est aussi le cas aussi de leurs parcours scolaires. Alors que certaines se sont arrêtées très tôt dans le parcours scolaire, d'autres ont continué jusqu'en Master dans leur pays d'origine avant d'immigrer en France. Certaines sont venues en France pour étudier grâce à un visa étudiant. Les enquêtes statistiques montrent que les « *immigré.e.s* » sont de plus en plus diplômé.e.s quand ils-elles arrivent en France. En 2012, 63% des « *immigré.e.s* » entré.e.s en France cette année-là sont titulaires du Baccalauréat ou d'un équivalent (Brutel 2014). Les femmes « *immigrées* » sont « *plus nombreuses que les hommes* » immigrés à avoir un diplôme universitaire dans les pays de l'OCDE¹ (Morokvasic 2011, p. 42). Les femmes primo-arrivantes qui immigrent en étant diplômées s'attendent à améliorer leur position sociale dans leur société d'arrivée. Mais une fois en France, leurs diplômes et compétences ne sont pas reconnus. Les écarts entre le contexte de départ et d'arrivée sont en défaveur de ces femmes ; elles vivent une expérience de déclassement. Laurence Roulleau-Berger a développé le concept « *d'inégalités multisituées* » afin d'analyser l'impact de ces écarts sur les rapports de domination que connaissent les femmes « *immigrées* » : « *les migrations féminines montrent comment se multiplient des inégalités sociales, ethniques et de genre à partir des différences de capital social, économique, symbolique produit dans des contextes sociétaux différents* » (Roulleau-Berger 2012, p. 36). Analyser les parcours professionnels des femmes primo-arrivantes ne peut alors se comprendre qu'au regard de leur position sociale dans leur société de départ et de l'écart avec leur position sociale à l'arrivée. « *Les inégalités sociales, ethniques et de genre se renforcent ou non* », selon que leurs « *ressources et compétences sont fortement ou faiblement invisibilisées* » (*Ibid.*).

¹ Organisation de Coopération et de Développement Économiques qui compte 35 membres, dont la France.

Les femmes primo-arrivantes diplômées de leur pays d'origine, et voulant accéder à un travail correspondant à leurs compétences, sont rapidement déçues. Peu de diplômes étrangers sont reconnus en France et les équivalences sont rares. Ces femmes expérimentent le déclassement, notamment quand elles sont en situation irrégulière. Grace a fait des « *études aux pays* », elle se dit qu'arrivée ici elle « *pourrait continuer et faire quelque chose* ». Mais « *quand je suis arrivée, on m'a dit que tant que je n'ai pas le titre de séjour, je ne peux rien faire* » (Grace, Côte d'Ivoire). Neva est arrivée en France en 2011. Elle a fait des études d'infirmière dans son pays d'origine, ce qui lui plaisait, et elle aimerait devenir infirmière en France. Elle pense qu'il n'existe pas d'équivalence du diplôme, mais est prête à « *reprendre les études* » en France s'il le faut, car c'est « *pour sauver des gens* » (Neva, RDC).

Sans possibilité d'équivalence et si elles sont en situation régulière, les femmes veulent faire une formation pour pouvoir obtenir un travail en France. Aminata désire continuer sa formation d'aide-soignante qu'elle avait débuté en Côte d'Ivoire. Grace se résigne à faire une formation de puéricultrice ou d'assistante maternelle, bien qu'elle ait obtenu son diplôme en secrétariat en Côte d'Ivoire. Priscilla « *rêve* » d'être infirmière, mais « *en France, quand on n'a pas de papiers, je ne peux pas...* » (Priscilla, Côte d'Ivoire).

Les femmes primo-arrivantes arrivées jeunes en France (17 ans, 18 ans), non diplômées et régularisées, ne vivent pas d'expérience de déclassement et sont en situation d'ascension sociale vis-à-vis de leurs conditions de vie dans leur pays d'origine. L'ascension sociale est toutefois limitée au regard de la société française : elles sont recrutées dans des métiers précaires du service à la personne. Elles mettent leurs rêves de côté, car les études, ça « *coûte cher* » (Gizem, Turquie).

Travailler en France : « *les migrantes sont contraintes au sale boulot* »

Les femmes primo-arrivantes se retrouvent alors sur le marché du travail. Bien que difficiles à évaluer¹, les travaux de sociologie des migrations ont largement documenté que les « *immigrées* » sont concentrées dans ces emplois précaires, dévalorisés, aux « *statuts les plus fragiles : services, hôtellerie et restauration, santé, petit commerce et industrie* » (Cossée et al. 2012, p. 17). Elles « *connaissent une activité plus discontinue que les autres femmes actives, en raison précisément de la précarité de leurs emplois, des temps partiels subis et du chômage* » (Chaïb 2003, p. 218). Ce sont « *notamment des jeunes femmes peu qualifiées, originaires d'Europe centrale et orientale, de Chine, d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb* » (Roulleau-Berger 2012, p. 28). Le statut juridique est un élément déterminant dans l'insertion professionnelle, car les femmes en situation irrégulière ou en procédure de demande d'asile n'ont pas le droit de travailler en France. Elles en sont réduites aux emplois précaires non déclarés et mal payés, dans l'attente d'être régularisées (Roulleau-Berger 2012). Bien qu'invisibilisée des études sur les migrations (Chaïb 2003), cette division du travail n'est pas nouvelle, elle « *possède en France une longue histoire* » : « *le travail des femmes colonisées et des migrantes, surtout quand il concerne les services domestiques salariés, est resté en marge des champs d'études de l'histoire de la migration comme de la colonisation ou de la division raciale du travail, tout autant que de l'histoire du travail des femmes et des théories féministes sur la division sexuelle du travail* » (Moujoud et Falquet 2010, p. 172). L'État français, à travers ses politiques migratoires, a organisé « *la circulation de la main-d'œuvre* » des femmes « *immigrées* » (*Ibid.*, p. 194). Dans les années 1970, « *les différenciations entre femmes se renforcent encore lors de cette période. Les femmes autochtones accèdent davantage au travail salarié, tandis que les migrantes anciennement*

¹ « *Ces mutations restent cependant mal évaluées du fait notamment du regard réducteur posé par les statistiques sur le travail des femmes et plus particulièrement des migrantes, de l'importance du travail clandestin et des effets des politiques migratoires* » (Moujoud et Falquet 2010, p. 181).

installées quittent les services aux particulier-e-s, toujours 'réservés' aux plus récemment arrivées » (Ibid., p. 180). Depuis les années 2000, les politiques migratoires restrictives, « en créant sans cesse davantage de 'sans papier-e-s' » nourrissent « le marché du travail ainsi informalisé » et poussent les femmes vers « les marchés du travail du sexe et/ou du travail domestique non protégés » (Cossée et al. 2012, p. 186). L'échelle nationale est corrélée avec une « division sexuelle et ethnique du travail à l'échelle internationale » (Ibid., p. 17). Les travaux des féministes matérialistes insistent sur l'exploitation transnationale des femmes « immigrées » dans ces métiers du travail de la reproduction sociale¹, domestique et sexuelle en soulignant le rôle des États (Falquet et al. 2010). Ce travail « n'est pas réalisé par n'importe qui, en termes de sexe, de classe et de « race » – mais aussi de nationalité et de statut légal –, et l'on ne peut guère le comprendre sans prendre en compte la méta-intervention des États » (Moujoud et Falquet 2010, p. 193).

Qu'elles soient diplômées surqualifiées ou non diplômées, en situation régulière ou irrégulière, elles se rejoignent toutes dans des emplois précaires des services et des soins à la personne. Certaines femmes primo-arrivantes sans-papiers sont prêtes à faire « *n'importe quel travail* » pourvu qu'elles aient une source de revenus. C'est le cas de Laurence, employée de maison en Côte d'Ivoire, qui a décidé de partir pour travailler en France. Elle raconte : « *j'étais servante chez une dame. (...) Je veux travailler. (...) Si j'ai mes papiers, je voudrais travailler. N'importe quel travail* » (Laurence, Côte d'Ivoire). Il faut dire que travailler et avoir une source de revenus est un enjeu de taille pour ces femmes : l'indépendance. Awa souligne qu'elle veut « *travailler pour payer sa chambre* » (Awa, Sénégal), Estelle pour « *ne plus tendre la main* » (Estelle, Côte d'Ivoire). Si

¹ Elles préfèrent le terme de « *reproduction sociale* » au concept de « *care* », qui comporterait certaines limites. « *Premièrement, la dimension « éthique » et interpersonnelle du care peut oblitérer des pans entiers de ce qu'Anderson appelle le « sale travail » de reproduction sociale (frotter les sols, vider les poubelles), plus proche de la servilité qu'évoque Parreñas que de la sublimation morale. (...) Troisièmement, ce concept ne permet guère d'analyser la procréation, dont Tabet a également montré qu'il s'agissait d'un travail, au sens marxien du terme. Ce travail de procréation, avec le travail d'élevage des enfants qui lui est généralement associé, constitue pourtant un élément particulièrement important du travail de reproduction sociale mis à la charge des femmes. Au total, avec le concept de care, toute une partie du travail attendu des femmes est mis de côté ou risque de ne pas être perçu dans sa logique globale : le rapport d'appropriation, qui fait que « l'appropriée est attachée au service matériel du corps du dominant, et des corps qui appartiennent ou dépendent de ce dominant » (Moujoud and Falquet 2010, p. 193).*

travailler est vital pour les femmes célibataires, c'est aussi le cas pour les femmes en couple. Imen et son mari, tous les deux en situation irrégulière, ne « *peuvent pas travailler* » en France du fait de leur statut administratif, et donc n'ont aucune source de revenus (Imen, Tunisie).

Les femmes en situation irrégulière sont particulièrement vulnérables aux maltraitances et à l'exploitation de la part de leur employeur. « *Tant que les migrantes se trouvent sans-papiers, elles sont employées sans contrat, peuvent travailler 16 heures par jour, captives des attitudes et comportements des employeurs à leur égard. Dans la shadow economy, les migrantes sont contraintes au « sale boulot » (Hughes, 1996), deviennent « invisibles », objet de reconnaissance dépréciative, contraintes aux lois d'une flexibilité maximale au travail, subissant souvent des humiliations et maltraitances* » (Roulleau-Berger 2012, p. 31). Adriana travaille pendant deux ans sans aucun jour de repos et 13 heures de travail par jour. Arrivée à 17 ans de Roumanie, elle travaille dans un café à La Courneuve pendant plusieurs années. Dans l'obligation de faire des aller-retour en Roumanie tous les trois mois afin d'être en « *règle* »¹, elle risque à chaque fois de perdre son emploi. Elle revient un jour et il y avait « *quelqu'un d'autre* » à son poste. Son calvaire dure cinq ans, au bout duquel elle obtient ses papiers et un contrat de travail déclaré.

« Je suis arrivée en France en 2003. J'ai travaillé dans un petit café à La Courneuve, j'étais mineure, c'était un risque même pour les patrons de prendre une mineure, j'avais 17 ans. Et j'ai travaillé 6 mois et après je suis partie en Roumanie. Je vous ai dit, je suis partie 3 mois, 3 mois, tu étais obligée de le faire. Je suis revenue et il n'y avait plus de travail, il y avait quelqu'un d'autre. Bon c'est pas grave. J'ai cherché ailleurs et j'ai trouvé à 4 chemins. Et depuis j'ai commencé en février 2004 et depuis je suis toujours le bas! (rires) ça fait 10 ans, dans un café. Au début bien sûr je n'avais pas de papiers et je travaillais au black.»

(Adriana, Roumanie)

Flexibilité « *violemment imposée* », ce marché « *opaque* » de la reproduction sociale précarise les trajectoires professionnelles des femmes qui sont « *contraintes de recommencer toujours un travail différent du précédent : il y a perte de savoirs* »

¹ À l'époque, la Roumanie ne faisait pas encore partie de l'Union Européenne (elle l'a rejoint en 2007). Ses ressortissants devaient demander un visa long séjour s'ils restaient plus de trois mois (90 jours) sur le territoire français.

et de qualifications quand les carrières ne se construisent pas autour d'un principe de cumulativité des gains liés aux expériences professionnelles. » (Ibid., p. 29). Par ailleurs, cette précarisation « *bride le salariat* » (Moujoud et Falquet 2010, p. 185) en freinant la syndicalisation (Le Bars 2014).

La description des trajectoires migratoires et des conditions de vie des enquêtées en France révèle les nombreuses difficultés auxquelles les femmes primo-arrivantes font face. Ces parcours semés d'embûches, de désillusions, d'errance résidentielle et de maltraitances sont intrinsèquement liés à leur trajectoire migratoire, à la solidité de leur réseau social en France, à l'épaisseur de leurs ressources financières et à l'indépendance de leur statut administratif. À l'espoir de la migration est opposée la dureté de l'accueil en France. Comme Awa le souligne : « *vous savez quand on est en Afrique on vous dit qu'ici c'est le paradis et depuis que je suis arrivée je suis là un jour, un autre le lendemain... En Afrique on est à un seul endroit.* » (Awa, Sénégal). Leur trajectoire professionnelle est marquée par la désillusion, les inégalités multisituées, la division sexuelle du travail et l'exploitation.

C'est dans ce contexte d'exclusion sociale que ces femmes apprennent qu'elles sont enceintes. L'annonce de la grossesse a des conséquences directes et indirectes sur les sphères familiales, conjugales, d'hébergement et de travail. La « *dégringolade* » (Estelle, Côte d'Ivoire) arrive après l'annonce.

II - Le basculement de l'annonce de la grossesse : précarisation des conditions de vie

Les parcours des femmes primo-arrivantes interrogées révèlent que la grossesse a précarisé leurs conditions de vie déjà bien fragiles. L'annonce de la grossesse, souvent non prévue, a des répercussions sur leurs relations sociales, qu'elles soient conjugales ou familiales (A). L'imbrication et la multiplication de

ruptures – conjugale, familiale – mettent en péril la stabilité de leur hébergement (B). Les femmes primo-arrivantes doivent mettre leur projet professionnel entre parenthèses (C).

A. Reconfiguration familiale : rupture conjugale et familiale

À l'annonce de la grossesse, la moitié des enquêtées connaît une rupture conjugale, car leur conjoint ne voulait pas d'enfant. Le rapport à la famille change également, notamment lorsque les femmes sont hébergées par des membres de leur entourage familial. Les ruptures conjugales et familiales sont alors compensées par une solidarité communautaire, fragile, mais existante.

La mise à l'épreuve de la stabilité du couple

Dans ce contexte de « *grande précarité, liée à la quasi-absence de droits et d'ancrage social, (...) les relations de couple, lorsqu'il y en a, sont rarement stables et protectrices* » (Davoudian 2012). Être en couple quand on est en situation d'exclusion sociale n'est effectivement pas une chose aisée. Comme le dit Bertrand Piret, l'amour est « *conditionné par un ensemble de facteurs sociologiques, politiques, juridiques et psychologiques, loin de l'imagerie romantique d'un amour miraculeux, tombé du ciel hors de toute contrainte* » (*Ibid.*). Dans ce contexte de « *galère* » (Dubet 1995) et d'errance résidentielle, la construction et le maintien d'une relation conjugale relèvent de l'exploit. En revanche, certains couples, « *déjà formés avant l'exil* » résistent à « *l'adversité* » et se « *soudent encore plus dans une sorte d'amour défensif et protecteur* » (*Ibid.*). L'analyse des parcours des femmes primo-arrivantes révèle que l'annonce de la grossesse est un événement qui met à l'épreuve la stabilité du ménage. Pour tout couple, l'annonce d'une grossesse est un événement. Il est une bonne nouvelle – c'est le cas pour onze des femmes que nous avons interviewées – ou une mauvaise nouvelle. Onze autres des enquêtées

ont subi une rupture conjugale, car elles ont voulu garder leur grossesse alors que leur conjoint ne désirait pas d'enfant.

Ainsi, dans la moitié des cas rencontrés l'annonce de la grossesse a entraîné une rupture conjugale¹. La plupart des femmes n'avaient pas prévu de tomber enceintes, mais ont souhaité garder leur grossesse, quitte à rompre avec le conjoint récalcitrant. Dans certains cas de ruptures conjugales, le couple avait pourtant un projet de grossesse. Grace, arrivée en 2011 de Côte d'Ivoire, rencontre son conjoint en France. Le couple décide de faire un enfant. Grace fait deux fausses couches. Quand elle tombe enceinte pour la troisième fois, elle s'attend à ce que son conjoint soit heureux, mais « *quand il a appris la grossesse, il n'était pas content* » (Grace, Côte d'Ivoire). Il l'a met à la porte. Le décalage entre la réaction attendue et réelle du conjoint à l'annonce de la grossesse est très difficile à vivre. Awa n'a jamais utilisé de contraception avec son conjoint, mais celui-ci « *comptait* » quand elle avait ses règles. À l'annonce de la grossesse, son conjoint rompt la relation et ne lui « *parle plus* » (Awa, Sénégal). Estelle, heureuse de tomber enceinte à 34 ans, une « *grâce* », subit de plein fouet le refus de son conjoint. Elle comprend alors que celui-ci vivait en réalité deux vies, et avait déjà une autre famille en France, « *et là, tout a dégringolé* » (Estelle, Côte d'Ivoire).

« Le soir je suis rentrée chez mon cousin et j'ai dit à mon conjoint qu'il fallait qu'on parle. Je lui ai expliqué que je suis allée au rendez-vous et qu'on m'avait dit que j'étais enceinte. Et je lui ai dit « qu'est-ce qu'on fait ? » là il m'a dit « qu'est-ce que tu as décidé ? » et je lui ai dit que je voulais garder la grossesse, mais que je voulais qu'on vive ensemble, pour mieux élever l'enfant. Et là tout a dégringolé. En fait, il avait une vie ici, il mentait. »

(Estelle, Côte d'Ivoire)

¹ Il serait intéressant de comparer ces chiffres aux pourcentages de ruptures conjugales pendant la période de la grossesse dans la population générale, mais ces données semblent difficiles à collecter. L'Enquête Couple et Famille de l'INSEE montre que « *le fait d'avoir de jeunes enfants au sein d'une union est associé à une probabilité plus faible de rompre : elle est divisée par deux si le plus jeune des enfants du couple a moins de cinq ans.* » Mais « *ces corrélations n'indiquent pas pour autant le sens de la causalité. Il se peut que le mariage ou le Pacs et le fait d'avoir des enfants protègent de la rupture. L'inverse est aussi possible, à savoir que les couples qui estiment avoir un risque de rupture soient les moins enclins à contractualiser leur union et à avoir des enfants.* » (Bodier et al. 2015, p. 73).

Plusieurs enquêtées ont fui leur conjoint car ils les incitaient à avorter. Nos entretiens portant sur les femmes ayant choisi de garder leur grossesse, nous n'avons pas d'expérience de femmes ayant avorté sous pression. Toutefois, nous avons plusieurs témoignages de femmes qui ont refusé d'avorter et qui ont alors connu une rupture conjugale¹.

Se retrouver célibataire et enceinte est source d'angoisses sentimentales, matérielles, mais aussi symboliques et administratives. Est-ce que l'ex-conjoint va-t-il reconnaître son enfant ? La problématique de la reconnaissance du père est prégnante dans les discours des enquêtées. L'enjeu est multiple et d'importance : il est symbolique, mais aussi administratif.

L'enjeu symbolique est celui de « *l'insulte* » de n'avoir pas de père (Awa, Sénégal). Awa raconte qu'elle a vécu une grossesse difficile, car elle avait « *honte* », car « *en Afrique* » ne pas reconnaître son enfant fait de la mère « *une trainée* », et l'enfant une « *insulte qui ne s'efface jamais* » (Awa, Sénégal). Le père reconnaît finalement l'enfant peu après sa naissance.

« Le père est venu à la maternité. Je l'ai appelé après mon accouchement, je lui ai dit que j'avais accouché. Il m'a demandé si c'était un garçon ou une fille. Il m'a dit qu'il allait me rappeler. Il m'a rappelé, il m'a demandé comment allait la petite, je lui ai dit qu'elle dormait et il m'a dit qu'il allait passer nous voir. Il est venu et il l'a vu. Il m'a demandé si j'avais les papiers pour la reconnaissance, je lui ai dit que je les avais là, il m'a dit qu'il allait le faire. Et là c'était... un soulagement. Parce qu'un enfant sans père c'est une insulte, je serais considérée comme une trainée. Cela m'a donné tellement de joie. Avant j'étais dans la honte. Même s'il ne me donne rien du tout, qu'il reconnaisse son enfant. Ici en Europe c'est différent, mais en Afrique les gens parlent. Ici une femme sans-papiers est tombée enceinte et le mec a dit que c'est pas lui. L'enfant est considéré sans père. Pour la communauté de chez nous c'est une insulte qui ne s'efface jamais. C'est très important pour nous. Moi j'étais en Afrique et j'étais au courant de ce qui se passait ici. Ils parlaient mal sur elle, moi j'essayais de la défendre »

(Awa, Sénégal)

¹ A contre-courant des cas où les femmes sont interdites d'avorter par la famille ou le conjoint, il est intéressant de noter ici comment un droit des femmes, l'avortement, est utilisé comme moyen de pression par les conjoints.

Le deuxième enjeu de la reconnaissance paternelle est administratif. Si le père est français et reconnaît son enfant, la mère pourra demander un titre de séjour pour vie privée et familiale au titre de parent d'enfant français¹. La reconnaissance est l'objet de négociations. L'ex-conjoint de Grace a fini par reconnaître son enfant, car il était heureux d'avoir un garçon. Mais il précise qu'il ne « *va pas s'occuper* » de Grace. Le cas de Grace est révélateur du fait que reconnaissance administrative n'entraîne pas automatiquement de pension alimentaire, particulièrement pour les femmes en situation irrégulière sans possibilité de recours. En entretien avec une assistante sociale, Laurence raconte qu'elle n'a plus de contact avec le père de son enfant, bien qu'il l'ait reconnu. L'assistante sociale insiste sur le fait qu'elle a la possibilité de demander de l'aide financière au père, car « *en France si on reconnaît un enfant on a des responsabilités* » (Assistante sociale, Réseau). Laurence, en situation irrégulière et sans nouvelle du père, en doute. Estelle s'attend au « *minimum* » avec son ex-conjoint, ce « *fugitif* » qui « *la contacte quand il veut* » (Estelle, Côte d'Ivoire).

Changement du rapport à la famille : solidarité, éloignement, rupture

Les rapports familiaux sont eux aussi bousculés par l'annonce de la grossesse. Alors que dans certains cas elle rapproche les femmes de leur famille, souvent elle les éloigne voire même entraîne une rupture totale.

Marlene est dans le premier cas. Quand elle apprend qu'elle est enceinte, elle est à l'hôtel. Très vite, sa grossesse devient pathologique. Inquiète, elle décide de rechercher un membre de sa famille pour être aidée et accueillie le temps de la grossesse. Elle trouve une cousine éloignée, qui accepte de l'héberger le temps de la grossesse et un peu après l'accouchement, le temps que Marlene se fasse opérer de fibromes. La solidarité intrafamiliale est donc réactivée grâce à la grossesse.

¹ Voir Chapitre 5 et Chapitre 6.

Toutefois, l'hébergement se fait en échange d'aide ménagère et de la garde des deux enfants de sa cousine, laissant peu de place au repos pour Marlene.

L'annonce de la grossesse peut au contraire éloigner la femme enceinte de sa famille d'origine, surtout si elle est restée au pays. Certaines femmes qui ont connu une rupture conjugale ne veulent pas que leur entourage soit au courant de leur nouveau statut conjugal, de leur statut de grossesse, mais aussi de leurs conditions de vie. Cynthia veut éviter que sa mère ne lui demande de lui envoyer de l'argent, alors qu'elle n'en a pas, donc elle « *évite de les appeler* » (Cynthia, Cameroun). La famille de Priscilla lui a financé son voyage afin qu'elle fasse des études en France. Elle attend en retour que Priscilla « *aide la famille, les petites sœurs* » en envoyant de l'argent. Or Priscilla n'est « *pas encore à cette étape* ». Elle préfère alors « *rester sans les appeler, parfois deux mois, trois mois* » (Priscilla, Côte d'Ivoire). Les mères de Grace et Cristina ont été mécontentes quand elles ont appris que leur fille est tombée enceinte sans être mariée. Grace et Cristina décident de couper les ponts avec leur famille, au moins pour un temps, pour éviter le conflit. La grossesse isole encore plus ces femmes.

La solidarité communautaire dans la galère : une nouvelle famille

Isolées, éloignées de leur famille, les femmes trouvent une solidarité chez leurs compatriotes installé.e.s en France, dans leur église ou chez leurs voisines d'hébergement. Cette socialisation en France compense en partie le manque de conjoint ou de famille soutenant. Elle constitue un réseau social, plus ou moins étoffé, que les femmes primo-arrivantes peuvent mobiliser en cas de besoin.

Awa raconte que c'est « *en général par l'Église* » qu'elle rencontre « *des gens* », ce qui la « *rassure* » (Awa, Sénégal). Le prêtre lui donnera notamment l'information qu'une famille loue une chambre pendant les vacances. La socialisation se fait aussi par compatriotes, comme Grace qui est allée à une réunion « *d'une association d'Ivoiriens de mon village. (...) c'était bien de voir les gens* » (Grace, Côte d'Ivoire).

À l'hôtel ou dans les centres d'hébergement, les femmes socialisent et s'entraident. Laurence, à l'hôtel depuis plusieurs mois, raconte que sa voisine lui donnait le reste de nourriture qu'elle cuisinait, jusqu'à ce qu'elle ait elle-même un enfant. Simone se rappelle du mois où les Restos du cœur¹ étaient fermés et où ses voisines lui ont donné à manger « *après avoir cuisiné* » (Simone, Guinée). Cette solidarité est fragile, car elle est ancrée dans le contexte d'hébergement fortement précaire. Ces femmes sont souvent obligées de déménager, et ainsi perdent leurs « *copines* » et donc le peu de réseau social qu'elles avaient construit.

« J'aimerais bien rester. Je sais que je ne peux pas rester là tout le temps, mais comme j'ai commencé à m'habituer ici. Changer, avec mes affaires (...), mais dès que tu es habituée à un endroit, tu te fais des copines... je ne sais pas si je me fais comprendre. Tu vas dans un autre coin, et tout devient nouveau. Tu dois tout reprendre »

(Grace, Côte d'Ivoire)

L'annonce de la grossesse a des répercussions considérables sur les relations conjugales et familiales des femmes primo-arrivantes. Alors que ces relations se délitent, c'est aussi la stabilité de leur hébergement qui est mise en péril.

B. Rupture d'hébergement : « Mais en plus on m'a tellement changé, changé »

Ces ruptures conjugales et familiales suite à l'annonce de la grossesse précipitent des ruptures d'hébergement. Certaines femmes primo-arrivantes habitant sont mises à la rue. La grossesse accentue alors l'errance résidentielle. Les femmes ont recours au 115, qui, du fait du contexte de pénurie de places, contraint les femmes à changer plusieurs fois de chambres d'hôtel au cours de leur grossesse (4,6 déménagements en moyenne pendant la grossesse selon l'enquête ENFAMS²). À la suite de l'accouchement, l'errance résidentielle des femmes

¹ Association à but non lucratif d'aide alimentaire aux personnes démunies, fondée en 1985 par Coluche.

² Enquête de l'Observatoire du Samu Social sur les Enfants et familles sans logement (ENFAMS), publiée en 2014.

continue. Certaines sont invitées à ne pas revenir chez leur hébergeant après leur accouchement. Les femmes hébergées dans une chambre d'hôtel du 115 se voient contraintes de changer de chambre après leur accouchement, pour qu'elle puisse accueillir le nouvel habitant, le nourrisson.

Une grossesse à l'hôtel

Nous disposons d'informations précises sur les caractéristiques des femmes enceintes hébergées par le Samu Social, grâce à l'enquête de l'Observatoire du Samu Social ENFAMS, publiée en 2014. Dans leur enquête, 8% des femmes étaient enceintes, « *elles avaient en moyenne 30 ans, près d'un tiers indiquaient avoir pour dernier diplôme un diplôme de niveau primaire* », elles ont peu de ressources économiques¹, et un tiers des femmes enceintes hébergées à l'hôtel vivait sans leur conjoint (Observatoire du Samu social de Paris 2014, p. 343). Les femmes enceintes hébergées à l'hôtel sont en grande majorité des femmes primo-arrivantes, arrivées en France depuis 2,7 ans en moyenne. Parmi les femmes enceintes, « *73% indiquaient avoir des difficultés en français, (...) la moitié des femmes enceintes était en voie de régularisation, (...) les deux tiers des femmes enceintes (hébergées à l'hôtel) sont originaires de pays d'Afrique.* » (Ibid.). Pendant leur grossesse, ces femmes avaient « *déménagé 4,6 fois en moyenne (et jusqu'à 11 fois)* » (Ibid.). Les parcours d'hébergement des femmes primo-arrivantes interrogées dans le cadre de cette thèse corroborent les résultats de l'étude ENFAMS.

À l'annonce de la grossesse

Parmi les enquêtées, cinq femmes ont été mises à la porte immédiatement quand leur hébergeant.e a appris qu'elles étaient enceintes. Elles ont mobilisé leur

¹ « *Le revenu mensuel moyen de leur ménage par unité de consommation était de 279,3 €.* » (Observatoire du Samu social de Paris 2014, p. 343).

maigre réseau de connaissances pour trouver un lieu pour dormir. Quand Estelle apprend qu'elle est enceinte, elle est hébergée par le cousin de son conjoint. Suite à sa rupture conjugale, Estelle est mise à la porte par le cousin. Elle contacte une tante éloignée qui accepte de la loger le temps de la grossesse. Elle partage un appartement de deux pièces avec sept personnes. Quand le réseau social est épuisé, c'est la rue ou le 115. Grace a vécu dès son arrivée en France chez une amie, pendant trois ans. Quand Grace tombe enceinte, son amie qui vit avec son mari et son enfant, lui demande de « *trouver une solution* » d'hébergement (Grace, Côte d'Ivoire).

« Moi, si j'accouchais, elle ne pouvait pas me garder avec le bébé. Donc il fallait que je trouve une solution avant qu'il ne soit tard. Je ne savais pas où je vais accoucher. Elle m'a dit franchement de trouver une solution. Mais j'ai dit : je ne sais pas où je vais partir. Elle dit qu'elle ne peut vraiment pas, que son mari ne veut pas de nous deux. J'ai appelé le 115. C'était aux 3 mois de cette grossesse-là »

(Grace, Côte d'Ivoire)

Si la rupture d'hébergement ne se produit pas au moment de l'annonce de la grossesse, elle peut aussi avoir lieu quelque temps après, en répercussion de l'annonce. Quand Cynthia découvre, de par son suivi de grossesse, qu'elle est séropositive, son conjoint « *l'abandonne* ». Cynthia raconte qu'elle a été hébergée par des « *camarades* », mais qui l'ont rapidement rejetée quand elle leur a dit qu'elle était malade (Cynthia, Cameroun). En désespoir de cause, elle appelle le 115. Les dispositifs d'hébergement d'urgence étant saturés, les femmes font des passages à la rue ou se retrouvent à être déplacées d'hôtel en hôtel sur toute l'Île-de-France sans savoir, d'un jour à l'autre, où elles seront le lendemain.

À la suite de l'accouchement

Les femmes enceintes hébergées chez des tierces personnes, souvent dans des petits espaces, peuvent aussi être invitées à quitter les lieux une fois que l'enfant sera là. La tante d'Estelle lui demande de quitter son appartement une fois qu'elle

aura accouché. Estelle subit donc deux ruptures d'hébergement : une première à l'annonce de sa grossesse, une seconde suite à son accouchement.

Parmi les enquêtées, quatre femmes se sont retrouvées sans hébergement le jour où elles ont accouché, et sans aucun refuge à leur sortie de maternité. L'assistante sociale de la maternité a pour mission de contacter le 115 pour trouver une mise à l'abri, a minima pour quelques nuits (cf. Chapitre 4). Les femmes sont donc hébergées par le dispositif d'hébergement d'urgence, à l'hôtel ou en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU), avec leur nourrisson de quelques jours.

Alors que certaines étaient « *stabilisées à l'hôtel pendant leur grossesse* » (Assistante sociale, coordination Réseau), les règles de sécurité qu'applique le 115 en termes de nombre de personnes au mètre carré, contraignent les femmes à déménager vers une plus grande chambre d'hôtel, mais souvent en court séjour. Des femmes peuvent ainsi se retrouver à la rue avec leur nourrisson, faute de renouvellement de leur chambre d'hôtel, au bout de quelques jours. Nombreuses sont les professionnelles rencontrées qui dénoncent le fait que le 115 n'anticipe pas ce changement de « *composition familiale* » quand il héberge des femmes enceintes en long séjour (Gynécologue, directrice Réseau). Cette question était l'objet de négociations entre le Samu Social et le Réseau au moment de notre enquête (2014-2015).

Quatre des enquêtées hébergées dans une chambre 115 pendant leur grossesse ont été contraintes par le 115 de changer de chambre pour une chambre « *adaptée à la composition familiale* » (Assistante sociale, DA¹, Réseau) suite à leur accouchement. Aminata accouche dans une maternité parisienne. À sa sortie de maternité, le 115 lui trouve une place dans une chambre d'hôtel, en court séjour. Au bout de quelques jours, Aminata rappelle le 115 qui échoue à lui trouver une place pour elle et son nourrisson. Comme de nombreuses familles, en désespoir de cause et sur les conseils des écoutants sociaux, elle est orientée vers la salle d'attente d'un hôpital qui pourrait faire office d'hébergement pour la nuit. Arrivée à l'hôpital, les professionnel.le.s de santé lui déconseillent d'y rester, car « *ce n'est pas prudent* » (Aminata, Côte d'Ivoire). Elle part s'installer dans une bouche de métro avec son enfant d'une semaine. Désespérée, Aminata rappelle une

¹ Dispositif d'Appui du Réseau de santé observé: Voir Fiche Dispositif Dédié n°2, Chapitre 3.

connaissance qui l'avait hébergée quelques jours et la supplie de l'accueillir au moins pour une nuit. Elle accepte. Le lendemain, elle rappelle le 115 qui lui trouve une place dans un hôtel en long séjour. La famille d'Inès connaît un destin similaire. Après l'accouchement d'Inès, la famille s'agrandit : désormais ils sont cinq. Les chambres qui leur étaient attribuées ne sont donc plus adaptées à leur composition familiale. Par ailleurs, ils avaient déjà fait plusieurs demandes de changement de chambres, car celles-ci étaient humides et dangereuses pour leur enfant autiste. Des demandes restées sans suite, bien qu'un inspecteur du 115 soit venu constater la vétusté des chambres. Le 115 peine à leur trouver une chambre « *parce que les familles nombreuses c'est compliqué* » (Inès, Tunisie). À la suite de l'accouchement, la famille est orientée deux nuits sur un autre hôtel, en court séjour, mais au matin du troisième jour quand Inès appelle le 115 aucune chambre n'est disponible pour cinq. Ils se retrouvent à la rue, et vont se réfugier dans les couloirs d'une maternité parisienne. Ils y dorment cinq nuits. Leur aîné, autiste, fait de nombreuses crises. Certaines structures n'accueillent pas les enfants et obligent donc les femmes, suite à leur accouchement, à changer d'hébergement. C'est le cas de Michèle, en contrat jeune majeur dans une résidence de jeunes filles. D'autres structures accueillent les femmes avec les enfants, mais pas les conjoints, notamment certains CHU (Centres d'Hébergements d'Urgence). Asmayat est hébergée dans un CHU qui interdit les visites du conjoint, même après l'accouchement. Le couple dispose toutefois de ressources modestes, mais existantes (allocation chômage) qui leur permettent d'envisager de louer un appartement sur « *le bon coin* ¹ » (Asmayat, Comores).

Cette forte « *mobilité résidentielle* » (Observatoire du Samu social de Paris 2014) est source de fatigue extrême. Les auteur.e.s de l'enquête Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France (ENFAMS) en soulignent le caractère « *préoccupant* » et constatent les dégradations de l'état de santé des femmes enceintes hébergées à l'hôtel : « *la grande majorité des femmes enceintes est en insécurité alimentaire, la moitié anémiée et chez plus d'un tiers d'entre elles, un trouble dépressif est repéré* » (*Ibid.*, p. 28). Aminata raconte qu'elle a dû se déplacer

¹ Site internet de vente et de location de biens entre particuliers.

d'hôtel en hôtel avec la lourde charge de ses bagages, « *son gros ventre* », puis de « *l'enfant* » (Aminata, Côte d'Ivoire).

« Plus encore avec l'enfant on te met ici, on te met ici, on te met ici. Tu vois ton gros ventre devant toi, tu fais une semaine ici, tu en fais deux ici, tu en fais une semaine ici, oh non. C'était très très fatigant. Quand je partais à l'hôpital, on me demandait si je mangeais bien, si je dors bien, j'étais tout le temps fatiguée, en plus je n'arrivais pas à dormir. J'étais fatiguée »

(Aminata, Côte d'Ivoire)

Les enquêtées soulignent les difficultés à se déplacer quand elles n'ont pas la carte solidarité transport¹, pas de ressources pour s'acheter des tickets de métro, mais la peur au ventre de frauder au vu leur situation administrative. Malgré sa « *peur des contrôleurs* », Awa fait un voyage en bus avec une carte de transport vide et aucun argent sur elle. Elle venait de dépenser l'entièreté de ses ressources du moment (20 euros) en médicaments pour sa fille âgée de quelques jours. Awa a des « *choses à faire* » – notamment des « *papiers* » à déposer à la mairie – mais ne peut sortir, car elle n'a pas d'argent pour réactiver sa carte de transport.

« Je suis arrivée dans le bus, j'ai passé ma carte et là c'était rouge. J'ai demandé au chauffeur de bus pourquoi ça faisait ça, il m'a dit qu'il n'y avait plus d'argent sur ma carte. Je me suis assise quand même. Mais j'ai peur des contrôleurs. Là j'ai des choses à faire, mais je suis obligée de rester ici. »

(Awa, Sénégal)

Enceinte ou avec un nourrisson, les femmes primo-arrivantes sont susceptibles d'être mises à la porte par leur hébergeant. Le Samu Social est leur dernier filet de secours, mais ne peut pas toutes les héberger tant le dispositif est saturé. Quand elles sont hébergées par des structures collectives ou à l'hôtel, les femmes et leur nourrisson obtiennent un toit au-dessus de leur tête, même si ce n'est que pour quelques jours. Mais qu'en est-il de la qualité de ces hébergements ?

¹ Jusqu'en 2016 les personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État avaient le droit à une réduction de 75% sur le PASS Navigo. Le Conseil Régional d'Ile-de-France a décidé d'arrêter ce dispositif en mars 2016.

« *Se contenter* » de conditions difficiles d'hébergement

Les femmes témoignent des conditions difficiles dans lesquelles elles sont hébergées : surpeuplement, bruit, insalubrité ou manque d'accès à une cuisine. Qu'elles soient hébergées chez quelqu'un.e ou par le 115, les femmes primo-arrivantes sont invitées par les travailleurs sociaux à se « *contenter* » (Simone, Guinée) de ces conditions d'hébergement, compte tenu du contexte de pénurie actuel.

Lors de sa grossesse, Estelle est hébergée chez sa tante avec six autres membres de sa famille. Elle « *dort par terre* », souffre du bruit et de devoir « *tout faire* » (Estelle, Côte d'Ivoire). Estelle se contente de ces conditions, car elle n'a pas de choix, c'est ça ou « *la rue* ». Mais elle est inquiète, car « *il n'y a pas de place pour un berceau* » (Estelle, Côte d'Ivoire).

À la suite à son accouchement, Awa est envoyée dans une chambre d'hôtel du 115, y reste quelques jours, mais développe des allergies à la moquette : « *cela bloque ma voix et j'ai le nez qui coule* » (Awa, Sénégal). Elle contacte une compatriote sénégalaise rencontrée à l'Église qui l'hébergeait pendant la grossesse, et la supplie de l'héberger pendant un temps. Elle se retrouve donc à partager une chambre de bonne de douze mètres carrés avec son amie et son nourrisson. Awa dort sur un matelas au sol avec sa fille, qui « *s'est habituée à dormir par terre, elle dort mieux en bas* » (Awa, Sénégal).

Les conditions d'hébergement à l'hôtel sont elles aussi difficiles, surtout quand on est enceinte ou que l'on vient d'accoucher. Les femmes témoignent de difficultés pour s'alimenter à l'hôtel, car il n'y a pas de cuisine dans les chambres, plusieurs étages à escalader sans ascenseur, et personne sur qui compter.

« Je partais dans certains hôtels il n'y avait pas de cuisine là-bas, souvent pour trouver à manger c'était difficile. Plus encore j'étais fatiguée, j'étais fatiguée. D'une part ce n'est pas facile, tu veux être entourée, souvent j'ai la fatigue, la nausée, tu veux manger telle chose, tu veux manger telle chose. S'il n'y a pas quelqu'un à côté de toi pour te donner telle chose tu vas manger, ce n'est pas facile. Si tu es seule, ce n'est pas facile »

(Aminata, Côte d'Ivoire)

L'absence de cuisine individuelle en hôtel est un thème récurrent chez les enquêtées. Disposer d'une cuisine, c'est avoir la possibilité de se faire à manger à bas prix : c'est vital quand on a peu de ressources financières. L'insécurité alimentaire est un phénomène omniprésent chez les femmes enceintes à l'hôtel (Observatoire du Samu social de Paris 2014). Certains hôtels disposent d'une cuisine collective au rez-de-chaussée avec un micro-ondes, mais ce n'est pas le cas de tous. Avoir un frigidaire dans la chambre devient un luxe pourtant indispensable pour certaines. Cynthia, séropositive, a besoin de garder ses médicaments au frigidaire. Simone, hébergée avec son conjoint dans un hôtel sans frigidaire, ne peut conserver ses aliments et donc doit « *manger la nourriture le même jour* ». Dans son hôtel il faut « *acheter la plaque* », il n'y a « *pas de frigo* » et elle s'est déjà fait voler un plat qu'elle avait cuisiné. Elle dénonce la « *méchanceté* » de l'hôtesse « *qui ne comprend pas* » (Simone, Guinée).

L'insécurité alimentaire s'accroît avec l'arrivée de l'enfant, une bouche de plus à nourrir. Sans ressources financières, les femmes ont des difficultés pour acheter du lait. Bien qu'il existe de nombreuses campagnes pour l'allaitement maternel pour les femmes en situation de précarité¹ (Dornier 2015), il semble que de toute façon ces femmes n'aient pas le « *choix* » : elles n'ont pas d'argent pour acheter du lait en poudre. Awa trouve que le « *biberon c'est trop cher* » (Awa, Sénégal). Les femmes se déplacent toutes les semaines aux Restos du cœur, pour elles ou pour leur enfant (« *Restos du cœur bébé* »), grâce à une lettre de l'assistante sociale (cf. Chapitre 4). Une aide nécessaire, mais pas suffisante. Estelle complète avec l'allaitement: « *c'est vrai que ce n'est pas aussi en abondance suffisante, mais ça*

¹ « *En 2010, en Île-de-France, un partenariat ville-hôpital a été développé entre la maternité de Port-Royal et le Samu Social dans le cadre du Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement chez les femmes Précaires (PRENAP). Ce programme consistait à accompagner les femmes enceintes en situation de précarité et leurs nouveau-nés au cours de la grossesse, puis après l'accouchement, et ceci sur tous les plans (nutritionnel, social et psychologique). Les objectifs de ce programme étaient de promouvoir l'allaitement maternel auprès de ces femmes et de les soutenir dans leur choix d'allaiter. La CoFAM a créé un groupe d'étude « Allaitement maternel et précarité » constitué d'une équipe pluridisciplinaire - associations, professionnels de la santé et de la périnatalité, médecins de PMI et intervenants de réseaux comme le PRALLL ou PRENAP -, dans le but de mener une réflexion sur des actions permettant une promotion et un soutien de l'allaitement maternel auprès des populations en situation de précarité (documents, affiches) (45). » (Dornier 2015, p. 13); Lire Boulinguez V, Martz N, Roux L. « PRENAP, un partenariat ville-hôpital en Ile de France ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Juil. 2012 ; 417 : 12-14 ; Sarlat R. « Allaitement et précarité ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*. Oct. 2013 ; 430 : 14p.*

aide vraiment. Juste un paquet (de couches), une boîte de lait. Alors que quand le bébé il est gourmand, ça ne suffit pas » (Estelle, Côte d'Ivoire). Certaines structures d'hébergement disposent de cantines, ce qui constitue une amélioration considérable dans l'accès à l'alimentation. C'est le cas du foyer d'Hannatou, du centre d'hébergement d'Estelle ou du CHU d'Asmayat. Toutefois, les conditions d'hébergement en structures collectives sont elles aussi difficiles. Elora, hébergée en foyer depuis trois mois, raconte qu'elle ne peut aller et venir librement dans sa chambre à certaines heures, que la cantine n'est pas à son goût, que la population est majoritairement masculine et elle reporte des scènes de violence d'hommes alcoolisés. Elle ne se sent pas en sécurité dans le foyer et demande à son mari de rester tout le temps auprès d'elle.

Certains hôtels sont vétustes : présence de nuisibles, d'humidité, absence de chauffage. Alors qu'elle a deux chambres mitoyennes, la famille d'Inès se regroupe dans une seule chambre, car la seconde est gorgée d'humidité. La chambre dans laquelle toute la famille vit – cinq personnes –, est elle aussi en mauvais état. Nous faisons l'entretien dans cette chambre humide, au cinquième étage sans ascenseur, avec une cuisine collective au rez-de-chaussée défectueuse depuis trois mois¹.

Bien que les conditions d'hébergement au 115 soient difficiles, les professionnel.le.s du social incitent les femmes à se « *contenter* » de cela, au vu de la pénurie de places. « *On l'a dit à un monsieur assistant social là-bas, il nous a dit que les conditions sont difficiles, mais il faut se contenter de ça* » (Simone, Guinée). L'observation d'un échange entre une assistante sociale et Awa cristallise un décalage entre des attentes premières des femmes et le constat de la réalité des conditions du 115. Avoir une chambre, c'est une « *chance* », c'est « *déjà bien* », car de nombreuses familles dorment dehors (Assistante sociale, DA, Réseau). Awa voudrait demander une chambre « *sans moquette* », car elle y est allergique, et une « *plaque pour faire du riz* » (Awa, Sénégal). L'assistante sociale lui répond qu'il n'y a pas de plaques de cuisine dans les chambres d'hôtel « *pour des raisons de sécurité* », et puis de toute façon l'hôtel est une solution temporaire, d'urgence, de

¹ Retranscription intégrale de cet entretien en Annexe III.

mise à l'abri, « *pas pour y vivre* » (Assistante sociale, Réseau). Awa est appelée à limiter ses attentes vu le contexte.

« *L'hôtel c'est pas pour y vivre* ». Visite à domicile d'une Assistante sociale du Dispositif d'Appui du Réseau chez Awa

- *AS.* Vous avez été dans la chambre du 115 du jeudi soir jusqu'à hier, donc 5 nuits. La chambre était propre/sale ?
- *Awa.* Oui ça va, les toilettes n'étaient pas nettoyées comme il faut. Elles étaient à l'extérieur. J'avais un frigo, un micro-ondes, mais pas de plat pour faire à manger. Mais par rapport au 115 je ne sais pas comment ça fonctionne.
- *AS.* C'est très difficile d'avoir une place. C'est une solution d'urgence. Mais en général on y reste un peu de temps. Quand on a une chambre c'est une chance parce qu'il y a des familles qui n'ont pas de place. Il y a des chambres sans frigo ni micro-ondes. C'est déjà bien. Je comprends votre souci avec la moquette, mais là je suis embêtée c'est si la dame elle ne peut pas vous garder. La seule solution c'est le 115.
- *Awa.* Là-bas ?
- *AS.* Non j'ai arrêté la chambre pour la donner à quelqu'un d'autre.
- *Awa.* Oui bien sûr, mais ce qui m'inquiète c'est si vous êtes de retour au 115 on ne peut pas choisir sa chambre. Vous ne pouvez pas mettre "sans moquette" ?
- *AS.* Si je vais leur signaler, mais pour le frigo et le micro-ondes...
- *Awa.* Il n'y a pas d'endroit avec une cantine ?
- *AS.* C'est par une question de sécurité. Et puis ***l'hôtel c'est pas pour y vivre. Juste pour vous mettre à l'abri.***
- *Awa.* ***Moi je voulais juste une plaque pour faire du riz.***

Cet échange illustre bien le décalage entre la mission de l'hôtel 115, la mise à l'abri, et l'usage réel des hôtels : les femmes restent des mois voire des années hébergées par le Samu Social. Tant qu'elles sont en situation irrégulière, elles ne disposent pas de possibilité d'entrer dans le parc immobilier d'insertion, elles sont donc condamnées à être hébergées chez des tiers ou par le dispositif d'hébergement d'urgence. Le « *temporaire* » dure donc bien longtemps. Le contexte de pénurie d'hébergement et l'inconditionnalité de l'accueil du 115 réduisent considérablement la qualité de l'accueil. Les auteur.e.s de l'enquête ENFAMS en concluent que le système du 115 « *organise une vulnérabilité tout à fait préjudiciable pour les familles, en plus d'être coûteuse pour la collectivité* » (Observatoire du Samu social de Paris 2014).

Pour la plupart des enquêtées, la grossesse a affaibli les liens sociaux et a précipité des ruptures d'hébergement, que ce soit au moment de l'annonce ou suite à l'accouchement. Elle a par ailleurs des effets sur le projet professionnel des enquêtées en France, qui est souvent mis de côté.

C. Rupture du projet scolaire et professionnel

La période de la grossesse bouleverse le projet scolaire et professionnel des femmes primo-arrivantes. Arrivées en France avec un but – faire des études, trouver un travail, faire une formation –, les femmes doivent réévaluer leur agenda à l'aune de cette grossesse. Par ailleurs, alors que les femmes françaises disposent d'une sécurité de l'emploi, d'arrêt de travail, ainsi que d'aides financières lors de leur grossesse et suite à leur accouchement, rien n'existe de la sorte pour les femmes en situation irrégulière dont le travail n'est pas déclaré.

Si poursuivre ses études en étant enceinte n'est pas chose aisée (Gaide 2014), c'est d'autant plus vrai pour les femmes qui manquent de capital social, économique ou administratif. Arrivée à 17 ans des Comores, Asmayat a passé le baccalauréat et fait des études de sociologie dans une université en région parisienne. Elle est en troisième année de Licence quand elle tombe enceinte. Mise à la porte par sa mère peu après l'annonce, elle se retrouve hébergée en CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence). Asmayat tente de continuer son année universitaire, bien que les conditions soient complexes. Elle « *prend l'initiative de continuer ses études* » et valide son premier semestre : « *c'était dur d'y aller, mais comme j'avais le courage j'y allais* » (Asmayat, Comores). Faire des études quand on est hébergée en CHU est pourtant complexe. Asmayat a dû négocier pour obtenir un bureau dans sa chambre. Le responsable du CHU refuse. Elle ne comprend pas « *pourquoi ils ne l'aident pas* », alors que, justement, Asmayat veut devenir assistante sociale (Asmayat, Comores). Par ailleurs, l'organisation des cours à l'université fait qu'Asmayat doit parfois rester jusqu'à 21h. Quand elle rentre au CHU, elle n'a rien dans le ventre depuis midi. Aucune nourriture ni bouteille d'eau n'est autorisée dans la chambre.

Quand elles arrivent en France, la plupart des femmes que nous avons rencontrées veulent « *travailler* », mais y sont empêchées par un ensemble d'obstacles mentionnés plus haut (non-reconnaissance des compétences, situation administrative). La grossesse est un obstacle de plus. Cristina, arrivée de Roumanie depuis 8 ans¹ et en situation irrégulière, fait des ménages non déclarés, et garde les enfants de son frère. Depuis qu'elle est enceinte, elle travaille moins, car elle « *ne peut pas* » (Cristina, Roumanie). Carine apprend qu'elle est enceinte alors qu'elle vient de diplômé en France. Elle est obligée d'interrompre son entrée dans le monde du travail, car sa grossesse était trop avancée. En situation régulière, Salma a pris son congé maternité, car son travail d'aide-soignante « *était trop fatigant* » (Salma, Maroc). Toutefois, Salma est inquiète, car elle n'est pas sûre de retrouver son travail à son retour. En effet, son titre de séjour s'arrête dans quelques mois, sans garantie qu'il sera renouvelé. Pour Cynthia, ce n'est pas la grossesse qui a fait le basculement, mais quand elle a appris qu'elle était séropositive. Ayant fini ses études en Malaisie, elle avait « *beaucoup de projets* » et « *tout a basculé* » (Cynthia, Cameroun).

La grossesse a des répercussions sur le projet de vie de ces femmes, en retardant leur diplôme, leur entrée dans le milieu du travail ou en leur ôtant leur source de revenus. Awa, en situation irrégulière, faisait des gardes d'enfant pour pouvoir aider à payer le loyer de son hébergeante. Depuis son accouchement, « *personne* » ne l'appelle pour faire du babysitting, et elle a donc perdu son unique source de revenus. Il ne lui reste que « *cinq euros d'argent* » pour finir le mois (Awa, Sénégal). L'absence de revenus propres est très problématique pour ces femmes. En situation irrégulière, elles n'ont pas le droit à des aides sociales comme le Revenu de Solidarité Active. Avec un titre de séjour souvent précaire (renouvelable un an), les femmes sont elles aussi en difficultés financières. Sans ressources, les femmes sont dépendantes financièrement de leur conjoint ou, si le couple s'est séparé, du géniteur de leur enfant. Dans ce cas, les femmes sont souvent obligées

¹ Christina n'est pas primo-arrivante, elle fait partie des sept femmes enquêtées arrivées depuis plus de cinq ans sur le territoire français (cf. Chapitre Méthodologique).

de négocier pour obtenir une pension alimentaire du père (voire plus haut). Par ailleurs, les femmes qui arrivent à travailler en France sont assignées à des métiers où elles sont exploitées. La grossesse marque une rupture dans les parcours scolaires et professionnels des femmes primo-arrivantes. L'enquête ne permet pas d'évaluer la durée de cette parenthèse. Nous verrons dans un prochain chapitre (Chapitre 5) que la reprise d'études et professionnelle est favorisée par l'obtention d'un titre de séjour.

Conclusion Chapitre 1

Ce premier chapitre a retracé les parcours des femmes primo-arrivantes à leur arrivée en France. Trois sphères ont été étudiées : la sphère familiale, l'hébergement et le travail. Nous avons montré que ces trois espaces sociaux interagissent et s'entrechoquent tels des dominos. Si le premier s'effondre, il tombe sur le second, puis sur le troisième.

Les femmes ont choisi d'immigrer en France avec un projet de vie, parfois un projet de couple, toujours avec un projet professionnel. Leurs trajectoires migratoires sont hétérogènes, mais partagent une expérience commune de désillusion une fois en France. Les femmes primo-arrivantes sont hébergées de façon précaire chez de la famille éloignée, des connaissances ou par leur conjoint qui les attendait. Certaines ne sont pas accueillies du tout, et se retrouvent à la Gare sans personne sur qui compter. L'appel au 115 ne garantit ni une place d'hébergement le soir même ou sur le long terme, ni des conditions d'hébergement de qualité. Certaines des enquêtées expérimentent l'errance résidentielle, d'hôtel en hôtel sur toute l'Île-de-France. Le peu de ressources financières qu'elles disposent est le fruit d'emplois précaires, souvent non déclarés. Leur situation administrative les contraint à l'exclusion sociale et à l'exploitation sur le marché du travail. La grossesse précarise encore plus leurs conditions de vie. L'annonce de la grossesse reconfigure les liens conjugaux et familiaux. Elle isole les femmes enceintes, précipite les mises à la rue. Les ultimatums des hébergeant.e.s laissent peu de place à la négociation. Le 115 est le dernier recours des femmes enceintes pour ne pas passer la nuit dehors ou allongées dans la salle d'attente d'un hôpital. Les quelques revenus qu'elles disposaient sont eux aussi mis en péril par la grossesse.

Les parcours de ces femmes en France sont marqués au fer rouge par la galère, l'errance résidentielle, l'exploitation, la pauvreté, l'isolement. L'ensemble de ces éléments constitue autant d'obstacles quand elles voudront, tant bien que mal, être suivies médicalement pour leur grossesse qu'elles ont choisi de garder, envers et contre tout.

Chapitre 2 : Les multiples obstacles dans l'accès à un suivi de grossesse

« Je savais que j'étais enceinte, mais je n'avais pas de papiers, pour aller à l'hôpital, pour mes visites le fait que je n'ai pas mes papiers, je n'ai pas d'argent, que si je me rendais à l'hôpital ce n'était pas sûr que je puisse suivre les visites »
(Aminata, Côte d'Ivoire)

Les parcours de « galère » (Dubet 1995) et d'errance résidentielle ponctués de multiples ruptures – conjugale, familiale, résidentielle, scolaire, professionnelle – complexifient l'accès au suivi de grossesse des femmes primo-arrivantes. L'imbrication d'inégalités de capital économique, social et juridique, agit tout au long du parcours de soin. La capacité de payer les frais de consultation est conditionnée par leurs moyens financiers. « *La possession d'un réseau durable de relations d'interconnaissances et d'interreconnaissance* » (Bourdieu 1980, p. 2) influe sur leur connaissance et leur capacité de naviguer dans le système de soins français. Leur statut administratif détermine leur accès à une couverture médicale. Or, les femmes primo-arrivantes manquent en France de ces ressources – économiques, symboliques, sociales et juridiques –. Elles cumulent des facteurs qui les freinent tout au long des étapes qui rythment leur parcours de soin : obtenir une couverture médicale, s'inscrire à la maternité, faire suivre sa grossesse, accéder à des cours de préparation à la naissance, accoucher, et enfin rentrer chez soi avec son nourrisson.

L'analyse fine des parcours de grossesse nécessite de distinguer deux aspects de l'accès aux soins : l'accès juridique (le droit) et l'accès qualitatif (la relation de soin). Pierre Lombrail utilise les concepts d'*accès primaire*, qui renvoie à l'accès aux soins (qu'il soit *théorique* ou *réel*), et l'*accès secondaire*, qui fait référence à la qualité et l'égalité devant les soins (Lombrail et Pascal 2005). Nous nous intéressons ici à ces deux types d'accès aux soins. À travers les récits des

parcours de grossesse des femmes, ainsi que nos observations de consultations obstétriques, nous montrerons que leur *accès primaire* est entravé par un accès aux droits complexe en *théorie* et inégalitaire en *réalité*, et que leur *accès secondaire* aux soins est freiné par un certain nombre d'obstacles.

Dans un premier temps, le Chapitre décrit l'ensemble des barrières qui entravent l'entrée dans le suivi pour ces femmes enceintes. Les comportements différenciés des femmes et les difficultés qu'elles rencontrent pour obtenir une couverture médicale reculent leur entrée dans le soin (I). Une fois entrées dans l'enceinte des institutions de soins, les femmes primo-arrivantes ont des suivis irréguliers, peu accès aux cours de préparation à la naissance, sont plus hospitalisées et ont des accouchements très médicalisés (II). Enfin, au sein de la relation de soin, elles rencontrent des difficultés à communiquer avec les professionnelles de santé mais leurs attentes sont marquées par le système de soin de leur pays d'origine (III).

I - L'entrée dans le suivi de grossesse

La première étape du parcours de soins des femmes enceintes consiste à tenter d'entrer dans le suivi : aller en consultation chez un médecin pour attester de sa grossesse, trouver une maternité, s'inscrire dans cette maternité. Ce qui paraît simple pour la plupart des femmes est en réalité très complexe pour les femmes enceintes primo-arrivantes. En effet, avant même l'entrée en consultation les femmes se posent une question financière : « *est-ce que je peux payer cette consultation ?* ». La problématique de la couverture médicale est primordiale dans le parcours de grossesse de ces femmes, qui, pour la plupart, ont très peu voire aucune ressource financière.

Dans un premier temps, nous montrerons que l'imbrication du déficit de capital social, économique et juridique influe sur le degré de connaissance du système de soins français et sur les comportements des femmes primo-arrivantes

au moment de l'entrée dans le suivi (A). Le second obstacle que les femmes rencontrent est celui de l'accès à la couverture médicale. Afin de comprendre les inégalités *réelles* d'accès aux soins, il est indispensable dans un premier temps de décrire brièvement l'ensemble des couvertures médicales auxquelles ces femmes ont le *droit* (accès *théorique*). Nous analyserons par la suite les inégalités *réelles* à travers deux exemples de discriminations envers les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) (B).

A. Comportements différenciés à l'entrée dans le suivi

Notre enquête ethnographique atteste de comportements spécifiques des femmes primo-arrivantes à l'entrée dans le suivi. Parmi nos enquêtées, beaucoup renoncent aux soins, sont mal orientées et font suivre tardivement leur grossesse. Or, nous verrons dans le prochain Chapitre que les études épidémiologiques démontrent une corrélation entre suivi de grossesse tardif et risques médicaux élevés. L'imbrication du déficit de capital social, de capital économique et juridique en France, permet d'expliquer en grande partie les inégalités d'entrée du suivi. À la suite de l'annonce de la grossesse, nombreuses sont les femmes primo-arrivantes qui ont perdu le peu de réseau social qu'elles avaient en France. Sans réseau social, elles manquent d'informations, et donc de connaissances du système de soin français, qui est complexe pour n'importe quelle patiente. Les situations d'isolement liées à la migration, à la précarité et à la grossesse induisent un manque de capital social en France, et donc de la capacité de mobiliser un réseau et des informations pour accéder à la relation de soin (Levitt, Lane et Levitt 2005). Ce phénomène a déjà été observé dans les études épidémiologiques qui lient mauvais état de santé des immigré.e.s et manque de capital social dans le pays d'accueil : « *au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, la perte du lien social ou l'exclusion sociale contribuent à la dégradation de l'état de santé des immigrés* » (Berchet et Jusot 2008, p. 75). Le « *soutien social* » permet en effet d'accroître l'accès aux soins en diffusant « *des informations sur les*

ressources médicales disponibles ou sur les filières de soins »¹ (Berchet et Jusot 2012, p. 6). Sans soutien social, l'arrivée dans un pays inconnu avec des organismes de santé complexes induit des difficultés de compréhension du système qui vont orienter les patientes au plus simple d'accès (Nacu 2011).

Le renoncement aux soins

Le manque de ressources financières est une cause majeure de renoncement aux soins. Et ce, même dans le cas où les patient.e.s ont une couverture médicale. L'étude de Boigérin et Haury (2008) citée dans l'article de Stéphanie Larchanché montre que parmi les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (couverture médicale pour les personnes sans ressources et en situation irrégulière, voir plus bas), 21% des femmes et 38% des hommes renoncent aux soins pour des raisons financières et 15% des patient.e.s ne vont se soigner qu'en cas d'urgence (Larchanché 2012). Sans mutuelle, l'AME prend uniquement en charge les consultations sans dépassement d'honoraires (secteur 1). Sachant que presque la moitié de spécialistes (dentistes, ophtalmologistes) font des dépassements d'honoraires (en secteur 2 ou non conventionné²), il est facilement compréhensible qu'un nombre important de bénéficiaires de l'AME renonce à y recourir. Par ailleurs, nous le verrons plus bas, certain.e.s professionnel.le.s de santé refusent de soigner les patient.e.s bénéficiaires d'AME, pratique discriminatoire pourtant interdite par la loi³. Le coût des médicaments ou des examens – multiples pendant la grossesse

¹ « *Les conclusions des études françaises et internationales, convergentes, suggèrent l'existence d'inégalités de santé ou de recours aux soins liées au soutien social (Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet et Jusot, 2010 ; Zambrana et al., 1994 ; Leclere et al., 1994). Plus spécifiquement, le différentiel de capital social entre la population immigrée et la population française de naissance explique 54 % des disparités de santé observées* » (Berchet et Jusot 2012, p. 6).

² En 2014, il y avait 55 200 spécialistes en France, 56% sont en secteur 1. En revanche, 93% des médecins généralistes sont en secteur 1.

³ « *Depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, les refus de soins fondés sur le type de protection sociale sont expressément prohibés par la loi et constitutifs d'une discrimination* » (Le Défenseur des Droits 2016a, p. 202). Ces refus sont « *de fait opérés en raison de la nationalité des patients* » et donc discriminatoires et « *prohibés par l'article L.1110-3 du code de la santé publique* » (Ibid.).

(tests sanguins, échographies, etc.) inquiète certaines patientes qui abordent ces questions pendant la consultation.

Observation consultation maternité C. (Paris) :

- *SF.* Je vous avais vu le 20 janvier je vous avais donné du r.
- *Carine.* C'est quoi?
- *SF.* Pour les rhumatismes...
- *Carine.* C'est payant?
- *SF.* Non c'est remboursé. (...) Et il faut faire une écho.
- *Carine.* Cette infirmière je dois la payer?
- *SF.* Je ne sais pas.
- *Carine.* À l'hôpital X, ils m'ont fait ça.
- *SF.* Ici non. L'écho vous la payez?
- *Carine.* Non j'ai la CMU.
- *SF.* Ah bon c'est pareil. »

Carine pose plusieurs fois la question : « *c'est payant ?* » en réponse aux recommandations médicales de la sage-femme. Carine ne sait pas si sa couverture médicale prend en charge toutes les dépenses liées à la grossesse : médicaments, infirmière à domicile, échographie. La sage-femme « *ne sait pas* » si Carine doit payer « *cette infirmière* », mais finit par conclure que non, elle n'aura pas à la payer, car elle a la CMU (Couverture Médicale Universelle, désormais nommée PUMA¹). La méconnaissance des modalités de remboursement des médicaments et examens prescrits lors de la grossesse est une source d'angoisse pour les femmes, qui sont tentées de renoncer aux services qu'elles estiment superflus.

Si le renoncement aux soins est considérable pour les patientes « *couvertes* », il est d'autant plus élevé pour les patientes sans couverture médicale. Neva, arrivée depuis deux ans en France, n'a toujours pas de couverture médicale. Elle apprend qu'elle est enceinte et se rend à l'hôpital avec un ami. Elle doit faire une échographie, mais n'a pas de quoi payer. Son ami règle la note, « *heureusement* » (Neva, RDC). La question du renoncement aux soins est vitale pour ces femmes. Comme le souligne Neva, « *on ne peut pas renoncer à se soigner sinon on meurt* » (Neva, RDC). Or, certaines femmes restent des années en France sans savoir

¹ PUMA : Protection Universelle Maladie. Remplace la CMU depuis le 1^{er} janvier 2016.

comment faire la demande d'une couverture médicale. Elles en ont le *droit* – si elles sont présentes sur le territoire depuis plus de trois mois – mais n'y ont pas accès. Le rapport d'Interlogement 93 soutient que sur l'ensemble des femmes enceintes vues par les CASO (Centre d'accueil de soin et d'orientation) de Médecins du Monde en 2012, « 73% auraient théoriquement du bénéficier d'une ouverture de droits sur la couverture maladie, mais c'était le cas pour seulement 6,7% d'entre elles » (Interlogement 93 2014). Dans ces situations d'isolement et de méconnaissance des droits, c'est le rôle de l'assistante sociale d'informer et d'accompagner dans l'ouverture des droits. Cependant, accéder au service social reste complexe pour les femmes en situation irrégulière. Certains services sociaux de secteur refusent de suivre les femmes en situation irrégulière, malgré l'illégalité de ces refus. Ainsi, nous le verrons dans le Chapitre 4, l'assistante sociale de maternité est souvent la première assistante sociale rencontrée par les femmes primo-arrivantes, même si elles sont en France depuis plusieurs années.

Orientation par bouche à oreilles

Les femmes interrogées ont d'abord demandé conseil autour d'elles pour trouver un médecin. Leurs voisines, amies ou connaissances leur ont fourni des contacts, mais ils ne se sont pas toujours avérés recommandables. Des professionnel.le.s de santé leur ont fait payer « *très cher* » leur manque de connaissances du système de soins français, notamment en proposant des tarifs exorbitants. C'est le cas de Cristina, qui va chez la gynécologue sur les conseils d'une compatriote roumaine. À l'issue de la consultation, la professionnelle de santé lui demande de payer 229 euros (200 euros pour les deux consultations et 29 euros les prélèvements), alors qu'elle a des ressources financières très limitées (issues de gardes d'enfant et de ménages). Son amie ne lui avait « *pas dit* » combien coûtait cette gynécologue (Cristina, Roumanie). L'expérience de Cristina illustre bien l'asymétrie de la relation de soin (Fainzang 2006), accentuée par la migration. Quand le médecin l'appelle pour lui dire qu'elle est enceinte et qu'elle doit venir urgemment en consultation et faire des examens, Cristina ne discute pas. Arrivée

depuis plusieurs années en France, c'est la première fois qu'elle voit un gynécologue en France. Son manque de connaissances du système de soins français – par exemple le fait qu'il existe des gynécologues en secteur 1 avec une consultation à 28 euros – l'a rendue dépendante de cette gynécologue.

Mais les orientations ne sont pas toujours malheureuses. Sarah raconte qu'elle a été orientée par des amis vers une médecin « *très gentille* » qui ne fait pas payer les patientes enceintes sans couverture médicale. Elle accepte de « *faire une ordonnance au nom d'une amie* » de Sarah. Celle-ci doit cependant payer les frais de la prise de sang pour déceler la toxoplasmose, ce qui lui coûte 117 euros.

« C'est une médecin qui est très gentille. Elle n'a pas voulu que je paie la consultation parce que je suis enceinte. Et puis elle accepte que si tu ne peux pas payer tes médicaments par exemple, elle fait une ordonnance au nom d'une amie et mon amie les prend sur sa carte vitale. Mais pour les analyses de la toxoplasmose, j'ai dû payer. Ça m'a coûté ça... [sort la facture : 117 euros]. (...) Ce sont des amis qui m'ont aidé. Quand à 3, 4 mois de grossesse on vous dit qu'il faut faire des analyses, que ça peut ne pas bien se passer, j'ai eu peur, il fallait les faire. Cette médecin elle comprend ; elle est gentille. »

(Sarah, Côte d'Ivoire)

Les femmes sont ainsi dépendantes de la « *gentillesse* » des professionnel.le.s de santé, critère subjectif sans aucune garantie en droit. L'orientation par le réseau social est donc quitte ou double, en fonction de la subjectivité du ou de la soignante. Dans tous les cas, elle est asymétrique et inégalitaire.

Une entrée tardive dans le suivi

La Haute Autorité de Santé recommande aux femmes enceintes de commencer leur suivi obstétrique avant la dixième semaine d'aménorrhée, soit à deux mois de grossesse (Haute Autorité de Santé 2012). En France, les femmes enceintes ont en général leur premier rendez-vous de suivi au cours du premier trimestre, chez un.e professionnel.le en ville (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme) ou à la maternité (certaines commencent le suivi au 6^e mois de

grossesse, d'autres commencent dès le second mois de grossesse). Une entrée *tardive* dans le suivi de grossesse est définie ici par l'absence de rendez-vous obstétrique avant le cinquième mois de grossesse. Sont considérées tardives les entrées dans le suivi à partir du sixième mois jusqu'au jour de l'accouchement. Or, l'entrée plus ou moins tardive dans le suivi dépend fortement du soutien social, qu'il soit conjugal, familial ou amical. En effet, les femmes très isolées sont celles qui arrivent le plus tard dans le suivi. Prenons deux exemples d'enquêtées avec des degrés différents de capital social en début de grossesse : Estelle et Aminata, toutes deux originaires de Côte d'Ivoire.

Estelle arrive très tôt dans le suivi, elle fait sa première consultation à la maternité alors qu'elle est enceinte de six semaines. C'est son conjoint qui a pris le rendez-vous, car il était « *inquiet* » par les vomissements d'Estelle. Lors de cette consultation, Estelle apprend qu'elle est enceinte de trois mois. Elle l'annonce à son conjoint qui refuse la grossesse et rompt tout contact avec elle. Estelle bénéficie donc du soutien social en début de grossesse qui lui permet de mettre un pied dans la maternité, mais ce soutien fait rapidement défaut quand son conjoint la quitte.

En revanche, Aminata commence son suivi prénatal à cinq mois de grossesse, ce qui est considéré comme « *tard* » par les recommandations médicales (Haute Autorité de Santé 2012). À l'annonce de la grossesse, le couple se sépare. En rupture d'hébergement, Aminata est isolée et doit se déplacer d'hôtel en hôtel. Quand elle entre dans son cinquième mois de grossesse, Aminata est hébergée par une compatriote. Très vite, cette hébergeante lui demande si elle fait suivre sa grossesse, or Aminata répond par la négative. Cette compatriote lui dit que c'est important, que « *ça peut être dangereux* », et l'accompagne à la maternité pour qu'elle puisse s'inscrire : sans soutien social pour l'informer et l'orienter, Aminata avait passé cinq mois de grossesse sans aucun suivi médical. L'entrée dans le suivi se fait donc grâce à son hébergeante, qui l'informe de la dangerosité de la situation, l'oriente et l'accompagne jusqu'à un lieu de soin.

Le capital social semble donc jouer un rôle important dans l'entrée plus ou moins tardive dans le suivi. Deux exceptions sont à soulever. La première concerne les femmes arrivées enceintes en France, qui ont été suivies au début de grossesse dans leur pays d'origine. Des professionnelles racontent que certaines femmes

primo-arrivantes arrivent directement de « *l'avion à la maternité* » (Sage-femme, Seine-Saint-Denis) pour accoucher. Si les règles de sécurité empêchent en théorie les femmes enceintes de voyager en avion, certaines compagnies aériennes ne sont pas regardantes sur le terme de la grossesse, en échange d'une compensation financière, et tous les autres transports (voiture, train, bateau) ne sont pas concernés par ces règles de sécurité. Ces femmes peuvent alors être bien entourées, avoir un soutien social étoffé, mais arriver au 8^e mois de grossesse à la maternité pour s'y inscrire, ou directement pour accoucher. Hélas, dans mon enquête, je n'ai pas observé de femmes dans cette situation¹. La seconde exception est lorsque l'état de santé d'un membre de la famille fait passer le suivi de grossesse au second plan et donc le retarde. Imen met de côté son propre suivi de grossesse, car elle est venue en France pour soigner son fils autiste. Bien entourée, elle entre tout de même tard dans le suivi, car elle est préoccupée par la santé de son fils. Quand l'assistante sociale du Dispositif d'Appui (DA) du Réseau de santé lui dit « *le but c'est que lui ait des soins et que vous aussi* », elle répond que « *le plus important c'est M. (son fils)* » (Imen, Tunisie).

L'entrée dans le suivi est conditionnée par le capital social, mais aussi le capital économique (ressources financières) et le capital juridique (« *les papiers* ») : « *c'est difficile d'aller chez le médecin quand vous n'avez pas l'aide médicale, pas d'argent. Je n'ai pas osé aller chez le médecin avant, j'avais peur de me faire rejeter* » (Sarah, Côte d'Ivoire). Aminata ne s'est pas rendue plus tôt dans une maternité, car étant en situation irrégulière, elle avait peur que l'hôpital lui demande « *les papiers* ». Sans « *argent* », elle ne pensait pas être en capacité de payer la consultation :

« Je savais que j'étais enceinte, mais je n'avais pas de papiers, pour aller à l'hôpital, pour mes visites le fait que je n'ai pas mes papiers, je n'ai pas d'argent, que si je me rendais à l'hôpital ce n'était pas sûr que je puisse suivre les visites. »

(Aminata, Côte d'Ivoire)

¹ Ces femmes ne passant pas par la case « consultation prénatale » mais directement à la salle d'accouchement, mon dispositif d'enquête ne me permettait que de les rencontrer en consultation postnatale (cf. Chapitre Méthodologique). Il m'est ainsi difficile d'évaluer la fréquence de ces situations.

Face à l'ensemble de ces obstacles, il n'est pas étonnant que les femmes primo-arrivantes soient suivies plus tardivement dans leur grossesse que les femmes françaises. Que ce soit pour des raisons financières, d'isolement, ou de statut juridique, certaines femmes commencent leur suivi de grossesse alors qu'elles sont déjà très avancées dans leur grossesse (de cinq à neuf mois de grossesse). Nous verrons dans le prochain chapitre qu'un des objectifs de réduction des inégalités périnatales est de repérer le plus tôt possible les grossesses des femmes identifiées comme « *vulnérables* » et de les orienter vers des dispositifs dédiés.

Les inégalités face à l'entrée dans le suivi sont en grande partie explicables par l'imbrication du manque de capital social, économique et juridique qui influe sur les comportements des femmes primo-arrivantes. Elles sont alors enclines à renoncer aux soins, à être mal orientées par leurs pairs et à attendre pour entrer dans le suivi de grossesse.

B. Obtenir une couverture médicale : accès théorique, accès réel

Le second obstacle qui retarde l'entrée dans le suivi est l'accès à une couverture médicale. Cet accès est d'abord *théorique* (à quelles couvertures ces femmes ont-elles droit ?), puis *réel* (à quelles couvertures ces femmes arrivent-elles à accéder ?). Dans tous les cas, il constitue une étape primordiale dans le parcours de soin, car sans couverture médicale ni capital économique, les femmes primo-arrivantes ont des difficultés pour accéder à un suivi obstétrique.

Les conditions d'accès à la couverture médicale

Depuis les années 1970, la sécurité sociale prend en charge à 100% les frais médicaux des femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse (Cour des comptes 2006). Les frais médicaux (consultations, échographies, hospitalisations)

sont remboursés à 100% par la Sécurité Sociale, et ce jusqu'au 12^e jour après l'accouchement. Avant le sixième mois, les consultations, les échographies et les prises de sang sont remboursées au tarif secteur 1¹. Pour les femmes ayant une couverture médicale, les inégalités d'accès aux soins sont ainsi concentrées avant le 6^e mois de la grossesse. En revanche, les femmes sans couverture médicale rencontrent des difficultés tout au long de ce parcours, et ce jusqu'à ce qu'elles en obtiennent une.

Avant d'entrer dans l'aspect qualitatif de l'accès à la couverture médicale, il nous faut d'abord présenter brièvement les couvertures médicales auxquelles les femmes ont le *droit*, et sous quelles conditions. Les aspects juridiques pouvant être rébarbatifs pour les lecteurs et lectrices, nous avons préféré présenter quatre profils, tirés de notre enquête ethnographique, qui illustrent les différents types de couvertures médicales et leurs conditions d'obtention. Ces quatre profils ne sont pas exhaustifs, mais englobent la grande majorité des situations observées [Tableau 1 : Quatre profils d'enquêtées, quatre couvertures sociales].

¹ Le ticket modérateur peut être pris en charge par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour les bénéficiaires de la PUMA ou pour les femmes sans mutuelle. Les bénéficiaires de l'AME peuvent faire toutes leurs échographies à l'hôpital, ce qui évite les dépassements d'honoraires.

Tableau 1 : Quatre profils d'enquêtées, quatre couvertures sociales

<p><u>Profil 1: Aucun droit à une couverture médicale</u></p> <p>Femme primo-arrivante qui n'a pas le droit à une couverture médicale en France.</p> <p>Prenons l'exemple de Yacine, tout juste arrivée du Sénégal, enceinte de sept mois, qui souhaite s'inscrire à la maternité C. de Paris. Suite à un entretien social, l'assistante sociale de la maternité lui apprend que son statut administratif l'empêche de demander une couverture médicale en France. Elle devra payer l'entièreté des consultations et des hospitalisations (1300 euros la nuit). Yacine est en situation régulière, elle a un visa touriste encore valable deux mois. Elle est considérée comme « touriste » et donc tous les frais sont à sa charge, à la charge son assurance voyage ou à la charge de sa sécurité sociale d'origine. Ce cas de figure est courant pour les femmes arrivées en France en cours de grossesse. Les femmes reçoivent les factures chez elles. Si elles ne disposent pas de ressources financières, les femmes ont intérêt à attendre la fin de leur visa afin d'être en situation irrégulière et demander l'AME (profil 2).</p> <p>Les femmes de nationalité européenne se retrouvent dans une problématique similaire. Elles sont censées être rattachées à une sécurité sociale dans leur pays d'origine et donc être prises en charge. Pour accéder à une couverture médicale, elles doivent prouver qu'elles ne sont plus rattachées à leur sécurité sociale.</p>	<p><u>Profil 2: Droit à l'AME</u></p> <p>Femme primo-arrivante ayant le droit à l'Aide Médicale d'Etat (AME). Pour y avoir droit il faut être en situation irrégulière (visa expiré, arrivée avec un faux passeport, etc.), prouver une présence sur le territoire de plus de trois mois et une domiciliation. L'AME n'intègre pas de mutuelle mais prend en charge à 100%.</p> <p>Dans notre échantillon, la plupart des femmes sont en demande ou ont l'AME. Elles sont dans l'attente d'obtenir un titre de séjour, ce qui leur permettrait de changer de couverture médicale (PUMA: profil 3). En attendant la réponse d'AME, la femme peut être suivie en consultation à la maternité grâce aux bons PASS et obtenir les médicaments nécessaires à la pharmacie de l'hôpital (voir chapitre 3 sur le dispositif PASS). Une fois l'AME obtenue, les femmes peuvent aller « dans une pharmacie en ville » (SF maternité C., Paris).</p> <p>En cas de refus de l'AME, faute de preuve des trois mois de présence sur le territoire, la femme enceinte a d'autres possibilités. En effet, la maternité peut la prendre en charge sous le titre des soins urgents pour l'ensemble de ses consultations de suivi de grossesse ainsi que lors de son hospitalisation.</p>
<p><u>Profil 3: Droit à la PUMA (ex. CMU)</u></p> <p>Femme primo-arrivante ayant le droit à une Protection Universelle Maladie. Pour l'obtenir, elle doit être en situation régulière en France sur le territoire depuis plus de trois mois: en procédure de demande d'asile (récépissé) ou avec un titre de séjour (asile, vie privée et familiale, pour soins, etc.). Le rattachement à la PUMA se fait par ailleurs sous conditions de ressources financières et en fonction du quotient familial.</p> <p>Par exemple, Gizem arrive de Turquie à 17 ans par regroupement familial pour rejoindre son père, qui avait obtenu le droit d'asile. Puisqu'il est rattaché à la PUMA, sa fille demande d'y être rattachée. Puis Gizem commence sa vie professionnelle, côtise, et se rattache au régime général de la sécurité sociale. Quelques années après elle perd son emploi. En difficultés financières, elle demande à être rattachée à la PUMA, qui accepte.</p>	<p><u>Profil 4: Droit à la sécurité sociale étudiante</u></p> <p>Femme primo-arrivante ayant le droit à une sécurité sociale étudiante. Pour ce faire, elle doit être arrivée en France avec un visa étudiant. Elle paie pour se rattacher à la sécurité sociale étudiante (type LMDE, SMERREP) le temps de son visa. Elle peut avoir accès à la mutuelle étudiante en fonction de ses ressources.</p>

Lors d'une grossesse, les femmes peuvent passer d'un profil à l'autre, selon leur situation administrative ou leurs ressources financières. Par exemple, une femme enceinte arrive en France et se présente directement à la maternité avec un visa touriste : elle n'a pas le droit à une couverture médicale (*Profil 1*). Quelques semaines après, son visa expire. Elle décide de rester en France en situation irrégulière. Elle demande à la Sécurité sociale une AME, qui lui est refusée, car cela ne fait pas trois mois qu'elle est sur le territoire, mais elle aura le droit aux soins urgents jusqu'à ce qu'elle puisse obtenir l'AME (*Profil 2*). Suite à son accouchement, elle rattache son enfant à son AME. Puis elle fait une demande pour un titre de séjour pour vie privée et familiale auprès de la préfecture, car son enfant est français¹. Elle l'obtient quelques mois après. Elle demande alors à la Sécurité sociale une PUMA (Protection universelle maladie) (*Profil 3*). Elle décide de reprendre ses études et s'inscrit à l'université, elle se rattache à la Sécurité sociale étudiante (*Profil 4*).

Présenter l'accès *théorique* est indispensable pour le comparer avec l'accès *réel* de ces couvertures médicales. Alors que certains obstacles sont liés aux conditions inégalitaires et aux comportements des patientes, d'autres sont créés par les discriminations opérées par les institutions et les professionnel.le.s de santé. Nous développerons ici deux formes de discriminations qui touchent les bénéficiaires de l'AME : le refus d'obtention de l'AME et le refus de soin des bénéficiaires de l'AME. Le Défenseur des droits souligne la persistance de ces deux formes de discriminations « *illégales* » alors même que de nombreux textes législatifs les encadrent et les interdisent (Le Défenseur des Droits 2016). La focale sur les discriminations du *Profil 2* n'est pas un choix anodin. En effet, la couverture médicale « AME » masque une réalité sociologique : ce ne sont que des femmes en situation irrégulière qui peuvent l'obtenir. Discriminer les bénéficiaires de l'AME revient donc à discriminer les femmes sans-papiers.

¹ Cf. Chapitre 5.

Refus d'obtention de l'Aide Médicale d'État

La première forme de discrimination se déroule lors du processus d'obtention de l'Aide Médicale d'État (AME). L'obtention est conditionnée à la réception d'un certain nombre de documents parfois difficiles à regrouper : une domiciliation et une preuve de présence sur le territoire français depuis plus de trois mois.

Les femmes hébergées chez des tiers doivent demander à leur hébergeant une lettre attestant qu'elles habitent chez eux. Si les tiers refusent, elles peuvent se tourner vers des associations qui les domicilient. Pour prouver leur présence depuis plus de trois en France, les femmes peuvent par exemple fournir un visa expiré ou une attestation d'un.e professionnel.le de santé.

La complexité des procédures et le manque d'interprètes dans les structures de type CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie) découragent les femmes primo-arrivantes. Lors de sa première grossesse en France, Adriana ne parle pas français et ne comprend pas le système de soins français, elle n'a donc pas demandé l'AME et a préféré rentrer en Roumanie pour être suivie là-bas.

Les obstacles dans le processus d'obtention de l'AME sont de plusieurs ordres. En premier lieu, le Défenseur des Droits, dans son rapport de mai 2016 sur les « *droits fondamentaux des étrangers en France* », souligne l'existence de demandes de pièces « *injustifiées* » basées sur les « *interprétations* » divergentes des caisses (Le Défenseur des Droits 2016). Ce phénomène est révélateur d'une accentuation du contrôle et du soupçon de fraude sur les « *étrangers* » en situation irrégulière. « *Les procédures spécifiques mises en place par les caisses à destination des demandeurs AME, accompagnées parfois d'un contrôle des conditions d'ouverture restrictif et de demandes de pièces injustifiées, outre qu'elles révèlent une suspicion de fraude accrue pesant sur les étrangers en situation irrégulière, contribuent à freiner, voire à empêcher l'accès aux droits de ces derniers.* ¹ » (*Ibid.*, p. 193). Par exemple, Cristina décrit que ce n'est pas

¹ « *Certaines personnes rencontrent des difficultés à faire ouvrir leur droit à l'AME, faute de pouvoir justifier de leur état civil par des documents probants. Bien plus, c'est au niveau du contrôle de la condition d'antériorité de résidence de plus trois mois sur le territoire français, imposée par*

« facile » de demander l'AME car ils « demandent beaucoup de choses » (Cristina, Roumanie). N'étant pas déclarée dans son travail, elle ne dispose pas de fiche de paie, demandée par la CPAM. Sans fiche de paie, Cristina doit remplir une attestation sur l'honneur des montants reçus pour vivre, qui doivent être supérieurs à zéro et inférieurs à un certain plafond. Avec l'aide de l'assistante sociale, elle doit convertir ses « revenus » – entre autres l'aide alimentaire des tiers et des associations – en salaire mensuel, et justifier de l'utilisation de cet argent (eau, électricité, nourriture, transport).

Certaines preuves sont contestées par les caisses de la Sécurité sociale, qui accroissent leur contrôle. Marguerite Cognet, Céline Gabarro et Émilie Adam-Vezina ont mené une ethnographie de la CPAM sur la manière dont sont instruits les dossiers AME (Cognet, Gabarro et Adam-Vezina 2009). Selon ces auteures, « les raisons pour lesquelles un individu se voit refuser un droit aux soins ne sont pas toujours claires » (*Ibid.*, p. 55). En effet, les textes laissent aux agents une grande marge d'interprétation, qui « n'exclut pas les préjugés » : « les préjugés des agents chargés d'instruire les demandes d'AME à l'égard des personnes en situation irrégulière peuvent s'immiscer à tous les niveaux de leur instruction et au sein de chaque catégorie de réponses observées¹. » (*Ibid.*, p. 63). Les demandeurs d'AME sont considérés comme des « fraudeurs potentiels » : « si une pièce manque au dossier, certains agents hésitent à priver le demandeur d'un recours à ses droits et lui retournent son dossier. D'autres optent pour le rejet du dossier qui se traduit par un refus d'AME. Un climat de suspicion généralisé règne à l'égard des demandeurs considérés, le plus souvent, comme des fraudeurs potentiels. Les occasions du soupçon sont multiples » (*Ibid.*, p. 56).

Certaines discriminations sont spécifiques aux femmes roms. Si elles sont de nationalité Roumaine, en tant que ressortissantes communautaires, elles doivent payer pour leurs soins (*Profil* 1). Mais dans le cas où elles n'ont pas de Sécurité

le CASF depuis 2003, que les difficultés sont les plus nombreuses. En effet, bien qu'une circulaire précise la portée du décret de 2005 précité quant aux pièces permettant d'attester des trois mois de résidence en France, des interprétations divergentes selon les caisses demeurent. » (*Ibid.*, p. 193).

¹ « Toutefois, il est rare que les agents refusent ou retournent un dossier par simple préjugé à l'égard des sans-papiers ou de la nationalité du demandeur. D'ailleurs, un taux de refus trop élevé alerterait certainement les responsables. Les barrages à l'obtention de l'AME sont favorisés par les pratiques managériales, la peur de mal effectuer son travail, des règles mal connues ou mal comprises ou encore des routines administratives. » (Cognet, Gabarro et Adam-Vezina 2009, p. 63).

sociale dans leur pays d'origine, elles peuvent faire la demande pour une PUMA (*Profil 3*). Or, depuis l'entrée entre 2004 et 2007 dans l'Union Européenne de pays d'Europe centrale et orientale, « *l'accès des ressortissants communautaires à la protection maladie et aux soins s'est durci. Certaines caisses d'assurance maladie ont commencé à refuser des prestations aux ressortissants de l'Union. Les Roms, notamment, peinent à bénéficier de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'État. À eux seuls, ils cristallisent la crainte des migrations sanitaires* » (Math 2009, p. 122).

Demande de preuves injustifiées, contestation des preuves, refus de droits sous des justifications obscures ; le processus d'obtention de l'AME est loin d'être automatique et transparent. Ce décalage entre l'accès *théorique* et l'accès *réel* a d'importantes répercussions sur les parcours de soins des femmes primo-arrivantes.

Refus de soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État

La seconde discrimination repérée à l'encontre des bénéficiaires de l'AME est celle du refus de soin. En effet, certain.e.s soignant.e.s ou structures de soin refusent de soigner les patient.e.s bénéficiaires de l'AME, qui ont « *plus de difficultés à faire valoir leurs droits à ces prestations et à être reçus par les médecins que les assurés du régime général* » (Cognet, Gabarro et Adam-Vezina 2009, p.55). En 2006, l'association Médecin du Monde fait un testing et révèle que « *près d'un médecin sur dix refusait des soins aux patients relevant de la CMU complémentaire, près de quatre sur dix refusaient les soins aux bénéficiaires de l'AME ou tentaient de les dissuader de venir les consulter* » (Le Défenseur des Droits 2016, p.203). Ces refus de soin concerneraient un bénéficiaire d'AME sur trois (Boisguerin et Haury, 2008). Il s'agit de pratiques de médecins en libéral, non observés dans cette enquête¹, mais certaines enquêtées m'ont raconté des

¹ Cf. Chapitre Méthodologique.

expériences passées qui corroborent ce constat. Mina tente de faire une prise de sang chez un médecin « *en ville* ». Alors qu'elle vient d'être reçue, ce médecin généraliste lui précise tout de suite qu'il « *n'accepte pas les cartes Aide médicale* ». Il accepte de la voir trois fois, mais « *la regarde bizarre* » et refuse d'examiner sa fille qui pourtant « *a un souffle au cœur* ». Mina passe chercher ses résultats, le médecin refuse de la voir dans le cabinet et lui déclare de façon dédaigneuse dans le couloir : « *oui tu es enceinte va-t'en* » (Mina, Algérie). Le refus de soin (refus d'examen) se conjugue ici avec des mauvais traitements tout au long des trois consultations. L'annonce de la grossesse de Mina est un bien douloureux souvenir. Elle décide de trouver un autre médecin généraliste.

Comment les professionnel.le.s justifient-ils ces refus de soin ? En 2010, le rapport annuel de la Conférence nationale de santé faisait état de quatre justifications principales pour les refus de CMU (nouvellement PUMA) : la lourdeur administrative¹, la perte économique², le non-respect du parcours de soins³ et les limites du panier de biens⁴ (Conférence Nationale de Santé). Mes échanges informels avec des soignant.e.s et les observations de réunions de professionnel.le.s de la périnatalité mettent la focale sur la justification économique. Comme une patiente allocataire de l'AME n'a pas à avancer les frais, le soignant ou la soignante doit attendre le remboursement de la Sécurité sociale, qui peut prendre plusieurs mois. Dans certains cas, la Sécurité sociale refuse de rembourser les professionnel.le.s de santé pour différentes raisons (non-validité de la carte AME, etc.). Les professionnel.le.s de santé ne veulent pas prendre ce risque. La seconde raison évoquée renvoie aux délais d'attente des remboursements qui sont jugés trop importants. En juin 2014, j'assiste à une journée de formation du Réseau de santé étudié (cf. Chapitre Méthodologique). Une

¹ « *Les professionnels avancent la complexité des démarches qui leur incombent et la perte de temps qui en résulte. Cette justification concerne avant tout les professionnels qui ne sont pas équipés des outils de transmission et qui doivent remplir, à la main, les feuilles de soins.* » (Ibid, p.33)

² « *Il s'agit dans ce cas du rappel fait au patient de l'écart entre les honoraires habituellement pratiqués et le tarif de consultation imposé pour les bénéficiaires de la CMU. Le « manque à gagner » peut s'avérer important car les tarifs des spécialistes du secteur 2 dépassent en moyenne de 48 % les tarifs opposables et, en Île-de-France, ce dépassement moyen atteint 87 % pour les ophtalmologistes et 79 % pour les dermatologues.* » (Ibid, p.33)

³ « *Le professionnel indique dans ce cas un risque de non remboursement parce que le bénéficiaire de la CMU n'est pas inscrit dans le parcours de soins. Ce motif relève d'une mauvaise connaissance de la réglementation par le professionnel.* » (Ibid, p.33)

⁴ « *C'est la situation de professionnels qui réalisent des soins non remboursés.* » (Ibid, p.33)

sage-femme prend la parole pour dénoncer la précarité des conditions de travail des sages-femmes en libéral. En difficulté financière, cette sage-femme ne supporte plus les temps d'attente des remboursements de l'AME et des nombreux refus de prise en charge, ce qui augmente son déficit. Cette sage-femme a décidé de ne plus accepter de patientes bénéficiaires d'AME.

Ces refus de soins sont illégaux. Le Défenseur des droits dans son rapport de mai 2016 est formel. Certes, il existe des discriminations « *légal*es » à l'encontre des « *étrangers* » (les bénéficiaires d'AME n'ont pas le droit à certaines prestations¹), mais d'autres sont « *illégal*es », c'est le cas du refus de soin fondé sur le type de protection sociale : « *depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, les refus de soins fondés sur le type de protection sociale sont expressément prohibés par la loi et constitutifs d'une discrimination* » (Le Défenseur des Droits 2016a, p. 202). Ces refus sont « *de fait opérés en raison de la nationalité des patients* » et donc discriminatoires et « *prohibés par l'article L.1110-3 du code de la santé publique* » (*Ibid.*). Malgré ces interdictions, ces discriminations sont très peu rapportées par les usagers et usagères et restent largement impunies².

Les contours de ces discriminations à la protection sociale restent flous. Il n'est pas clair si certains refus de soins sont légaux ou illégaux. Prenons un exemple. Être bénéficiaire de l'AME limite le droit d'entrée dans certaines structures spécialisées, comme le centre maternel, structure collective visant au soutien de la parentalité, accueillant des femmes avec leur enfant jusqu'aux trois ans de l'enfant. Il est précisé dans le Code de l'Action et des familles que peuvent être accueillies dans ces centres : « *les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et*

¹ « *Les frais de cures thermales, les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation ainsi que les médicaments et produits nécessaires à leur réalisation, et les médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15% sont exclus du dispositif de l'AME et restent intégralement à votre charge* » (source : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-Etat/ame-les-prestations.php>)

² « *Le Conseil national de l'ordre des médecins a réalisé un bilan des affaires concernant le refus de soins pour la période allant de septembre 2007 à septembre 2008. Seulement neuf décisions ont été rendues par les chambres disciplinaires dont cinq par la chambre disciplinaire de l'Île-de-France. Ce chiffre est faible en regard de l'estimation du risque révélé par les enquêtes. (...) Le niveau de plaintes et de réclamations formulées par les usagers se trouve aussi sérieusement limité par la difficulté d'une partie de la population concernée à revendiquer ses droits.* » (*Ibid.*, p.15).

psychologique ». La loi de 2009 modifie cet article et rajoute « *notamment lorsqu'elles sont sans domicile* » (Code de l'action sociale et des familles, Article L222-5, alinéa 4). Le statut administratif n'est pas explicité dans les critères d'entrée. Si leur accès *théorique* est garanti, leur accès *réel* est tout autre. En effet, certains centres maternels priorisent et discriminent en fonction du statut administratif, refusant les femmes en situation irrégulière qui n'ont pas de « *perspective de régularisation* » (Planche 2014). Même si ce n'est pas « *officiel* » (Assistante sociale, Maternité C.), plusieurs assistantes sociales enquêtées soulignent que les centres maternels refusent l'entrée aux femmes en situation irrégulière, puisqu'elles n'acceptent pas les femmes avec l'AME. Une assistante sociale de maternité me dira qu'elle a arrêté de faire des demandes de centre maternel en région parisienne pour les femmes avec AME, car « *c'est tellement compliqué de pouvoir avoir une place pour quelqu'un en situation irrégulière* » (Assistante sociale, Maternité C.). Elle précise qu'« *il y a quelques centres en province qui exceptionnellement accueillent, mais de toute façon souvent les femmes ne veulent pas se déraciner de l'Île-de-France* » (Assistante sociale, Maternité C.). La question est de savoir si ces refus de soin relèvent de discriminations « *légales* » à l'encontre des étrangers et étrangères, ou « *illégales* » et discriminatoires. Dans tous les cas, il semble exister des différences de positionnement entre centres maternels (« *Île-de-France* » vs. « *province* »), qui laissent entrevoir l'écart entre l'accès *théorique* et l'accès *réel* des patientes bénéficiaires de l'AME¹.

Enfin, la focale sur les refus de soins des patientes AME ne doit pas invisibiliser les refus de soins des bénéficiaires de la PUMA ou de la Sécurité sociale étudiante. Asmayat, originaire des Comores et étudiante en sociologie, a une Sécurité sociale étudiante sans mutuelle. Elle me raconte que certaines pharmacies « *n'acceptent pas* » sa « *sécu* », et lui demande de payer ses médicaments.

¹ Il serait nécessaire de développer des études nationales sur le sujet, dans la continuité des travaux de Maëlle Planche (Planche 2014).

Le processus d'obtention de la couverture médicale AME illustre l'écart entre l'accès *théorique* et l'accès *réel* aux soins. À leur arrivée en France, les femmes primo-arrivantes se retrouvent toutes, à un moment donné, à demander des droits. L'accès inégalitaire et discriminatoire à la couverture médicale constitue un obstacle de plus, qui retarde l'entrée dans le suivi de grossesse. L'entrée dans le suivi est le premier stade du parcours de soins des femmes enceintes primo-arrivantes. Nous en avons retracé les étapes : aller en consultation chez un.e professionnel.le de santé pour attester de la grossesse, obtenir une couverture médicale, s'inscrire dans une maternité. Mais les difficultés ne s'arrêtent pas là. Une fois entrées dans le soins, se pose la question de la qualité de leur suivi de grossesse.

II — La qualité du suivi de grossesse

Après l'entrée dans le suivi, l'accès *primaire*, se pose la question de la qualité de la prise en charge, l'accès *secondaire*. Nos résultats attestent que les femmes primo-arrivantes rencontrent des obstacles multiples qui entravent l'accès à un suivi de « *qualité* ». Cette « *qualité* » peut est mesurée *a minima* par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et aux droits inscrits dans le Code de la Santé Publique¹. Selon la HAS, toute femme a en effet « *droit* » à un certain nombre de prestations lors du suivi de grossesse : un entretien prénatal précoce, sept consultations obstétricales (une par mois à partir du 3^e mois de grossesse²), trois cours de préparation à la naissance, un projet de naissance. En outre, le consentement libre et consenti des patientes doit être respecté tout au long de sa grossesse et lors de l'accouchement (Haute Autorité de Santé 2016). Or,

¹ Article L. 154 du Code de la santé publique.

² « *En France, sept consultations obstétricales sont obligatoires. La réglementation actuelle impose que la déclaration de grossesse soit faite avant 15 SA et prévoit ensuite 6 consultations (1 par mois) à compter du premier jour du 4e mois de grossesse jusqu'à l'accouchement (décret n° 92-1434). Il n'existe pas d'évaluation médico-économique permettant de valider la révision du calendrier actuel des consultations, qui comporte 7 consultations (article L. 154 du Code de la santé publique).* » (Haute Autorité de Santé 2012, p. 2)

si cette « *qualité* » du suivi est définie en *théorie*, elle ne présume ni des attentes des patientes ni de l'accès *réel*.

L'enquête ethnographique témoigne que les femmes primo-arrivantes sont loin d'accéder à cette qualité de suivi. Leurs parcours de grossesse sont marqués par l'urgence, qui prime sur la stabilité du suivi, la prévention et leur liberté de choix du type d'accouchement. Elles ont un suivi irrégulier, accentué par l'errance résidentielle (A), un accès limité à la préparation à naissance (B), sont souvent hospitalisées et ont des accouchements très médicalisés (C).

A. Suivi irrégulier : l'effet de l'errance résidentielle

L'errance résidentielle représente un obstacle majeur dans l'accès à un suivi de grossesse régulier. Les femmes en errance résidentielle, aux conditions difficiles d'hébergement et aux parcours chaotiques décrits dans le Chapitre 1, se retrouvent en grande difficulté pour accéder à un suivi obstétrique continu. Comment se déplacer et être à l'heure à un rendez-vous médical quand on ne dispose pas de ressources financières pour acheter un ticket et qu'on doit changer d'hôtel tous les deux jours ? En pratique, nombreuses sont les femmes qui ratent leur rendez-vous obstétrique.

Certaines enquêtées ont un temps de transport important pour se rendre à leur suivi de grossesse (1h/1h30). Si, au départ, elles se sont inscrites dans une maternité à côté de chez elles, leurs constants changements d'hébergement les éloignent de la structure de soins. Par exemple, quand Simone apprend qu'elle est enceinte, elle se rend dans une PMI à côté de son hébergement à Argenteuil (95). Orientée par le 115 dans une chambre d'hôtel à Viry-Châtillon (91), à une heure et demi de la PMI, elle continue de se faire suivre là-bas, malgré le temps de transport.

« Je ne me sentais pas bien, j'étais malade, j'avais des vertiges et je ne mangeais pas bien alors je suis allée à Médecins du Monde en août. C'était un Guinéen qui m'a parlé de MDM. Ils m'ont fait un test urine et ils m'ont dit que j'étais enceinte. Ils m'ont envoyé à la PMI d'Argenteuil. C'était à côté de là où j'étais. J'ai vu une sage-femme là-bas qui m'a suivie jusqu'à

décembre. À l'époque j'étais dans un hôtel à Viry-Châtillon, j'y étais d'octobre 2014 à avril 2015. Je mettais une heure et demie pour aller à la PMI.»

(Simone, Guinée)

Parmi les enquêtées, trois ont choisi de changer de maternité au cours de leur grossesse. C'est le cas de Marlene, originaire de la République Démocratique du Congo, de Fanta, originaire de Guinée et de Priscilla, originaire de Côte d'Ivoire. Toutes les trois ont été inscrites dans une maternité proche de leur hébergement, ont connu des changements de domicile et ont accepté de changer de maternité. L'errance résidentielle des femmes s'enchevêtre avec leur errance médicale. Marlene est orientée de structure médicale en structure médicale tout au long de sa grossesse. À l'annonce de sa grossesse, Marlene se rend au centre de planification à côté de chez elle, à Barbès. On l'envoie à la maternité la plus proche pour qu'elle s'y inscrive. Le suivi ne débutant qu'au 6^e mois dans cette maternité, Marlene est orientée vers un médecin généraliste. Ce dernier ne faisant pas de suivi de grossesse, il la dirige vers une sage-femme dans un centre de santé. Constatant que Marlene a changé d'hébergement, cette sage-femme lui conseille de s'inscrire dans une maternité plus proche de son nouveau lieu de résidence, à Montgeron. Elle lui « *fait une lettre* » et Marlene commence son suivi dans cette nouvelle maternité. Au final, Marlene se sera déplacée dans cinq structures médicales différentes en l'espace de quelques mois, alors qu'elle n'a changé qu'une fois d'hébergement.

Entre les temps de transport importants et les changements de structures de soin, l'errance résidentielle complexifie l'accès à un suivi de grossesse régulier. Par ailleurs, les enquêtées qui ont participé à des cours de préparation à la naissance sont peu nombreuses.

B. Accès limité aux cours de préparation à la naissance

Un des indicateurs de la qualité du suivi de grossesse en France est l'accès aux cours de préparation à la naissance, élément central de la prévention des

pathologies liées à la grossesse et lors de l'accouchement (Haute Autorité de Santé 2016). Ces espaces collectifs, animés par une sage-femme, au sein de la maternité ou de la PMI, ont pour objectif d'informer les femmes enceintes sur les étapes du déroulement de l'accouchement, sur le retour à la maison, l'allaitement, etc. La Sécurité sociale prend en charge à 100% huit séances de préparation¹, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux femmes enceintes de se rendre au minimum à trois séances. Dans son article « *Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ?* », Priscille Sauvegrain constate que cet accès est plus limité pour les femmes isolées, « *étrangères* » et en situation précaire (Sauvegrain 2008). Elle évoque deux causes majeures : le malaise de certaines femmes isolées face au groupe et la barrière linguistique. Le lien entre isolement et difficultés à prendre la parole en public a été constaté par Béatrice Jacques dans son étude menée en région bordelaise (Jacques 2007). Dans l'enquête de Priscille Sauvegrain, « *toutes les femmes qui se sont dites mal à l'aise de venir participer aux séances de préparation à la naissance sont des femmes "isolées"* » (Sauvegrain 2008, p. 170).

Nos résultats corroborent ces conclusions et développent d'autres pistes explicatives. Parmi les enquêtées, une petite minorité a participé à des cours de préparation, mais la majorité n'y a pas pris part, par choix ou par méconnaissance : très peu de femmes refusent d'aller en cours de préparation par manque d'intérêt. Parmi les enquêtées, une seule soulignera son désintérêt : Adriana. Ayant une grossesse pathologique, je la rencontre alors qu'elle est hospitalisée à la maternité B.. Les médecins l'ont prévenue : elle accouchera par césarienne. Pour Adriana, elle n'a « *pas besoin* » de cours de préparation à la naissance, car l'accouchement par césarienne ne lui demande pas de connaissances spécifiques, elle sera sous anesthésie. Par ailleurs, elle a déjà eu un enfant, elle « *sait comment faire* » (Adriana, Roumanie). En revanche, deux enquêtées racontent qu'on ne leur a ni proposé ni évoqué ces cours de préparation. Pour sa première grossesse, Asmayat, étudiante, est suivie dans une maternité parisienne. Elle commence les cours, mais fait une fausse couche. Elle tombe enceinte peu après et est suivie dans une autre

¹ Nous verrons dans le Chapitre 4 que des cours de préparation à la naissance gratuits existent sans condition de couverture médicale.

maternité. « *Personne ne [lui] propose de suivre des cours* », alors Asmayat se « *débrouille toute seule* », et regarde sur internet ce qu'elle « *peut faire ou ne peut pas faire* » (Asmayat, Comores).

Quand les femmes n'ont pas participé à des cours de préparation à la naissance alors qu'elles l'auraient voulu, elles mettent en avant les obstacles qui les ont empêchées d'y accéder. Ces obstacles sont de trois ordres : organisationnel, géographique et linguistique.

Le premier obstacle cité par les femmes est lié aux contraintes organisationnelles des services de soins ainsi que des patientes. Les deux maternités observées proposent des séances de préparation à la naissance (ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des maternités en Île-de-France¹). Toutefois, les contraintes organisationnelles ne permettent pas aux deux maternités d'avoir assez de séances pour répondre à la demande des patientes. Les cours sont vite remplis. Une autre contrainte organisationnelle se pose lors de l'inscription. Dans la maternité C., pour s'inscrire, il faut « *envoyer un mail* » (Sage-femme, Maternité C.). Or, l'accès à internet est limité par le manque de ressources financières ou par l'errance résidentielle, il constitue donc un obstacle à l'accès aux cours. La patiente peut par ailleurs recourir à une sage-femme libérale qui anime des cours de préparation à la naissance, remboursés par la Sécurité sociale, mais « *il faut avancer les frais* » (Sage-femme, Maternité C.). La concurrence pour les places handicape grandement les femmes primo-arrivantes. Comme nous l'avons plus haut, nombreuses sont celles qui arrivent tardivement dans le suivi. À 32 semaines de grossesse (8^e mois), c'est déjà « *trop tard* » pour avoir une place dans un cours de préparation à la naissance à la maternité C. (Sage-femme, Maternité C.). Le manque de cours de préparation se fait sentir en consultation, quand les femmes enceintes sont inquiètes et posent de nombreuses questions pratiques à la sage-femme de consultation sur le déroulement de l'accouchement. J'assiste à une consultation dans la maternité C. avec Sarah, qui est dans sa 37^e semaine de grossesse (9^e mois). Elle a commencé son suivi deux semaines avant et n'a pas fait de cours de préparation à la naissance. Anxieuse vis-à-vis de son accouchement imminent, Sarah pose de nombreuses questions à la sage-femme, qui lui donne

¹ Elles délèguent ce service à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), voir Chapitre 4.

rapidement quelques conseils : « *venez aussi si vous perdez les eaux. On peut perdre du liquide sans contractions. Venez si vous saignez, si vous sentez que le bébé ne bouge plus* » (Notes Observations consultation, Maternité C.).

La seconde limite à l'accès aux cours est d'ordre géographique. Comme nous l'avons plus haut, de nombreuses femmes ont un temps de trajet considérable pour se rendre à la maternité. Elles priorisent leurs allers-retours à la maternité en regroupant les rendez-vous, car tout trajet est long, a un coût, et comporte des risques (être contrôlées par les contrôleurs du métro ou par la police). Les multiples changements d'hébergements des femmes dans toute l'Île-de-France entravent l'accès à un suivi régulier. Aller aux séances de préparation paraît donc superflu et « *compliqué* » (Priscilla, Côte d'Ivoire), notamment quand les femmes sont isolées avec des enfants à charge.

Le troisième obstacle est d'ordre linguistique. La première raison invoquée dans l'étude de Priscille Sauvegrain pour ne pas se rendre à un cours de préparation est une mauvaise maîtrise de la langue française (Sauvegrain 2008). En effet, l'ensemble des cours de préparation proposés au sein des maternités observées est uniquement en français. Nous verrons dans le Chapitre 4 que certaines professionnelles ont créé des cours de préparation avec des interprètes pour favoriser l'accès des femmes non-francophones.

Les femmes primo-arrivantes font face à des obstacles dans l'accès à un suivi régulier et à des cours de préparation à la naissance. Par ailleurs, elles rencontrent des difficultés lorsqu'elles sont hospitalisées.

C. Des femmes hospitalisées : l'urgence médicale

Quand la prévention manque, c'est l'urgence qui prime. Plus l'entrée est difficile et tardive dans les soins, plus ces soins sont médicalisés et donc plus l'emprise du médical sur les parcours est importante (Ménoret 2015). L'urgence ne laisse pas de place au choix de la patiente. Par ailleurs, lors de leur accouchement toutes les parturientes sont hospitalisées au minimum trois jours pour un

accouchement physiologique ou cinq jours pour un accouchement par césarienne¹. Or, les études épidémiologiques démontrent que les femmes « *étrangères* » sont plus hospitalisées lors de la grossesse que les femmes françaises (Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et al. 2012). Elles soulignent d'autre part que les femmes « *étrangères* », notamment les femmes « *originaires d'Afrique subsaharienne* », ont plus de risques que les femmes françaises d'avoir une césarienne lors de leur accouchement (Sauvegrain 2012 ; Saurel-Cubizolles et al. 2012). Nos résultats ne permettent pas de corroborer ces conclusions, car nous n'avons pas opéré de comparaisons entre femmes françaises et « *étrangères* ». Toutefois, les expériences des femmes primo-arrivantes qui ont été hospitalisées lors de leur grossesse et lors de leur accouchement par césarienne révèlent les nombreuses difficultés auxquelles celles-ci sont confrontées : traitements différenciés, violences obstétricales. Par ailleurs, pour les femmes qui sont sans domicile, l'hospitalisation en suite de couches prend une signification tout autre que médicale, elle relève de l'hébergement d'urgence.

Hospitalisations pendant la grossesse

Quatre des enquêtées ont été hospitalisées lors de leur grossesse, certaines pour quelques jours, d'autres pour plusieurs mois. Marlene, originaire de la République Démocratique du Congo (RDC), a eu une grossesse très douloureuse et plusieurs hospitalisations à cause de ses fibromes. Elle a été hospitalisée dans deux maternités différentes et témoigne d'une mauvaise expérience d'hospitalisation dans la première structure. Dans la première maternité, Marlene apprend que son col est modifié et qu'elle a des fibromes. Après plusieurs heures à « *attendre, attendre* » (de 15h à 21h), elle obtient enfin des médicaments. Les infirmières avaient oublié de lui donner un antidouleur, car « *il y avait beaucoup de monde* » et que les infirmières n'étaient « *que deux* » (Marlene, RDC). Marlene subit la

¹ Une césarienne est une opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par incision de la paroi abdominale et de l'utérus, quand l'accouchement physiologique (par voies naturelles) est impossible.

mauvaise organisation des services (changement d'équipes) et la pénurie de personnels à l'hôpital. Dans la deuxième maternité, Marlene a été plus rapidement prise en charge : « *au bout de 5 minutes le gynécologue était là* » (Marlene, RDC), mais les antidouleurs donnés ne font pas effet et Marlene revient quelques jours plus tard à l'hôpital. Le médecin la prévient qu'elle va devoir « *supporter* » la douleur due aux fibromes jusqu'à la 25^e semaine. Elle sera de nouveau hospitalisée quelques jours plus tard du fait de la douleur. Marlene doit attendre trois mois et demi après l'accouchement pour se faire opérer de ses trois fibromes qui lui font « *vraiment très mal* » (Marlene, RDC). Aminata commence son suivi de grossesse dans une maternité parisienne à cinq mois de grossesse. L'échographie révèle que « *l'enfant était trop petit* ». Les professionnel.le.s de santé s'inquiètent. Lors de son huitième mois de grossesse, Aminata doit venir toutes les semaines pour se soumettre à un ensemble de tests. À l'époque, Aminata est hébergée en hôtel à Nanterre et mettait « *au moins une heure* » pour venir (Aminata, Côte d'Ivoire).

L'hospitalisation lors de la grossesse laisse souvent — mais pas automatiquement — présager d'un accouchement par césarienne.

L'accouchement par césarienne

Lors de l'accouchement, il arrive que les professionnel.le.s de santé décident, compte tenu des risques médicaux, de procéder à une césarienne. Or, la littérature épidémiologique atteste que cette opération chirurgicale est plus fréquente chez les femmes « *étrangères* » (*Ibid.*). Les témoignages des femmes primo-arrivantes permettent de mettre en lumière plusieurs pistes explicatives ; leur expérience passée d'une césarienne dans leur pays d'origine, les représentations ethno-raciales des professionnel.le.s de santé, et les violences obstétricales, situations où leur consentement n'a pas été respecté.

Avoir déjà été opérée d'une césarienne laisse une cicatrice sur l'utérus, ce qui le fragilise. Un certain nombre de protocoles « *cliniques* » sont prévus dans le cas où une femme a un « *utérus cicatriciel* » : les professionnel.le.s de santé peuvent proposer de programmer une césarienne pour limiter les risques médicaux lors de

l'accouchement¹. Les femmes enceintes ayant déjà été césarisées redoutent cette pratique et le mentionnent lors des consultations et des entretiens. Elles espèrent pouvoir accoucher « *normalement* ». Les discours des soignant.e.s tentent alors d'être rassurants : la césarienne n'est pas « *automatique* », excepté dans certains cas, notamment si la première césarienne s'est mal passée ou la cicatrice n'est pas « *dans le bon sens* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). Une participante d'un groupe de parole, originaire de Chine, pose des questions à la sage-femme animatrice au sujet de son accouchement par césarienne qu'elle a subi quelque temps auparavant. Elle ne comprend pas pourquoi le médecin a justifié le recours à la césarienne par la forme verticale de la cicatrice de son premier accouchement. La sage-femme lui explique alors que le sens de la cicatrice rend l'utérus cicatriciel plus ou moins vulnérable à l'accouchement par voie basse, et donc, par prévention, les gynécologues prévoient une césarienne (Sage-femme, Groupe 6, Paris). Or, si le sens de la cicatrice est souvent le même en France (horizontal), les pratiques de césariennes diffèrent selon les pays (Sage-femme, Groupe 6, Paris). La fréquence des césariennes en France chez les patientes « *étrangères* » pourrait ainsi en partie être expliquée par le taux élevé de césariennes dans les pays d'origine. Fanta raconte qu'elle voulait un accouchement « *normal* », mais que les professionnel.le.s de santé en France ont refusé de prendre le « *risque* » à cause de la « *manière* » dont la première césarienne a été faite en Guinée (Fanta, Guinée).

¹ « *L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée (grade C). En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporelle (grade C). En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée (grade C). Dans les autres situations dont utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas (grade C).* »

Entretien avec Fanta : « on m'a dit que je ne peux pas faire normal »

- *Enquêtrice*. Et donc là vous avez prévu la césarienne, comment vous vous sentez par rapport à ça ?
- *Fanta*. Je suis inquiète un peu parce que la césarienne j'ai peur. J'ai peur même si j'en ai fait deux, j'ai peur quand même. Je pense à ça, des fois... je voulais faire normal, mais on m'a dit que je ne peux pas faire normal.
- *Enquêtrice*. Pourquoi ?
- *Fanta*. La manière que la première a été faite, on me dit il y a des dames qui ont de la chance qui vont faire deux césariennes et après la troisième on va faire normal. Mais le médecin lui il dit qu'il ne fait pas le risque quoi. Il ne veut pas faire le risque. Donc pour cela on va faire une césarienne. » (Fanta, Guinée)

Par ailleurs, l'étude de Priscille Sauvegrain montre que le fort taux de césariennes chez les patientes « *Africaines* » est une conséquence de processus de racisation opérés par les professionnel.le.s de santé (Sauvegrain 2012). Les femmes identifiées comme « *Noires* » sont plus rapidement césarisées que les autres. Les professionnel.le.s de santé justifient cette pratique par un argument biologique : les femmes originaires de pays d'Afrique et des Antilles auraient un terme de grossesse plus tardif (41 semaines) que la « *normale* » (39 semaines). Priscille Sauvegrain démontre que les résultats scientifiques attestant de cet écart ont été plusieurs fois contestés, puis démentis (*Ibid.*). Mais même sans preuve scientifique, les pratiques restent. Lors de consultations obstétriques, il est arrivé plusieurs fois que la sage-femme mentionne le terme à 41 semaines à des patientes originaires de pays d'Afrique subsaharienne.

Si légalement cette décision doit être consentie par la patiente, en pratique de nombreuses césariennes sont décidées sans le consentement libre et éclairé de la patiente. Parmi les enquêtées, cinq ont déjà eu une césarienne, en France ou dans leur pays d'origine, et deux ont une césarienne prévue. Alors qu'Adriana et Fanta ont une césarienne planifiée, la plupart des cas de césariennes sont imprévus et surviennent car l'accouchement se déroule mal pour diverses raisons. La plupart des femmes acceptent dans l'urgence la césarienne, pour le bien être de

leur enfant. Estelle raconte comment elle a accepté la césarienne « *au bout de trois jours* », car « *il n'y avait pas d'autres solutions* » et qu'elle voulait en finir. Sa seule préoccupation est pour la santé de son enfant : « *pourvu que l'enfant se porte au mieux* » (Estelle, Côte d'Ivoire). Comme l'a montré Béatrice Jacques, « *tout se passe comme si, à partir du moment où il s'agit de la santé de l'enfant, les femmes ne pouvaient plus exprimer aucune résistance, comme si elles s'abandonnaient à l'autorité professionnelle de l'expert* » (Jacques 2007, p. 97). L'urgence médicale et la peur du risque de santé pour l'enfant incitent les patientes à accepter la césarienne. En revanche, certaines césariennes ont été faites par « *force* » et à l'insu de la patiente (Carine, Côte d'Ivoire), ce qui relève de ce que la juriste Marie-Hélène Lahaye appelle de la « *violence obstétricale* », définie comme « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente¹* » (Lahaye 2018).

La question du passage en « *force* » de la césarienne se pose d'autant plus pour les femmes non-francophones et isolées, à qui on dénie la capacité d'exprimer leur consentement. Lors de mon entretien avec Gizem, celle-ci me raconte l'histoire de sa cousine Aygül, primo-arrivante de Turquie, qui a été suivie en France lors de sa grossesse. Alors que le suivi se passe bien et que les professionnel.le.s de santé lui disent que tout est « *normal* », à 9 mois de grossesse ils-elles découvrent que l'enfant est handicapé et lui disent qu'il est nécessaire de faire une interruption médicale de grossesse (IMG), car l'enfant décèdera à la naissance. Or, Aygül ne parle pas français et aucun.e interprète n'est présent.e en salle d'accouchement (les interprètes ne semblent d'ailleurs jamais appelé.e.s dans ce cadre). Aygül subit une césarienne sans comprendre ce qui se passait. Gizem dénonce le fait que sa cousine n'ait pas eu d'interprète, car Aygül est « *encore mal aujourd'hui* », alors que l'événement s'est déroulé il y a plusieurs années (Gizem, Turquie). Elle trouve que ce n'est « *pas juste* », et que toute patiente devrait avoir le droit à un interprète à l'hôpital public (Gizem, Turquie). Sans interprète, cette patiente n'a pas pu comprendre les enjeux liés à cette opération et encore moins émettre un désaccord

¹ Définition tirée de son blog « Marie accouche là » : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>

si elle le voulait. Mais ces cas de césariennes forcées existent aussi pour les femmes francophones. Carine raconte qu'elle a refusé une césarienne lors de son accouchement, mais qu'ils l'ont « *pris de force pour sauver l'enfant* » (Carine, Côte d'Ivoire). Elle souffre énormément par la suite à cause de la cicatrice qui l'empêche de bouger. Isolée, elle est toute seule pour s'occuper de son bébé :

« Ils m'ont fait signer un papier comme quoi je n'aurais pas de césarienne et quand ils m'ont dit qu'ils allaient m'en faire une j'ai dit « Non ». Ils m'ont pris de force pour sauver l'enfant. Ça fait très mal. L'enfant ils le lavent trois fois, après le reste c'est toi qui fait. Tu prends ta douleur et tu le fais. (...) Ce n'était pas facile avec l'enfant après la césarienne parce que tu as mal et comment tu fais quand l'enfant pleure ? Ce n'est pas facile »

(Carine, Côte d'Ivoire)

Dans l'urgence de l'accouchement, le médecin prend la décision de sauver l'enfant. Une sage-femme me raconte l'histoire d'un médecin qui, devant le refus d'une patiente d'être césarisée alors que la santé de l'enfant était en danger, lui met un coussin sur le visage pour l'empêcher de crier et lui fait une césarienne. « *Il a fait son choix* », me dit-elle : « *entre la mère et l'enfant, il a choisi l'enfant* » (Sage-femme, Paris). La parole de la patiente n'est pas prioritaire, le médecin prend en considération le sujet en train de naître, même s'il va à l'encontre du choix de la patiente. Pour son prochain accouchement, Carine veut accoucher « *normalement* », « *parce que si j'ai une césarienne ça va être difficile pour amener l'enfant à la crèche* » (Carine, Côte d'Ivoire). Toute hospitalisation (pendant la grossesse ou pour l'accouchement) requiert en effet un effort d'organisation des femmes, notamment pour la garde de leurs autres enfants si elles en ont. En situation d'isolement et de manque de ressources financières, la question de la garde peut être très problématique.

L'hospitalisation d'hébergement

Les hospitalisations sont en grande majorité mal vécues par les femmes, elles sont synonymes d'état de santé problématique, d'opérations, de douleurs.

Mais l'hospitalisation peut être vécue très différemment quand elle sert d'hébergement pour les femmes sans domicile.

En effet, certaines femmes restent hospitalisées à la maternité en suite de couches, car aucune solution d'hébergement n'est trouvée pour « *sortir* » les femmes. Les femmes en rupture d'hébergement ou hébergées au 115 séjournent alors plus longtemps que prévu (trois jours pour un accouchement physiologique, cinq jours pour un accouchement par césarienne), parfois jusqu'à deux semaines. Le prolongement de l'hospitalisation crée des tensions entre le service médical, qui a pour objectif de faire « *tourner les lits* », et le service social, qui a pour objectif de trouver une place d'hébergement à la sortie de la patiente (Assistante sociale, Maternité C.). Dans ce cas-là, l'hospitalisation « *d'urgence* » prend un autre sens : c'est l'urgence de ne pas mettre une femme à la rue avec son nourrisson. L'hospitalisation palie un manque d'hébergement. Les femmes sans couverture médicale se retrouvent alors avec une facture de 1300 euros la nuit, qu'elles seront dans l'impossibilité de régler. Afin de comprendre les taux d'hospitalisation des femmes primo-arrivantes en postnatal, il est ainsi nécessaire de différencier les hospitalisations longues pour raisons médicale (pathologies), aux hospitalisations d'hébergement, palliant temporairement à l'absence de solution d'hébergement en suite de couches.

Selon la Haute Autorité de Santé, la qualité du suivi se mesure, entre autres, par un certain nombre de consultations obstétriques, de cours de préparation à la naissance et par une liberté de choix dans le type d'accouchement (Haute Autorité de Santé 2016). Or, les parcours de grossesse des femmes primo-arrivantes sont marqués par des suivis irréguliers, un accès limité aux cours de préparation à la naissance, des hospitalisations pendant leur grossesse et un fort taux de césariennes, parfois forcées. L'imbrication d'inégalités de capital social, économique et juridique engendre une surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement de ces femmes, et ce, même dans le postnatal, où l'hospitalisation *soigne* en hébergeant. Au-delà du type de suivi de grossesse que connaissent les femmes primo-arrivantes, il est temps d'interroger la qualité de leurs relations avec les professionnel.le.s de santé au sein des consultations obstétriques.

III — Au sein de la relation de soin

La qualité du suivi ne se mesure pas qu'à la quantité du nombre de rendez-vous, de cours de préparation, de jours d'hospitalisation ou du taux de césariennes. La qualité du soin se retrouve aussi dans la qualité de la relation avec le-la professionnel.le de santé. Les évolutions du « *colloque singulier* » – relation médecin-patient – ont été étudiées par la sociologie de la santé depuis Talcott Parsons (1951). Les auteur.e.s ont développé des typologies en fonction du degré d'asymétrie dans la relation, du modèle traditionnel « *paternaliste* » au modèle plus récent « *de décision partagée* » (Barbot 2008; Dodier 2002; Bergeron 2007). Les études soulignent l'influence des caractéristiques sociales et ethno-raciales des patientes sur leur interaction avec le-la soignant.e, sur leur capacité de faire des choix ou de signifier leur consentement libre et éclairé (Fainzang 2006; Jacques 2007; Nacu 2011). Le déroulement de la relation de soin cristallise la rencontre des subjectivités des professionnel.le.s et des patientes, parfois jusqu'aux heurts de subjectivités (Bataille et Virole 2013). Avant d'aborder dans les chapitres suivants la subjectivité des professionnel.le.s, cette section se place ici du côté de la subjectivité des femmes primo-arrivantes au sein du colloque singulier.

En nous basant sur les récits des femmes ainsi que sur les observations de consultations obstétriques, nous montrerons dans un premier temps que lors des consultations les patientes primo-arrivantes ressentent des difficultés à comprendre la soignante et à exprimer leur point de vue (A). Par ailleurs, les patientes ont des attentes minimales vis-à-vis de la qualité de la relation de soin, du fait de leurs expériences passées dans leur pays d'origine, ce qui fait que leurs attentes relationnelles sont rapidement satisfaites (B).

A. Difficultés de compréhension : capital linguistique et relation de soin

La communication entre un.e patient.e et un.e professionnel.le de santé n'est pas chose aisée, même quand les deux protagonistes sont francophones. En effet, le-la soignant.e parle une autre *langue*, celle du langage médical, composée d'un ensemble de mots aux significations obscures pour les profanes : amniocentèse, drépanocytose, diabète gestationnel. La socialisation progressive à l'ensemble de ce lexique spécifique se fait tout au long de la grossesse. Certaines femmes se retrouvent alors — si elles ont accouché plusieurs fois — avec une connaissance aigüe de tout ce vocabulaire, qui n'est pas sans rappeler les « *patients-experts* » atteints de maladie chronique décrits par Janine Barbot (Barbot 2002). Les professionnel.le.s savent qu'il est nécessaire de « *traduire* » ces termes lors des consultations, afin que la patiente les comprenne et surtout appréhende les enjeux qui les sous-tendent. Si même en français les consultations peuvent être complexes, il est aisé de penser qu'une patiente primo-arrivante, non familiarisée avec le système de soins français, qui plus est non-francophone, soit en difficulté pour comprendre le déroulement d'une consultation, et encore moins exprimer ses désirs, négocier avec le-la professionnel.le en face d'elle (Strauss 1992), voire refuser un traitement ou un examen. Deux cas de figure se présentent parmi les enquêtées : les femmes francophones et les femmes non-francophones, qui rencontrent des difficultés spécifiques.

Les francophones

Parmi les enquêtées, un nombre important est francophone (n=31)¹, elles sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne (n=21) et au Maghreb (n=5). Une enquêtée a appris le français comme deuxième langue à l'école au Kosovo. Certaines ont appris depuis qu'elles sont arrivées en France (n= 4). Les femmes francophones disposent d'un réel avantage comparé aux femmes non-

¹ Voir Chapitre méthodologique.

francophones ; elles comprennent, peuvent s'exprimer, voire jouer le rôle de traductrice pour leur conjoint. Elora et Gizem parlent toutes les deux français contrairement à leurs conjoints et ce sont elles qui leur traduisent la consultation quand leur mari les accompagne. Elora ne dispose d'aucune ressource, elle dort dans la rue avec son conjoint pendant plusieurs jours avant d'être hébergée dans un centre d'hébergement, toutefois elle dispose d'une ressource capitale : elle parle et comprend le français, peut ainsi interagir avec les professionnel.le.s de santé et du social, elle se « *débrouille toute seule* » (Elora, Kosovo). Ce capital linguistique (Bourdieu 1982) est un atout dans son parcours. Gizem joue aussi le rôle de traductrice pour son conjoint lors des consultations obstétriques. Il serait intéressant d'étudier en quoi la migration bouleverse les rapports de pouvoir dans le couple, notamment quand c'est la compagne qui devient l'interprète et donc sur qui le conjoint dépend. Bien que cette configuration (femme francophone/conjoint non-francophone) soit minoritaire parmi les couples de personnes « *étrangères* » que nous avons observés, son existence est révélatrice des évolutions et de l'hétérogénéité des trajectoires migratoires (cf. Chapitre 1). Une grande proportion de femmes primo-arrivantes est célibataire, et vient seule ou accompagnée d'une amie aux consultations.

Le capital linguistique des femmes francophones a ses limites. En effet, bien que francophones, les femmes peuvent rencontrer des difficultés pour communiquer avec les professionnel.le.s de santé. Le vocabulaire médical et les explications sommaires et trop vite expédiées laissent les patientes sur leur faim. Pour ne pas « *perdre la face* » (Goffman 1973), souvent les patientes n'osent pas avouer qu'elles ne comprennent pas le discours de la soignante, et peuvent aller plusieurs fois en consultation sans en saisir le sens. Laurence raconte qu'à sa première échographie elle n'a « *pas bien saisi* » ce que la sage-femme lui disait, à part qu'il y avait des « *choses qui n'allaient pas* ». Laurence ne pose pas de questions et « *décide que ce n'était pas trop grave* », attend la deuxième échographie et heureusement la sage-femme lui dit que « *tout va bien* » (Laurence, Côte d'Ivoire). Laurence n'a pas eu à perdre la face en avouant qu'elle ne comprenait pas, car elle a eu de la chance, son bébé allait bien. Les difficultés de compréhension vont donc au-delà de la question de maîtrise de la langue française.

Mais pour les non-francophones, à ces difficultés se rajoutent la nécessité de recourir à un.e traduct.eur.rice.

Les non-francophones

Les patientes non francophones rencontrent de plus grandes difficultés de compréhension lors des consultations. Les études montrent que la « *la moindre maîtrise de la langue représente des obstacles à l'accès et contribuent à détériorer l'état de santé des immigrés* » (Berchet et Jusot 2012, p. 6). Ces biais de communication peuvent « *conduire notamment à une mauvaise interprétation des symptômes (...) et ainsi à des diagnostics erronés et des traitements inappropriés* » (Ibid.). Les femmes totalement non-francophones sont sous-représentées parmi les enquêtées (n=2), conséquence de contraintes méthodologiques¹. Toutefois, les observations directes de consultations attestent que les patientes sont nombreuses à être dans ce cas. Quand les patientes non-francophones viennent en consultations, quatre configurations ont été observées : 1) elles sont accompagnées de leur conjoint ou d'une connaissance, 2) elles sont accompagnées d'une interprète, 3) la professionnelle de santé échange avec elles dans une langue commune, 4) elles viennent seules et sans interprète. Chaque configuration comporte des obstacles à la communication qui se répercutent sur la compréhension, la durée de la consultation et, dans certains cas, sur le diagnostic.

La configuration la plus fréquemment observée est celle de la patiente non-francophone accompagnée de son conjoint ou d'une connaissance qui fait la traduction. Lorsqu'elles s'inscrivent à la maternité, les femmes enceintes non-francophones sont fortement incitées à venir en consultation avec une personne qui traduirait pour elles. Les consultations avec conjoint traducteur entraînent souvent plusieurs problématiques : traductions partielles, marges d'interprétations et relations de pouvoir. Le-la professionnel.le de santé hésite souvent quant à son positionnement vis-à-vis de la patiente, et finit par échanger

¹ Se référer au Chapitre Méthodologique.

uniquement avec le conjoint et à lui poser des questions sur la patiente en se référant à elle à la troisième personne. Lors de ces consultations, le mari traduit peu à sa compagne et répond pour elle. Ces consultations se passent donc souvent sans qu'aucun son ne soit sorti de la bouche de la patiente. Lors d'une consultation à la maternité C. avec un gynécologue rencontrant pour la première fois un couple d'égyptiens, le médecin n'aura d'échanges qu'avec le mari, lui pose des questions sur sa femme à la troisième personne : « *est-ce que je la connais ? Est-ce qu'elle travaille ou pas ? De quelle origine ?* » et la patiente ne dira que quelques mots seulement lors de l'examen. Suite à la consultation, le médecin me dira : « *c'est difficile on a du mal à communiquer* » (Gynécologue, Maternité C.). Dans une consultation observée à la maternité C. en compagnie d'un couple tunisien avec le mari traducteur, on retrouvera la même configuration avec aucun échange direct avec la patiente enceinte, le mari qui ne traduit pas à sa femme, et même dira d'elle qu'elle est « *folle* » car elle fume. Lors de cette consultation, la position de conjoint-traducteur lui permet de stigmatiser sa femme sans qu'elle ne le comprenne. Alors que les rapports de pouvoir au sein du couple apparaissent au grand jour, la médecin se met dans une position défensive. Elle propose à la patiente de voir un psychologue, mais la patiente reste mutique.

Notes observations consultation médecin PMI à la Maternité C. :

60 min de consultation. Femme tunisienne et mari. Il n'y a que lui qui parle. Arrivée en France décembre 2013. Elle fume 10 à 12 cigarettes/jour. Le mari fume des joints, car a « mal à la jambe ».

- *Médecin* : Je vous propose des consultations de sevrage pour la cigarette. (s'adresse au mari) Elle ne comprend pas qu'elle ne pourra pas allaiter ?
- *Mari*. Elle est folle !
- *Médecin*. (s'énerve) non, non.
(La patiente rit.)
- *Médecin*. J'insiste pour qu'elle voie un psy avant l'accouchement pour qu'elle la connaisse. Pour l'accroche avec le bébé. Ce n'est pas évident d'accueillir ce bébé.
(La patiente ne répond pas)
- *Mari*. Elle ne veut pas.

Dans certains cas, les femmes non-francophones viennent accompagnées d'un membre de leur famille, une amie ou d'une connaissance qui fait la traduction.

Lors d'un entretien au service social de la maternité B., j'observe les échanges entre l'assistante sociale et une patiente enceinte ukrainienne venue avec une « amie » qui fait office de traductrice. Cette amie est très investie lors de l'entretien, pose beaucoup de questions et se plaint de la lenteur de la procédure d'obtention de l'AME. Elle traduit l'ensemble de l'entretien à la femme enceinte et lui pose des questions auxquelles elle répond. À la sortie de l'entretien, cette amie-traductrice me dit qu'en réalité elle ne connaît pas cette femme, mais son mari qu'elle « dépanne ». Elle me dit que la traduction est en réalité assez compliquée, car elles ne parlent pas la même langue ; la patiente parle l'ukrainien, la traductrice le moldave. D'autres patientes non-francophones viennent avec leur propre traductrice. Nastya arrive avec une traductrice moldave en consultation. La traductrice traduit une grande partie, mais non la totalité, du discours de la sage-femme. Suite à la consultation, j'échange avec la traductrice. Elle me raconte qu'elle a été recrutée deux jours avant par une annonce sur internet, postée par le mari de la femme enceinte. Elle ne mentionne pas le tarif de la traduction.

Si le-la professionnel.le parle plusieurs langues, il ou elle peut faire la traduction. L'utilisation des ressources humaines à l'hôpital pour traduire est une pratique très courante : au moment du recrutement, il est demandé aux professionnel.le.s hospitaliers d'inscrire leurs compétences linguistiques sur une liste que pourra utiliser les autres professionnel.le.s. L'anglais est la langue la plus utilisée par les soignantes enquêtées. J'observe des consultations obstétriques en anglais avec des femmes originaires des Philippines et du Nigéria. Par ailleurs, lors de nos observations de consultations en PMI, une médecin mènera plusieurs entretiens en langue portugaise, avec des femmes originaires du Portugal, du Brésil, de Roumanie et du Cap Vert.

Enfin, dans la dernière configuration la consultation se déroule sans aucun interprète alors que la patiente est non-francophone. Les causes du non-recours à l'interprétariat professionnel peuvent être d'ordre organisationnel, financier ou idéologique. Trois exemples permettent d'illustrer ces non-recours. Le premier cas se déroule dans une PMI en Seine-Saint-Denis avec une patiente chinoise. Dès le début de la consultation, la patiente peine à répondre aux questions de la médecin PMI. Alors que la professionnelle de santé lui apprend qu'elle a une infection

urinaire, la patiente lui répond qu'elle n'a « *pas compris* ». Le médecin déclare « *il faut un interprète !* », mais cherche tout d'abord sur son ordinateur la traduction de certains mots : « *infection* », « *perte vaginale* », « *vagin* ». Le médecin décide d'écourter la consultation au bout de quelques minutes et demande à la secrétaire que le prochain rendez-vous se fasse avec une interprète. Quelque temps après, une scène similaire se reproduit dans la même PMI, cette fois-ci avec une patiente algérienne. La patiente arrive en consultation et précise qu'elle ne parle pas français. Le médecin sort directement de la consultation pour parler avec la secrétaire qui lui demande si elle veut un interprète par téléphone. Le médecin lui dit qu'elle « *va essayer* ». Elle retourne dans la consultation et y reste deux minutes, le temps de poser des questions à la patiente. Elle ressort aussitôt avec la patiente et va à l'accueil pour préciser : « *on a besoin d'un interprète* ». La secrétaire appelle ISM (Interprétariat en Milieu Social) pour obtenir de l'interprétariat pour la prochaine consultation. La patiente s'en va. La secrétaire me dira par la suite qu'elle avait eu la patiente au téléphone, mais qu'elle n'avait pas « *entendu qu'elle avait trop de difficultés* ». Dans ces deux cas, le non-recours à l'interprétariat professionnel est lié à une question organisationnelle, et les consultations ont été abandonnées en quelques minutes, car aucune communication n'était possible.

Lors d'une consultation avec une patiente marocaine, la même médecin PMI choisit de ne pas appeler d'interprète, car elle en avait mobilisé une dans la précédente consultation et s'était rendu compte que la patiente parlait « *bien* » français. Le médecin décide qu'elle « *n'a pas besoin* », car « *on se comprend* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Lors de la consultation, la patiente parle effectivement bien français et raconte les conditions déplorables dans lesquelles elle vit, hébergée dans une cave depuis deux ans avec son mari et ses autres enfants, car elle est « *sans-papiers* » et qu'ils n'arrivent pas à trouver du travail. Le non-recours à l'interprétariat est ici choisi en raison de questions idéologiques, propres à cette professionnelle de santé, qui préfère passer plus de temps dans la consultation plutôt qu'avoir recours à une personne extérieure au colloque singulier. Si dans cette consultation le non-recours à l'interprétariat n'a pas empêché la patiente de s'exprimer, il peut en revanche détériorer directement l'état de santé de la patiente. C'est le cas d'une patiente non-francophone orientée par

son médecin généraliste aux consultations PMI de la maternité. Dès le début de la consultation en maternité, la professionnelle de santé lui dit qu'elle ne peut pas avoir d'interprète donc « *il faut qu'on se comprenne !* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). La patiente tente de lui faire comprendre ce qui l'amène à la maternité, et elle raconte que son « *ventre est dur comme un caillou* ». Après l'avoir examinée, la soignante lui trouve une tension très élevée. Inquiète, elle appelle un collègue, d'autant plus que la patiente a 41 ans et c'est un « *facteur de risque* ». Après avoir raccroché, elle appelle les urgences pour les prévenir que la patiente arrive et demande à la patiente d'aller directement aux urgences. Une fois partie, cette professionnelle de santé me confie son analyse de la situation. Selon elle, la patiente a été mise en danger par un médecin généraliste qui a mal orienté cette patiente car il ne l'a pas bien comprise du fait du non-recours à l'interprétariat.

Pour conclure, la plupart des femmes primo-arrivantes rencontre des difficultés au sein de la relation de soin pour comprendre les professionnel.le.s de santé et communiquer. La méconnaissance du vocabulaire médical ainsi que, pour les non-francophones, la barrière de la langue, complexifient la relation de soin. La communication est facilitée par les interprètes profanes, mais la compréhension des patientes continue d'être imparfaite. Le recours aux interprètes professionnel.le.s reste encore assez limité, alors que, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, il est recommandé par les politiques de santé publique.

B. Des attentes au rabais : la comparaison avec le pays d'origine

Ces parcours de grossesse difficiles laisseraient toute patiente amère vis-à-vis du système de soins français, du suivi de grossesse et des professionnel.le.s de soin. Or, en échangeant avec les patientes primo-arrivantes, un discours totalement opposé ressort. Très étonnamment, les femmes primo-arrivantes sont très satisfaites du suivi, bien plus que les patientes françaises qui connaissent beaucoup moins d'obstacles dans le suivi (Virole 2013). Elles font peu de récits de mauvais traitements de la part de soignant.e.s en France. Ce phénomène corrobore

les résultats de Béatrice Jacques qui montre que les femmes « *étrangères* » et de classes populaires sont « *en général très satisfaites de leur prise en charge* » montrant une « *confiance totale* » envers le-la soignant.e et la structure de soins (Jacques 2007, p. 97). On pourrait toutefois penser qu'il s'agit là d'un discours de façade, destiné à la sociologue française. Tout en étant prudente, le constat de la récurrence de ces discours demande de l'attention et mérite d'être creusé. Car ces femmes ne sont pas sans discours critique envers les institutions françaises, au contraire. Mais elles épargnent, en grande partie, les institutions de soin. Si les femmes primo-arrivantes sont satisfaites de la prise en charge et de l'accueil des professionnel.le.s de santé en France, c'est seulement *en comparaison* du suivi obstétrique dans leur pays d'origine.

Des rares expériences de mauvais traitements en France

À la grande majorité, les enquêtées disent n'avoir jamais été « *mal reçue* » par un.e professionnel.le de santé en France. Les récits de maltraitances étant très rares, ils sont d'autant plus précieux pour l'analyse. Les exemples que nous allons relater ici sont le produit d'une interaction de facteurs (juridiques, sociaux, économiques, ethno-raciaux).

Bien que la xénophobie des professionnel.le.s de santé soit très peu mise en avant par les enquêtées, ces représentations et pratiques ont été documentées dans des travaux de sciences sociales de santé (Cognet, Hoyez et Poiret 2012). Le récit d'Elora met en lumière un cas de xénophobie. Elle raconte qu'à son arrivée en France elle se rend à Médecin du Monde pour être soignée. Elle y est très mal reçue, « *quelqu'un* » l'agresse et lui dit de « *retourner au Kosovo* » (Elora, Kosovo).

« À MDM, quelqu'un m'a dit "pourquoi tu viens? Pourquoi tu es ici?" j'ai dit "oh doucement", plus jamais je n'irais. Elle était fâchée. Juste parce qu'on était là. J'étais enceinte de deux mois, on m'a dit pourquoi tu es là, retourne au Kosovo! Plus jamais je n'irais »

(Elora, Kosovo)

D'autres racontent des situations de mépris de classe (Bourdieu 1980). Neva témoigne d'une mauvaise expérience avec un soignant en France au début de sa grossesse. Aux urgences, un médecin lui a fait une remarque désobligeante : « *la prochaine fois achetez une voiture* » alors qu'elle est en situation de précarité extrême et qu'elle n'a « *pas d'argent pour se payer du paracétamol* » (Neva, RDC). Elle raconte qu'elle s'est « *laissée faire* » parce qu'elle avait « *besoin de soins* » et qu'elle venait d'arriver en France. Neva souligne qu'elle « *connaît le métier* » (elle était infirmière en République Démocratique du Congo) et que ce professionnel a oublié son « *serment d'Hippocrate* » (Neva, RDC). Neva a été socialisée dans le milieu hospitalier, elle connaît ses règles, ses normes et ses bonnes pratiques. Elle identifie très vite que le soignant en face d'elle ne la traite pas « *comme il devrait* » (Neva, RDC). Alors qu'Adriana venait d'apprendre qu'elle était enceinte pour la deuxième fois, Adriana raconte sa mauvaise expérience avec une gynécologue dans une clinique privée française. Le mauvais accueil de la soignante s'est cumulé avec le prix exorbitant de la consultation, 110 euros, car Adriana n'avait pas de couverture médicale. Adriana réagit tout de suite en quittant la consultation et en prenant rendez-vous avec une autre gynécologue dans le même hôpital. Elle opère une stratégie de « *défection* » (*exit*) : selon Albert Hirschman une personne insatisfaite par un service peut décider de l'abandonner et opter pour une autre « *marque* » (Hirschman 1995). Les capacités à développer ces stratégies sont marquées socialement, elles dépendent du niveau de capital social, économique, juridique et linguistique des patientes (Virole 2013).

Le caractère marginal des récits de maltraitements médicaux en France, s'il ne dit rien sur la quantité des cas en *réalité*, en revanche dit beaucoup sur les attentes des femmes primo-arrivantes quant à la qualité de la relation de soin. Ce n'est pas un hasard si les discours critiques sur les professionnel.le.s de santé français ressortent de femmes ayant été socialisées dans le milieu hospitalier, ou avec de très bonnes expériences passées de suivi de grossesse.

Des attentes formulées en comparaison avec le pays d'origine

Pour qualifier des pratiques de maltraitantes, il est nécessaire d'avoir un référentiel de bonnes pratiques auxquelles les comparer. La grande majorité des enquêtées sont satisfaites du suivi en France *comparé* au suivi gynéco-obstétrique de leur pays d'origine. Ne connaissant pas les normes de santé françaises, les personnes primo-arrivantes ont des références et des attentes vis-à-vis du système de soins qui sont marquées par le système de soins de leur pays d'origine (Jusot et Sermet 2009). Parmi les enquêtées, peu ont déjà accouché dans leur pays d'origine, mais toutes connaissent quelqu'un qui a accouché au pays. Lors des entretiens, elles abordent les différences de suivi en France et dans leur pays d'origine, en pointant les défauts des prises en charge et, en miroir, ce qu'elles apprécient dans le suivi obstétrique en France. Elles dénoncent le coût des soins, la déshumanisation de la prise en charge, le non-recours à la péridurale et la mauvaise organisation du suivi de grossesse dans leur pays d'origine. Ce qu'elles choisissent de mettre de en avant dans leurs critiques révèlent par effet de miroir leurs attentes quant au suivi¹.

La première critique est souvent d'ordre *financière*. Les enquêtées racontent que le suivi de grossesse dans leur pays d'origine est « *très cher* » et « *en fonction de la tête du client* ». En Côte d'Ivoire « *tout est payant* » (Grace, Côte d'Ivoire). Hannatou souligne qu'« *en Guinée on demande l'argent d'abord* » avant de te soigner (Hannatou, Guinée). L'aspect économique est surtout imbriqué avec un argument relationnel. Simone raconte qu'en Guinée « *quand tu n'as pas d'argent* », le personnel hospitalier ne « *s'intéresse pas à toi* » : « *j'étais allée accoucher là-bas parce qu'elle était proche de nous, et ce n'était pas cher. Là-bas à l'hôpital quand tu n'as pas d'argent on ne s'intéresse pas beaucoup à toi. Ici à l'hôpital on s'occupe bien de nous* » (Simone, Guinée). En Roumanie, « *si on donne quelque chose ils sont gentils, si on ne donne pas il n'y a personne qui parle avec vous* » (Cristina, Roumanie). En Moldavie, « *il faut payer en liquide et la qualité des soins n'est pas*

¹ Je ne ferais pas ici d'analyses détaillées en fonction des pays d'origine des femmes car je n'ai pas assez d'informations spécifiques concernant chaque contexte national : cela nécessiterait de comparer 17 systèmes de prise en charge de grossesse.

bonne» (Nastya, Moldavie). L'argument financier est ici mobilisé conjointement avec un argument d'égalité devant les soins : toute personne doit être prise en charge de la même façon à l'hôpital, qu'importe son statut social ou économique.

La seconde critique est d'ordre *relationnel*. Les femmes mettent en avant que les sages-femmes dans les hôpitaux de leur pays d'origine n'ont pas le temps de s'occuper des parturientes, et leur parlent « *mal* » quand elles accouchent. Marlene a vu des patientes se faire « *agresser par le personnel* » lorsqu'elles accouchaient en République Démocratique du Congo, et stigmatiser du fait leur âge (Marlene, RDC) [Voir l'encadré « *Les critères de Marlène* » plus bas]. Au Kosovo et en Tunisie, les sages-femmes « *donnent la claque si la femme crie* » (Elora, Kosovo). « *Là-bas ils s'en foutent de la femme et des bébés, et tout* » (Imen, Tunisie). Inès dénonce qu'en Algérie « *ils ne donnent pas d'importance à la femme enceinte* » (Inès, Algérie). Elle le lie au statut des femmes en général en Algérie : « *de toute façon la femme normale, c'est pas terrible* » (Inès, Algérie). La première et la dernière expérience qu'elle a avec une gynécologue en Algérie était obligatoire : « *la mairie* » avait demandé un certificat de virginité avant son mariage. Selon elle, les professionnel.le.s de santé en Algérie « *manquent de respect* » et de considération envers les femmes enceintes. Il est intéressant de noter que la question de la sécurité de l'accouchement est très peu mentionnée dans les entretiens, alors qu'elle est plus élevée en France que dans les pays en voie de développement, si on se réfère aux taux de mortalité maternelle et infantile (quoique la France ait des taux élevés en comparaison aux autres pays européens, comme on le verra dans le prochain chapitre). Ce qui ressort le plus des attentes des femmes primo-arrivantes est l'importance de la qualité de la relation avec les soignant.e.s : la compréhension, l'empathie et la gentillesse du/de la professionnel.le de santé.

Une troisième critique est d'ordre *médico-technologique*. Elles mentionnent notamment l'usage d'une technologie du soin qui change radicalement l'expérience de l'accouchement : la péridurale. La majorité des femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne souligne le contraste entre l'usage de la péridurale en France et dans leur pays d'origine. Simone raconte qu'elle a accouché une première fois en Guinée chez une sage-femme, un accouchement « *naturel* » sans « *rien pour calmer la douleur* » et elle a cru qu'elle « *allais mourir* » (Simone, Guinée). Carine

a accouché trois fois en Côte d'Ivoire sans péridurale et a bien senti « *la douleur* » même si ses parents lui ont donné un « *traitement indigénat pour avoir moins mal* ». Elle « *préfère ici à cause de la péridurale* » (Carine, Côte d'Ivoire). Laurence, originaire de Côte d'Ivoire, ne connaissait pas la péridurale, et l'a découvert le jour même de son accouchement. Elle accepte, ne voulant pas ressentir trop de douleur. Ces discours pro-péridurale vont à l'encontre de certains stéréotypes « *culturalistes* » (Fassin et Dozon 2001) véhiculés par certain.e.s professionnel.le.s de santé, qui supposent que les femmes « *africaines* » préféreraient l'accouchement « *naturel* » dans la douleur, car « *en Afrique on accouche sans péridurale* » (Virole 2013). Chiara Quagliariello a notamment montré que les professionnel.le.s de santé renvoient les femmes sénégalaises « *immigrées* » en Italie à une « *nature* » au moment de l'accouchement (Quagliariello 2013). Par ailleurs, plusieurs enquêtées plébiscitent d'autres technologies peu utilisées dans leur pays d'origine et très utilisées en France. Entre autres, l'échographie, technologie qui permet d'avoir un suivi plus « *détaillé* » et précis ou les analyses de sang. Par exemple, Elora est contente de « *faire des analyses tous les mois* » pour « *savoir* » parce qu'elle était « *inquiète* » pour sa santé car elle dormait à la rue (Elora, Kosovo) :

« Ici on fait des analyses tous les mois, on regarde s'il y a des problèmes. Là-bas non. Rien du tout. Si tu ne peux pas payer, il n'y a rien du tout. Les analyses ici c'est bien, j'étais très contente parce que comme je dormais dehors j'étais inquiète, et en fait toutes les analyses étaient négatives. Au Kosovo il n'y a rien du tout. Je préfère savoir, parce que comme ça tu connais le problème »

(Elora, Kosovo)

La multiplication des examens sanguins ne fait toutefois pas l'unanimité chez les enquêtées. En effet, plusieurs femmes, toutes originaires de pays d'Afrique subsaharienne, regrettent cette trop forte médicalisation du suivi de grossesse : examens sanguins mensuels, consultations mensuelles (ou plus si la grossesse est considérée comme pathologique). Marlene relate qu'en République Démocratique du Congo, « *si tu n'es pas malade, il n'y a pas d'examens* » (Marlene, RDC). Le décalage est donc considérable avec le suivi français, qui impose aux patientes des tests sanguins avant chaque consultation obstétrique à la maternité. Par ailleurs, les enquêtées soulignent que venant d'« *Afrique* », elles doivent faire plus

d'examens que les autres : « *Ça s'est bien passé sauf que tu viens de l'Afrique on te prescrit beaucoup des examens à faire, je ne sais pas pourquoi !* » (Marlene, RDC). Marlene fait ici ressortir une inégalité ethno-raciale entre les femmes enceintes : dans les maternités françaises, il est demandé automatiquement aux femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne et des Antilles de se faire dépister de la drépanocytose¹. La drépanocytose est une maladie génétique héréditaire rare en France², et seuls certains nouveau-nés sont dépistés, s'ils sont nés de parents originaires (sans limites de générations) d'une « *région à risque : Afrique, Antilles, sous-continent Indien* » et dans une moindre mesure, « *Afrique du Nord et Bassin Méditerranéen* »³ (Galactéros 2012). En pratique, tous les nouveau-nés identifiés par les professionnel.le.s de santé comme « *noirs* » sont dépistés de cette maladie⁴. Dès la grossesse, les professionnel.le.s de santé tentent de dépister cette maladie. Certaines maternités « *enregistrent explicitement « l'origine » des patientes lors de leur inscription, élément qui est intégré dans le dossier médical* » (Nacu 2011, p. 112). Les professionnel.le.s proposent de manière systématique le dépistage aux femmes qu'ils-elles perçoivent comme originaires d'« *Afrique et des Antilles* » même si elles sont nées en France (Virole 2013). L'orientation vers des examens complémentaires repose sur l'origine ethnique supposée des patientes. Ce phénomène existe par ailleurs dans le recours plus systématique à la césarienne, comme l'ont montré les travaux de Priscille Sauvegrain (Sauvegrain 2012). Les femmes primo-arrivantes originaires de pays d'Afrique subsaharienne se retrouvent donc avec des examens plus nombreux que dans leur pays d'origine, et

¹ Sur cette question lire NAU Jean-Yves, « *Drépanocytose: une discrimination négative à la française* », Slate.fr. <http://www.slate.fr/story/59407/drepanocytose>

² « *La drépanocytose est une maladie liée à une mutation génétique à l'origine d'une anomalie de l'hémoglobine des globules rouges, qui assure le transport de l'oxygène à tous les tissus et organes. Il s'agit d'une maladie grave, rare et peu connue en France, qui toucherait environ 10 000 personnes (tous âges confondus).* » (source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1728538/fr/depistage-neonatal-de-la-drepanocytose-en-france#toc_2)

³ « *Origine géographique des populations concernées par la drépanocytose (régions à risque) : Départements français d'outre-mer : Antilles, Guyane, la Réunion, Mayotte Tous les pays d'Afrique subsaharienne et le Cap-Vert Amérique du Sud (Brésil), Noirs d'Amérique du Nord Inde, Océan Indien, Madagascar, Île Maurice, Comores Afrique du Nord : Algérie, Tunisie, Maroc Italie du Sud, Sicile, Grèce, Turquie Moyen-Orient : Liban, Syrie, Arabie Saoudite, Yémen, Oman* » (Galactéros 2012, p. 313).

⁴ « *Actuellement, pour que le nouveau-né soit testé : 1- Les deux parents doivent être originaires d'une région à risque. 2- Un seul des deux si le deuxième n'est pas connu. 3- S'il existe des antécédents de syndrome drépanocytaire majeur dans la famille. 4- S'il existe un doute pour les critères 1, 2, 3.* » (Blondel 2004, p. 164)

plus nombreux que les autres femmes enceintes. Il n'est ainsi pas étonnant que ces femmes trouvent qu'il y a « *trop* » d'examens en France.

La dernière comparaison mentionnée par les enquêtées est d'ordre *organisationnel*. Leurs discours sont partagés. D'un côté, elles apprécient le suivi « *bien organisé* » en France, d'un autre elles regrettent le poids des contraintes qu'il entraîne : s'inscrire à la maternité, venir tous les mois aux rendez-vous, etc. Marlene raconte qu'en République Démocratique du Congo tu « *viens comme ça* » à la maternité (Marlene, RDC). En Roumanie c'est « *très simple* », « *il n'y a pas besoin de rendez-vous* », car « *ils ne sont pas aussi bien organisés* » (Adriana, Roumanie). Les patientes originaires d'Algérie ne sont pas gênées par ces contraintes. Elles ne trouvent pas cela « *trop différent* » ; en Algérie les consultations se font tous les trois mois et non tous les mois comme en France (Mina, Algérie).

Les critères de Marlene : organisation, médico-technologique, relationnel

- *Marlene*. Je suis allée à Maternité X., ici la maternité ce n'est pas comme chez nous. **Ici il faut s'inscrire**, chez nous il ne faut pas s'inscrire.
- *Enquêtrice*. *Quand vous dites « chez nous », c'est où ?*
- *Marlene*. Au Congo ! (rires) Au Congo tu viens juste comme ça, si tu es présent le médecin te consulte. (...) Les examens c'est juste au début de la grossesse et puis pour faire encore des examens il faut que tu sois malade, si tu n'es pas malade **il n'y a pas d'examens**. Ici les examens c'est chaque mois, chaque mois il y a des examens. (...)
- *Enquêtrice*. *Est-ce que vous aviez des cours de préparation à la naissance ?*
- *Marlene*. Non.
- *Enquêtrice*. *Et comment ça s'est passé l'accouchement là-bas ?*
- *Marlene*. Ça se passe comme en Afrique hein. **Il n'y a pas de péridurale...** Là-bas on accouche comme ça.
- *Enquêtrice*. *Vous avez eu une césarienne ?*
- *Marlene*. Non. J'ai accouché par voie basse.
- *Enquêtrice*. *Et est-ce que les relations avec les médecins c'est différent ou c'est pareil ?*
- *Marlene*. Moi je trouve qu'ici **ils sont très gentils par rapport au Congo !** (rires) Ah oui.
- *Enquêtrice*. *Vous avez eu des mauvaises expériences pendant votre première grossesse ?*
- *Marlene*. Oui. **J'ai vu des mamans qui venaient accoucher et qui étaient agressées par le personnel.**
- *Enquêtrice*. *C'est-à-dire ?*
- *Marlene*. L'âge est déjà passé et elle continuait à accoucher. Quand c'est une personne qui est déjà avancée en âge, l'accouchement se passe très bien, mais les gens qui vont vous faire accoucher, vous aller subir des insultes.

Les femmes soulignent donc plusieurs oppositions : payant/gratuit ; bienveillance/maltraitance ; confort/douleur ; organisé/désorganisé. Leurs comparaisons révèlent en creux leur définition d'un *bon* ou d'un *mauvais* suivi de grossesse. Les femmes primo-arrivantes sont majoritairement très contentes de leur prise en charge en France, car elles la comparent à leur vécu dans leur pays d'origine. Or, nombreuses sont les enquêtées avec des récits de maltraitance gynéco-obstétrique dans leur pays d'origine. Ce constat est récurrent, tous les pays des enquêtées sont concernés, sans exception. L'étude des attentes relationnelles des patientes révèle donc le rôle de l'organisation, des pratiques et de la « *culture médicale* » (Fassin et Dozon 2001) nationales dans le façonnement des subjectivités des patientes, d'autant plus visibles dans la migration.

Un positionnement spécifique des femmes primo-arrivantes ?

Dans quelle mesure leur satisfaction de la prise en charge retentit-elle sur le déroulement de la relation de soin ? Lors de mon mémoire de Master 2, j'avais comparé les comportements des femmes françaises et des femmes « *étrangères* » lors de consultations gynéco-obstétriques dans une maternité parisienne (Virole 2013). Je démontrais dans un premier temps une adhésion plus forte des femmes « *étrangères* » au modèle paternaliste de l'autorité médicale, marquée par l'asymétrie relationnelle entre médecin-expert et patient-passif (Parsons 1951). Ces résultats confirmaient les conclusions de travaux sociologiques qui attestent que les patientes « *immigrées* » précaires ont tendance à opter pour une posture plus « *passive* » que les patientes françaises favorisées (Jacques 2007 ; Nacu 2011). En revanche, les enquêtées françaises avaient plus tendance à s'opposer à l'autorité médicale et à se placer dans un « *modèle relationnel co-décisionnaire* » (Barbot 2002). Ces tentatives des patientes françaises de bouleverser le schéma traditionnel restaient toutefois marginales et recadrées par les professionnelles de santé (Virole 2013).

En revanche, l'objectif de cette thèse n'est pas de comparer le comportement des femmes primo-arrivantes et des femmes françaises, mais de relater l'expérience vécue de ces premières. L'observation des consultations obstétriques est toutefois sans appel : les patientes primo-arrivantes négocient peu avec la professionnelle de santé, acceptent ses recommandations et disent rarement « *non* ». Quelques rares négociations sont à mentionner, par exemple quand Yasmine désire faire le ramadan¹ et que la sage-femme lui conseille de boire quand même, car c'est « *recommandé* » (SF PMI Maternité C., Paris).

Notes observations consultation SF PMI Maternité C. (Paris) avec Yasmine, originaire d'Algérie.

- *Yasmine.* Est-ce que je suis obligée pour la première écho de boire de l'eau ?
- *SF.* Oui.
- *Yasmine.* Mais c'est ramadan....
- *SF.* Vous savez qu'en tant que femme enceinte... c'est quand ?
- *Yasmine.* 17 juin.
- *SF.* Sinon boire de l'eau le matin avant que le soleil se lève et même pas aller faire pipi avant. Vous n'êtes pas obligée en tant que femme enceinte. En tant que SF ce n'est pas recommandé. Manger oui, mais boire ce n'est pas recommandé.
- *Yasmine.* Des gens disent si en forme oui, sinon pas bien.
- *SF.* En juin vous ne serez peut-être pas en forme. Ce n'est pas recommandé, mais je comprends.

Suite à la consultation, Yasmine me dira qu'elle trouve que la consultation s'est « *bien passée* ». Elle ne sait pas si elle va faire le ramadan ; pour l'instant elle pense que comme elle est « *fatiguée* » elle le fera sûrement « *après l'accouchement* » (Yasmine, Algérie). Ces négociations semblent alors, « *pour l'instant* », à l'avantage de la professionnelle de santé, qui a réussi à ce que Yasmine considère le fait de repousser le jeûne après la naissance de son enfant. Ces négociations autour du ramadan semblent être récurrentes et surtout régulières : elles ont lieu tous les ans avec les patientes voulant faire le jeûne alors qu'elles sont en fin de grossesse.

En définitive, il est nécessaire de relativiser le poids des attentes des femmes dans leur positionnement face aux professionnel.le.s de santé. Qu'importe l'origine de la patiente, le modèle de la co-décision est rare, voire absent dans les relations

¹ Mois de jeûne (de l'aube au coucher du soleil) dans la religion musulmane.

de soins observées. Les consultations à la maternité ressemblent plus à un interrogatoire avec examen expéditif (en moyenne les examens durent 3 minutes), qu'à un espace de parole où la subjectivité de la patiente est respectée. Les patientes ne disposent pas d'espaces et de temps pour se poser et négocier avec la soignante. En revanche, nous verrons dans le Chapitre 4 que certains dispositifs dédiés donnent plus de place à la subjectivité des patientes.

Conclusion Chapitre 2

Les femmes enceintes primo-arrivantes rencontrent un ensemble d'obstacles tout au long de leur parcours de soin. D'abord pour entrer dans le suivi. L'imbrication du manque de capital social, économique, juridique et linguistique en France influe sur les comportements de soins des femmes primo-arrivantes. Elles renoncent plus aux soins, arrivent tardivement dans le suivi et sont mal orientées. Elles ont des difficultés à obtenir une couverture médicale, bien qu'elles en aient le droit, en théorie. Quand elles parviennent à entrer dans le suivi, celui-ci est loin d'atteindre les normes de qualité définies par la Haute Autorité de Santé : leur suivi est irrégulier, elles n'accèdent pas aux cours de préparation à la naissance et sont souvent hospitalisées.

Enfin, leurs rapports avec les professionnel.le.s de santé au sein du colloque singulier sont limités par la barrière linguistique, mais aussi par leurs attentes relationnelles, qui paraissent minimales par rapport à celles des patientes françaises. Marquées par les mauvaises pratiques de leur pays d'origine qu'elles critiquent sévèrement, ces femmes sont en général très satisfaites du suivi de grossesse français, malgré l'ensemble des difficultés relationnelles qu'elles connaissent avec les soignant.e.s.

Conclusion Partie I

Cette première partie a eu pour objectif de décrire l'ensemble des obstacles que les femmes primo-arrivantes rencontrent tout au long de leur parcours de grossesse : avant qu'elles ne soient enceintes, au moment où elles l'apprennent, le long de leur grossesse et lors de leur accouchement. L'analyse met en lumière les répercussions du manque de capital social, économique, juridique et linguistique des femmes primo-arrivantes sur leurs parcours de grossesse, et plus généralement, sur leurs parcours de vie en France.

D'abord arriver en France. Traverser les mers, les continents, par train, bateau ou avion, seule ou en couple, ces femmes ont choisi de migrer en France avec « *un projet de vie meilleure* » (Adriana, Roumanie). Leur accueil en France est loin d'être celui qu'elles espéraient. En situation irrégulière, en France, « *on ne peut rien faire* » (Imen, Tunisie). Ainsi commence des parcours d'exclusion : hébergement précaire, mise à la rue, hôtels 115, travail non déclaré...

Alors surgit un événement qui bouleverse l'ensemble de leur parcours et précarise davantage leurs conditions de vie. L'annonce de la grossesse entraîne des ruptures consécutives. Mises à la porte, passages par la rue, hébergements à l'hôtel en sont la conséquence directe. La grossesse accentue leur déficit en capital social et économique. Elle limite leurs marges de manœuvre.

Leur parcours de galère ne s'arrête pas aux portes des institutions de soin. Ces dernières ont édifié des barrières, auxquelles se confrontent les femmes primo-arrivantes qui désirent faire suivre leur grossesse. Les inégalités de capital social, économique et juridique ont des retombées majeures sur les comportements de soins des patientes, mais aussi sur leur accueil par les institutions et les professionnel.le.s.

Le sujet est ici dépeint trébuchant face à l'ensemble des pièges : trimballé d'hôtel en hôtel, de maternité en maternité, bloqué à l'entrée, maltraité, incompris, surmédicalisé... La deuxième partie de cette thèse se penche sur les réponses des institutions face aux d'inégalités périnatales que connaissent les femmes primo-arrivantes en France.

**Partie II : De la fabrique à la reconnaissance du
sujet: Dispositifs dédiés en périnatalité**

Nous avons montré dans une première partie que les femmes primo-arrivantes connaissent des parcours de « *galère* » (Dubet 1995) pendant leur grossesse. Sujets précaires, invisibles, marginalisés, exclus de la société, ces femmes pâtissent d'un manque de capital social, économique, juridique et parfois linguistique en France. Face à ces situations sociales préoccupantes, quelles solutions sont apportées par les pouvoirs publics afin de réduire les inégalités périnatales ?

Dans le champ de la périnatalité, un ensemble hétérogène de dispositifs a été mis en place pour améliorer l'accès aux soins des femmes primo-arrivantes lors de leur grossesse. Notre enquête s'est penchée sur certains de ces dispositifs dédiés ; leur origine, les raisons de leur existence, leur fonctionnement, leur public cible et leur recrutement. Comment expliquer l'existence de ces dispositifs ? Dans quelle mesure l'accompagnement proposé dans ces dispositifs dédiés est-il spécifique ? En quoi l'entrée dans des dispositifs dédiés affecte-t-elle la subjectivité des femmes enceintes primo-arrivantes ? Autrement dit, que cela fait-il au sujet de passer de « *sujet précaire* » (Butler 2009) à « *sujet de gouvernement* » (Fassin et Memmi 2004) ?

Pour répondre à ces interrogations, cette deuxième partie analyse les processus de *fabrique* et de *reconnaissance* du sujet en périnatalité en trois chapitres.

Le Chapitre 3 revient sur le processus de création d'une nouvelle catégorie de sujet « *à risque* » dans le champ périnatal : les femmes « *immigrées* » / « *étrangères* » / « *en situation irrégulière* ». En mobilisant les travaux épidémiologiques, les archives des politiques de santé publique et une ethnographie de dispositifs médico-sociaux, le chapitre analyse comment ce sujet a été progressivement objectivé par les statistiques, ciblé par des politiques publiques et visé par des dispositifs dédiés.

Le Chapitre 4 décrit le suivi de grossesse spécifique des femmes primo-arrivantes, en s'appuyant sur l'ethnographie de plusieurs dispositifs dédiés. Il démontre que les professionnelles ont développé une approche personnalisée des patientes, transversale dans l'ensemble des dispositifs dédiés étudiés.

Enfin, le Chapitre 5 s'attache à analyser les effets de ces dispositifs sur le statut de sujet, confrontant les théories de la reconnaissance de Nancy

Fraser (Fraser 2004) avec l'expérience vécue des femmes enceintes primo-arrivantes en France. Il montre comment cette prise en charge personnalisée produit de la reconnaissance et augmente les capacités d'agir des femmes primo-arrivantes.

Chapitre 3 : Un nouveau sujet dans le champ périnatal

« *La santé est un révélateur particulièrement sensible de l'ordre social et politique* »

(Fassin, Morice et Quiminal 1997, p. 107)

Ce chapitre revient sur la construction d'un nouveau sujet dans le champ périnatal. Dans une perspective foucauldienne, nommer, c'est faire exister (Foucault 1976). Comme le souligne Gilles Frigoli, en nommant, les acteurs institutionnels construisent leurs ressortissant.e.s en même temps qu'ils les visent (Frigoli 2009). « *Femmes immigrées* », « *femmes étrangères* », « *femmes étrangères en situation irrégulière* », « *femmes originaires d'Afrique subsaharienne* »... La littérature épidémiologique, les politiques de santé périnatale et les structures du champ périnatal mobilisent de nombreux termes pour nommer le public qu'ils qualifient de « *public à risque* » ou de « *public prioritaire* ». Ce chapitre décrit le processus de fabrication d'un nouveau sujet en santé périnatale à travers plusieurs processus qui contribuent à l'objectivation d'une catégorie de population.

En premier lieu, il montre que les femmes « *immigrées* » sont devenues un objet de connaissances dans la littérature épidémiologique en santé périnatale. Un ensemble de travaux, de cette « *science du gouvernement* » qu'est l'épidémiologie (Berlivet 2004), a permis d'identifier une population à risques périnataux particulièrement élevés : les « *femmes immigrées* », et parmi elles les femmes « *originaires d'Afrique subsaharienne* ». Pour rappel, les termes « *immigrées* », « *étrangères* », « *originaires de...* »¹ seront utilisés avec des guillemets

¹ L'INSEE divise le monde en cinq zones géographiques : Europe, Afrique, Asie, Amérique et Océanie. Elle mobilise ces zones pour classer les personnes immigrées en fonction de leur pays d'origine. Chaque zone peut être divisée en plusieurs zones géographiques. Par exemple, la zone géographique « *Afrique* » est divisée en deux zones : « *Maghreb* » et « *Afrique subsaharienne* ».

tout au long du texte, afin de signifier que sont les termes utilisés officiellement par la littérature¹.

La mise « *en statistiques du réel* » transforme l'accès aux soins des femmes « *immigrées* » en objet de savoir légitime pour le gouvernement (Fassin et Dozon 2001, p. 8). Le *savoir* fourni par la littérature épidémiologique a su rencontrer le *pouvoir* des politiques publiques (Fassin et Dozon 2001; Fassin et Memmi 2004). Parallèlement, le *pouvoir* des politiques impulse des études épidémiologiques sur cette population et co-construit ce *savoir*. Quand elles s'emparent de cette « *question problématique* » (Gusfield 1981) en 1994, les politiques de santé périnatales ne mobilisent pas les mêmes termes pour nommer son « *public prioritaire* ». Les Plans Périnataux ciblent les « *femmes en situation de précarité* », en y incluant « *les femmes étrangères en situation irrégulière* ». Absentes des objectifs des politiques de santé périnatales jusqu'aux années 1990, les femmes enceintes « *en situation irrégulière* » deviennent la cible des politiques publiques avec le Plan Périnatal de 1994 (Haut comité de la santé publique 1994) (I.). Les politiques de santé légitiment la mise en place d'accompagnements médico-sociaux spécifiques pour ce « *public prioritaire* ».

En second lieu, le chapitre se penche sur certains dispositifs médico-sociaux présents dans le champ périnatal. Ils ont une multiplicité de formes : interprétariat, groupes de parole, Réseau de santé, Permanence d'Accès aux Soins (PASS), consultations obstétriques, permanences de Protection Maternelle et Infantile (PMI). L'ethnographie de plusieurs de ces dispositifs révèle qu'ils ont en commun de recevoir des femmes enceintes « *étrangères* », souvent primo-arrivantes, parfois en situation irrégulière. Leur public réel n'est pas toujours leur public visé officiellement. Certains visent « *les femmes en errance résidentielle* », d'autres les femmes « *sans couverture médicale* », ou « *les femmes en situation de vulnérabilité* ». La deuxième partie du Chapitre présente le processus de ciblage de ces dispositifs dédiés (II.).

¹ Les définitions de ces termes se trouvent dans l'Encadré 1 : « *Étrangères ou immigrées ? Glossaire des termes officiels* », dans le Chapitre Méthodologique.

I - Du savoir épidémiologique aux politiques de santé publique

L'épidémiologie française¹ commence à se pencher sur la question des inégalités sociales périnatales que connaissent les femmes « *immigrées* » à partir des années 1980. Par la suite, les recherches épidémiologiques prennent de l'ampleur avec la naissance de grandes enquêtes périnatales nationales en 1998, 2003, 2010 et 2016. Ces enquêtes fournissent un ensemble de données statistiques qui identifie un public particulièrement touché par les inégalités : les femmes « *immigrées* » (A). Un consensus semble s'imposer parmi les études épidémiologiques : les femmes « *immigrées* » sont un public au risque périnatal élevé, et parmi elles, les femmes « *originaires de pays d'Afrique subsaharienne* » le sont particulièrement. Selon ces travaux, le facteur de risque de la nationalité d'origine est imbriqué avec deux autres facteurs : l'origine sociale et le territoire de résidence en France (B). Les politiques de santé périnatale s'emparent de cette question dès les années 1990, en identifiant un nouveau « *public prioritaire* » en 1994 : les femmes « *en situation irrégulière* » (Haut comité de la santé publique 1994) (C).

A. Le savoir épidémiologique sur la santé périnatale des femmes « immigrées »

Les premiers travaux épidémiologiques français portant sur le suivi périnatal des femmes « *immigrées* » émergent dans les années 1980. Ils se basent sur les premières enquêtes nationales sur échantillon représentatif des naissances qui ont été réalisées dans les années 1970. L'unité Mère enfant de l'INSERM publie plusieurs articles concernant la santé périnatale des femmes « *nées hors de*

¹ Ce Chapitre se limite à la littérature épidémiologique française.

France métropolitaine»¹. En 1986, Benedicte Stengel *et al.* montrent, à partir d'une enquête nationale menée en 1981, la corrélation entre « *origine immigrée* » et nombre inférieur de consultations et de cours de préparation à la naissance (Stengel, Saurel-cubizolles et Kaminski 1986). Dans la continuité, l'article de Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles *et al.*, signale qu'entre 1972 et 1981, les femmes « *immigrées* » suivent moins de visites prénatales et ont un taux de morbidité infantile plus élevé que les femmes françaises. Cette dernière étude souligne que ces inégalités touchent particulièrement les femmes « *originaires d'Afrique du Nord* » (Saurel-Cubizolles et al. 1986). Toutefois, les auteures ne trouvent pas de différence dans les taux de prématurité². Par la suite, entre 1980 et 1994, les travaux sont peu nombreux et manquent de données.

En 1994, le Plan Périnatal (voir plus bas : I-C.) crée les premières Enquêtes Nationales Périnatales (ENP), sous la tutelle du ministère de la Santé. Ces enquêtes permettent d'accéder à des données beaucoup plus fournies sur la santé périnatale des femmes en France, et sur les femmes « *immigrées* ». Quatre enquêtes nationales périnatales constituent aujourd'hui le cœur du savoir expert de l'épidémiologie périnatale : la première publiée en 1998, la seconde en 2003, la troisième en 2010 et la quatrième en 2016³. Elles avaient pour objectif, grâce au recueil d'informations sur « *l'état de santé et les soins périnataux à partir d'un échantillon représentatif des naissances* » (Badeyan et Wcislo 2000, p. 3), de « *surveiller les principaux indicateurs périnataux en comparant les résultats d'une enquête à l'autre et de répondre à des questions qui se posent de manière prioritaire au moment de chaque enquête sur certaines pratiques ou certaines*

¹ Saurel-Cubizolles MJ, Stengel B, Kaminski M, Blondel B. Surveillance prénatale et issue de la grossesse selon l'origine des femmes nées hors de France métropolitaine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1986;15(1):19-27 ; Blondel B, Marshall B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996; 25(7):729-36. ; Kaminski M, Blondel B, Breart G, Franc M, Du Mazaubrun C. Issue de la grossesse et surveillance prénatale chez les femmes migrantes. Enquête sur un échantillon représentatif des naissances en France en 1972. *Rev Epidim et Sante Publ* 1978; 26: 29-46. 2; Kaminski M, Blondel B. Déroulement et issue de la grossesse chez les femmes immigrées. *Prévenir* 1983; 7: 33-44 ;

² Sachant qu'à cette période la prématurité a considérablement baissé en France.

³ La littérature épidémiologique se base par ailleurs sur d'autres « *moyens de surveillance* » (Buton 2016) comme les études en population (enquêtes DRESS) ou l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) qui identifie tous les ans les morts maternelles en France (Pinquier 2008).

mesures de santé publique»¹ (Blondel 2004, p. 164). Ces enquêtes devaient avoir lieu tous les trois ans, mais faute de moyens, ont été espacées entre cinq et sept ans.

La première enquête nationale périnatale, publiée en 1998, inclut la catégorie « *nationalité* » à son questionnaire, ce qui n'était pas chose évidente dans le contexte français. En effet, en France les catégories de « *nationalité* » et « *nationalité des parents* » n'étaient pas automatiquement renseignées dans les enquêtes de santé avant les années 2000, restreignant considérablement les connaissances sur la santé des populations « *immigrées* » en France. Dans leur synthèse de l'ensemble des travaux français sur la santé des « *immigrés* », les économistes Caroline Berchet et Florence Jusot font le constat d'une hétérogénéité des résultats des études sur la santé des « *immigrés* » en France, qui témoigne de la nécessité d'intégrer « *des critères de nationalité, de pays de naissance et d'origine dans les grandes enquêtes nationales* », indispensables pour comprendre les « *mécanismes de précarisation qui fragilisent l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère* » (Berchet et Jusot 2012, p. 6). Introduire ces catégories permettrait alors, selon Caroline Berchet et Florence Jusot, de mettre en œuvre et évaluer les politiques de santé publique, qui pourront « *être ciblées sur certaines communautés d'immigrées* » (*Ibid.*). La seconde enquête nationale périnatale a lieu en 2003 et dispose elle aussi de la catégorie « *nationalité* ». La troisième enquête datant de 2010 affine encore ses questions. Dans cette enquête, plusieurs variables sont renseignées : « *nationalité en 5 catégories (Française, étrangère d'un autre pays d'Europe, étrangère d'Afrique du Nord, étrangère d'un autre pays d'Afrique et autres nationalités), pays de naissance, année d'arrivée en France et langue maternelle* » (*Ibid.*). La quatrième enquête périnatale, datant de 2016, reprend ces mêmes variables (INSERM/DREES 2017). En revanche, aucune

¹ « *Elles sont fondées sur le principe d'un recueil minimal d'informations tous les trois ans sur un échantillon représentatif des naissances (Blondel et al., 1997; Blondel et al., 2001). Elles sont le résultat d'une collaboration étroite entre la Direction générale de la santé, la DREES, l'INSERM et les services de PMI de chaque département. L'enquête concerne les enfants nés vivants ou mort-nés dans les maternités publiques et privées. Le seuil d'inclusion est au moins 22 semaines d'aménorrhée ou 500 grammes à la naissance. L'échantillon comprend toutes les naissances pendant une semaine, soit environ 14000 naissances en métropole.* » (Cour des comptes 2006, p. 366).

des enquêtes périnatales ne dispose de données sur le statut administratif ou les catégories ethno-raciales, contrairement à d'autres pays voisins¹.

Suite à l'enquête périnatale 2010, on perçoit une recrudescence des travaux épidémiologiques ciblés sur les femmes « *étrangères* ». En 2012, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et son équipe, en analysant l'enquête périnatale 2010, publient un article portant spécifiquement sur la santé périnatale des femmes « *étrangères* » en France (Saurel-Cubizolles et al. 2012). Les auteures comparent les résultats de cette enquête périnatale avec celle de 1998 et de 2003, qui ne disposaient que de la variable « *nationalité* ». Par ailleurs, cet article se base sur les résultats de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles qui dispose de la variable « *nationalité* » et « *pays de naissance* » (*Ibid.*).

Le savoir épidémiologique sur la santé périnatale des femmes « *immigrées* » et « *étrangères* » s'est donc construit depuis les années 1980 grâce à des enquêtes qui ont progressivement inclus des variables sur la nationalité d'origine. Ces travaux ont dès lors conduit à identifier une population à risque périnatal élevé.

B. Identification d'une population « à risque » périnatal

En 2016, les femmes « *étrangères* » représentaient 14,1 % des femmes qui ont accouché en France métropolitaine² (5 % de nationalité d'Afrique du Nord, 3,5 % d'un pays d'Europe, 3,5 % de pays d'Afrique subsaharienne), une proportion en légère augmentation (elles représentaient 13 % des femmes accouchant en

¹ Des travaux épidémiologiques européens se sont intéressés aux données sur la mortalité périnatale et infantile et ont montré que celle-ci est supérieure chez les minorités ethno-raciales (Van Steenberg, 1996).

² « *Le principal groupe de femmes étrangères en 2016 est composé des femmes d'Afrique du Nord (5,0 %, de même qu'en 2010), puis des femmes d'autres pays d'Afrique et d'Europe (3,5 % des femmes dans chacun de ces deux groupes). Au total, 18,6 % des femmes sont nées hors de France et les principaux pays d'origine sont les pays d'Afrique du Nord, comme en 2010. Parmi les femmes nées à l'étranger et résidant en France au moment de la naissance de l'enfant, la part de celles arrivées en France dans l'année précédant leur accouchement a augmenté entre 2010 et 2016, passant de 9,3 % à 11,5 %.* » (INSERM/DREES 2017, p. 37).

France en 2010¹) (INSERM/DREES 2017; Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et al. 2012). En comparant l'état de santé périnatale des femmes accouchant en France, les études épidémiologiques identifient les femmes « *étrangères* » comme un public « *à risque* » face aux inégalités de santé périnatales.

La santé publique s'est progressivement organisée autour de catégorisations sanitaires « *bas risque* » / « *haut risque* » en se basant sur ce que Luc Berlivet appelle « *l'épidémiologie du risque* » d'une population comme instrument central de l'épidémiologie contemporaine (Berlivet 2004). Les études épidémiologiques définissent le risque périnatal en examinant plusieurs critères, que sont les indicateurs de santé périnatale, comparables à l'international : le taux de mortalité infantile et maternelle², le taux de prématurité et le taux de césariennes. Or, depuis 1998, les études montrent que les femmes « *étrangères* » ont les plus mauvais indicateurs périnataux (Saurel-Cubizolles et al. 2012). Ces résultats statistiques corroborent les résultats ethnographiques présentés dans le Chapitre 2 (suivi irrégulier et minimaliste, peu d'accès à la prévention, hospitalisations nombreuses), tout en y ajoutant des résultats spécifiques : parmi les femmes « *étrangères* », ce sont les femmes « *originaires de pays d'Afrique subsaharienne* » qui connaissent le plus d'inégalités périnatales. Néanmoins, ces études ne précisent pas le statut administratif des femmes « *étrangères* ».

¹ « *La part des femmes de nationalité étrangère accouchant en France n'a pas augmenté de manière significative entre 2010 et 2016.* » « *En 2010, 13,3% des femmes qui ont accouché en France métropolitaine étaient de nationalité étrangère : 4,8% avaient une nationalité d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc ou Tunisie), 3,3% une nationalité d'un pays d'Europe (y compris la Turquie), 2,8% d'Afrique subsaharienne et 2,4% d'un autre pays, notamment d'Asie. Parmi les femmes étrangères, 98% étaient nées à l'étranger, 13% étaient arrivées en France en 2009 ou 2010 et 36% entre 2005 et 2008.* » (Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et al. 2012, p. 32).

² « *taux de mortalité infantile : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et un an pour 1 000 naissances vivantes ; taux de mortalité néonatale : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus pour 1 000 naissances vivantes ; taux de mortalité fœtale : nombre de morts fœtales, après la 28ème semaine jusqu'en 2001, après la 22ème depuis 2002 ; taux de mortalité périnatale : nombre de morts nés plus nombre de décès entre zéro et sept jours pour 1 000 naissances totales ; taux de mortalité maternelle : nombre de décès pour 100 000 naissances, pendant la grossesse ou les 42 jours suivant sa fin* » (Ibid., p. 31).

Une population à risque périnatal : les femmes « *originaires de pays d'Afrique subsaharienne* »

Les indicateurs périnataux diffèrent grandement au sein de la population des femmes « *étrangères* ». Les études observent des écarts selon les nationalités d'origine des patientes. La littérature épidémiologique crée une catégorie de population à risque autour d'une zone géographique¹ spécifique : les femmes « *originaires d'Afrique subsaharienne* ». Ces femmes « *étrangères* » suivraient moins de consultations en prénatal, seraient plus hospitalisées, avec des taux de césarienne, de prématurité et de morbidité maternelle et infantile plus élevés que les femmes françaises.

En premier lieu, les femmes « *étrangères* » bénéficiaient moins souvent que les françaises des sept consultations prénatales minimales prévues pour le suivi d'une grossesse sans complications (Blondel et Kermarrec 2011). Les suivis tardifs et minimaux sont particulièrement marqués pour les femmes « *originaires d'Afrique subsaharienne* » (Blondel, Lelong, and Saurel-Cubizolles 2009). Ces femmes ont donc moins accès à la prévention. Par ailleurs, elles bénéficient également moins souvent du dépistage du cancer du col utérin et du sein (Legros, Bauer et Goyaux 2012).

D'autre part, les femmes « *d'Afrique subsaharienne* » seraient plus hospitalisées que les femmes « *françaises* » lors de leur grossesse, alors que les autres femmes « *étrangères* » ne connaîtraient pas d'écart significatif avec les « *françaises* ». « *Le pourcentage de femmes hospitalisées pendant la grossesse (de 18,5 % pour les Françaises) était identique pour les femmes de nationalité européenne, d'Afrique du Nord ou d'autres nationalités. En revanche, il était sensiblement plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne puisque 26 % d'entre elles ont été hospitalisées* » (Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et al. 2012, p. 31). Selon les auteures, les hospitalisations fréquentes de ces femmes sont souvent provoquées par de l'hypertension ou du diabète gestationnel.

¹ Voir Encadré 1 : « *Étrangères ou immigrées. Glossaire des termes officiel* », dans le Chapitre méthodologique.

Par ailleurs, lors de l'accouchement, les femmes « *étrangères* » ont légèrement plus de risque d'avoir une césarienne que les femmes françaises. Mais si l'on s'intéresse aux taux de césarienne des femmes « *d'Afrique subsaharienne* », l'écart est très élevé : 15 points de différence avec les femmes françaises. « *Le taux de césariennes était voisin pour les femmes françaises et pour les autres européennes, respectivement 19,9 % et 20,4 % ; à peine supérieur pour les femmes d'Afrique du Nord (21,4 %) et pour les femmes d'autres nationalités (22,7 %). Il était beaucoup plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne (35 %). C'était le cas aussi pour la fréquence de césariennes avant le début du travail* » (Ibid.). Par ailleurs, l'enfant d'une « *femme originaire d'Afrique subsaharienne* » aura plus de risque de naître prématuré. Ce n'est pas le cas des autres femmes « *étrangères* », qui ont des taux assez similaires aux femmes françaises, et ont diminué entre 1998 et 2010¹ (Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et al. 2012). Les taux d'hypotrophie² de mortinatalité sont eux aussi plus élevés que les autres femmes. En revanche, les femmes « *Européennes* » et « *d'Afrique du Nord* » ont des taux de mortinatalité moins élevés que les femmes « *Françaises* »³ (en 2007). Enfin, les « *femmes d'Afrique subsaharienne* » ont aussi un risque élevé de décéder lors de l'accouchement. Ce risque est multiplié par cinq par rapport aux femmes françaises. Les décès sont en général liés aux complications de l'hypertension et à des infections. Pour la période 2003-2007, les femmes « *étrangères* » avaient plus de risque de mortalité maternelle que les femmes françaises. En revanche, les

¹ « *Après ajustement sur l'âge, la parité, la situation familiale, le niveau d'études, le statut d'emploi, la consommation de tabac et la corpulence, le taux de prématurité était plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne et pour les femmes d'autres nationalités. Il n'était pas statistiquement différent pour les femmes d'Afrique du Nord, ni pour les Européennes.* » (Ibid.)

² « *Développement inférieur à la normale d'un organe quelconque du corps, le plus souvent en raison d'une dénutrition ou d'un problème génétique. (...) Le terme "hypotrophie" est très utilisé en pédiatrie : un bébé est ainsi dit "hypotrophique" si son poids est en dessous du 10e percentile des courbes de référence. C'est souvent le cas des bébés prématurés. L'hypotrophie peut aussi être diagnostiquée avant terme, par échographie : on parle alors d'hypotrophie fœtale.* » source : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/36580-hypotrophie-definition>

³ « *En 2007, la mortinatalité était de 8,9 pour 1 000 naissances chez les Françaises, 8,6/1 000 chez les femmes de pays d'Europe, 8,8/1 000 chez les femmes de pays d'Afrique du Nord, 13,9/1 000 chez les femmes d'Afrique subsaharienne et 10,6/1 000 chez les femmes d'autres nationalités.* » (COMEDE 2013, p. 234).

« *femmes d’Afrique du Nord* » avaient un taux de mortalité maternelle inférieur aux femmes françaises¹ (COMEDE 2013).

Les auteur.e.s des études pointent toutefois certaines limites méthodologiques des enquêtes périnatales : il s’agit de petits effectifs de femmes selon les catégories de nationalité et certaines femmes ne sont pas incluses, car elles ne parlent pas français. Par ailleurs, les « *femmes roms* » sont incluses dans la catégorie « *femmes Européennes* », ce qui a tendance à invisibiliser les inégalités périnatales spécifiques qu’elles rencontrent. En effet, dans ses multiples rapports sur « *les populations roms* », Médecins du Monde fait le constat de l’exclusion des soins des « *femmes enceintes roms* » (Legros, Bauer et Goyaux 2012), alors que dans les enquêtes épidémiologiques les « *femmes « Européennes* » ont souvent de meilleurs indicateurs périnataux que les femmes françaises.

Une population précaire et ségréguée

Les indicateurs périnataux médiocres des « *femmes d’Afrique subsaharienne* » sont révélateurs d’inégalités sociales de santé très importantes en France. Sachant que la France se place à la fin du classement des pays européens en matière de mortalité maternelle et infantile (20^e rang en 2009)², cela en dit long sur l’étendue du problème de santé publique. Au critère de la nationalité se conjugue celui de la classe sociale. Les populations défavorisées sont particulièrement à risque face à la santé périnatale. « *Les femmes en situation de précarité* » ont moins de suivi obstétrique³ et plus d’accouchements par

¹ « Pour la période 2003–2007 (BEH, 2012), le taux de mortalité maternelle des femmes de nationalité française était de 7,9 pour 100 000 naissances vivantes versus 12,5 pour les femmes étrangères (7,6 pour les femmes d’Afrique du Nord et 21,8 pour les femmes d’Afrique subsaharienne). » (Danet et Olier 2009, p. 124).

² « Avec un taux national d’environ 3,8 décès pour 1000 naissances, la mortalité infantile stagne depuis 2005 contrairement aux autres pays européens, faisant ainsi passer la France du 7^e rang européen en 1999 au 20^e rang en 2009. La mortalité au cours de la première semaine de vie a augmenté de 1,6 en 2005 à 1,8 en 2009. Par ailleurs, les décès maternels qui étaient au nombre d’environ 8 décès sur 100 000 naissances sur la période 2006-2008, étaient considérés pour moitié évitables. » (Mahieu-Caputo 2009, p. 77).

³ Entre 1998 et 2003, le suivi des femmes enceintes défavorisées est de plus en plus tardif. « Dans l’enquête périnatale 2003 (DGS-Inserm), les déclarations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation, ont légèrement augmenté, passant de 4,4 % à 4,9 % entre 1998 et 2003. » (Berrocal et Le Méner 2015, p. 4).

césariennes, de bébés prématurés et de petits poids que la population générale (Mahieu-Caputo 2009; Blondel, Lelong et Saurel-Cubizolles 2009). La pauvreté entraîne « *notamment un retard dans l'accès aux soins (déclaration de grossesse hors délai), une réduction de l'accès au dépistage de la trisomie 21, une augmentation des pathologies durant la grossesse, un recours plus fréquent aux consultations d'urgence et des hospitalisations plus fréquentes lors de la grossesse. La précarité a également un impact important sur l'issue de la grossesse, avec une augmentation du risque de prématurité et de faible poids de naissance (hypotrophie)* » (COMEDE 2013, p. 233).

La littérature épidémiologique montre que les ressources économiques, ainsi que l'hébergement et le territoire de vie se répercutent négativement sur l'accès au suivi de grossesse (Rey, Danet et Benrekassa 2015). Le territoire de l'Île-de-France est particulièrement touché par la précarisation de certaines populations. En 2014, sur 180 000 naissances déclarées, 2000 enfants naissent alors que leurs parents sont sans domicile fixe – hébergées en hébergement d'urgence (Observatoire du Samu social de Paris 2014). En 2016 en France, une maternité sur six déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité¹. Dans les établissements d'Île-de-France, la fréquence est bien plus élevée : « *les 12 établissements qui indiquent être confrontés à cette situation au moins une fois par semaine sont publics et ont tous une activité supérieure à 2 000 accouchements par an ; ils sont en quasi-totalité (11 sur 12) situés en Île-de-France* » (Fresson et al. 2017, p. 7). L'enquête ENFAMS², lancée par l'Observatoire du Samu Social en 2012, consacre un chapitre de son rapport sur la santé périnatale des femmes sans logements (Observatoire du Samu social de Paris 2014). Elle souligne que « *parmi les femmes ayant accouché depuis moins d'un an, 11 % n'avaient pas déclaré leur grossesse à l'Assurance maladie, 14 % ne l'avaient déclaré qu'au troisième trimestre* » (Berrocal et Le Méner 2015). Les femmes sans domicile auraient plus de « *risque* » d'avoir une césarienne et d'être hospitalisées (Observatoire du Samu social de Paris 2014). L'Observatoire du Samu Social souligne le caractère « *préoccupant* » de la situation des femmes

¹ « *21 % des établissements publics sont concernés, dont 74 % des CHU, contre 4 % des établissements privés à but lucratif.* » (Fresson et al. 2017, p. 7).

² ENFAMS : Enfants et Familles sans logements personnels en Île-de-France.

enceintes sans logement en termes de santé publique, car « *ces conditions extrêmes auront un retentissement sur la santé de la mère elle-même, mais probablement, comme l'ont largement montré les études nord-américaines, sur leur bébé. (...) Du fait de ces conditions de vie, la grande majorité des femmes enceintes est en insécurité alimentaire, la moitié anémiée et chez plus d'un tiers d'entre elle, un trouble dépressif est repéré* » (Ibid., p. 28).

En Île-de-France, le département de la Seine-Saint-Denis est particulièrement touché par les inégalités périnatales, avec le taux de mortalité infantile le plus élevé¹. Ces « *indicateurs régionaux particulièrement médiocres* » alertent l'Agence Régionale de Santé qui finance le projet RéMI², une étude épidémiologique en 2012 pour saisir ces inégalités territoriales (Sauvegrain et al. 2015). Cette étude confirme que les inégalités périnatales « *résonnent particulièrement dans le contexte séquano-dionysien [de la Seine-Saint-Denis]* » (Berrocal et Le Méner 2015, p. 15). Même après « *retraitement de l'âge, de la nationalité et des caractéristiques de leur grossesse, les femmes (habitant la Seine-Saint-Denis) avaient plus fréquemment reçu des soins non optimaux que dans d'autres régions* » (Vanlerenberghe 2015, p. 72). Les femmes de Seine-Saint-Denis sont 18 % à avoir un « *taux global de suivi prénatal insuffisant* », caractérisé par un suivi tardif (déclaration de grossesse au 2^e ou au 3^e trimestre), moins de trois échographies et un nombre insuffisant de consultations par rapport au terme de l'accouchement³ (Sauvegrain et al. 2015). Plusieurs facteurs s'imbriquent : âge maternel, niveau scolaire⁴, « *nationalité étrangère* », absence de vie de couple et absence de couverture médicale en début de grossesse. L'effet « *territoire* » existe

¹ « *La Seine-Saint-Denis présente par exemple une mortalité infantile de 40 à 50% plus élevée que la moyenne métropolitaine depuis les années 2000 (4,8 décès pour 1000 naissances en 2012) (...). La valeur est également la plus élevée d'Île-de-France, depuis le milieu des années 1990.* » (Sauvegrain et al. 2015, p. 116).

² « *Le projet RéMI (Réduire la mortalité infantile et périnatale) a permis d'analyser conjointement les informations issues de diverses sources de données publiques en vue de mieux comprendre les spécificités du département en lien avec ces taux de mortalité élevés, en amont d'un audit de tous les décès périnataux pendant un an.* » (Ibid., p. 120).

³ Le taux global de suivi prénatal insuffisant était de 18% en Seine-Saint-Denis contre 12% en Île-de-France (Sauvegrain et al. 2015).

⁴ L'analyse des données des ENP 2003 et 2010 indique que les femmes de Seine-Saint-Denis présentaient des caractéristiques socioéconomiques plus défavorables que les femmes domiciliées dans les autres départements d'Île-de-France : études, profession, couverture sociale, logement. (Vanlerenberghe 2015)

également bien en soi : même les femmes « *de nationalité Française* » habitant en Seine-Saint-Denis ont des indicateurs périnataux moins bons que les femmes françaises des autres départements d'Île-de-France¹. Néanmoins, les auteur.e.s soulignent que les femmes « *étrangères* », particulièrement nombreuses dans ce département, ont des « *problèmes de suivi de la grossesse (début tardif, peu de consultations)* » prégnants : « *un quart d'entre elles ne bénéficient pas d'un suivi suffisant de la grossesse* » (*Ibid.*).

Depuis les années 1980, les nombreuses études épidémiologiques ont identifié un public particulièrement à risque face à la santé périnatale : les femmes « *étrangères* », et spécifiquement les femmes « *originaires d'Afrique subsaharienne* ». Ces études pointent la persistance d'inégalités sociales qui affectent la santé des femmes enceintes et de leur futur enfant. La nationalité est un facteur de risque, qui peut être combiné avec d'autres facteurs aggravants, comme la précarité et le territoire d'hébergement. Le développement d'outils de surveillance de plus en plus complets, au travers des enquêtes périnatales, a permis de construire un savoir expert sur la santé périnatale. Certaines études interpellent les pouvoirs publics : « *le constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère* » (Berchet et Jusot 2012, p. 6). Nous verrons comment, depuis les années 1990, les politiques de santé se sont emparées de question de la santé périnatale des femmes « *étrangères* ».

¹ « *La prévalence des facteurs de risque sociaux, comme le jeune âge maternel, le faible niveau scolaire, l'absence de vie en couple et l'absence de couverture sociale en début de grossesse, est également plus élevée dans le département. Cependant, la proportion des femmes de nationalité Française moins bien suivies reste plus élevée en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements, même après ajustement sur ces facteurs* » (Cour des comptes 2006, p. 370).

C. Un nouveau public prioritaire des politiques périnatales : les femmes « en situation irrégulière »

À partir des années 1990, le champ de la santé périnatale développe une politique volontariste de réduction des inégalités que connaissent les « *femmes étrangères* », en se focalisant sur une fraction de ces femmes, les « *femmes en situation irrégulière* ». Ce ciblage correspond à une nouvelle orientation des politiques publiques : lutter contre les inégalités sociales de santé. Dès 1994, le Plan Périnatal souligne la nécessité de mettre en place une « *politique en faveur des plus démunis* ». Dès lors, les femmes enceintes « *en situation de précarité* » sont identifiées comme un « *public prioritaire* ». Les femmes « *en situation irrégulière* » sont incluses dans la catégorie « *femmes en situation de précarité* ». De même, le Plan Périnatal de 2005-2007 les inclut dans la catégorie « *femme précaire* ». Bien qu'elles fassent partie de cette catégorie « *précaire* », elles sont toutefois *nommées* explicitement. Dans une perspective foucauldienne, nous considérons ici qu'à travers l'action de la santé publique, les femmes « *en situation irrégulière* » deviennent, en étant *nommées*, « *sujet et objet de gouvernement* » (Fassin et Memmi 2004).

Cette section retrace les étapes progressives de ciblage de cette population par les politiques de santé périnatales. Elle ne dispose malheureusement pas des moyens méthodologiques¹ pour réaliser une sociohistoire des politiques publiques, qui nécessiterait notamment un accès à des témoignages d'acteurs publics ayant participé à la construction de ces plans d'action. À travers l'étude des plans périnataux successifs depuis les années 1970, nous montrerons que depuis les années 1990, les politiques de santé périnatales se sont de plus en plus penchées sur la question des inégalités d'accès aux soins des femmes « *en situation irrégulière* ».

Le premier Plan Périnatal est initié dans les années 1970² (Plan 1970-1976). À cette époque, il se concentre sur la sécurisation de l'accouchement (renforcement

¹ [voir Chapitre Méthodologique]

² Se référer au rapport de la Cour des Comptes (Cour des comptes 2006, p. 369).

des moyens techniques) et sur la prévention (augmentation du nombre de consultations obligatoires). Le Plan 1970-1976 ne mentionne pas la question des inégalités d'accès aux soins parmi les femmes enceintes. Les années 1980 marquent une pause dans la politique périnatale. Plus de vingt ans vont séparer le premier plan du second, en 1994. Cette longue période de silence a eu des effets sur les indicateurs de santé, qui se dégradent. Selon Claude Rumeau-Rouquette, la détérioration des indicateurs de santé, n'est pas « *entièrement imputable à la pause* », mais est liée au contexte socio-économique. Les taux de mortalité maternelle, infantile et de la prématurité, « *incitent le gouvernement à promouvoir un nouveau plan de périnatalité* » (Rumeau-Rouquette 2004, p. 57).

En 1993, le gouvernement saisit le Haut Comité de la Santé Publique qui rend son rapport en 1994. Peu après, le second Plan Périnatal est établi (Haut comité de la santé publique 1994). Le Plan de 1994 *Sécurité et qualité de la grossesse en périnatalité* aborde de façon prioritaire la sécurisation de l'accouchement avec quatre objectifs : réduction de la mortalité maternelle et périnatale, de l'hypotrophie, et baisse du nombre de femmes enceintes non suivies¹. La partie *qualité* du Plan nous intéresse particulièrement ici, car elle introduit une nouveauté dans le champ de la santé publique périnatale. Pour la première fois, « *les femmes en situation irrégulière* » sont ciblées par une politique de santé périnatale. On peut notamment lire dans le Plan qu'un des objectifs est d'« *intégrer en priorité la prise en charge de la grossesse et de la naissance dans la politique en faveur des plus démunis* » en précisant dans un de ces points l'objectif de mener une « *protection des femmes enceintes en situation irrégulière et de leurs nouveaux hospitalisés* » (*Ibid.*, p. 101). Le Plan propose de faciliter leur « *accès aux droits et à l'ouverture des droits* », de les orienter de manière précoce « *vers une maternité associée à un service de pédiatrie* », « *d'associer le suivi PMI et développer le rôle des sages-femmes à domicile* », de repérer les femmes enceintes « *non connues* »,

¹ « 1. diminuer la mortalité maternelle de 30 % (par rapport à un taux estimé de 13,9 décès pour cent mille naissances) ; 2. abaisser la mortalité périnatale de 18 % (passage de 8,2 à 6,7 pour mille) ; 3. réduire l'hypotrophie (poids trop faible de l'enfant au regard du nombre de semaines de grossesse et inférieur à 2 500 g à la naissance) de 25 %, à partir d'un taux de 5,7 % des naissances, pour atteindre 4,3 % en 1999 (le HCSP, qui avait souligné l'importance de cet indicateur pour la mortalité périnatale et son association fréquente avec la prématurité, avait proposé 4 %) ; 4. réduire de moitié (soit de 1 à 0,5 %) le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de trois consultations prénatales, selon la définition retenue en 1994) » (Pinquier 2008).

de développer la prévention primaire par l'intermédiaire de l'Éducation nationale et des Missions locales (*Ibid.*). Par ailleurs, le Plan institue les enquêtes nationales périnatales afin de renforcer les moyens de surveillance. Ces enquêtes permettront d'informer plus efficacement les pouvoirs publics sur les inégalités de santé périnatales des femmes « *étrangères* » (voire plus haut). Néanmoins, le rapport de la Cour des Comptes de 2006 souligne que le volet *qualité* du Plan de 1994 sera peu mis en œuvre, contrairement à son axe *sécurité*¹ (Cour des comptes 2006).

Les années 2000 marquent une rupture dans la santé périnatale. La question de la qualité des soins et des droits des usagers et usagères bouleverse la focale sécuritaire des politiques précédentes. La loi de 2002 sur les droits des malades² n'y est pas pour rien : elle ouvre la voix aux usagères du champ périnatal. En 2003 ont lieu les États généraux de la naissance. Il est demandé aux usagères de la périnatalité de se former en association pour défendre leurs droits. C'est le début du CIANE, Collectif pour la naissance (CIANE 2007). En 2003, la « *mission périnatalité* », composée de trois experts, remet son rapport au ministère de la Santé et de la Protection sociale : celui-ci se compose de vingt propositions. La proposition numéro trois du rapport est d'« *assurer une prise en charge psychosociale* », notamment en créant « *l'entretien du 4^e mois* » (qui deviendra l'Entretien Périnatal Précoce) afin de « *dépister* » et d'« *activer* » les réseaux de professionnel.le.s (Bréart 2004, p. 69). Dans sa proposition numéro 16, ce rapport appelle la mise en place d'enquêtes nationales périnatales pour « *évaluer les politiques et les pratiques périnatales* ». Il souligne la « *pauvreté du système d'information en France en comparaison avec d'autres pays européens* » et appelle à la création d'une enquête nationale périnatale à intervalles réguliers (*Ibid.*, p. 71). Les trois experts demandent enfin, dans leur proposition numéro 20, un nouveau Plan de périnatalité, du fait de l'importance « *des modifications des*

¹ Le volet « sécurité » du plan est bien appliqué. Par ailleurs, avec le décret de 1998 se met en place progressivement les réseaux de soins en périnatalité qui regroupent les maternités en plusieurs niveaux selon le risque de la grossesse (Niveaux I, II, III) et favorisent l'orientation des patientes en fonction. (Mbaye 2009). Les petites maternités sont fermées (moins de 300 accouchements), les maternités sont réorganisées.

² LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

politiques périnatales» à mettre en place (*Ibid.*, p. 72). Le cas des femmes « *étrangères* » n'est jamais mentionné, ni dans le compte rendu des États Généraux de 2003, ni dans le rapport de la mission périnatalité. Elles seront toutefois évoquées dans le Plan Périnatal de 2005.

Le ministère de la Santé n'attend pas la publication des résultats de l'enquête Nationale Périnatale de 2003 pour publier un nouveau Plan Périnatal en novembre 2004. Le Plan fait suite à une loi du 9 août 2004 relative à la santé publique (Cour des comptes 2006). Il est composé de quatre axes, et pour la première fois inclut un axe *humanité* centré sur l'amélioration de la relation entre patientes, professionnel.le.s et institutions de soins. À la page 71, il pose clairement la priorité de cibler les femmes « *en situation sociale difficile* », particulièrement à risque face aux inégalités de santé périnatale (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 71). Il identifie les femmes qui composent ce public « *en situation de précarité* » : « *il s'agit notamment de femmes à la rue, de femmes en situation irrégulière, mais aussi parfois de femmes de foyers polygames, de femmes tsiganes, manouches, roms... de femmes détenues et de mineures* » (*Ibid.*, p. 11). Comme dans le cas du Plan Périnatal de 1994, la situation irrégulière des femmes enceintes apparaît ici comme un facteur entraînant la précarité et donc des risques plus importants face à la santé périnatale.

Le Plan 2005-2007 fait des propositions afin de réduire les inégalités périnatales que connaît ce public. Il axe ses propositions sur deux actions : l'accès aux droits et l'accès aux soins. L'objectif est alors d'améliorer « *simultanément l'accès au droit, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial, afin de permettre aux parents en situation précaire de mieux assumer leurs responsabilités, notamment de protection de leur enfant* » et ce avec un budget prévisionnel d'un million d'euros par an (*Ibid.*, p. 12). Les trois mesures phares visent essentiellement les femmes « *étrangères* » (*Ibid.*, p. 12) : accès aux soins pour les femmes sans couverture médicale arrivées depuis moins de trois mois en France, développement de l'interprétariat, importance du travail en réseau. Il prévoit la mise en place ou le renforcement des prises en charge spécifiques pour ce public. Enfin, il appelle à une enquête sur l'offre d'hébergement et d'accueil des femmes enceintes (Ministère de la Santé et des Sports 2004).

En 2010, le Plan de Périnatalité est évalué par le ministère de la Santé. Selon ce rapport, « *le plan vient dans une large mesure conforter des initiatives locales qui existaient déjà et permet d'amplifier une réflexion concertée sur la diversification des prises en charge* » (Ministère de la Santé et des Sports 2010a, p. 100). Toutefois, les conclusions sont plutôt décevantes sur la question de la prise en charge des « *publics précaires* ». Le Plan serait « *peu moteur* » et dépendrait « *des configurations locales et relativement « personne dépendant* » » (Ibid., p. 107). Les moyens seraient peu mobilisés et les mesures partiellement mises en œuvre et de façon disparate, notamment en fonction des territoires et des bonnes volontés des Conseils départementaux. Au moment où nous écrivons ces lignes, début 2018, il n'y a pas eu de nouveau Plan Périnatal.

La construction progressive d'une catégorie de sujet à risque dans le champ périnatal s'est tissée dans une collaboration entre l'épidémiologie et les politiques de santé. Les études épidémiologiques nourrissent, par leur savoir expert, les politiques successives de santé (Robles 2011). En identifiant des « *groupes à risque* », la littérature épidémiologique fournit aux politiques de santé publique des outils pour des interventions de prévention ciblées (Gelly 2014). Dans un même mouvement, les politiques de santé, à travers les Plans Périnataux ont appelé et financé la mise en place d'enquêtes périnatales. La question de la santé des femmes « *étrangères* » enceintes devient alors un « *problème public* » (Gusfield 1981). En distinguant les grossesses « *prioritaires* » et celles qui ne le sont pas, les politiques de santé vont orienter l'organisation des services de santé périnatale (Faya-Robles 2014).

II – Dispositifs dédiés en périnatalité : ciblage officiel, ciblage officieux

« *Public à risque* » identifié par les études épidémiologiques, « *public prioritaire* » ciblé par les politiques périnatales, les femmes « *étrangères* » sont au cœur de préoccupations autour de leur santé périnatale. Les politiques de santé prônent la mise en place de prises en charge spécifiques afin de réduire ces inégalités. Comment les institutions du champ de la périnatalité visent-elles spécifiquement les femmes « *étrangères* » ? Comment ces dispositifs, en ciblant les femmes « *étrangères* », contribuent-ils à créer une nouvelle catégorie de sujets de soin dans le champ de la périnatalité ?

Notre enquête ethnographique a consisté à rechercher ces dispositifs, très hétérogènes. Nous avons choisi de nous focaliser sur cinq dispositifs médico-sociaux qui ont fait l'objet d'une investigation ethnographique : l'interprétariat, des groupes de parole, la PASS (Permanence d'Accès aux Soins), un réseau de santé et la PMI (Protection Maternelle et Infantile)¹.

Un premier constat s'impose alors : ces dispositifs qui prennent en charge les femmes enceintes « *étrangères* » visent rarement *officiellement* ces femmes. Ils passent par des termes détournés, ciblant plutôt des éléments se rapportant aux caractéristiques sociales. Nous avons alors choisi d'englober sous le terme *dispositifs dédiés* tous les dispositifs de soin qui s'adressent, *officiellement* ou *officieusement*, aux femmes « *étrangères* » enceintes, et dont le public réel est composé en majorité de femmes enceintes primo-arrivantes (A).

Par ailleurs, ces dispositifs ont des statuts hétérogènes. Certains sont de droit commun, c'est-à-dire relevant du service public, d'autres sont des dispositifs dérogatoires du droit commun, par exemple au statut associatif. En 2010, le ministère de la Santé évalue le Plan de Périnatalité 2005-2007 et rapporte des inquiétudes de la part des soignant.e.s qui mentionnent le risque de stigmatisation lié à la prise en charge spécifique, et la nécessité d'un suivi en droit commun : « *la*

¹ Cf. Chapitre Méthodologique.

prise en charge des populations vulnérables doit par ailleurs trouver son équilibre entre une prise en charge spécifique (porte d'entrée unique qui peut être stigmatisante) et une prise en charge au plus près du droit commun (qui nécessite de former un maximum de professionnels aux multiples problématiques de la vulnérabilité)» (Ministère de la Santé et des Sports 2010, p. 6). Nous présenterons dès lors les controverses interprofessionnelles portant sur les statuts, hors du droit commun, de certains de ces dispositifs (B).

A. Un ciblage officiel hétérogène : des « migrantes » aux « vulnérables »

Bien que l'observation révèle que le public réel des dispositifs dédiés est majoritairement composé de femmes « *étrangères* », ces dispositifs ne *nomment* pas officiellement leur public de la même manière. Trois types de ciblage ressortent de l'analyse : 1. ceux qui ciblent officiellement les femmes « *étrangères* », 2. ceux qui ciblent les femmes « *précaires* », et 3. ceux qui ciblent les femmes enceintes « *vulnérables* ».

Cibler officiellement les femmes « *étrangères* »

Les dispositifs qui ciblent officiellement les femmes « *étrangères* » sont peu nombreux, mais il en existe : c'est le cas de l'interprétariat, qui s'adresse aux femmes « *allophones (peu ou non francophones)* »¹ (Haute Autorité de Santé 2017, p.11). L'interprétariat est un outil soutenu par le dernier Plan Périnatal ainsi que par la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé 2017). La HAS définit l'interprétariat linguistique de santé comme « *la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé*

¹ L'interprétariat dans le domaine de la santé « *garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression [et de compréhension] afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins.* » (Haute Autorité de Santé 2017, p. 11).

et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction » (*Ibid.*, p. 7). La HAS constate dans son rapport de fortes disparités de recours à l'interprétariat selon les structures de soins (*Ibid.*).

Mis à part l'interprétariat, rares sont les dispositifs médico-sociaux qui ciblent explicitement les femmes « *étrangères* » enceintes. Il existe toutefois des groupes de parole destinés aux femmes enceintes « *étrangères* » au sein des structures de soins. Dispositifs collectifs marginaux dans le champ de la périnatalité, ils ont l'originalité d'assumer un ciblage sur la population « *étrangère* ». Dans le cadre de notre enquête ethnographique, huit de ces groupes ont été observés¹. Plus de la moitié de ces groupes est destinée explicitement aux femmes « *migrantes* » (Groupe 1-2-3-4-6-7). Les autres groupes sont destinés aux femmes « *sans domicile* » (Groupe 5 et 8)². En revanche, l'observation de ces groupes montre qu'ils sont composés essentiellement voire exclusivement de femmes « *étrangères* ». Ainsi, en pratique, ces groupes s'adressent aux femmes « *étrangères* », pour beaucoup primo-arrivantes et en situation irrégulière. Les participantes des groupes sont originaires essentiellement de pays d'Afrique subsaharienne, avec quelques femmes du Maghreb et d'Europe de l'Est. Seul un des groupes observés est uniquement composé de femmes originaires de Chine et non-francophones. Le ciblage officiel de chaque groupe est visible sur les sites internet, les brochures distribuées aux femmes, mais aussi repérable dans les discours des animatrices. L'observation participante à ces groupes permet par ailleurs de comparer le public ciblé et le public atteint. Ces groupes mobilisent des interprètes et des médiatrices, en fonction du public cible et du public atteint par le groupe. Les animatrices font usage d'interprètes/médiatrices en langue arabe et turque (Groupe 3), en langue arabe (Groupe 4) et en langue chinoise (Groupe 6) [voir Fiche Dispositif dédié n° 1 : Les groupes de parole].

¹ Se référer au Chapitre Méthodologique.

² Se référer aux informations sur les groupes en Annexe.

Fiche Dispositif dédié n° 1 : Les groupes de parole

Groupe n°	Lieu	Animatrices	Public cible officiel : Femmes enceintes...	Date
1	Maternité A Paris	Gynécologue Sage-femme PMI	<i>Africaines</i> <i>Migrantes</i>	2013
2	PMI Seine-Saint-Denis	Médecin PMI Sage-femme PMI	<i>Isolées</i> <i>Sans-papiers</i>	Film 2007
3	Association Bordeaux	Sage-femme PMI Puéricultrice Traductrice en langue arabe et en turc	<i>Migrantes</i>	2014
4	Centre maternel Bordeaux	Psychologue Sage-femme Traductrice en langue arabe	<i>Isolées</i> <i>arabophones</i>	2014
5	Accueil de jour Seine-Saint-Denis	Sage-femme	<i>Sans domicile fixe</i>	2015
6	Association Paris	Sage-femme Traductrice en langue chinoise	<i>Chinoises</i>	2015
7	Planning Familial Paris	Gynécologue	<i>Immigrées</i>	2015
8	CHRS Seine-Saint-Denis	Gynécologue	<i>Hébergées dans le CHRS</i>	2015

Qu'ils soient individuels ou collectifs, il existe des dispositifs dédiés qui ciblent explicitement les femmes enceintes « *étrangères* ». Toutefois, ce ciblage officiel est marginal car la plupart des cas les dispositifs ciblent la classe sociale des femmes, et en ciblant les plus exclues, arrivent à toucher une population majoritairement étrangère.

Cibler les femmes « *précaires* »

Certains dispositifs dédiés ciblent officiellement les femmes enceintes en fonction de critères liés à la précarité de leur statut social : les femmes en errance résidentielle ou les femmes sans ressources financières qui n'ont pas de couverture médicale. Leur public réel est composé en grande majorité de femmes primo-arrivantes.

Les effets de l'errance résidentielle sur la grossesse préoccupent les professionnel.le.s de santé. « *Depuis le début des années 2000, soignants et intervenants sociaux alertent leurs hiérarchies sur le sort de femmes enceintes, sans logement, de plus en plus nombreuses, en particulier en Seine-Saint-Denis. Des professionnels de santé réfléchissent également aux effets de l'errance sur la grossesse* » (Berrocal et Le Méner 2015, p. 14). Certains dispositifs dédiés ont été mis en place pour accompagner les femmes enceintes en errance résidentielle et les insérer dans le système de soin. Quand ils visent les femmes « *en situation de précarité* », de « *grande précarité* » ou « *en situation d'errance* », ces dispositifs ne précisent pas officiellement de ciblage sur les femmes « *étrangères* ». Or, les professionnel.le.s du champ constatent, corroborant notre enquête ethnographique, que le public des dispositifs pour exclues est composé en grande majorité de femmes « *étrangères* », pour beaucoup en situation irrégulière. Une assistante sociale travaillant dans un accueil de jour pour femmes et enfants sans domicile fixe nous raconte que la grande majorité des femmes accueillie a immigré depuis moins d'un an sur le territoire français. Une directrice d'un CHRS qui dispose de quelques places d'hébergement pour des femmes venant d'accoucher, constate le même phénomène. Elle détaille même les nationalités des femmes de son établissement :

« Alors ça varie d'une année à l'autre. Il y a majoritairement des femmes d'Afrique subsaharienne. Il y a eu des changements, des fois on voit qu'il y a beaucoup plus de femmes du Mali par exemple, là cette année on a accueilli énormément de Camerounaises depuis 2015. Après on a un tout petit peu de personnes quand même d'Afrique du Nord. Et ça peut arriver qu'on accueille des femmes d'Haïti. Voilà. »

(Directrice CHRS, Aubervilliers)

Les femmes françaises sont présentes dans les dispositifs pour exclues, mais sont minoritaires. Nous avons observé des groupes de parole qui ont eu lieu dans ces deux structures (Accueil de jour et CHRS). L'observation de ces groupes montre qu'ils sont composés essentiellement voire exclusivement de femmes primo-arrivantes. Ces dispositifs qui visent les femmes enceintes (ou venant d'accoucher) sans domicile se retrouvent avec une large proportion de femmes « *étrangères* ».

Les dispositifs pour « *exclues* », bien que ne ciblant pas explicitement les femmes primo-arrivantes, se retrouvent avec une grande proportion de ce public. Prenons l'exemple d'un réseau de santé qui coordonne les parcours de soins des femmes enceintes « *en situation de précarité* » [voir Fiche dispositif dédié n° 2 : La coordination du Réseau de Santé].

Fiche dispositif dédié n° 2 : La coordination du Réseau de Santé

Le Réseau est une association fondée en 2006, financée par l'Agence Régionale de Santé avec délégation d'intérêt public. Elle coordonne les parcours de soins sur toute l'Île-de-France de femmes en situation de grande précarité enceintes et ce jusqu'aux trois mois de l'enfant. La coordination du Réseau est composée d'une sage-femme et d'une assistante sociale. La coordination peut être sollicitée par un.e professionnel.le du champ périnatal qui doit remplir une fiche navette faxée à la coordination. Dans cette fiche, le-la professionnel.le remplit les données de la femme enceinte et les raisons de sa demande d'aide. La coordination traite et filtre les demandes en fonction d'un certain nombre de critères : la femme doit être majeure, sans logement stable et sans revenus. Si la femme est considérée relevant du Réseau, les coordinatrices proposent à la femme un entretien d'inclusion.

Lors de cet entretien d'inclusion d'une heure en moyenne, ayant lieu dans les locaux de la coordination ou par téléphone, la professionnelle (sage-femme ou assistante sociale) pose un certain nombre de questions à la femme (médicales, sociales) et propose de l'inclure dans le Réseau. Elle lui explique le fonctionnement du Réseau, le rôle des professionnelles et ce qu'elle peut en attendre. Si la femme accepte, elle est incluse dans le Réseau. La professionnelle lui donne les numéros de téléphone des deux référentes, si jamais elle en a besoin. Le dossier est alors pris par l'une des référentes qui sont chargées de coordonner son parcours de soin.

La coordination du parcours se fait avec l'ensemble des professionnel.le.s de santé et du social qui accompagnent la femme enceinte. L'objectif est, par la coopération interprofessionnelle, de garantir un suivi ininterrompu aux femmes en errance résidentielle.

Le Réseau dispose d'un Dispositif d'Appui (DA), dispositif expérimental financé par une fondation privée, composé d'une assistante sociale à plein temps et une assistante sociale à mi-temps. L'objectif du DA est d'accompagner les démarches d'ouverture des droits et d'assurer un suivi social aux femmes prises en charge dans le Réseau qui n'ont pas accès à un suivi social. Il suit les femmes jusqu'à trois mois après l'accouchement.

Le Réseau propose par ailleurs des formations et organise des espaces de réflexions dans un objectif d'amélioration des pratiques des professionnel.le.s du champ de la périnatalité.

Ce Réseau cible officiellement sur son site internet « *les femmes enceintes en situation de précarité* » sans autre précision. Toutefois, dans sa fiche de liaison, certaines questions, déterminant ou non l'admission d'une femme dans le Réseau, portent sur la migration : « *est-ce que cette femme parle français?* », « *est-ce qu'elle a un titre de séjour?* ». La langue ou le titre de séjour sont considérés comme des

indicateurs de précarité. Les femmes « *étrangères* » en errance résidentielle et souvent sans titre de séjour sont prioritaires, car elles cochent les cases des indicateurs précarité.

Cette sélectivité au bénéfice des femmes en situation irrégulière ne fait d'ailleurs que s'accroître ces dernières années, alors que le Réseau est complètement « *débordé* » par son succès et a multiplié par trois ces inclusions depuis 2010¹. Les professionnelles de santé rencontrées n'envoient plus que des demandes d'inclusion² pour les femmes qui cumulent les indicateurs de précarité : en errance résidentielle, sans suivi de grossesse, primo-arrivante, sans titre de séjour, isolée, non-francophone, etc. Les critères se cumulent et s'imbriquent. La précarité ne suffit pas, les professionnelles évaluent par ailleurs l'autonomie des femmes enceintes : si elles sont « *paumées* », « *perdues* », elles les orientent à la coordination du Réseau. Une sage-femme de PMI oriente au Réseau seulement si elle reçoit une patiente « *isolée, qui a du mal à comprendre le français, à s'orienter... et qui n'a bien sûr pas de couverture sociale, pas d'hébergement, qui est en situation de vulnérabilité. Mais oui isolée, qui a du mal à s'orienter sur Paris, à se repérer, à comprendre ses rendez-vous...* » (Sage-femme PMI, Maternité C.). L'assistante sociale de la maternité B. raconte qu'elle envoyait il y a quelques années « *systématiquement* » une demande d'inclusion au Réseau « *pour toutes les personnes ultra précaires isolées 115* », mais s'est rendu compte que du fait de la hausse d'activité du Réseau, ils « *centraient leurs interventions* » sur certaines femmes. Selon elle, désormais la coordination du Réseau priorise l'inclusion des femmes qui n'ont pas de suivi de grossesse. En tant qu'assistante sociale de maternité — qui ne reçoit que des femmes déjà admises en maternité —, elle n'a donc pas l'occasion de faire de demande d'inclusion. Cela lui arrive tout de même « *très exceptionnellement* » quand elle reçoit « *une dame très très très isolée, pas autonome parce qu'elle ne parle pas la langue française, qu'a priori elle n'a aucun réseau, qui est tous les deux jours dans mon bureau (rires)* » (Assistante sociale, Maternité C.).

¹ La directrice du Réseau évalue « *à la louche* » à 2000 femmes enceintes par an en errance résidentielle sur l'Île-de-France, sur les 180 000 naissances, donc environ 1% des femmes qui accouchent chaque année dans la région seraient recrutées par le Réseau.

² [Fiche dispositif dédié n°2]

Plusieurs dispositifs dédiés ciblent les femmes enceintes en situation de précarité, sans mentionner officiellement de critère de nationalité ou de statut migratoire dans leur sélection. Le ciblage officieux passe alors par une sélection au recrutement des femmes dans ces dispositifs, orientant les caractéristiques du public qui va être reçu.

Par ailleurs, le Plan périnatal de 2005-2007 soulignait la nécessité de faire accéder à une couverture médicale les femmes « *en situation de précarité* » (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 11). Certains dispositifs dédiés visent donc les femmes sans couverture médicale ou avec l'Aide Médicale d'État (AME) sans mentionner officiellement la question de la migration. Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, tous les bénéficiaires de l'AME sont sans-papiers et presque¹ toutes les femmes sans couverture médicale sont « *étrangères* ». Prenons l'exemple de la PASS (Permanence d'accès aux soins), dispositif qui a pour objectif de faire accéder les « *personnes démunies* » à l'accès aux soins [voir Fiche dispositif dédié n° 3 : La PASS].

¹ Certaines femmes françaises ne disposent pas de couverture médicale pour diverses raisons : désaffiliation, addiction, etc.

Fiche dispositif dédié n° 3 : La PASS (Permanences d'accès aux soins)

Créés en 1998 suite à la loi contre l'exclusion et de l'intégration, les PASS ont pour mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité qui aurait « *des difficultés à avoir un accès aux soins ailleurs ou autrement* » (coordinatrice régionale PASS) au sein des établissements de santé. En 2008, le ministère diffuse un document visant à favoriser la création de PASS dans les hôpitaux. En 2013, une circulaire est diffusée sur la PASS et une coordinatrice régionale des PASS est nommée. Les PASS sont financées par les « *enveloppes précarité* » (MIGPASS) distribuées par l'Agence Régionale de Santé aux établissements de santé. En 2016, « *92 % des établissements publics déclarent disposer d'une PASS ou d'autres dispositifs spécifiques dans l'établissement pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Ces dispositifs sont plus fréquents dans les maternités de grande taille : on les retrouve dans 96 % des maternités de plus de 3 500 accouchements par an, contre 70 % pour les maternités de moins de 500 accouchements par an.* » (Fresson 2017, p.7).

Les PASS sont composées d'assistantes sociales qui délivrent des bons PASS qui permettent d'accéder gratuitement aux soins à l'intérieur des établissements de santé. Ces bons sont à renouveler, en fonction des avancées de l'ouverture des droits des patient.e.s. Dès que le-la patient.e accède à une couverture médicale, il ou elle n'a plus besoin de bons PASS.

Il existe une diversité de formes de PASS : « *en réalité il y a une énorme hétérogénéité des modes de fonctionnement, des ressources humaines affectées, de présence géographique* » (coordinatrice régionale PASS). Certaines PASS sont généralistes, avec des bons qui donnent accès à tous les services de l'hôpital et d'autres sont dédiées. Parmi les PASS dédiées il existe des PASS dentaires et des PASS en psychiatrie. Dans certains hôpitaux il existe aussi des PASS spécialisées dans la périnatalité (PASS périnatale).

Les MIGAGS précarités et les MIGAG PASS, « *censés compenser le fait que tu reçois des patients précaires* », ne sont pas bien réparties et réévaluées (Le Défenseur des Droits 2016). L'APHP concentre la grande majorité du budget des PASS Île-de-France (70 % du budget selon la cadre sociale de la maternité B.) ce qui pose question de la répartition pour les hôpitaux dans les territoires avec une surreprésentation de populations précaires, comme c'est le cas en Seine-Saint-Denis. La cadre sociale de la maternité B. regrette le manque de moyens pour gérer sa PASS, car elle aurait besoin « *de plus d'assistantes sociales* » pour assurer son service social.

La PASS est dédiée aux personnes sans couverture médicale : son objectif est l'accès à une couverture médicale. Dans son enquête nationale sur les PASS, Jeremy Geeraert montre qu'en réalité « *le public des PASS est largement constitué*

de personnes sans-papiers nouvellement arrivées sur le territoire français, de demandeurs d'asile (qui n'ont pas encore déposé leur demande ou qui ont été déboutés) et, dans une moindre mesure, de grands précaires (SDF, toxicomanes, etc.). » (Geeraert 2014, p. 6). Dans les deux maternités observées, les PASS recevaient des femmes sans couverture médicale, pour la plupart « *étrangères* ».

Cibler les femmes « *vulnérables* »

Nous avons observé un autre dispositif visant les femmes enceintes selon leur couverture médicale : une consultation PMI (Protection Maternelle et Infantile) dédiée de la maternité C. à Paris. Pour accéder à ces consultations spécifiques, la patiente doit remplir certains critères¹. À l'inscription, le service des admissions collecte certaines informations et oriente la personne, en fonction, soit dans une consultation classique de sage-femme, soit dans une consultation de sage-femme de PMI. Ces consultations étant destinées aux femmes « *vulnérables* », y sont orientées les patientes qui correspondent à un ou plusieurs de ces critères : 1. ne pas avoir de couverture médicale, 2. avoir l'AME, 3. être victime de violences conjugales, 4. être mineure, 5. être toxicomane. On remarquera ici que les deux premiers critères sont exclusivement pour les femmes « *étrangères* » (*critère 1*) sans titre de séjour (*critère 2*). Les trois autres critères de vulnérabilité peuvent, et incluent principalement, des femmes françaises. Dans le cas où les femmes correspondent à un ou plusieurs de ces critères, elles sont dirigées, suite à leur inscription en maternité, vers la consultation de sage-femme de PMI. Aucun critère lié à la migration n'est mentionné officiellement. Mais, comme dans le cas de la PASS, les consultations PMI de la maternité C. sont composées à 80 % (estimation d'une sage-femme PMI) de femmes « *étrangères* » sans titre de séjour. Comme dans le cas de la PASS, les nationalités des patientes sont renseignées sur le dossier d'inscription à la maternité, mais ne font pas l'objet de statistiques. Les

¹ En Seine-Saint-Denis, dans la maternité B., il existe aussi une consultation spécifique mais elle a des critères beaucoup plus restreints : les femmes sans suivi de grossesse qui arrivent à la maternité en fin de grossesse. Les critères d'inclusion dans cette consultation sont donc beaucoup plus limités que ceux des sages-femmes PMI de Paris.

professionnelles donnent une estimation approximative. La sage-femme PMI de la maternité C. estime que ses patientes viennent d'Afrique subsaharienne en majorité : « *beaucoup d'Afrique noire, Mali pas mal, Cameroun, Sénégal, nigériennes on en a pas mal aussi. Guinée aussi on a.* » (Sage-femme PMI, Maternité C.). Les assistantes sociales de la maternité C. soulignent la prégnance des femmes « *africaines* », « *maghrébines* » et « *de plus en plus des Pays de l'Est* ». En revanche, elle n'a « *jamais vu* » de patiente « *asiatique* » depuis son arrivée dans le service social il y a un an (Assistante sociale, Maternité C.). Interrogée sur les nationalités de sa file active, la cadre sociale de la maternité B. répond qu'elle ne fait pas de statistiques sur la nationalité. Par contre, elle fait des statistiques sur les différentes couvertures médicales qu'ont les femmes. En fonction de la couverture médicale, elle peut déduire si la femme est en situation irrégulière ou non. Si elle a l'Aide Médicale d'État (AME), elle est sans-papiers. Si elle a la Protection Universelle Maladie (PUMA, anciennement CMU), elle est en demande d'asile (ou française) : elle a des papiers (se référer au Tableau 1 sur les types de couvertures médicales dans le Chapitre 2). La couverture médicale permet dès lors de connaître le statut légal de la patiente. Ainsi que le niveau de ses ressources financières. Si elle a des ressources importantes et qu'elle a un titre de séjour, elle ne relève plus de la PUMA. Selon la cadre sociale de la maternité B., « *par rapport à la couverture sociale des patients on arrive à savoir dans quelle catégorisation de précarité on peut les retrouver* » (Cadre sociale, Maternité B.).

La PMI tente d'équilibrer sa prise en charge, entre d'un côté un ciblage explicite en maternité visant les « *femmes en situation de vulnérabilité* », et de l'autre côté, un ciblage universaliste (« *pour toutes les femmes* ») dans ses permanences [voir Fiche dispositif dédié n° 4 : la PMI]. Depuis sa création en 1945, la PMI est « *ouverte à tous* ». Les permanences PMI s'adressent à toutes les femmes, sans distinction. C'est un dispositif gratuit, qui ne demande pas de couverture médicale. Il n'y a pas de frein à l'entrée, pas de liste d'attente ni de refus d'inscription. Elle constitue ce que certains chercheur.se.s appellent un service public local de santé, aux valeurs universelles (Legros, Bauer et Goyaux 2012). À Paris, les permanences de PMI ne ciblent pas leur public. Dans la

maternité B. en Seine-Saint-Denis, toutes les patientes sont prises en charge par la PMI, sans distinction – à l’exception des femmes aux grossesses pathologiques qui sont suivies par des gynécologues. Hors Paris, les centres de PMI sont ouverts à toutes les femmes enceintes qui le souhaitent, sans demande de justificatifs. Bien que les centres PMI ciblent « *toutes les femmes enceintes* », du fait de leur accès gratuit et sans condition, ils reçoivent toutes les femmes qui ne peuvent pas être suivies ailleurs, notamment les femmes « *étrangères* » qui n’ont pas (encore) de couverture médicale (cf. Chapitre 2).

Cette combinaison d’approche universelle et d’approche ciblée renvoie au concept d’« *universalisme proportionné* » (Poissant 2015) : faire des interventions universelles, mais avec une intensité ou des modalités qui varient selon les besoins (revenu, culture, langue, problèmes) (Human Early Learning Partnership 2013; Vievard 2016). En France, le concept est récemment approprié par les politiques de santé publique. Il est mis en avant dans le rapport de l’Inspection Générale des Affaires Sociales de 2011 (M. Moleux, F. Schaezel 2011). L’universalisme proportionné résoudrait le « *le dilemme entre cibler une population dans le besoin ou développer une action qui profite à tous, même aux plus favorisés* » (Blanc-Février 2011, p. 2). Il vise à mettre en place des interventions accessibles à tous et toutes, mais avec des intensités et modalités adaptées à certaines en fonction de critères de vulnérabilité (Lopez et al. 2011). Les professionnelles de la PMI ont repris à leur compte ce concept d’« *universalisme proportionné* » (Delour et Desplanques 2010). Selon une médecin PMI en Seine-Saint-Denis : « *la PMI c’est on s’adapte, on fait du spécifique, mais dans une structure universelle* ». La PMI lutte contre les inégalités sociales de santé en permettant aux femmes enceintes en situation de « *vulnérabilité psychosociale* » de bénéficier de soins adaptés à leurs besoins dans le cadre du dispositif de droit commun. La PMI combine des permanences accessibles à tous et toutes avec une évaluation des vulnérabilités de chaque famille qui permet de cibler plus particulièrement les familles ayant des besoins plus importants, notamment via des consultations dans certaines maternités parisiennes destinées aux femmes enceintes « *vulnérables* ».

Fiche Dispositif dédié n° 4 : La PMI (Protection Maternelle et Infantile)

Créée en 1945, la PMI est à l'origine un service départemental centré sur le soin des enfants de 0 à 6 ans. Dès les années 1960, la PMI évolue et prend en compte la santé de la mère (Bernard 2016). Aujourd'hui, la PMI a pour mission « *des actions de prévention, de dépistage et d'accompagnement des futurs parents et des enfants de moins de six ans, en consultation ou à domicile ou en lien avec l'école maternelle (bilan des quatre ans) et les lieux d'accueil de la petite enfance, au cœur du réseau périnatal, et petite enfance* » (Legros et al. 2012). Dans chaque département, les services de protection maternelle et infantile organisent des consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives. Elles sont réparties en tenant compte des spécificités sociodémographiques du département, et en particulier de l'existence de populations « *vulnérables* ». Lieu de proximité, il est gratuit — financé par le Conseil Départemental — et ouvert à tous. Il est composé de professionnel.l.es diversifié.e.s et se situe « *à la croisée du sanitaire et du médico-social* » (Legros et al. 2012).

Les professionnelles de la PMI jouent un rôle particulièrement important dans les parcours des femmes enceintes primo-arrivantes : elles accueillent les patientes dans leurs structures de soin, elles les inscrivent en maternité et peuvent les suivre tout au long de leur grossesse. Des différences majeures de fonctionnement existent toutefois entre les structures PMI de Paris et des autres départements. Hors Paris, les professionnelles de la PMI exercent dans leur structure de référence extrahospitalière : les centres PMI.

À Paris, les sages-femmes PMI sont rattachées à une maternité, elles y donnent des consultations au sein de la maternité. Ces consultations sont destinées aux femmes « *vulnérables* ». Au sein de leurs structures extrahospitalières, les sages-femmes PMI parisiennes n'ont pas le droit de faire d'acte médical. Toutefois, elles font des cours de préparation à la naissance gratuits ainsi que des entretiens prénataux précoces.

Les divergences sont majeures selon les territoires d'ancrage des PMI. Notre enquête ethnographique dans deux centres PMI en Seine-Saint-Denis démontre la surreprésentation de femmes « *étrangères* » parmi la patientèle. Une sage-femme PMI raconte que « *95 % de [s]a population générale est née dans un pays qui n'est pas la France, même si c'est des gens qui vivent en France depuis 20 ans* » (Sage-femme PMI n° 2, Seine-Saint-Denis). Pour un médecin PMI, en Seine-Saint-Denis « *on serait à 57 % de personnes qui viennent en PMI qui ne viennent pas de France,*

toutes origines confondues». Les femmes enceintes « *étrangères* » venant à la PMI sont pour « *beaucoup africaines* » et « *un peu Maghreb* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Des divergences existent entre les PMI d'un même territoire. Le centre PMI observé, qui situé en centre-ville, ne reçoit pas la même population que la PMI située dans une cité. Une sage-femme qui consulte dans ces deux centres PMI constate que la première PMI située en centre-ville reçoit « *plus de femmes qui sont au 115* », alors que « *dans la cité le public est plus stable, ce sont des familles installées* » (Sage-femme PMI n° 2, Seine-Saint-Denis).

L'universalisme de la prise en charge, l'égalité pour tous et le soin gratuit, sont les valeurs partagées par les professionnelles de PMI. Les professionnelles de la PMI, marquées par ces valeurs « *universalistes* » (Bertossi 2009), tentent de minimiser le caractère « *ciblé* » de leur prise en charge. Par exemple, dans ces consultations pour femmes enceintes « *vulnérables* », alors que ce ciblage est *explicite* sur les documents officiels, il n'est pas *communiqué* aux patientes. Ces dernières ne doivent pas se « *rendre compte* » qu'elles sont traitées différemment, vues par des professionnelles spécifiques (les sages-femmes PMI), ciblées par des dispositifs. Dans la maternité C., les patientes attendent dans la même salle d'attente, au même étage, mais la consultation de la sage-femme PMI a un box dédié. Ainsi, les femmes « *n'ont pas l'impression qu'elles voient une sage-femme qui s'occupe que des patientes précaires, qui n'ont pas de couverture* », car elles « *sont dans la salle d'attente avec tout le monde. Après il y a une sage-femme qui les appelle... elles n'ont pas cette impression, je ne pense pas* » (Sage-femme PMI, Maternité C.). La sage-femme assume la non transparence vis-à-vis du ciblage de sa consultation : l'important c'est que les patientes ne sentent pas mises à part, ségréguées spatialement (être dans la même salle d'attente que « *tout le monde* »). Les patientes peuvent ainsi consulter toute leur grossesse une sage-femme PMI sans réaliser qu'elles sont accompagnées dans un dispositif qui leur est dédié car elles n'ont pas de couverture médicale. Toutes les patientes rencontrées en consultation PMI ignoraient qu'elles étaient dans une consultation dédiée ou ne comprenaient pas « *pourquoi* » elles y avaient été orientées. Imen raconte qu'après avoir vu à deux reprises une sage-femme de consultation, elle a été orientée vers

une sage-femme PMI. Quand elle demande pour quelle raison, elle n'obtient pas de réponse : « *moi aussi j'ai dit pourquoi ? ils ne m'ont pas dit* » (Imen, Tunisie).

Si elles ne peuvent invisibiliser entièrement le caractère dédié de leur dispositif, les sages-femmes PMI tentent de le minimiser en le rendant le plus transitoire et poreux possible. Pour que la consultation PMI ne soit pas « *un ghetto* », une sage-femme PMI souligne que les femmes sont « *rebasculées* » vers une consultation « *classique* » en cours de grossesse dès qu'elles obtiennent l'AME et si elles n'ont pas « *de souci particulier* » (Sage-femme PMI, Maternité C.). Elle rajoute que les femmes « *sont intégrées au sein de la population générale* » grâce aux cours de préparation à la naissance qui ne sont pas ciblés (Sage-femme PMI, Maternité C.). Le caractère transitoire et poreux de la consultation PMI est toutefois limité par des contraintes institutionnelles : dans la maternité C. la sage-femme raconte que certaines patientes auraient dû être orientées vers la « *sage-femme lambda* » au bout de « *deux, trois consultations* » mais sont restées dans la consultation PMI par manque de place dans la consultation classique (Sage-femme PMI, Maternité C.).

Cibler une population dans un dispositif médico-social est un processus complexe. Alors que les études épidémiologiques ont officiellement identifié les femmes « *étrangères* », et particulièrement « *originaires de pays d'Afrique subsaharienne* », comme un public à risque périnatal, très peu de dispositifs ne ciblent officiellement ce public. Les structures et les professionnel.le.s doivent faire des choix dans les termes utilisés. Certains dispositifs, marginaux dans le champ de la périnatalité, ciblent officiellement les femmes « *étrangères* ». C'est le cas de l'interprétariat, la médiation, et certains groupes de parole. D'autres choisissent de viser les femmes selon des critères sociaux : « *femmes en situation de grande précarité* », « *en situation d'errance* », « *vulnérables* » comme les PASS périnatales, le Réseau de santé observé ou la consultation PMI en maternité.

B. « Une dérive humanitaire du soins »

Ces dispositifs dédiés présentent une hétérogénéité de public cible, mais aussi de formes et de statuts. Certains se trouvent au sein des structures hospitalières, d'autres sont des associations. Le financement par l'État de dispositifs dérogatoires du droit commun pour la prise en charge des femmes enceintes « *étrangères* » fait débat parmi les professionnel.le.s du champ périnatal. Il cristalliserait, pour certain.e.s, un délitement du service public et une relégation de la prise en charge de populations non désirables : les femmes sans-papiers.

Des dispositifs dérogatoires du droit commun

L'hôpital public, confronté à la précarisation des usagers et usagères, connaît un retour des politiques d'assistance ciblées depuis les années 1990¹ (Geeraert 2016). En 1998, la loi de lutte contre les exclusions² met en place les Permanences d'Accès aux Soins (PASS) dans les hôpitaux publics et les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). En 2009, la loi HPST³ crée les Agences Régionales de Santé (ARS). Depuis lors, l'État finance des « *dispositifs dérogatoires* » au droit commun via les ARS, pour lutter contre l'exclusion des « *migrants* » du système de soin (*Ibid.*).

Dans le champ périnatal, l'État délègue une grande partie de la prise en charge des femmes « *étrangères* » à des dispositifs associatifs en dehors du droit commun. L'accès aux soins de ce public est donc organisé par des dispositifs d'« *assistance-charité* » (Geeraert 2016), dispositifs dérogatoires du droit commun, fragiles et personne-dépendants. Certains dispositifs dédiés présentés sont des

¹ « *Le retour des politiques d'assistance trouve sa place dans un mouvement plus général d'individualisation et de responsabilisation des individus dans l'organisation des prestations sociales d'un « État social actif ». En effet, les critères d'attribution des prestations se sont transformés : ils sont de moins en moins liés à des critères de droits (liés à un statut ou au versement de cotisations), mais sont de plus en plus souvent soumis à l'appréciation de ceux qui dispensent les aides. Cela est surtout vrai pour les aides et les prestations qui se destinent aux populations les plus pauvres (Dubois, 2009).* » (Geeraert 2016, p. 72).

² Loi 98-657 du 29 juillet 1998

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

associations ou des structures à qui l'État délègue ses fonctions d'assistance. Dans le cas de l'interprétariat, la Haute Autorité de Santé constate en 2017 que « *l'interprétariat professionnel s'est développé principalement dans le circuit hospitalier soit via des conventions ou des marchés publics entre des associations et des établissements de santé, soit, plus rarement, via des interprètes directement au sein des établissements de santé* » (Haute Autorité de Santé 2017, p. 12). Si les deux maternités observées disposent d'un service d'interprètes salariés de l'hôpital, ce n'est pas le cas de la majorité des hôpitaux, qui recourent plutôt à une plateforme téléphonique d'interprétariat associatif (voir Chapitre 2). Par ailleurs, le Réseau de santé observé [voir Fiche dispositif dédié n° 2] est une association à délégation de service public, financée par l'Agence Régionale de Santé et par des fonds privés¹. Certaines professionnelles rencontrées accusent l'association de se substituer au service public et ainsi de pérenniser son délitement progressif. Elles trouvent le financement de l'association par l'ARS « *injuste* », car « *ils ont plus de temps, plus de moyens et un nombre réduit de familles* » (Sage-femme PMI n°2, Saint-Denis).

« C'est pour ça que je suis un peu fâchée. Parce que quand l'ARS nous dit qu'il n'y a pas de sous, je pense que le Réseau a plus de tunes que moi pour faire vivre ce que je fais vivre »

(Cadre sociale, Maternité B.)

Certaines professionnelles de Seine-Saint-Denis reprochent à l'association de se faire « *du beurre* » sur la précarité : « *si le Réseau existe c'est qu'une maternité ne fait pas son boulot d'inclure les gens. Donc le Réseau dans son fonctionnement a intérêt qu'il y ait toujours des maternités qui n'incluent pas* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Adhérant à ce propos, la sage-femme PMI de la maternité C. à Paris a constaté plusieurs fois que l'assistante sociale de la coordination du Réseau est « *plus disponible* » que l'assistante sociale de sa PASS : « *elles ont une assistante sociale qui est là, qui est plus disponible que celles qui ont là. Là au PASS elle n'est pas présente pour les aider quoi. Du coup c'est quand même un* »

¹ Le Dispositif d'Appui est un dispositif expérimental financé pendant trois ans par une fondation privée.

plus je pense » (sage-femme PMI 1, Maternité C.). Les femmes incluses dans le Réseau seraient privilégiées pour s'inscrire dans une maternité : « *ce qui est un peu dégueu* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis). Les femmes n'ont pas les mêmes droits « *si elles suivent le droit commun et si elles passent un biais de sélection Réseau* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis).

« Après l'intérêt c'est qu'elles vont pouvoir faire rentrer dans des maternités... c'est ça qui est un peu dégueu aussi, c'est que les patientes n'ont pas les mêmes droits si elles suivent le droit commun et si elles passent un biais de sélection du Réseau. Voilà la dame qui se présente qui habite en Seine-Saint-Denis, qui se fait refouler de la Maternité Y¹, elle ne se fera peut-être pas refouler si elle passe par le Réseau. Donc tu sors complètement du droit commun quoi. Donc j'ai un avis plutôt réservé sur le Réseau »
(Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis)

En tant de dispositif hors du droit commun, la coordination du Réseau aide de façon personnalisée les femmes qui y sont incluses, mais sans lever les barrières d'accès aux soins qui excluent les femmes primo-arrivantes. Les associations participeraient donc à « *entretenir les modes d'exclusion* » en laissant faire « *une dérive humanitaire du soin* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Ce phénomène est une tendance générale dans le champ de la santé publique, marquée par l'hégémonie d'une logique de rentabilité des institutions de santé (Belorgey 2010). Dans son étude sur la PASS [Fiche Dispositif dédié n°3], Jeremy Geeraert souligne que l'État social se délite et crée des « *filets de sécurité du service public* » pour les publics « *menacés d'exclusion dans le système de santé* » (Geeraert 2016, p. 70). Ces « *filets de sécurités* » sont le produit de politiques d'assistance « *ciblant les populations les plus en difficulté (au détriment de politiques à visée universaliste touchant l'ensemble de la population), et nécessitant donc une identification des groupes visés.* » (Ibid., p. 71). L'État fait le choix de réduire les fonds donnés aux hôpitaux, et compense avec des « *enveloppes précarité* » destinées aux plus démunis et distribuées aux hôpitaux, ou par le financement d'associations, dont le budget est négocié tous les ans. « *C'est très facile les associations, le jour où on dit « on a pas de crédit » on ne leur en donne plus. Et on ferme* » (Médecin PMI,

¹ Maternité anonymisée.

Seine-Saint-Denis). Le service public « *sous-traite* » la prise en charge des patientes les plus « *vulnérables* » à des associations financées par l'État : « *je pense que l'évolution de l'hôpital ne permet pas de prendre en charge de manière spécifique, et donc on sous-traite* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis).

Dispositifs dédiés, dispositifs marginalisés ?

À partir des « *insuffisances du droit commun* », des associations se sont créées, « *dispositifs indépendants, extérieurs au système de droit commun et centrés sur un aspect particulier du phénomène migratoire* » (Rechtman 2010, p. 108). En « *concedant* » à la « *société civile une marge de manœuvre* », l'État préserve une illusion d'universalisme du soin : les dispositifs dédiés sont à l'extérieur du service public, ils ne questionnent donc pas l'universalité du soin dans le service public. Les migrant.e.s sont inclus en « *qualité de populations précarisées* » dans les dispositifs pour « *exclus* », non en tant que migrant.e.s ou réfugié.e.s : « *c'est parce qu'ils sont assimilés à des exclus qu'ils peuvent à ce titre bénéficier des modalités spécifiques des soins données indistinctement à toutes les formes d'exclusion* » (*Ibid.*, p. 123).

Précarité et migration sont dès lors pensées conjointement, tant dans les politiques périnatales que dans les dispositifs de soin. Dans la continuité du Plan de Périnatalité 2005-2007 qui associe femmes « *en situation de précarité* » et « *femmes en situation irrégulière* » (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 11), le statut migratoire est pensé dans ces dispositifs comme un indicateur de précarité. La situation irrégulière des femmes apparaît ici comme un facteur entraînant la précarité et donc des risques plus importants face à la santé périnatale. En 2014, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant en fait un élément déterminant pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Les professionnel.le.s doivent identifier le plus tôt possible les femmes « *précaires* » pour adapter la prise en charge (Commission nationale de la naissance et de la santé de L'enfant 2014). Si la femme enceinte correspond à plusieurs de ces indicateurs, elle doit être orientée vers la PMI ou vers d'autres

dispositifs existants. La précarité est un facteur de risque : c'est un « *clignotant* » pour les professionnel.le.s. Selon la gynécologue fondatrice du Réseau de santé étudié, « *il faut diffuser l'idée dans nos services qu'a priori, à situation médiale égale, la précarité constitue un facteur de risque supplémentaire. Dans nos protocoles de prise en charge aux urgences, ce clignotant doit apparaître* » (Mahieu-Caputo 2009, p. 86). Parmi ces indicateurs de précarité, plusieurs sont liés à la migration : titre de séjour, langue, mais aussi durée de présence sur le territoire (Commission nationale de la naissance et de la santé de L'enfant 2014).

Or, ne pas nommer la « *sans-papiers* » et l'inclure dans la catégorie de « *précaire* » participe à l'invisibilisation de l'expérience spécifique des femmes en situation irrégulière. Pour une médecin PMI engagée dans la lutte des sans-papiers, « *la position éthique, c'est de nommer* » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). Le risque est en effet d'enfermer les « *populations étrangères* » dans une catégorie de misère, de lier intrinsèquement la catégorie de « *étrangère* » avec la pauvreté, comme a pu le montrer Richard Rechtman avec les dispositifs dédiés aux exclus dans le champ de la psychiatrie (Rechtman 2010). Selon la cadre sociale de la maternité B., « *le problème c'est que l'État donne zéro moyens, zéro centime pour les étrangers sans-papiers.* ». Et quand ces ressources existent, elles sont réparties « *à l'américaine* » pour des associations (Cadre sociale, Maternité B.).

La prise en charge des femmes enceintes « *étrangères* » est reléguée à des dispositifs humanitaires, à la marge du système de droit commun. La délégation de l'État se fait par soit par la mise en place de dispositifs dédiés au sein des hôpitaux gérés par des enveloppes précarité spécifiques (les PASS), soit par le financement d'associations (Réseau de santé, interprétariat). En définitive, le ciblage dans des dispositifs pour « *exclues* » ne remet pas en cause l'universalisme du service public, car il se situe en dehors du droit commun.

Conclusion Chapitre 3

Cibler, c'est nommer. Nommer, c'est faire exister. Ce chapitre a eu pour objectif de décrire les processus qui ont permis, depuis les années 1990, de fabriquer une nouvelle population cible en santé publique.

C'est par la mesure, le comptage, le classage en différentes catégories que le biopouvoir subjectivise une catégorie de population : il la construit en tant que sujet de gouvernement (Foucault 1976). La littérature épidémiologique, cette « *science du gouvernement* » (Berlivet 2004), joue un rôle central dans l'acquisition de nouvelles connaissances statistiques sur une catégorie de population. La première partie de ce chapitre s'est consacrée à décrire la fabrique progressive d'un public « *à risque* » en santé périnatale par la littérature épidémiologique : les femmes « *étrangères* », et parmi elles, les femmes « *d'Afrique subsaharienne* ».

Interpellées par les résultats des enquêtes épidémiologiques, les politiques de santé périnatales ont depuis les années 1990 ciblé les femmes enceintes « *en situation précaire* » en y incluant les femmes « *en situation irrégulière* ». L'objectif des Plans Périnataux successifs (1995-2000 ; 2005-2007) était de réduire les inégalités sociales de santé de ce « *public prioritaire* ». La première partie de ce Chapitre a décrit cette co-construction d'une nouvelle catégorie de ciblage par l'épidémiologie et les politiques publiques.

L'identification d'un public à risque par la littérature épidémiologique et les politiques publiques a initié la mise en place de dispositifs dédiés visant un meilleur suivi de grossesse de ces femmes. Des dispositifs médico-sociaux les ont ciblées — plus ou moins *officiellement* — afin les faire bénéficier d'un traitement différentiel. La deuxième partie de ce chapitre s'est penchée sur les enjeux du ciblage de ces dispositifs dédiés. Peu importe leur cible *officielle*, l'observation directe de ces dispositifs démontre que la population réelle de ces dispositifs est composée majoritairement de femmes « *étrangères* », souvent sans titre de séjour. Le décalage entre le public visé *officiellement* et le public atteint révèle en creux une dérive humanitaire du soin, qui prend en charge les femmes « *étrangères* » dans les dispositifs pour « *exclues* », en marge du service public.

Chapitre 4 : Dispositifs dédiés : Une prise en charge personnalisée

«*L'humanité doit être en quelque sorte "injectée" dans l'ensemble des actes*»

(Ministère de la Santé et des Sports 2010 b, p. 5).

Le public des femmes enceintes primo-arrivantes «*challenge*» (Gynécologue, directrice du Réseau) les structures de soins du champ périnatal. Leurs parcours de soins semés d'embûches révèlent l'opacité, la complexité et le caractère discriminatoire du système de soins français (cf. Chapitre 2). Face aux «*challenges*» de ce public, les professionnelles de santé ont développé une approche du soin qui transparaît dans le type de prise en charge proposé au sein des dispositifs *dédiés* présentés dans le chapitre précédent. L'ethnographie de plusieurs dispositifs dédiés aux femmes enceintes primo-arrivantes révèle, malgré l'hétérogénéité de leurs formes et de leurs statuts, une homogénéité de «*conception du soin*» (Geeraert 2014). Les professionnelles partagent une approche *personnalisée* de la patiente, caractérisée par une prise en charge individualisée, humaine et globale.

Ces dispositifs dédiés ont développé un suivi *individualisé*, privilégiant par exemple le recours à la même soignante tout au long de la grossesse. Ils proposent une approche *humaine* de la patiente, attentive à laisser du temps au dialogue avec la patiente pendant la consultation médicale. Ils offrent un accompagnement *global*, qui s'adapte aux caractéristiques économiques, sociales et juridiques des patientes. Au sein des dispositifs dédiés, la question économique a été pensée comme intrinsèquement liée à la question médicale (cf. Chapitre 3). Les professionnelles considèrent en effet que «*la situation sociale et économique*» de la patiente «*influe sur sa santé*» (Geeraert 2014). Mêler «*compétences sociales et médicales de manière étroite*» permet alors de «*dénouer certaines situations*» (Legros, Bauer et Goyaux 2012, p. 31). «*Cette vision du soin présuppose donc une*

collaboration pluriprofessionnelle», entre professionnel.le.s du médical et du social, et par la mise en place de réseaux (Geeraert 2014, p. 8).

Ce chapitre met en évidence la transversalité de cette approche personnalisée du soin dans l'ensemble des prises en charge proposées dans les dispositifs dédiés étudiés. Que ce soit dans les dispositifs favorisant l'entrée dans le suivi de grossesse (I), ceux qui améliorent la qualité du suivi médical (II) ou ceux qui s'attachent à réduire les risques de santé périnataux en agissant sur les conditions de vie des femmes (III).

I – L'entrée en maternité : lever les freins

Comme nous avons pu le voir dans le Chapitre 2, les femmes primo-arrivantes ont tendance à entrer tardivement dans le suivi de grossesse. Or, les suivis tardifs ont été identifiés par les experts épidémiologiques comme un risque majeur de dégradation de la santé périnatale. Le Plan de Périnatalité de 2005-2007 avait souligné la nécessité « *d'accompagner les personnes dans les démarches de soin* » (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 12). Une des premières démarches de soin consiste à entrer dans le suivi de grossesse, que cela soit en allant chez un médecin généraliste, une sage-femme ou à la maternité. Cette section aborde certains dispositifs mis en place pour simplifier l'inscription en maternité de ces femmes. Les professionnelles médico-sociales se mobilisent pour aider les patientes à contourner les obstacles en les inscrivant elles-mêmes en maternité (A), et le dispositif de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins) propose une prise en charge gratuite du suivi de grossesse en maternité (B).

A. Un accompagnement individualisé : Faire entrer les patientes dans le suivi

Les professionnelles partent du constat de l'existence de freins à l'inscription en maternité pour les femmes primo-arrivantes, notamment si elles sont sans titre de séjour, sans couverture médicale et en errance résidentielle. Dans la maternité C. ces freins sont multiples, je n'en citerai que deux : 1. la maternité est très demandée, donc il faut s'y prendre longtemps à l'avance pour obtenir une place ; 2. les femmes sans couverture médicale doivent être hébergées dans l'arrondissement de la maternité. Cette section développe les pratiques des professionnelles de santé et du social pour aider les femmes enceintes primo-arrivantes à s'inscrire dans la maternité de leur choix.

Inscrire la patiente à la maternité à sa place : les permanences PMI

Que ce soit à Paris ou dans d'autres villes, toute femme enceinte peut se rendre à la permanence PMI à côté de chez elle. La sage-femme ou le médecin de PMI qui les reçoit les accompagne dans leurs démarches, et dans certains cas, peut les inscrire à la maternité de leur choix. L'observation du travail de professionnelles de PMI à Paris et en Seine-Saint-Denis nous a permis de constater les similitudes et les divergences dans les pratiques d'inscription en maternité. Plusieurs configurations existent, qui dépendent fortement du territoire dans lequel la patiente vit. Par ailleurs, au sein même du territoire, il existe des disparités entre maternités qui affectent les parcours des patientes. Certaines maternités commencent leur suivi très tôt (au bout de trois mois de grossesse), d'autres, et c'est la majorité, le débutent à six mois de grossesse (voir Chapitre 2).

À Paris, les professionnelles de la PMI évaluent et décident, soit d'inscrire elles-mêmes la femme dans la maternité, soit de la laisser faire les démarches d'inscription toute seule. Cette évaluation est subjective et dépend de la

professionnelle. Alors qu'une sage-femme PMI¹ de Paris me raconte qu'elle inscrit toutes les femmes qui lui demandent, sa collègue sage-femme PMI n'inscrit seulement les femmes dont le terme a plus de trois mois. Selon elle, c'est plus « *simple* » que la femme aille s'inscrire elle-même à la maternité, car elle aura directement un rendez-vous. La professionnelle craint que la patiente ne reçoive pas la convocation à son premier rendez-vous médical, car la lettre peut se perdre (si elles n'ont pas d'adresse ou qu'elles changent d'hébergement entre-temps) ou si « *elles n'ont pas de téléphone qui marche* » (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.). En revanche, si la femme est enceinte de plus de trois mois, la professionnelle fait la démarche d'inscription elle-même.

Pour inscrire une patiente dans une maternité, il faut négocier. En premier lieu, les professionnelles font un « *petit interrogatoire* » ; « *connaitre depuis quand elle est en France, si c'est sa première grossesse, les différents antécédents, où elle est hébergée* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Puis, elles demandent à la patiente dans quelle maternité elle désire être suivie. Si celle-ci décide d'être suivie dans la maternité de référence des sages-femmes de PMI, ici la maternité C., les sages-femmes appellent la cadre sage-femme de la maternité pour demander « *son accord* » (Sage-femme PMI 1, Maternité C.) et faxe la demande d'inscription. Les sages-femmes rencontrent peu de refus de la part de la cadre, qui « *accepte systématiquement* » quand ce sont elles qui font la demande, pour des femmes hébergées dans l'arrondissement, sans couverture médicale ou mineure. L'inscription en maternité peut aussi être facilitée par l'assistante sociale de maternité, qui « *force* » pour inscrire une patiente qui était venue seulement aux urgences. La coordination du Réseau de santé (voire plus bas) peut elle aussi appuyer une demande d'inscription en maternité.

Certaines maternités ont quantité de freins à l'entrée (refus des femmes sans couverture médicale, demande de domiciliation, etc.), d'autres n'en n'ont aucuns et « *acceptent tout le monde* » (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.). Les professionnelles connaissent les spécificités et les freins de chaque maternité, en informent les patientes, mais font « *en fonction de ce qu'elles (les femmes) souhaitent* » (sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Si la femme enceinte veut être

¹ Sage-femme PMI n°1, Maternité C.

suivie dans une autre maternité, ou si la maternité C. est saturée, la sage-femme PMI appelle d'autres maternités des environs pour les inscrire. La sage-femme PMI n°2 raconte que comme elle ne connaît pas la cadre de la maternité Y.¹, mais « *s'il y a urgence* » elle appelle une collègue, qui communiquera avec la cadre, pour inscrire la patiente. Sinon elle conseille aux femmes de se déplacer pour s'inscrire.

Ce dispositif est individualisé, il marche au cas par cas et est fortement personne-dépendant ; l'accord marche, car la cadre connaît les professionnelles qui l'appellent, que celles-ci insistent et négocient. Il faut donc que les professionnelles « *gueulent* » pour qu'« *on fasse attention à (leur) patientes* » et qu'elles soient inscrites dans la maternité (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis).

Supprimer les pièces justificatives à l'inscription

Inscrire dans la maternité est une solution possible, une autre est de garantir l'accès à toutes les femmes sans condition : c'est le parti pris du service social de la maternité B., qui ne demande pas de justificatifs et qui ne limite pas le nombre de places.

Dans la maternité B., l'accent est mis sur l'accès à toutes les femmes, « *sans aucune limite* » (Cadre sociale, Maternité B.), afin de lutter contre « *l'exclusion de la dame sans-papiers* » à qui « *on demande trois pièces justificatives que ces dames par définition n'ont pas* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Afin de faciliter l'inscription de ces femmes, le service social de la maternité C. a depuis quelques années développé plusieurs outils : il n'exige pas de preuve de domiciliation « *sur le territoire de l'hôpital* », ne réclame pas de pièce d'identité avec photo et ne demande pas que la patiente ait une couverture médicale. En définitive, « *une femme peut s'inscrire à l'hôpital B. sans amener de justificatifs* », ce qui « *paraît simple* », mais, selon la cadre sociale, c'est le « *seul hôpital à dire aux gens "vous*

¹ Maternité anonymisée.

voulez faire suivre votre grossesse, vous pouvez faire suivre votre grossesse à la maternité B. qu'elle que soit votre situation» (Cadre sociale, Maternité B.).

En revanche, être la seule maternité du territoire à avoir « *enlevé les freins* » entraîne un effet d'appel d'air. Quand le Samu Social « *ne sait plus quoi faire des bonnes femmes, qu'ils ont fait tout le tour de Paris qu'ils n'arrivent pas à trouver de lieu de suivi de grossesse et même de suivi de PASS* », ils les envoient à la maternité B., car « *ils se disent 'à la maternité B. ils ne sont pas difficiles donc on a qu'à orienter à la maternité B.'* » (Cadre sociale, Maternité B.). Les populations primo-arrivantes exclues des autres maternités trouvent dans cette maternité un refuge, une « *dernière chance* » d'avoir un suivi de grossesse correct : « *on est un peu la dernière chance pour beaucoup de parcours compliqués* » (Cadre sociale, Maternité B.). La cadre de la maternité B. raconte que « *la population rom, des gens qui se font jetés de partout* », a trouvé un ancrage dans cette maternité : « *pour peu qu'ils aient l'impression d'être bien reçus, bien soignés et qu'on ne va pas être discriminant avec eux, ils reviennent* » (Cadre sociale, Maternité B.). Selon Dorothée Prud'homme, les réformes hospitalières inspirées du New Public Management, « *dont les objectifs primordiaux sont la maîtrise des dépenses de santé, l'augmentation de la productivité et la rentabilité des établissements de santé (...) désignent indirectement certains patients comme autant d'obstacles sur la voie de la rentabilité financière* » (Prud'homme 2016, p. 101). Exclues des autres structures de soins, les patientes primo-arrivantes vont faire suivre leur grossesse là où elles sont acceptées. Or, la plupart des maternités qui accueillent toutes les femmes enceintes *sans exception* sont localisées dans les territoires déjà ségrégués, comme c'est le cas de la maternité B. en Seine-Saint-Denis.

Si certains dispositifs facilitent l'inscription en maternité des femmes primo-arrivantes, d'autres tentent de réduire le coût du soins pour ces femmes sans ressources financières.

B. Garantir l'accès gratuit aux soins

Une fois inscrite dans la maternité, se pose la question du coût du soins. Les frais d'un suivi de grossesse dans une maternité publique en France sont très élevés. Sept consultations obstétriques recommandées, trois échographies (minimum), l'hospitalisation lors de l'accouchement (trois jours minimum pour un accouchement physiologique, cinq jours minimum pour un accouchement par césarienne)... Sachant qu'une nuit d'hospitalisation coûte 1300 euros, la facture est vite salée pour une patiente sans couverture médicale. Or, comme nous l'avons vu dans le Chapitre 2, nombreuses sont les femmes primo-arrivantes qui commencent leur grossesse sans couverture médicale. En fonction de certains critères (présence sur le territoire depuis plus de trois mois, statut administratif, etc.), elles ont pourtant le droit à une couverture médicale. Le Plan Périnatal de 2005-2007 avait souligné la nécessité de faciliter « *l'ouverture des droits sociaux pour les grossesses à risque, notamment en appliquant la notion de 'soins urgents' aux grossesses des femmes étrangères résidant depuis moins de trois mois en France, afin d'en permettre la prise en charge financière* » (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 12). Un dispositif dédié a été mis en place dans les maternités, en complément du service social, afin d'aider les femmes à accéder à une couverture médicale, ou, si elles n'y ont pas le droit, à des aides pour prendre en charge les frais des soins (dans l'enveloppe *soins urgents*¹ de l'hôpital). Ce dispositif s'appelle la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) [voir Fiche dispositif dédié n° 3].

¹ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale État (AME) « *Sont pris en charge dans ce cadre [soins urgents et vitaux] les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L 2122-1 et suivants du Code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.* » « *Les soins délivrés pour la grossesse à l'hôpital peuvent être pris en charge au titre du Fonds pour les soins urgents et vitaux, mais seule l'obtention d'une protection maladie permet la continuité des soins. Le recours au Fonds n'est ainsi justifié que pour les femmes exilées depuis moins de 3 mois et en séjour irrégulier.* » (COMEDE 2013, p. 235).

Garantir l'accès gratuit au suivi de grossesse

Le dispositif principal d'accès à la couverture médicale pour les personnes sans droits ouverts est la PASS (Permanence d'accès aux soins). Les PASS sont situés au cœur des établissements de santé. Les assistantes sociales PASS ont pour mission d'accompagner les usagers dans leurs démarches d'ouverture des droits. Elles fournissent des bons PASS pour les « *personnes démunies* » (voir Chapitre 3) sans couverture sociale ou aux droits pas encore ouverts. Ces bons permettent aux patients d'accéder gratuitement aux soins à l'intérieur de l'hôpital. Dans le cas des PASS périnatales¹, ces bons comprennent les consultations obstétriques, les médicaments, les échographies, les prises de sang : en d'autres termes, « *tout ce qui est en lien avec la grossesse* »² (Cadre sociale, Maternité B.). Les bons sont à renouveler tous les mois (en fonction de l'évaluation sociale de l'assistante sociale). En parallèle, les assistantes sociales PASS accompagnent dans les démarches d'ouverture des droits : demande AME³, soins urgents⁴. Leur travail dépend de la situation administrative de la patiente. Les femmes arrivées en France avec un visa qui n'est pas encore expiré ne peuvent pas bénéficier de la PASS, elles sont considérées comme des touristes, et doivent payer de leur poche tous leurs frais médicaux. Pour plus de précisions, se référer au tableau récapitulatif des quatre profils de couverture médicale dans le Chapitre 2. Dès que les patientes accèdent à une couverture médicale, elles sortent du dispositif PASS.

¹ Il existe différents types de PASS, voir fiche dispositif dédié n°3.

² Les cours de préparation à la naissance sont accessibles sans Sécurité sociale donc ne nécessitent pas un bon PASS.

³ Soit l'assistante sociale remplit, avec l'aide de la patiente, le dossier AME qu'elle envoie à la CPAM, soit elle donne les instructions à la patiente pour qu'elle aille elle-même déposer le dossier à la CPAM.

⁴ Si la Sécurité sociale refuse une AME, l'hôpital peut garantir l'accès gratuit au suivi de grossesse grâce à l'enveloppe « soins urgents » (voir Chapitre 2): Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005.

Humanité ou logique de rentabilité ? Le cas de la PASS

Certains dispositifs dédiés sont pensés comme des instruments de réduction des coûts, comme la PASS. La logique humaniste est justifiée par la logique financière.

La PASS a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des personnes sans couverture médicale et donc garantir l'accès gratuit au suivi de grossesse pour toutes les femmes (démarche *humaniste*). En réalité, les professionnelles de la PASS expliquent que le dispositif existe, car les bons PASS permettent à l'hôpital de ne pas avoir « *d'impayés* ». L'objectif est ainsi d'augmenter la « *rentabilité* » de l'hôpital en rendant « *solvables* » les patientes « *grâce à un accompagnement social qui les orientera vers le droit commun* ». Dans une optique financière, « *si l'assistante sociale ouvre les droits ça va coûter moins cher et l'hôpital peut être remboursé par la CPAM* » (coordinatrice régionale PASS). Les professionnelles de la PASS ont pour mission « *de récupérer des sous* » (Coordinatrice régionale PASS). Selon Jeremy Geeraert, l'argument financier permet de donner « *une légitimité dans l'hôpital* » au dispositif PASS, sinon en décalage avec la « *conception du soin* » dominante dans les établissements hospitaliers : la rentabilité (Geeraert 2014).

Prenons le cas des deux PASS observées : l'une dans la maternité B. en Seine-Saint-Denis, l'autre dans la maternité C. à Paris. Les deux maternités observées ont chacune une PASS spécialisée en périnatalité. Alors que la première est implantée au cœur du service social, la seconde est à l'extérieur du service social de maternité. Le fonctionnement des deux PASS est décrit dans le tableau à la page suivante.

Tableau 2 : Deux Maternités, deux PASS (2014-2015)

<p align="center">La PASS de la maternité B. Seine-Saint-Denis</p>	<p align="center">La PASS de la maternité C. Paris</p>
<p>Dans la maternité B. il existe une PASS généraliste avec en son sein une PASS maternité, créée en 2009, composée de deux assistantes sociales à temps plein. La maternité B. est implantée dans un grand hôpital universitaire, avec un fort taux de patients précaires. En 2013, 4000 femmes ont accouché, 1200 femmes ont été vues par la PASS, soit plus d'un quart des inscrites à la maternité. 80 % d'entre elles sont venues à la PASS, car elles n'avaient pas de couverture médicale. Le service social de tout l'hôpital est concentré dans un même espace. Il est composé de 19 assistantes sociales et quatre secrétaires. Le service PASS périnatalité est composé de cinq assistantes sociales et une secrétaire.</p> <p>Les patientes ne peuvent s'inscrire qu'à partir du 6^e mois de grossesse. Les patientes doivent, une fois inscrites à la maternité, se présenter à la PASS périnatale, avant leur première consultation obstétrique. Elles obtiennent à « 99,9 % » leur bon PASS. Sans bon PASS, elles ne peuvent pas franchir les caisses. Arrivée au minimum au 3^e trimestre de grossesse, ces bons ne concernent que la 3^e échographie obligatoire.</p>	<p>La maternité C. est implantée dans un hôpital pédiatrique, donc sans soins adultes. Une PASS est installée au rez-de-chaussée. Elle est spécialisée et focalisée sur l'accès aux droits. Au sein de la maternité il existe par ailleurs un service social avec deux assistantes sociales maternité.</p> <p>Les patientes peuvent s'inscrire dès deux mois de grossesse. Elles vont d'abord en consultation obstétrique (avec une sage-femme de PMI), puis le-la soignant.e remplit une fiche PASS et la patiente doit se rendre à la PASS pour obtenir un bon PASS. Ce bon lui permet, avec son ordonnance, d'aller chercher des médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Tous les examens sont internalisés, donc pris en charge avec le bon PASS. Les trois échographies obligatoires peuvent être faites gratuitement au sein de la maternité.</p> <p>Ainsi, toutes les femmes inscrites bénéficient d'une première consultation avant de passer au service social. Toutefois, les patientes ne doivent pas oublier de se rendre à la PASS, sinon la facture de la consultation est envoyée chez elles.</p>

Hors Paris, les maternités commencent leur suivi à partir du 6^e mois de grossesse. Tous les examens précédant le 6^e mois de grossesse ne peuvent donc pas être pris en charge par la PASS. C'est alors à la PMI, où les femmes font suivre leur début de grossesse, qu'ont été développés des outils pour aider les femmes à accéder gratuitement aux soins. Le Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis fournit par exemple des formulaires permettant de faire une échographie ou des

examens sanguins gratuitement. Une fois le nourrisson né, les femmes peuvent se rendre gratuitement dans les permanences PMI afin de peser et vacciner l'enfant. Alors que les centres PMI à Paris et en Seine-Saint-Denis diffèrent dans le suivi de grossesse, ils se rejoignent sur le suivi des enfants de 0 à 6 ans. Une équipe pluridisciplinaire s'occupe des enfants (puéricultrice, auxiliaire, médecin, infirmières).

Simplifier l'accès à l'Aide Médicale d'État

En complément des bons PASS, les professionnelles du social ont développé un certain nombre de leviers d'action pour simplifier l'accès aux soins des femmes sans couverture médicale. Par exemple, le service social de la maternité B. a « *adapté ses circuits à ses adresseurs* », et « *non l'inverse* » (Cadre sociale, maternité B.). Il a développé un partenariat avec la Sécurité sociale afin que les dossiers d'AME soient traités plus rapidement. La maternité B. a passé une convention avec la Sécurité sociale du département, pour fluidifier et accélérer les processus d'obtention d'AME. Un agent du service social dépose les dossiers directement à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). « *Sur les 80 % qui n'ont pas de sécu, on va dire à la louche 75 % elles ressortent d'ici elles ont une sécu. Ça marche. C'est bien pour ça qu'elles reviennent* » (Cadre sociale, Maternité B.). Par ailleurs, afin de faciliter l'obtention de l'AME, la maternité B. est devenue habilitée à domicilier les patientes pendant une durée déterminée (un an maximum). Cette domiciliation hospitalière permet aux femmes sans attestation d'hébergement de pouvoir tout de même demander l'ouverture de leurs droits AME. La maternité B. a pris cette décision face au constat que la mairie, lieu de domiciliation, « *ne pouvait plus suivre le niveau organisationnel* » face aux nombreuses demandes (1200 en 2012). Par ailleurs, les photos nécessaires pour l'AME sont faites sur place, dès le premier entretien avec les patientes : « *on est le seul hôpital où on fait des photos pour l'aide médicale par exemple. C'est-à-dire qu'on sait très bien que si nos patients on leur demande de nous ramener une photo, il y a une chance sur 2 qu'ils ne la ramènent*

jamais, donc on n'arrivera jamais à accompagner leur ouverture de droits.» (Cadre sociale, Maternité B.).

Si l'on sort de l'enceinte des maternités, d'autres initiatives existent afin d'accompagner les personnes en errance résidentielle à accéder à l'AME. La mairie de Saint-Denis a créé un service qui aide spécifiquement les personnes à remplir leur dossier d'AME. L'Observatoire Régional propose un suivi social aux personnes qui sont hébergées par le SIAO Urgence. Spécifiquement sur les femmes enceintes, le Dispositif d'Appui (DA)¹ du Réseau de santé observé, composé d'un temps plein et demi d'assistante sociale, aide lui aussi les femmes enceintes à remplir leur dossier AME, quand celles-ci n'ont pas le droit d'accéder au service social de secteur.

Simplifier l'accès aux droits est primordial dans le parcours de soins des femmes enceintes. Il est la condition d'entrée dans un suivi régulier et de qualité. Il est un axe de lutte « *contre la pauvreté et l'exclusion sociale* » (Berchet et Jusot 2012, p. 6). Les dispositifs mettent en place des leviers d'action pour simplifier, accélérer l'accès aux soins gratuits pour les femmes enceintes sans couverture médicale, pendant toute la durée de leur grossesse. L'ensemble de ces outils permet de rendre la patiente moins « *vulnérable à la complexité* », sans même que les patientes ne s'en rendent compte. « *Tu vas lui dire "vous prenez un rendez-vous, vous revenez dans 15 jours, puis vous revenez, puis vous ramenez tel papier". Il va lâcher en cours de route. Donc si tu fais tout dans le même temps, le mec il va se dire "c'est génial ici j'arrive je reviens 3 mois après j'ai mon AME", lui il ne comprend que ça, il ne voit pas que derrière j'ai mes nanas qui taffent en veux-tu en voilà* » (Cadre sociale, Maternité B.).

¹ Le Dispositif d'appui du Réseau de santé est composé d'une assistante sociale à plein temps et une assistante sociale à mi-temps. L'objectif du DA est d'accompagner les démarches d'ouverture des droits et d'assurer un suivi social aux femmes prises en charge dans le Réseau qui n'ont pas accès à un suivi social. Il suit les femmes jusqu'à trois mois après l'accouchement.

II – Améliorer la qualité du suivi médical : une approche humaine et globale de la patiente

Le suivi de grossesse proposé aux femmes primo-arrivantes dans les dispositifs dédiés est *personnalisé* : il est individualisé, humain et global. Un des aspects de la personnalisation de la prise en charge est la question de l'humanisation du suivi. Elle est prônée dans le Plan de Périnatalité 2005-2007, qui définit l'approche humaine comme « *le besoin d'écoute et d'information* » (Ministère de la Santé et des Sports 2004, p. 2). Dans cette approche, « *l'écoute du patient est une étape essentielle dans la démarche de soin et elle est privilégiée par rapport au recours à l'acte technique.* » (Geeraert 2014, p. 8). L'étude des dispositifs dédiés révèle une attention accrue des soignantes à la question de l'humanisation : elle s'incarne entre autres par l'écoute de la parole des patientes, la transmission d'informations et la prise en compte de l'état émotionnel de la patiente (A). Cette approche *humaine* est imbriquée avec une approche *globale*, qui s'adapte aux caractéristiques socio-économiques des patientes. Les soignantes proposent une médecine holistique, qui va au-delà des aspects strictement médicaux (B).

A. Une approche humaine : Écouter et informer les patientes

L'approche *humaine* des professionnelles de santé transparait dans l'accompagnement qu'elles proposent aux femmes enceintes primo-arrivantes. Trois aspects de cette « *humanisation* » de la prise en charge seront développés ici : 1. Le temps consacré à la parole de la patiente en consultation, 2. La transmission d'informations via les cours de préparation à la naissance et des groupes de parole, 3. Le recours à la traduction ou la médiation professionnelle au sein des consultations.

Donner plus de temps à la parole de la patiente

Dans certaines maternités parisiennes existent des consultations PMI destinées aux femmes « *vulnérables* » (voir Chapitre 3). Dans la maternité C., les sages-femmes PMI ne font leur consultation dédiée qu'un jour par semaine, dans une salle de consultation similaire et accolée aux salles de consultations classiques des sages-femmes. Pourtant, le déroulement de la consultation PMI diverge de la consultation classique. L'observation de ces consultations démontre que ce dispositif est attentif à donner plus de temps à la parole des patientes et prend en considération leur état émotionnel. Par ailleurs, la soignante propose de suivre la patiente tout au long de la grossesse et peut faire des visites à domicile.

En premier lieu, la sage-femme PMI dispose de plus de temps de consultation qu'une sage-femme hospitalière. Les consultations PMI durent 30 minutes en moyenne, 45 minutes pour la première consultation. Les sages-femmes hospitalières doivent faire leur consultation en deux fois moins de temps (15 minutes) et 30 minutes pour la première consultation. L'observation de 200 consultations nous a permis de faire quelques statistiques, sans grande prétention quantitative, mais qui permettent de confirmer ou d'infirmer le temps imparti. Nous avons constaté qu'effectivement, le temps de consultation moyen de la sage-femme en consultation était de 15,9 minutes (équivalent du temps prévu). Pour les sages-femmes de PMI, nous observons des différences entre les deux sages-femmes observées : 24,7 minutes en moyenne pour la SF PMI n°1 (moins que le temps prévu), 34,2 minutes pour la SF PMI n°2 (plus que le temps prévu). Les 10 minutes d'écart entre ces deux professionnelles de la PMI montrent l'importance des variations temporelles des consultations obstétriques au sein d'un même contexte institutionnel. Les temps d'examens sont toutefois les mêmes : 3 minutes pour les sages-femmes de consultation, 3,6 minutes pour la SF PMI n°1, 4 minutes pour la SF PMI n°2. Les écarts de durée ne peuvent donc pas être expliqués par des examens plus longs, mais par les entretiens *pré* et *post* examens gynécologiques. Les consultations PMI ont le record de durée (60 minutes au maximum), alors que

le record du temps minimal passé en consultation est de 6 minutes, examen compris, donné par une sage-femme hospitalière.

Au sein de ces consultations médicales, une grande attention est donnée à l'état émotionnel des patientes, avec dans certains cas, une orientation vers la psychologue de la maternité¹ ou des associations². Le sentiment d'isolement des femmes primo-arrivantes pouvant être très important (voir Chapitre 1), les sages-femmes PMI portent une attention particulière à la sécurité émotionnelle des femmes en posant un certain nombre de questions (sur les relations conjugales, familiales, l'état psychique général) et orientent en fonction. Cynthia raconte qu'elle était particulièrement « *démoralisée* » quand elle a appris, suite aux tests sanguins demandés pour le suivi de grossesse, qu'elle était enceinte. Elle souligne que les « *assistantes sociales* » et « *les psychologues à l'hôpital* » l'ont « *consolée* » et lui ont « *réellement appris ce que c'est que le VIH* » (Cynthia, Cameroun). La prise en compte de l'état émotionnel de la patiente est un des aspects de l'humanisation de la prise en charge.

Les patientes sont suivies par la même sage-femme tout au long de leur grossesse (sauf au moment de l'accouchement, où, comme toutes les femmes, elles seront accouchées par l'équipe de garde), chose rare dans les suivis hospitaliers. « *Dans l'ensemble, les femmes sont contentes d'être suivies par la même personne, un suivi régulier, qu'elles ne changent pas tous les mois de consultants* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Les sages-femmes PMI « *essaient de garder [leurs] patientes du début à la fin* », sauf quand il y a « *beaucoup de monde* » alors les patientes, une fois « *géré le problème social* », sont orientées vers la consultation classique, sauf « *les patientes qui sont plus fragiles psychologiquement, toutes les mineures, ça on va les garder du début à la fin* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Les sages-femmes PMI font aussi des visites à domicile (VAD) chez les femmes hébergées dans leur secteur³, et se déplacent parfois dans les hôtels sociaux ou dans les squats, entre autres pour les femmes qui ont des menaces d'accouchements prématurés (MAP) ou qui subissent des violences conjugales.

¹ Notre étude ne comprend pas d'observation de consultations avec les psychologues de maternité.

² Par exemple des associations spécialisées sur la séropositivité.

³ Chaque Sage-femme PMI a un territoire d'intervention délimité.

Après une consultation classique, les patientes doivent prendre leur prochain rendez-vous à l'accueil. En revanche, à la fin de la consultation PMI, la sage-femme PMI propose la date du prochain rendez-vous à la patiente et, si elle accepte, la note directement dans le logiciel. Les sages-femmes PMI trouvent cela plus « *simple et rapide* » et fait « *gagner du temps* » aux patientes qui n'auront pas à faire la queue à l'accueil (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.).

À Paris, les consultations des sages-femmes PMI en maternité sont donc plus personnalisées et centrées sur la qualité du suivi de grossesse, en comparaison avec les consultations des sages-femmes hospitalières. Selon une sage-femme de PMI de la maternité C., « *c'est vrai qu'on a vraiment plus de temps auprès des patientes. Beaucoup plus le temps de les écouter, de les accompagner. C'est un autre suivi c'est clair. Beaucoup plus individualisé* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Les professionnelles de PMI soulignent que leur accompagnement est plus personnalisé que les consultations « *classiques* » données aux françaises (à l'exception des françaises considérées comme « *vulnérables* » : mineures, toxicomanes, victimes de violence conjugale). Cette sage-femme PMI « *n'aime pas le terme de « discrimination » : « discrimination je n'aime pas le terme... en tout cas c'est un plus. Si c'est ça la discrimination positive oui. C'est un plus.* ». Elle regrette que l'ensemble des femmes n'aient pas le droit d'avoir « *la même chose* », c'est à dire d'avoir un accompagnement personnalisé, humain et global. Une sage-femme raconte que cette inégalité dans la prise en charge peut être mal vécue par les patientes françaises, qui sont insatisfaites de la prise en charge dans la maternité C. : elles voudraient par exemple être suivies par la même sage-femme tout au long de leur grossesse, et trouvent les consultations « *trop rapides* » (« *15 minutes c'est trop court* »). Les femmes « *sans sécu* » sont donc « *mieux loties* » que celles qui ont la « *sécu* » et qui doivent aller dans le « *circuit maternité C.* » classique. Dans « *le meilleur des mondes* » (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.), elles soutiennent qu'il serait nécessaire de généraliser ce modèle de prise en charge personnalisé à l'ensemble des patientes enceintes.

« D'ailleurs elles se plaignent les femmes qui ont la sécu qui sont dans le circuit Maternité C. Moi j'en ai plein qui me disent "alala on change sans arrêt de sage-femme, on aimerait bien avoir la même toute la durée de la grossesse". Du coup finalement elles sont mieux loties faut croire! (rires) Oui.

C'est vrai que c'est pas évident pour les femmes de voir quatre sages-femmes différentes pendant tout le suivi de la grossesse, tous les deux mois elles changent du coup. Et puis elles trouvent aussi que les consultations sont trop rapides. Elles le disent hein. »

(Sage-femme PMI, Maternité C.)

On retrouve cet accompagnement individualisé dans les centres PMI en Seine-Saint-Denis où les sages-femmes font leurs consultations prénatales. Dans les deux centres PMI de Seine-Saint-Denis observés, la consultation dure en moyenne entre 30 minutes et 45 minutes. Une sage-femme PMI en Seine-Saint-Denis précisera que les patientes avec interprète « *c'est toujours 45 minutes, enfin on essaie que ça soit toujours 45 minutes. Parce qu'il faut attendre l'interprète, le temps que la consultation démarre, et puis ça prend toujours plus de temps quand on traduit.* ». Elle adapte son temps de consultation en fonction des besoins des patientes : « *les patientes qui nécessitent j'essaie de mettre 45 min* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis). Prendre son temps est nécessaire pour aborder l'ensemble des sujets. Cette sage-femme raconte qu'elle passe au minimum 30 minutes par consultation, car « *sinon je ne fais pas mon travail correctement et je dois y passer 2 heures après* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis).

Améliorer la prévention et l'éducation à la santé : informer les patientes

Dans le champ de la santé périnatale, plusieurs programmes de prévention ont vu le jour, dédiés, entre autres, à ce « *public à risque* » (Voir Chapitre 3). Depuis plusieurs années, les politiques de santé publique ont mis l'accent sur la question de la prévention et de l'éducation à la santé des femmes enceintes. Dès 1994, le Plan Périnatal faisait remonter les « *demandes des femmes* », grâce à l'enquête DRASS¹, sur la nécessité de la transmission d'informations par la prévention afin de « *transformer l'attitude passive de la femme ignorante en une attitude active de participation consciente et ouverte à l'acte de grossesse et de naissance* » (Haut comité de la santé publique 1994, p. 32). Par ailleurs, les études épidémiologiques

¹ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

ont démontré que « *la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé adaptés permettrait de donner aux immigrés les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de les orienter plus facilement vers les dispositifs de santé appropriés* » (Berchet et Jusot 2012, p. 6). La forme classique de la prévention en périnatalité passe par le cours de préparation à la naissance. Ces cours sont prévus dans le parcours de soin d'une femme enceinte, certifiés par l'Agence Régionale de Santé et remboursés par la Sécurité sociale. Ces cours de préparation, comme nous l'avons vu dans le Chapitre 2, ne sont pas accessibles à toutes les femmes, et les femmes primo-arrivantes y sont sous-représentées. Conscientes des obstacles qui empêchent les femmes d'y accéder (linguistiques, organisationnels, voir Chapitre 2), certaines professionnelles de santé mobilisent des stratégies pour faciliter l'accès à ce public.

Par exemple, dans la maternité C. les sages-femmes de PMI proposent automatiquement aux femmes de faire des cours de préparation dans la PMI à côté de chez elles, car les cours de la maternité sont très vite remplis. Par ailleurs, à la maternité C. il faut s'inscrire par mail aux cours de préparation. Les sages-femmes de PMI proposent aux femmes de les inscrire elles-mêmes ou d'appeler la PMI. Ces cours sont gratuits. La fracture numérique est donc atténuée par les professionnelles. Les recours à l'interprétariat/médiation pendant les cours de préparation « *classiques* » semblent toutefois très limités.

Une autre forme de prévention existe, même si elle est marginale dans le champ de la périnatalité, il s'agit des groupes à destination spécifiquement des femmes enceintes « *étrangères* » (voir Chapitre 3). Notre enquête ethnographique nous a permis d'observer huit groupes dédiés, visant la prévention à la santé périnatale, animés par des gynécologues, des sages-femmes, psychologues ou médecins PMI, en Île-de-France et à Bordeaux¹. Les groupes sont de type *éducatif* ou *thérapeutique*. Sous sa forme *thérapeutique*, le groupe permet de lutter contre l'isolement des femmes en donnant un espace de parole, propice durant la grossesse, période de « *transparence psychique* » (Psychologue, Groupe 4, Bordeaux). Les femmes enceintes partagent sur « *ce qui leur manque, leur*

¹ Voir Chapitre Méthodologique.

nostalgie» (Gynécologue, Groupe 1, Paris), mais aussi des récits traumatiques de violences – de guerre, intrafamiliale, migratoire, etc. Selon les animatrices de ces groupes, parler en collectif, sous « *l'Arbre à Palabres* » (Moro 2008), permettrait de « *soigner* » les souffrances, la douleur de la solitude et de la nostalgie. Le groupe joue un rôle de soutien qui remplace l'étayage familial. D'autres groupes sont plutôt de type *éducatif*, et sont utilisés comme pratique compensatoire afin que les femmes « *aient accès aux mêmes informations que la population générale* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). Le groupe de parole vise à faire connaître les structures médicales, notamment celles qui garantissent un accès gratuit avec ou sans Sécurité sociale (maternité, PMI, Planning familial) et les professionnel.le.s du champ de la santé dédiés à la santé des femmes (gynécologues, sages-femmes, médecins PMI, psychologues, etc.). Les animatrices vulgarisent le vocabulaire gynécologique et obstétrique par des schémas et l'usage de traductrices dans certains groupes. Dans un groupe destiné aux femmes chinoises à Paris, la sage-femme et la médiatrice notent des mots clefs au tableau : « *il y en a beaucoup qui écrivent le vocabulaire féminin français pour essayer de se démerder seules en consultation* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). À terme, ces femmes pourront ainsi s'insérer dans le parcours classique des femmes enceintes en France, intégrer le système de droit commun et augmenter leurs capacités à faire des choix et à négocier avec les professionnel.le.s de santé (Strauss 1992). Dans un des groupes, la gynécologue conclura en disant que « *de toute façon ce qui est le plus important à retenir c'est de savoir que tous les ans vous venez chez le gynécologue* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris).

Traduire la parole des patientes : interprétariat et médiation

Les patientes non-francophones rencontrent de nombreuses difficultés à se faire comprendre et déchiffrer le déroulement des consultations médicales (voir Chapitre 2). Afin de « *rendre moins complexes ces éléments* » (Geeraert 2014, p. 9), un des leviers mis en place est l'usage d'interprètes ou de médiateur.rice.s professionnel.le.s. En 2017, la Haute Autorité de Santé souligne la nécessité du

recours à l'interprétariat linguistique dans le champ de la santé, afin de garantir « *d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical* » (Haute Autorité de Santé 2017, p. 5). L'interprétariat est un élément clef de la personnalisation du soins. Une sage-femme PMI soulignera qu'une consultation avec un.e interprète permet de « *rencontrer la personne. Une vraie personne, pas une grossesse* » (Sage-femme PMI, Groupe 2).

Les deux maternités observées proposent de recourir gratuitement à un.e interprète ou un.e médiateur.rice professionnel.le.s salarié.e.s de la structure ou d'une association lors des consultations, si la patiente ne dispose de personne pour traduire. Le recours à l'interprétariat professionnel limite en partie les problèmes énoncés avec l'interprétariat d'interconnaissance (voir Chapitre 2). En effet, les interprètes sont formé.e.s à traduire l'entièreté du discours des professionnel.le.s de santé. Ne connaissant pas la patiente, les interprètes sont dans l'obligation de lui traduire et ne peuvent pas anticiper la réponse de la patiente. Le recours à l'interprétariat professionnel permet dès lors d'aller plus rapidement lors des entretiens administratifs, qui peuvent être très complexes. Lors d'un entretien social observé dans le service social de la maternité B. en Seine-Saint-Denis, l'assistante sociale n'arrive pas à communiquer avec une femme enceinte qui parle portugais. Toute question doit être répétée plusieurs fois, et le degré de complexité que demande cette conversation laisse présager que l'entretien va être très long (l'assistante sociale appelle même une collègue pour connaître la démarche à suivre). Au bout de quelques minutes, l'assistante sociale fait le choix d'appeler un interprète salarié d'une association au téléphone, qui répondra en quelques minutes. Le recours au traducteur change le cours de l'entretien. La femme comprend ce qu'elle doit faire pour pouvoir demander la CMU (désormais appelée PUMA) en France. L'entretien aura duré cinq minutes et la femme enceinte ressort avec le sourire.

La maternité B. a recours à des interprètes qui viennent sur des temps spécifiques pendant la semaine. Ces interprètes sont financé.e.s par le Conseil Départemental de la Seine-Saint Denis. Ils-elles viennent à la maternité pendant des plages horaires fixes. Par ailleurs, des affiches sont traduites en roumain et en anglais dans le service social : « *allez à la mairie chercher son aide médicale à un moment donné* », « *montrez-moi votre fiche d'état civil* », « *déclarer son enfant dans les trois jours* ». Les travailleuses sociales ont acquis des compétences linguistiques afin de faciliter la communication avec les patientes roumanophones : « *les filles elles savent toutes dire « certificat de nastere », tu ne sais pas ce que ça veut dire, mais nous on sait ! (rires)* » (Cadre sociale, Maternité B.). Par ailleurs, la maternité B. a recours à une médiatrice roumaine dans son service social. Le travail de médiation va au-delà de la traduction pure et simple demandée aux interprètes. Selon la Haute Autorité de Santé : « *alors que l'interprétariat cible les personnes parlant peu ou pas français, la médiation vise les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pour des raisons potentiellement autres que la seule barrière linguistique ou culturelle.* » (Ibid., p. 34). La médiatrice « *accompagne* » pour des « *choses compliquées (...) par exemple une dame qui perd son bébé à la naissance* » (Cadre sociale, Maternité B.). Dans la maternité B., la médiation est exclusivement utilisée pour la population rom (voir Chapitre 2).

Le fonctionnement de la maternité observée à Paris est légèrement différent. Il existe un service d'interprètes salarié.e.s de l'hôpital, mobilisables à tout moment par les professionnel.le.s de santé ou du social. L'équipe est composée de deux interprètes en langue chinoise, tamoule et bambara. Les sages-femmes PMI observées dans cette maternité ont peu recours à l'équipe d'interprète, ni même à l'interprétariat par téléphone. Par contre, elles utilisent un logiciel de traduction en ligne. Les traductrices sont demandées dans les consultations des médecins (souvent lors de la première consultation), de sage-femme, ainsi que lors des consultations anesthésistes. Toutefois, elles ne sont pas présentes en salle d'accouchement. Dans certains cas, les interprètes se transforment en médiatrices « *quand il y a un problème* » (Traductrice chinoise, Maternité C.).

« Quand tout va bien on fait la traduction. Quand il y a un problème, on fait de la médiation. Par exemple une femme qui a une coagulation de sang, ou une

femme qui a le col ouvert. Le médecin lui demande de rester allongée. Elle reste allongée un mois, mais va à un rendez-vous ophtalmo. Je lui explique le col n'est pas "guéri", il ne se referme pas. Qu'il faut continuer de rester allongée. On peut aussi découvrir des problèmes médicaux. »

(Traductrice en langue chinoise, Maternité C.)

La médiation permet aux patientes de s'exprimer. J'observe une consultation avec Hiruni, accompagnée par une médiatrice tamoule, salariée de la maternité C. Hiruni a fait suivre ses deux grossesses dans la même maternité, toujours en présence de cette médiatrice. À la suite de la consultation, nous échangeons grâce à la médiatrice. Hiruni souligne que la grossesse n'est pas « *facile à cause de la barrière de la langue* » qui l'empêche de communiquer directement avec la sage-femme (Hiruni, Sri Lanka). Grâce à la médiatrice, Hiruni dispose du même temps de consultation, voire plus, que les autres patientes.

Dans les PMI hors Paris situées dans des quartiers avec un fort taux de populations « *étrangères* », le recours à l'interprétariat est fréquent (« *3, 4 consultations avec interprète sur à peu près 30 consultations par mois* », ce qui fait 10 % des consultations de la sage-femme PMI n°2 en Seine-Saint-Denis), mais pas pour toutes les patientes. Une sage-femme PMI en Seine-Saint-Denis utilise des interprètes « *plus pour des dames asiatiques en fait. Moins africaines, c'est beaucoup pour les dames asiatiques, pakistanaïses, Bangladesh...* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis). Et presque jamais pendant les visites à domicile : la sage-femme raconte qu'elle l'a utilisé « *une fois à domicile* », mais c'était, car elle avait « *à annoncer un truc aux parents et c'était compliqué* ». Elle préfère toujours recourir à l'interprétariat en personne (professionnel ou personnel) plutôt que par téléphone : « *le téléphone c'est vraiment quand je suis en galère* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis). Par ailleurs, la PMI a certes accès à des interprètes, mais pas à des médiateur.rice.s. La frontière entre traduction et médiation semble floue selon les professionnel.le.s de santé : « *moi j'ai jamais fréquenté de médiateurs, je ne sais pas quelle est la différence* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis). Dans les PMI, le recours à l'interprétariat et la médiation dépend fortement des personnes et des structures. Dans les permanences PMI à Paris, les professionnel.le.s peuvent recourir à l'interprétariat par téléphone ou à une association de médiation, mais le recours reste marginal, quand « *il y a beaucoup*

de choses à éclaircir» (Sage-femme PMI, Maternité C.).

Alors que le Plan périnatal 2005-2007 avait mis en avant la nécessité de débloquent des fonds pour l'interprétariat (Ministère de la Santé et des Sports 2004), le recours à l'interprétariat et la médiation culturelle reste inégal selon les structures (Haute Autorité de Santé 2017). Pressurisé.e.s par des questions budgétaires, les professionnel.le.s de santé ne sont pas incité.e.s, au contraire, à recourir à des interprètes qui coûtent chers, notamment s'il est nécessaire de passer par une plateforme téléphonique. Il faut souligner que toutes les structures ont recours aux capacités linguistiques de leurs professionnel.le.s afin d'éviter de payer des interprètes. Par ailleurs, certaines professionnelles dénoncent une « *barrière à l'usage de l'interprète* » (Psychologue, Bordeaux). Les soignant.e.s refuseraient de recourir à l'interprétariat, car cela remettrait en cause la particularité du colloque singulier et le contrôle sur la transmission des informations aux patientes. À Bordeaux, une association d'interprètes s'est créée pour mettre à disposition des interprètes dans les maternités et limiter ces « *blocages* » : « *on essaie de valoriser au maximum la présence des interprètes dans les institutions. C'est aussi pour ça qu'on a une liste d'attente aussi grande, c'est qu'il y a un blocage à travailler avec les interprètes* » (Psychologue, Bordeaux).

Certains dispositifs dédiés ont été mis en place afin de donner plus de poids à l'écoute de la parole des patientes enceintes et à la transmission d'informations. Ils répondent à l'impératif de la personnalisation du soin en prônant une prise en charge plus *humaine* de la patiente. Trois outils, entre autres, ont été montrés ici : un temps de parole plus long, l'accent sur la transmission d'informations ainsi que la traduction de la parole des patientes.

B. Quand le médical intègre du social : l'approche holistique

Les professionnelles de santé ont développé une approche holistique de la patiente. Face à des patientes souvent en situation de grande précarité, la consultation obstétrique devient un espace pour échanger sur leurs conditions

sociales, économiques et juridiques. Les soignantes adaptent leurs recommandations médicales aux caractéristiques des patientes.

Approche globale de la patiente en consultation PMI

Les sages-femmes PMI soulignent qu'avec les patientes primo-arrivantes, leur travail dépasse l'aspect strictement médical ; il y a souvent un certain nombre de documents administratifs liés aux questions sociales à remplir. Par exemple, les bons PASS, ou en Seine-Saint-Denis les bons qui permettent aux femmes d'accéder à une échographie gratuitement en ville : « *donc finalement on se retrouve à faire beaucoup de papiers et pas faire la consultation en elle-même.* » (Sage-femme PMI n°2, Seine-Saint-Denis). En consultation, les thèmes abordés sont de l'ordre du médical et du social : on parle de l'hébergement, du titre de séjour, du retour à la maison, de l'ambiance familiale, de la répartition des tâches, des violences conjugales et du prix des médicaments. Les professionnelles des dispositifs dédiés sont particulièrement attentives à la question sociale, et l'intègrent dans leur suivi de grossesse.

L'approche globale de la patiente au sein de la consultation est prônée par toutes les professionnelles de PMI. Elles soulignent la nécessité de prendre en compte l'environnement de vie des patientes, sans se limiter aux éléments strictement médicaux. Elle s'imbrique avec l'« *approche humaine* » décrite plus haut. Cette approche globale a été prônée dès 1994 par le 2^e Plan de périnatalité, qui identifie la PMI comme un acteur central. La PMI est perçue comme un « *outil social* », car « *il permet une égalité d'accès au service de soins, de suivi et de prévention* », mais aussi un « *outil de santé publique par la conception très globale de la santé qui sous-tend son action, avec une place prédominante de la prévention* » et enfin « *un outil de santé communautaire, à cause de son intrication étroite avec le tissu social et médico-social, et le poids donné à la promotion de la santé* » (Haut Comité de la Santé Publique 1994, p. 64). Par ailleurs, un autre outil est proposé, et généralisé grâce au plan de Périnatalité 2005-2007, l'Entretien Périnatal Précoce, dit « *Entretien du 4^e mois* », entretien d'inclusion à la maternité,

qui n'est pas une consultation, mais un entretien médico-psycho-social qui peut durer entre 45 minutes et 1 heure (Ministère de la Santé et des Sports 2004).

Les sages-femmes PMI ont une formation médicale, mais apprennent par expérience à développer une approche sociale dans leur consultation, du fait de la prédominance d'un public précaire dans leurs consultations en maternité et dans certains centres PMI. Une sage-femme PMI parisienne me raconte avoir été surprise de « *faire autant de social* » quand elle est arrivée en PMI (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Les questions médicales, sociales et migratoires sont imbriquées dans l'interrogatoire des sages-femmes PMI [voir retranscription d'une consultation Maternité C. page suivante].

Consultation Sage-femme PMI n°1, Maternité C. (Paris) :
durée 1 h. Avec traductrice en russe. Prise de notes. Éléments médicaux en noir/Éléments économiques soulignés/Éléments sur la migration en italique

Début de la consultation
SF. Aujourd'hui on fait une consultation plus longue parce qu'on va faire un point sur la grossesse. *Elle est d'origine roumaine ?*

Trad. *Non moldave.*

SF. Elle ne travaille pas ?

Trad. Non.

SF. Il y a un papa ?

Trad. Oui (rires)

SF. Comment il s'appelle ?

(lui écrit)

SF. Quel âge a le papa ?

Trad. 28.

SF. *Moldave ?*

Trad. *Aussi.*

SF. Il travaille ?

Trad. Oui.

SF. Dans quoi ?

Trad. entreprise de construction.

SF. *Elle est en France depuis combien de temps ?*

Trad. *En mai ça fait 1 an.*

SF. *Elle a un titre de séjour ?*

Trad. *Non.*

SF. *Et le conjoint ?*

Trad. *Non. Il travaille au noir.*

SF. Vous êtes hébergée à Pantin ?

Trad. Chez des amis.

SF. Ils sont au courant pour la grossesse ?

Trad. Oui.

SF. Vous allez pouvoir y rester ?

Trad. Oui.

SF. Même après l'accouchement ?

Trad. Oui.

SF. Cela fait combien de pièces ?

Trad. 2.

SF. Vous êtes nombreux ?

Trad. 4.

Suite à droite →

SF. Vous avez fait la demande d'AME ?

Trad. Oui, mais elle ne l'a pas encore reçu, elle a fait la demande le 10 mars.

SF. On vous a fait le PASS pour avoir les soins gratuits ?

Trad. Je ne sais pas. Elle m'a dit qu'il fallait d'abord aller vous voir.

SF. Oui. Vous passez après. (remplit la fiche PASS lui donne). Le poids avant la grossesse ? La taille ?

Trad. 58. 1m67.

SF. *Elle prend des cours de français ?*

Trad. *Non.*

SF. *Ça serait bien, un an en France ! (sourit)*

Trad. *Elle s'est renseignée, elle va commencer les cours en septembre.*

SF. *C'est bien ! tabac, alcool ?*

Trad. *Non.*

SF. *Elle est jeune, née en 95. 19 ans. Elle a 20 ans le 6 avril c'est bientôt. Pas de problème de santé, médicaments ?*

Trad. *Oui des médicaments contre la constipation, et la tension basse.*

SF. *Ce n'est pas embêtant pendant la grossesse.*

Herpes, boutons au niveau du sexe ?

Trad. *Oui. Elle a des mycoses, mais pas d'herpes.*

SF. *Papa du bébé en bonne santé ?*

Trad. *Oui.*

SF. *Bébés déformés dans la famille ?*

Trad. *Non.*

SF. *C'est votre première grossesse ?*

Trad. *Oui.*

SF. *Fausse couche, IVG ?*

Trad. *Non.*

SF. *Je vais prendre tous les examens faits pendant la grossesse, prises de sang, écho (...) T21 a été fait le 4 février (...) par rapport à la grossesse il faut faire attention à l'alimentation, car il y a une bactérie (...) écho du 2e semestre ? (lui donne). Elle a dû payer ça ? Je ne comprends pas tout au niveau paiement.*

<p>(suite) Trad. <u>Elle n'a rien payé.</u> SF. <u>Bon bizarre parce qu'elle n'a pas d'AME.</u> Tout allait bien à l'écho. Elle sera vue tous les mois ici. La 3e écho elle peut la faire ici. Sauf si elle est vue dehors. Elle peut faire suivre son bébé au centre de PMI à Pantin, c'est un service gratuit. Pesée une fois par semaine. Consultation plus vaccination. Si pendant la grossesse elle veut rencontrer une SF en permanence (ne traduit pas). Est-ce que vous avez fait la déclaration de grossesse ? Trad. Oui. SF. Ça vous brûle quand vous faites pipi ? Trad. Brûlures ici. Dans région du sexe démangeaisons. SF. Odeur ? Trad. Oui. SF. Brûlures, elle prend un médoc ? Trad. C'est un médecin de PMI qui a prescrit ça, mais elle ne se souvient pas son nom. SF. Je vais l'examiner. Elle a déjà eu un examen ou c'est la première fois ? Trad. plusieurs fois. Elle veut aller aux toilettes avant. SF. Mais il va falloir qu'elle fasse pipi, qu'elle aille au comptoir faire dans une cup. (Les accompagne chercher la cup. - traductrice l'accompagne aux WC. - reviennent 5 minutes après). SF. Le petit pot d'urine vous pouvez le poser là. Je vais l'examiner, il faut qu'elle se déshabille.</p> <p style="text-align: right;">Suite à droite →</p>	<p>(se déshabille et s'allonge sur la table d'examen) SF. Je vais regarder le ventre. j'ai les mains un peu froides. (écoute le cœur). Il bouge. Le gros bruit ça on entend. En tout cas, il bouge bien. Elle va bien descendre les fesses. Je vais toucher le col, si je lui fais mal elle le dit. C'est bon au niveau du col c'est normal. Pertes normales pas d'odeur particulière, vous pouvez vous rhabiller. - durée examen : 5 minutes - (se rhabille et revient s'asseoir devant le bureau) SF. Je vais essayer de rappeler le DAN. appel : » j'ai une question PPA élevé, t'en sais rien non plus, tu peux me rappeler ? » Donc tout va bien au niveau de l'examen. Pas de souci. Donc on va faire une prise de sang après. Est-ce que qu'elle a son carton de rendez-vous ? Trad. Elle me dit qu'en général elle perd connaissance quand prise de sang, elle a peur. SF. Il faut qu'elle le dise aux infirmières. En fait, vous avez déjà rencontré la SF de PMI, si vous avez des questions vous pouvez retourner la voir. Elle a rendez-vous le 16 avril chez elle. Pas d'examen, tout est fait ici. Prochain rendez-vous dans un mois le 28 avril à 19 h 30 (l'inscrit). Allez faire la prise de sang <u>et après allez à la PASS.</u></p> <p>Fin de la consultation</p>
---	--

J'accompagne la patiente et la traductrice dans la salle d'attente. Grace à la traductrice, je pose quelques questions à la patiente. Elle me raconte qu'elle est sans-papiers en France depuis un an. Quand elle est tombée enceinte une amie à elle lui a parlé de la PMI. Elle s'est rendue dans un centre de PMI à côté de chez elle à Pantin. Elle a débuté son suivi en PMI et a pu faire l'échographie gratuitement. Le centre PMI lui a conseillé de s'inscrire à la maternité C. Elle est appelée par l'infirmière pour faire une prise de sang. J'attends qu'elle ait fini et nous allons à la PASS au rez-de-chaussée. Nous trouvons porte close. Nous attendons l'arrivée de l'assistante sociale de la PASS.

S'adapter aux caractéristiques sociales des patientes

L'approche globale suppose que les professionnel.les. de santé adaptent leurs conseils et prescriptions en fonction des éléments socio-économiques de la patiente. « *Le social interfère* » dans les recommandations médicales (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.). Une médecin PMI souligne que tout.e soignant.e se doit de prendre en compte l'environnement de vie des patientes : « *si le médecin fait une ordonnance et que la patiente ne peut pas acheter les médicaments, c'est de sa faute, il aurait dû lui demander si elle était remboursée* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). La médecine holistique requiert une « *mise en perspective d'un traitement* », c'est-à-dire que pour soigner un symptôme et la pathologie, « *il est nécessaire de comprendre ce qu'a vécu la personne* » (Coordinatrice régionale PASS). Les sages-femmes PMI adoptent cette mise en perspective du traitement avec les patientes dont elles savent qu'elles sont en grande difficulté financière. Alors qu'elles sont très attentives en consultation classique aux questions de nutrition pendant la grossesse du fait du risque du diabète gestationnel, les sages-femmes PMI ne font pas mention de la nécessité d'un régime équilibré avec les patientes sans domicile, « *elles mangent ce qu'elles peuvent* » (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.).

« Malheureusement, les pauvres, n'importe quoi, tout devient compliqué. Se nourrir est compliqué. On ne dit pas la même chose. Moi je ne vais pas m'amuser à dire "ah vous avez pris trop de poids, ah bah faut manger équilibré avec des fruits et des légumes", ce qu'on dit d'habitude aux femmes enceintes, j'en parle même pas. Je ne parle même pas du poids. Elles mangent ce qu'elles peuvent. On a pas le même discours quand même »

(Sage-femme PMI n°2, Maternité C)

Une sage-femme PMI raconte que dans certains cas les conseils médicaux sont en décalage avec les conditions de vie de la patiente. Elle prend l'exemple

¹ Diabète qui intervient chez la femme enceinte vers la fin du 2^e trimestre, intolérance aux glucides.

des conseils qu'elle donne pour éviter la toxoplasmose¹, bien laver les fruits et les légumes et bien faire cuire la viande avant de la manger. Elle « *le dit quand même (...) parce que ça fait partie de mon métier, mais (rires) la pauvre, les fruits et les légumes bien les laver, déjà fruits et légumes... elles n'en voient pas la couleur pendant toute la grossesse* » (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.). Les soignantes « *intègrent cette donnée* » sociale et adaptent leur prise en charge. Elles sont plus « *indulgentes* » : « *c'est vraiment au niveau de leur vie, de ce qu'elles me racontent, de ce que j'ai appris d'elles, de ce qu'elles vivent, qui me fait penser qu'il faut que moi j'adapte ma pratique à l'hôpital, que je sois plus indulgente, que je les aide aussi peut-être plus... quand elles n'ont pas fait des examens ou qu'elles ne sont pas venues à un rendez-vous* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis). Dans le centre PMI observé en Seine-Saint-Denis, si une patiente hébergée par le 115 est en retard à son rendez-vous, elle ne sera pas mise à la porte. « *Et puis on ne met pas un rendez-vous à une femme qui est au 115 à 8 h du matin.* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Dans un des groupes de parole ayant lieu dans un accueil de jour en Seine-Saint-Denis, la sage-femme laisse les femmes laver leur linge et appeler le 115 pendant la séance : « *même il y en a qui appellent le 115 en même temps, il y a 10 portables qui sont allumés. Parce que les 115 elles attendent des heures, des heures, du coup elles le posent et dès qu'elles ont le 115 elles prennent... (...) Et des fois elles me demandent d'écrire l'adresse, enfin c'est n'importe quoi ! (rires) franchement. Mais c'est comme ça. Et moi j'ai envie de le prendre comme ça. J'ai envie de me dire bah et puis si elles ont leur linge à étendre et bien elles vont étendre leur linge* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis).

Un difficile « *entre-deux* »

Pour les professionnel.le.s de santé, jongler entre questions médicales et sociales peut parfois « *faire perdre le fil* » : « *ce n'est pas toujours facile parce qu'on est entre les deux. Des fois il faut être médical et quand il y a un problème*

¹ Maladie due à l'infection par un parasite, dangereuse pour le fœtus.

médical, mais la patiente est quand même à la rue. Tout devient compliqué» (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.). Les questions sociales peuvent vite dépasser les compétences des sages-femmes.

« Dans la PMI, on délivrait des soins, des orientations, mais il n’y avait pas d’assistante sociale au sein de la PMI. Des fois on pouvait dépanner, aider à remplir un papier, mais voilà ce n’était pas notre job, enfin on ne savait pas faire surtout »

(Sage-femme PMI n°1, Seine-Saint-Denis)

Les sages-femmes orientent alors vers les professionnel.le.s compétent.e.s : assistantes sociales et/ou psychologues. Et *vice versa*. Mais « parfois on voit des sages-femmes faire assistantes sociales et des assistantes sociales faire sages-femmes » tant « les situations de grande précarité sont difficiles » (Gynécologue, directrice du Réseau de santé). La collaboration médico-psycho-sociale, notamment à travers des staffs médico-sociaux, a été développée pour aider les professionnel.le.s de santé, démuni.e.s et qui se « sentent incompétent.e.s » pour accompagner les patients en situation de précarité (Legros, Bauer et Goyaux 2012).

L’orientation vers les professionnel.le.s compétent.e.s suppose une bonne connaissance des multiples dispositifs — médicaux, sociaux, psychologiques, juridiques — du champ périnatal. À l’hôpital, la sage-femme, l’assistante sociale et la psychologue travaillent côte à côte, ce qui facilite la collaboration. Ce n’est pas le cas des sages-femmes libérales, des médecins de ville, des assistantes sociales de secteur, des centres PMI. Des annuaires des professionnel.le.s de la précarité ont été mis en place dans certains territoires¹ pour aider à connecter les acteurs et actrices de terrain. Toutefois, même au sein d’une structure, les professionnel.le.s de santé et du social peuvent avoir du mal à communiquer. Une sage-femme PMI raconte que son travail est peu reconnu par les médecins et les sages-femmes hospitalières qui ne leur orientent pas de patientes. L’approche *globale* de la sage-femme PMI serait « *dure à comprendre* » pour les soignant.e.s uniquement focalisé.e.s sur la dimension médicale de la grossesse

¹ Par exemple dans le 19^e arrondissement de Paris et à Saint-Denis.

(Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Une autre sage-femme parle de « *gros gap avec les médecins* » (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.). Elle souligne qu'il s'agit d'une spécificité de la Maternité C. qui externalise peu et est focalisée sur la question médicale.

La question de la place du *médical* dans le suivi obstétrique et lors de l'accouchement est au cœur de conflits professionnels entre sages-femmes et gynécologues. La sociologie des professions médicales s'est penchée sur les relations entre ces deux professions, marquées par des rapports hiérarchiques et des rapports de genre. Historiquement, jusqu'au XVIII^e siècle, les accouchements étaient pris en charge par les matrones et les sages-femmes. L'accouchement sort progressivement de la sphère familiale et devient le monopole des médecins-chirurgiens. La médicalisation de l'accouchement engendre des transformations dans le statut des sages-femmes ; « *sous contrôle de l'Église, puis de l'État, les sages-femmes perdent progressivement leur autonomie et passent sous la tutelle médicale* » (Jacques 2007, p. 5). En effet, selon Danièle Carricaburu, la profession de sage-femme a des compétences limitées et « *par conséquent à une autonomie relative (...) dans la mesure où leur champ de compétence — grossesses et accouchements physiologiques — résulte d'une délégation émanant des obstétriciens* » (Carricaburu 2005, p. 252). Les deux professions se sont spécialisées (Conrad 1992) : aux gynécologues le pathologique, aux sages-femmes le physiologique. Aux médecins, l'expertise scientifique, aux sages-femmes, un savoir-faire, le soin à l'autre (Carricaburu et Ménoret 2004). Par ailleurs, les sages-femmes sont, dans la lignée des métiers paramédicaux, une profession essentiellement féminine. La profession des gynécologues obstétriciens, traditionnellement des hommes, s'est progressivement féminisée (Jaisson 2002), pour être aujourd'hui à plus de la moitié composée de femmes. La division du travail entre gynécologues et sages-femmes est ainsi, en partie, doublée d'une division sexuelle du travail à l'hôpital (Jacques 2007).

Les professionnelles de santé se sont adaptées au public des femmes primo-arrivantes en périnatalité. Elles ont modifié leur positionnement et

proposent un suivi *personnalisé*, à la fois *humain* — à l’écoute de leur parole — et *global* — adapté à leurs caractéristiques sociales, économiques et juridiques. Toutefois, cette approche globale ne peut se faire sans la mise en place d’un suivi social.

III – Améliorer les conditions de vie pour améliorer la santé périnatale. Coopération des professionnel.les.s du médical et du social

Le suivi médical, même s’il développe une approche holistique, n’est pas suffisant pour limiter les inégalités d’accès aux soins des femmes primo-arrivantes. En 2009, Dominique Mahieu-Caputo, l’ancienne directrice du Réseau de santé observé, écrit que « *tout programme visant à améliorer la santé des mères et des enfants doit intégrer des actions “périmédicales”, visant à combler leurs besoins spécifiques tels que l’hébergement, l’alimentation, mais aussi la réinsertion sociale et même professionnelle* » (Mahieu-Caputo 2009, p. 89). Au sein des dispositifs dédiés, les soignantes collaborent intensément avec les travailleuses sociales, qui sont des actrices clefs : elles proposent un suivi social adapté aux besoins de chaque patiente (A). Les professionnel.le.s de santé et du social ont développé une « *approche collégiale* » (Geeraert 2014) autour de la patiente, via une mise en réseau (B).

A. Un suivi social adapté

L’entrée dans ces dispositifs dédiés permet aux femmes primo-arrivantes d’accéder à un suivi social en maternité qui va tenter d’améliorer leurs conditions de vie pendant la grossesse et juste après l’accouchement. Nous nous intéresserons ici au suivi social proposé en maternité par l’assistante sociale du

service et de la PASS, mais aussi au suivi social proposé par le Dispositif d'Appui (DA) du Réseau de santé observé. Le suivi porte principalement sur trois aspects : 1. Les besoins primaires, 2. L'hébergement, 3. L'accès à un titre de séjour.

Besoins primaires : alimentation, vêtements, déplacements

Comme nous l'avons vu dans le Chapitre 1, les femmes primo-arrivantes ont de grandes difficultés à se nourrir, à se vêtir ou à se déplacer. L'inscription en maternité donne le droit aux femmes enceintes d'accéder au suivi social de la maternité ou de la PASS. Grâce aux assistantes sociales, les femmes peuvent avoir accès à certains éléments considérés comme des besoins primaires : l'alimentation pour elles et leur enfant après l'accouchement, des vêtements pour l'enfant et une carte de transport.

L'accès à l'alimentation passe par plusieurs canaux. Il y a, entre autres, les paniers du *Restos du cœur*, accessibles avec une lettre d'une assistante sociale. Il existe des restaurants collectifs accessibles avec des cartes, financées par le département ou par la région, que peuvent distribuer les sages-femmes PMI (un repas par jour à renouveler tous les mois) ou les professionnel.le.s de la coordination du Réseau de santé (deux repas par jour à renouveler tous les mois). Après l'accouchement, l'assistante sociale propose aux femmes en difficulté financière de les orienter vers ces associations en leur faisant « *un courrier* » (Assistante sociale, DA, Réseau). Pour les enfants venant de naître, il y a les associations *Restos du cœur pour bébés* et *Paris Tout Petits* qui répondent aux « *besoins élémentaires des nourrissons* », ce que la cadre sociale de la maternité B. appelle « *“bébés affamés”, c'est plus clair* ». Ils offrent du lait et des couches sur présentation de l'attestation de l'assistante sociale, et ce jusqu'à un an de l'enfant. Au moment de notre enquête, des initiatives similaires étaient en train de se mettre en place en Seine-Saint-Denis. La maternité B. était en contact avec des associations pour développer des lieux donnant du lait et des couches.

Observation Visite à Domicile de l'Assistante sociale du DA du Réseau de santé (Awa, Sénégal)

- *AS.* Moi je peux vous orienter pour une association qui vous donne du lait en poudre.
- *Awa.* Pour le bébé ?
- *AS.* Oui ça s'appelle les Restos du cœur pour les bébés, dans le 14e. vous pouvez avoir le choix. Il ne faut pas vous forcer.
- *Awa.* Ils m'ont dit que c'est plus efficace au niveau de la santé donc je préfère.
- *AS.* D'accord. Et les couches ?
- *Awa.* Les dames (voisines) m'en ont acheté.
- *AS.* Je peux vous faire un courrier pour les couches.
- *Awa.* Oui je veux bien.

Le transport peut, lui aussi, être facilité grâce au suivi social. En effet, quand les femmes obtenaient l'AME, elles pouvaient faire la demande d'une carte solidarité transport, beaucoup moins chère que des tickets de métro classiques. Toutefois, ce dispositif a été démantelé par la présidence de la région Île-de-France en 2016. Les détentrices de l'AME n'ont plus le droit de demander cette carte solidarité. En revanche, il arrive que les sages-femmes PMI dépannent les patientes avec des tickets de métro.

**Stabilisation de l'hébergement en *pré* et *post* natal :
priorisation des femmes enceintes et sorties de maternité**

L'accès au suivi social permet aussi d'améliorer les conditions d'hébergement des femmes, pendant leur grossesse et/ou juste après leur accouchement. Comme nous l'avons vu dans le Chapitre 1, la question de l'hébergement est centrale pour les femmes primo-arrivantes, hébergées de façon précaire avant l'annonce de la grossesse, elles ont de grandes chances de se retrouver à la rue après l'accouchement. Or, les conditions de vie influent considérablement sur la santé physique et psychique de la femme enceinte et de l'enfant à naître (Mahieu-Caputo 2009, p. 82). L'objectif des professionnel.le.s

est que la femme enceinte trouve un hébergement stable, au moins durant la grossesse.

Les assistantes sociales de la maternité, de la PASS ou du Réseau de santé ont un rôle à jouer en soutenant la demande de stabilisation au 115. À Paris, une procédure spécifique existe : les maternités peuvent envoyer un mail au Samu Social au lieu de passer par le téléphone. « *Le Samu social de Paris est réactif sur mail. Contrairement aux autres départements où on est quand même obligés de passer soit par des numéros de téléphone un peu officieux, soit clairement faire le 115, ce que n'importe qui peut faire. Et ça peut être 2 ou 3 heures d'attente* » (Assistante sociale, Maternité C.). Quand elles doivent appeler le 115 d'un autre département, car la patiente est hébergée hors Paris, le temps passé au téléphone est considérable et nuit à la prise en charge, car « *ça bloque une ligne professionnelle* » (Assistante sociale, Maternité C.). Cette procédure mise en place en 2010 priorise les femmes enceintes dans l'hébergement d'urgence. « *Il y a une priorité pour les prises en charge des femmes enceintes par l'intermédiaire d'une fiche qu'on leur envoie. Donc ça ne veut pas dire qu'ils peuvent nous garantir un hébergement le soir même parce que s'il n'y en a pas, il n'y en a pas. En tout cas, elles vont être mises en priorité pour dès qu'il y aura quelque chose.* » (Assistante sociale, Maternité C.).

Les professionnelles informent la patiente de l'existence du dispositif d'hébergement d'urgence et de la manière dont les femmes peuvent le contacter. Les assistantes sociales du Réseau de santé peuvent elles aussi envoyer un mail au 115 pour soutenir la demande de la patiente. Lors d'une visite à domicile de l'assistante sociale du Dispositif d'Appui (DA) du Réseau de santé, la professionnelle précise à Awa que si son hébergeante la « *met dehors* » elle doit « *appeler le 115* » puis l'appeler pour qu'elle puisse appuyer sa demande, en précisant ses difficultés respiratoires (Awa est allergique à la moquette, c'est pour cela qu'elle a dû quitter sa chambre d'hôtel 115 précipitamment). Le Réseau de santé a développé un partenariat avec le Samu social, afin que les demandes de stabilisation de femmes enceintes « *pour raisons médicales* » soient prioritaires. La sage-femme coordinatrice invoque alors dans la demande au 115 cette « *raison médicale* », sans avoir à préciser laquelle (au nom du secret

médical). Cette demande ne sera pas forcément satisfaite. Comme le disaient souvent les professionnelles de la coordination du Réseau aux femmes incluses dans le Réseau, « *on n'a pas de baguette magique* ».

Après l'accouchement, l'assistante sociale de maternité a une « *responsabilité* » majeure, celle de trouver un point de chute pour les femmes ayant accouché dans leur maternité et qui n'ont nulle part où aller : « *c'est la responsabilité de l'hôpital de ne pas sortir la maman avec son bébé à la rue sans orientation* » (Assistante sociale, Maternité C.). En Seine-Saint-Denis, un partenariat entre les maternités et le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) du département (93) s'est développé depuis 2013¹. La plateforme du 115 du département 93 étant saturée de demandes avec des délais d'attente très longs, un « *canal dédié aux services sociaux des hôpitaux* » a été développé, « *afin qu'ils fassent remonter au plus vite et au plus tôt dans la grossesse les situations de femmes enceintes ayant un besoin urgent d'hébergement* » (Interlogement 93 2014, p. 3). Les assistantes sociales envoient par mail un rapport social et une fiche SIAO au référent santé du SIAO « *de façon à ce que lui puisse anticiper la sortie de maternité de ces dames* » (Cadre sociale, Maternité B.). « *Le SIAO 93 oriente ensuite les femmes enceintes ou venant d'accoucher, en fonction de leurs besoins spécifiques* » (*Ibid.*). Cette idée de partenariat a débuté à la maternité B., « *l'hôpital du 93 qui sort le plus de patientes au 115* » : 160 femmes en 2013, contre 40 à 50 dans les autres maternités du département. Toutefois, « *quand il n'y a pas de place au 115 ça ne fait pas qu'on ait des places au 115, faut quand même pas rêver. Mais au moins on essaie d'anticiper* » (Cadre sociale, Maternité B.).

Si la sortie en hébergement est assurée par la maternité, quitte à hospitaliser les femmes jusqu'à trente jours après leur accouchement si l'assistante sociale ne trouve pas de solution, il n'y a en revanche aucune garantie que la femme ait accès à un hébergement stable. Trois jours après sa sortie de maternité, une femme avec son nourrisson peuvent se retrouver à la rue, et ne relèvent plus du suivi social de la maternité : « *après (le jour de la*

¹ Avant 2013, les femmes sortantes de maternité étaient envoyées dans un CHU particulier qui les accueillait pendant trois jours. Le manque de *turn over* et l'augmentation du nombre de femmes en errance résidentielle a fait saturer le système.

sortie) ce n'est plus mon taf» (Cadre sociale, Maternité B.). Les assistantes sociales orientent vers des « *relais* » (associations, accueils de jour) qui peuvent faire le suivi social. L'intérêt du Dispositif d'Appui du Réseau de santé est qu'il suit la femme jusqu'à trois mois suite à l'accouchement.

Le type d'hébergement proposé aux femmes dépend de leur statut administratif. En situation irrégulière, elles dépendent de l'hébergement d'urgence, et donc de l'assistante sociale de maternité. Si elles sont en procédure d'attente pour le droit d'asile, elles sont prises en charge par les travailleurs sociaux de la CAFDA (Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile) et logées dans des CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile). Enfin, si elles ont déjà un titre de séjour, elles peuvent être suivies par l'assistante sociale du secteur dans lesquelles elles vivent. Elles pourront faire une demande d'hébergement pérenne (Demande SIAO¹).

Accompagner vers le titre de séjour

Le suivi social consiste par ailleurs à accompagner les femmes primo-arrivantes dans les démarches liées à leur statut administratif. Si les femmes sont en situation irrégulière et qu'il y a une possibilité de régularisation (titre de séjour pour vie privée et familiale, pour soins, droit d'asile, etc.), les assistantes sociales peuvent commencer les démarches pour obtenir un titre de séjour. La question du titre de séjour est centrale dans la prise en charge des femmes primo-arrivantes lors de leur grossesse. Elle est abordée dans l'ensemble des entretiens médico-sociaux avec les professionnelles des dispositifs dédiés. Nous présenterons ici les trois types de titres de séjours mentionnés le plus fréquemment dans nos entretiens avec les enquêtées primo-arrivantes, et les moyens déployés par les professionnelles médico-sociales pour que les femmes puissent y accéder. Nous commencerons par les moins courants

¹ Dans certains cas, les assistantes sociales font la demande SIAO pour les patientes sans titre de séjour, sans grand espoir de retours positifs.

pour aller vers les plus couramment abordés : 1. Le titre de séjour pour soins, 2. Le droit d'asile, 3. Le titre de séjour pour vie privée et familiale.

Titre de séjour pour soins

Les femmes « *étrangères* » ont la possibilité, « *sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elles sont] originaires* »¹, de demander un titre de séjour pour soins. Plusieurs des enquêtées ont entamé les démarches pour demander un titre de séjour pour soins. Une seule avait obtenu un titre de séjour pour soins au moment de notre enquête, Cynthia. Cynthia apprend qu'elle est séropositive lors du suivi de sa première grossesse, au Danemark. Son conjoint de l'époque l'a quittée et elle se fait rejeter par ses amies. Elle décide de venir en France et commence à se faire soigner dans un hôpital parisien. « *Les médecins* » l'aident à faire une demande pour un titre de séjour pour soins, qu'elle obtiendra (Cynthia, Cameroun). Deux autres enquêtées sont en cours de procédure. Imen veut faire la demande pour son fils autiste et Leïla veut faire la demande pour son fils qui a « *la maladie des os de verre* » (Leïla, Mali). Dans les deux cas, des assistantes sociales de la maternité leur ont donné les informations et les ont orientées dans leurs démarches et des professionnel.le.s de santé les ont soutenues en leur faisant un rapport médical². Une fois le dossier complet « *il faut le déposer à la mairie* ». Si l'enfant obtient le titre de séjour pour soins, alors les parents l'obtiennent « *automatiquement* » (Imen, Tunisie).

¹Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article L313-11 modifié par LOI n°2015-925 du 29 juillet 2015 - art. 6. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. (source : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000024197223>)

² Dans la procédure pour obtenir un titre de séjour pour soins il faut une attestation d'un médecin.

Droit d'asile

Les femmes « *étrangères* » peuvent demander l'asile quand elles arrivent en France, mais peu obtiennent le statut de réfugiée¹ ou de protection subsidiaire². En France, le statut de réfugié ou celui de la protection subsidiaire est accordé par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), sous le contrôle de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). L'ensemble du suivi des demandes d'asile est pris en charge par la Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile (CAFDA). Une fois la demande reçue par l'OFPRA, les femmes sont hébergées dans des structures d'hébergements propres à la CAFDA, les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). Elles ont le droit à une compensation financière³, jusqu'à ce que l'OFPRA rende sa décision : droit d'asile ou refus.

Parmi nos enquêtées, aucune n'a obtenu le droit d'asile. Mais deux de nos enquêtées sont en cours de procédure : Marlene et Simone. Marlene a fait la demande dès son arrivée en France il y a plusieurs mois, mais « *n'a pas encore eu la réponse* » (Marlene, RDC). Simone a eu son premier rendez-vous avec l'assistante sociale de la CAFDA : « *elle m'a demandé pourquoi j'étais venue ici, les difficultés depuis que je suis ici, et elle m'a fixé un autre rendez-vous. Elle m'a donné un certificat de prise en charge et elle m'a demandé de ramener le certificat de naissance quand mon enfant sera né. J'ai rendez-vous à la*

¹ « *Le statut de réfugié peut vous être accordé sur 3 fondements : la convention de Genève relative au statut de réfugiés du 28 juillet 1951. Le statut de réfugié est délivré à « toute personne qui (...) craignant avec raison d'être persécutée en raison 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 ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » ; l'asile dit constitutionnel, qui tire son origine de l'alinéa 4 du préambule de la Constitution de 1946. Le statut de réfugié est accordé à « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté » ; le mandat du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) : si vous avez été reconnu réfugié par le HCR sur la base des articles 6 et 7 de son statut. » (Ministère de l'Intérieur 2015, p. 4).*

² « *Le bénéfice 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 : la peine de mort ou une exécution ; la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ; 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. » (Ibid.).*

³ L'ADA : Allocation pour les Demandeurs d'Asile

préfecture le 22 juin pour la demande d’asile» (Simone, Guinée). La plupart des demandes d’asile sont rejetées par l’OFPRA¹. C’est le cas de Fanta, qui a été déboutée du droit d’asile, après plusieurs années de procédure. Quand elle est arrivée en France avec son conjoint, le couple dormait « *dans les gares* ». Des « *compatriotes* » (Fanta, Guinée) les informent que le couple peut faire une demande d’asile, et les orientent vers la CAFDA. Après plusieurs années hébergée en CADA, l’OFPRA rend sa décision : la famille de Fanta n’obtiendra pas l’asile. Elle doit quitter leur hébergement et ne touchera plus l’ADA. Fanta appelle immédiatement le 115, qui l’orienta vers une chambre d’hôtel dans le Val-d’Oise. En 2014, Fanta, de nouveau enceinte, sera suivie par le Dispositif d’Appui (DA) du Réseau pour sa seconde grossesse. C’est lors d’une visite à domicile du DA que nous nous rencontrons.

Titre de séjour pour vie privée et familiale

Le titre de séjour pour vie privée et familiale au titre de parent d’enfant français représente un espoir pour plupart des enquêtées primo-arrivantes en situation irrégulière. Si elles donnent naissance en France à un enfant reconnu par un père français (ou régularisé), celles-ci peuvent faire la demande d’une carte d’identité de l’enfant, puis d’un titre de séjour pour elles². Carine l’a obtenu suite à la naissance de son premier enfant. Pour certaines enquêtées la procédure de demande est déjà en cours, c’est le cas d’Aminata, d’Awa et d’Estelle. Laurence, quant à elle, compte faire la demande prochainement.

Les assistantes sociales des dispositifs dédiés jouent un rôle considérable dans l’obtention de ce titre de séjour. En effet, que ce soit les assistantes sociales de la maternité, de la PASS ou du Réseau de santé, elles informent les patientes sur cette possibilité. Une des premières difficultés dans l’obtention de ce titre est d’obtenir la reconnaissance du père. Comme nous l’avons vu dans le Chapitre

¹ Après recours à la CNDA, en 2010 27% des demandes d’asile ont été acceptées, 28% en 2014, 31,5% en 2015. Source : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/premiers-chiffres-de-l-asile-en>

² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006180199&cidTexte=LEGITEXT000006070158>

1, dans le cas où le conjoint « *disparaît dans la nature* », il est complexe pour les femmes de retrouver leur ex-compagnon et qu'il accepte de reconnaître cet enfant. Pour reconnaître l'enfant, le père doit se rendre à la mairie suite à l'accouchement¹. Une fois la reconnaissance obtenue, la femme peut faire la demande de carte d'identité pour son enfant. Elle doit se rendre à la mairie y chercher un dossier. Remplir le dossier n'est pas une formalité pour certaines femmes non francophones ou non lettrées. L'assistante sociale du DA du Réseau de santé propose « *de remplir les papiers ensemble si c'est trop compliqué* ». Face à Laurence qui vient d'accoucher, elle insiste plusieurs fois sur la nécessité de « *passer à la mairie pour faire la demande de carte d'identité pour la petite* » (Assistante sociale, DA, Réseau). Une fois le dossier déposé à la mairie, il faut « *attendre* » plusieurs mois. Si la carte d'identité de l'enfant est remise, la mère pourra demander un titre de séjour. Elle devra remplir une demande à la préfecture et attendre elle aussi plusieurs mois qu'elle soit acceptée. Si elle est acceptée, la femme obtient un titre de séjour de séjour. Ce titre est temporaire, il est de un an renouvelable.

Que ce soit le titre de séjour pour soins, le droit d'asile ou le titre de séjour pour vie privée et familiale, les professionnel.le.s médico-sociaux des dispositifs dédiés jouent un rôle décisif dans l'accompagnement des femmes en situation irrégulière vers une régularisation. Nous avons présenté trois types de titres de séjour, mais ce ne sont pas les seules possibilités (étudiant, mariage, mineurs isolés, etc.). En définitive, l'entrée dans des dispositifs dédiés permet aux femmes primo-arrivantes d'accéder à un suivi social. Ce suivi leur ouvre des possibilités d'amélioration de leurs conditions de vie, même si elles sont en situation irrégulière : besoins primaires, hébergement, accompagnement vers la régularisation sont les principaux leviers possibles mobilisés dans le suivi social.

¹ Suite à l'accouchement, le père a un an pour reconnaître son enfant.

B. Un travail en réseau autour de la patiente

L'imbrication de la prise en charge médicale, sociale et psychologique requiert une collaboration accrue des professionnel.le.s du champ de la périnatalité autour chaque femme enceinte. Les difficultés de coordination des professionnel.le.s ont amené certain.e.s professionnel.le.s à créer un Réseau spécifique autour de la prise en charge des femmes enceintes en errance résidentielle [Voir Fiche dispositif dédié n°2 : Réseau de santé]. Ce Réseau conjugue prise en charge personnalisée (« *autour de chaque femme enceinte*»), globale (« *médico-psycho-sociale*») et régionale.

La mise en réseau participe d'un mouvement général, promu par le Plan de Périnatalité 2005-2007¹, de création de réseaux de périnatalité. Si les « *dispositifs d'étayage existent*», « *les hébergeurs doivent héberger, d'autres pourvoient à l'alimentation, un troisième distribuera des aides financières, l'hôpital essaiera de soigner, la PMI de protéger...*» (...) *et de nombreuses dispositions sont prévues pour aider ces populations*», Dominique Mahieu-Caputo souligne que « *la prise en charge souffre de l'absence de politique nationale globale et du manque de coordination des actions autour de chaque femme enceinte*» (Mahieu-Caputo 2009, p. 75). Le travail en réseau est pensé comme un outil facilitant la coordination des professionnel.le.s du médical et du social. Toutefois, ce Réseau ne fait pas l'unanimité parmi les professionnel.le.s du champ périnatal, qui lui reprochent de se substituer à leur travail.

¹ *Selon l'évaluation du plan périnatal 2005-2007 en 2010, « le plan a contribué à faire émerger la nécessité de la prise en charge médico-psycho-sociale : (...) Le renforcement du travail en réseau a permis de mieux articuler le travail des professionnels hospitaliers et des professionnels de PMI. Enfin, ces derniers ont renforcé leur place dans certains réseaux régionaux, ce qui a contribué à diffuser l'importance de la prise en charge médico-psycho-sociale »* (Ministère de la Santé et des Sports 2010, p. 6).

Travail en réseau : coordonner les professionnel.le.s autour de la femme enceinte

Le Réseau de santé observé, créé en 2006, est parti d'un objectif d'inclusion des femmes « *dans le circuit, en gardant en permanence à l'esprit l'adage : précarité + grossesse = urgence médicale et sociale* » (Mahieu-Caputo 2009, p. 85). Le Réseau s'occupe de façon *personnalisée* des femmes afin qu'elles soient incluses dans le soin, et qu'elles y restent tout au long du suivi, et ainsi éviter les « *pertes de vue* ». En effet, les femmes en errance résidentielle risquent de « *disparaître* » aux yeux des soignant.e.s quand elles sont dans l'obligation de changer d'hébergement plusieurs fois au cours de la grossesse (Voir Chapitre 2). S'adressant aux professionnel.le.s, « *le réseau c'est "t'inquiètes pas. T'inquiètes pas. Je l'ai en main la dame. On ne va pas la perdre"* » (Gynécologue, directrice du Réseau de santé). Dominique Mahieu-Caputo, fondatrice du Réseau, écrivait en 2009 sur la nécessité d'un travail de coordination autour des femmes « *en situation de vulnérabilité psychosociale* » qui ont des « *besoins singuliers* » : « *hébergement, alimentation, lutte contre l'isolement. (...) Ceci impose une implication forte et coordonnée des acteurs médico-psycho-sociaux institutionnels, mais aussi libéraux et associatifs, et ce dès le début de la grossesse.* » (Ibid., p. 89). Selon elle, il était nécessaire de développer une approche *personnalisée* (« *autour de chaque femme enceinte* »), *globale* et *régionale*.

La coordination du Réseau invite les professionnel.le.s du champ de la périnatalité à les contacter via une fiche navette quand une femme enceinte est dans une situation de « *grande précarité* » (voir Chapitre 3). Une coordinatrice contacte alors la patiente et lui propose un entretien médico-social d'inclusion dans le Réseau. Une fois incluse dans le Réseau, la coordination suit les femmes jusqu'aux trois mois de l'enfant, en lui donnant « *le plus d'outils possibles* » : informations sur le suivi, sur l'inscription en maternité et sur ses droits [voir Fiche Dispositif dédié n°2 : Réseau de santé]. La coordination du Réseau maintient des liens entre la femme enceinte et l'ensemble des professionnel.le.s médico-psycho-sociaux qui la prennent en charge. Ces professionnel.le.s sont les

« *partenaires* » du Réseau. Dans le fascicule distribué aux femmes incluses dans le Réseau, un schéma représente l'action du Réseau en plaçant la femme enceinte au centre, connectée avec les partenaires — Associations, Hébergement, Hôpital, Services Sociaux, PMI, Médecin en ville — autour d'elle, eux-aussi connectés entre eux. Il est écrit que « *tous les professionnels du réseau travaillent ensemble et vous accompagne dans le respect de la confidentialité. Le réseau sera particulièrement attentif à vous, votre suivi de grossesse, votre vie quotidienne. Le réseau vous orientera vers les professionnels adaptés à votre situation tout au long de votre grossesse et durant les premiers mois de votre bébé* ». Coordonner les parcours de soins requiert donc des échanges constants avec les partenaires du Réseau et une confiance réciproque. Depuis plusieurs années, la coordination a tissé des liens avec les partenaires médicaux et sociaux incontournables dans la prise en charge des femmes enceintes en errance résidentielle : pour le médical, la PMI ; pour le social, le Samu Social. Ces liens ont un effet sur l'efficacité de l'action de la coordination. Une sage-femme PMI raconte que la coordination du Réseau « *arrive mieux* » à stabiliser l'hébergement des femmes enceintes que les assistantes sociales de sa maternité. Selon elle, c'est parce qu'« *ils connaissent mieux les gens du Samu. Je pense qu'ils ont plus de contacts. Surtout la directrice du Réseau. Je crois qu'elle les connaît vraiment donc je pense qu'ils ont plus de poids. Du fait du lien qui existe entre eux* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.).

Par ailleurs, la coordination du Réseau arrive à maintenir du lien entre les structures médicales et sociales qui sont souvent sectorisées et ont du mal à communiquer entre elles. Pour Dominique Mahieu-Caputo, « *même en imaginant une action optimale (des structures), des difficultés structurelles persistent. La collaboration véritablement transversale des administrations impliquées dans l'action sociale et médicale est souvent nécessaire* » (*Ibid.*, p. 85). Prenons l'exemple du système d'hébergement d'urgence dans la région Île-de-France. Chaque département dispose d'une plateforme téléphonique 115 : le 115 du 75, du 93, du 95, etc. Or, ces plateformes communiquent peu entre elles, ce qui rend très complexe le suivi des femmes en errance résidentielle qui parfois changent de 115, car elles changent de département. Toute la complexité vient

aussi du fait d'une spécificité du 115 de Paris, qui est le seul à orienter des femmes dans des hôtels d'un autre département, tout en les gardant dans le 115 de Paris. Ces problèmes de communication créent des « *trous structurels* ». « *À un moment donné, ces familles interrogent nos dispositifs qui sont sectorisés. (...) Elles tombent dans les trous. Mais c'est des trous structurels. Ce ne sont pas des déficits des professionnels. Ça met en difficulté tous les professionnels* » (Gynécologue, Directrice du Réseau). La coordination veut constituer un pont entre les structures pour éviter que les femmes enceintes disparaissent dans ces failles structurelles.

La coordination du Réseau fait un travail de lien entre structures, mais aussi d'ancrage dans les structures de soins de proximité. Dans un contexte de saturation du système d'hébergement d'urgence, la coordination a constaté qu'il était moins risqué de stabiliser l'hébergement et de changer de lieu de soin plutôt que de garder à tout prix le lieu de soin comme ancrage, alors que les femmes sont susceptibles de devoir changer d'hébergement du jour au lendemain. Elles proposent aux femmes de les inscrire dans une maternité et une PMI plus proche de leur hébergement actuel. Dans un premier temps, l'assistante sociale ou la sage-femme coordinatrice proposent à la patiente de changer de maternité. Si elle accepte, la professionnelle contactera elle-même la nouvelle maternité pour inscrire la patiente. Si la maternité valide l'inscription, la professionnelle contactera l'ancienne maternité afin que celle-ci envoie le dossier de la patiente, et prendra rendez-vous pour la patiente dans sa nouvelle maternité.

**Un rapprochement de maternité réussi par le Réseau de santé :
le cas de Priscilla**

Priscilla était inscrite à la maternité à Paris, mais a changé d'hébergement et s'est retrouvée dans les Yvelines. Jusqu'à sept mois de grossesse, elle se fait suivre dans la maternité à Paris alors qu'elle a un temps de transport important. L'assistante sociale de la maternité tente de contacter une maternité dans les Yvelines, sans succès. Elle contacte la coordination en désespoir de cause. Priscilla est incluse dans le Réseau suite à un entretien médico-social. La sage-femme coordinatrice réussit à inscrire Priscilla dans une maternité plus proche de son hébergement. Elle accouche dans les Yvelines.

Si la patiente ne souhaite pas changer de maternité, mais risque d'accoucher dans une autre maternité, d'autres outils sont possibles. Une sage-femme me raconte qu'elle donne un double du dossier médical à la patiente, comme ça elle pourra l'amener si jamais elle doit accoucher en urgence dans une autre maternité plus proche de son hébergement : « *c'est plus confortable* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Elle précise que cela arrive « *exceptionnellement* » dans la maternité C., alors que dans certaines maternités un exemplaire du dossier médical est automatiquement donné aux patientes. La numérisation des dossiers médicaux facilite par ailleurs les transferts ainsi que la communication des dossiers entre maternités.

Dès qu'elles sortent de l'enceinte de la maternité, le suivi social des assistantes de maternité s'arrête. La coordination du Réseau, qui suit la patiente jusqu'aux trois mois de l'enfant, permet de s'assurer de la continuité du suivi, tant social que médical. Si la femme a changé d'hôtel, la coordination propose de l'inscrire dans une PMI proche de leur nouvel hébergement. L'objectif est de « *reconstruire la PMI là où elle est* » (Gynécologue, directrice du Réseau). Par ailleurs, la coordination s'assure que la femme enceinte est bien prise en charge dans chaque structure : par exemple en vérifiant qu'elle s'est rendue à ses rendez-vous médicaux et sociaux. Ainsi, la coordination du Réseau permet d'éviter de « *perdre de vue* » les femmes incluses, du moins jusqu'aux trois mois après leur l'accouchement.

Coordonner sans se substituer : enjeu du Réseau de santé

Les retours des professionnelles médico-sociales interrogées sur le Réseau de santé sont mitigés. Si une minorité trouve le travail du Réseau « *appréciable* », la majorité des professionnel.le.s méconnaît son fonctionnement et certaines reprochent à la coordination de faire « *leur travail à leur place* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.).

L'assistante sociale de la maternité C. trouve « *appréciable* » le travail de coordination que fait le Réseau de santé, notamment dans le cas de femmes enceintes qui ont « *plusieurs lieux de suivi* » ou « *avec des problématiques de santé associées* ». « *Elles font bien la coordination entre tout le monde. C'est appréciable* » (Assistante sociale, Maternité C.). En revanche, le recours au Réseau est marginal chez les professionnelles rencontrées, qui sollicitent la coordination dans des cas extrêmes, quand elles « *n'y arrivent pas* » : « *sinon on passe par le truc classique, les PMI, on essaie de trouver les PMI les plus proches de leur lieu d'habitation, de là où elles sont domiciliées. Effectivement on fait travailler le réseau quand ça merde un peu ! (rires) quand on n'y arrive pas !* » (Assistante sociale et sage-femme, Accueil de jour, Seine-Saint-Denis). Que ce soit les professionnelles de la maternité C., de la maternité B., des PMI de Seine-Saint-Denis ou de cet accueil de jour, le recours à la coordination du Réseau relève de l'exceptionnel (une fois par an, parfois moins). La méconnaissance du Réseau se retrouve chez les professionnelles de la maternité C. (sages-femmes et assistantes sociales) qui font rarement des demandes d'inclusion, notamment car elles ne « *comprennent pas bien ce que le Réseau fait* ». La sage-femme PMI regrette qu'après avoir orienté une patiente, de n'être « *jamais au courant après de ce qu'elles ont fait* » (Sage-femme PMI n°1, Maternité C.). Une directrice d'un CHRS à Aubervilliers a « *encore du mal à cerner le travail quotidien du Réseau* », qu'elle trouve « *flou* ». En tant qu'association, dispositif hors du droit commun (voir Chapitre 3), le Réseau doit donc faire énormément de publicité afin de se faire connaître dans toute l'Île-de-France : elle organise entre autres des rencontres annuelles et des formations pour les professionnel.le.s de santé.

D'autre part, certaines professionnelles de la PMI accusent la coordination de se substituer au travail des professionnel.le.s de santé et du social. Par exemple, « *une sage-femme, sa patiente n'est pas inscrite à la maternité, au lieu de prendre son téléphone et dire je voudrais parler à une responsable (...) elle faxe au Réseau qui va s'en charger* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Cette délégation enlèverait « *la responsabilité* » des professionnel.le.s du social et du médical. Pour une médecin PMI en Seine-Saint-Denis, « *pour enlever sa responsabilité en tant que soignant, on les envoie au Réseau, ça les dédouane. (...) Donner de l'argent à l'assistante sociale du Réseau c'est protéger toutes les assistantes sociales qui ne le feront pas* » (Médecin PMI, Seine-Saint-Denis). Selon la cadre sociale de la maternité B., la coordination du Réseau n'est nécessaire que si les professionnel.le.s ne font pas leur travail : « *c'est pour ça que je te disais en rigolant le Réseau franchement c'est foutre de l'argent en l'air, si tout le monde fait son boulot il n'y a pas besoin d'associations comme le Réseau. C'est vraiment quelque chose qui sert à coordonner les acteurs qui n'ont pas fait leur taf* » (Cadre sociale, Maternité B.). Si un.e professionnel.le ne fait pas son travail, le dispositif d'appui pourra le faire « *à sa place* ». Par ailleurs, la sage-femme PMI de la maternité C. « *ne voit pas l'intérêt du Réseau* », car « *souvent* » la coordination lui demande de faire quelque chose — par exemple un changement de maternité — pour une patiente alors qu'en tant que professionnelle, elle « *n'a pas besoin qu'elles lui disent* », elle sait ce qu'elle a à faire. Selon elle, soit les professionnelles de la coordination disposent de plus de temps et donc « *c'est bien pour qu'elles le fassent elles* », mais « *en général c'est toujours pour notre pomme* », donc elle est « *sceptique* » sur l'utilité du Réseau (Sage-femme PMI n°2, Maternité C.).

Consciente des critiques qui lui sont faites, la coordination du Réseau est très attentive à la question de la substitution pour éviter tout conflit avec les professionnel.le.s. Lors de mon observation, les coordinatrices du Réseau soulignent que le risque existe bel et bien de se substituer. Elles relatent que certain.e.s professionnel.le.s leur disent : « *vous n'avez qu'à le faire* » (Sage-femme, coordination du Réseau), et se dédouanent ainsi d'accompagner des populations qu'ils-elles jugent trop chronophages. Au contraire, selon la

directrice du Réseau, le travail de coordination ne peut se faire que si les professionnel.le.s font bien leur travail. Selon cette gynécologue, ce ne sont pas les professionnel.le.s qui posent problème, mais les « *trous structurels*», la sectorisation, qui sont des « *épines du pied des partenaires*» (Gynécologue, directrice du Réseau). « *Un professionnel qui fait mal son boulot, la coordination ne peut rien faire. Juste rien. Il va nous mettre au contraire en difficulté. Nous on a des professionnels... ça marche parce que justement on a des professionnels qui jouent le jeu et qui font bien leur travail. On est dans l'inter institutionnel*» (Gynécologue, directrice du Réseau). La directrice minimise cette critique de la substitution en pointant que la majorité des partenaires « *sont bienveillants*» avec le Réseau, à part une minorité de professionnel.le.s qui se sent « *en difficulté par le Réseau*», car « *ils pensent que le Réseau les destitue quelque part, or ce n'est pas vrai, c'est le contraire*» (Gynécologue, Directrice Réseau).

La collaboration des professionnel.le.s du médical et social est intense dans le champ périnatal, que ce soit au sein des structures de soin ou à l'extérieur grâce aux réseaux. Cette collaboration est parfois difficile et source de tensions autour de la division du travail interinstitutionnelle. Malgré leurs divergences, les professionnelles des dispositifs dédiés partagent une « *conception du soin*» commune (Geeraert 2014) : la nécessité *médicale* d'une approche *globale* des patientes primo-arrivantes.

Conclusion Chapitre 4

Ce chapitre a décrit les différents types de prises en charge dédiées aux femmes enceintes primo-arrivantes proposées dans le champ périnatal. Face à un public primo-arrivant souvent touché par la pauvreté et l'errance résidentielle, les professionnelles de santé peuvent se sentir démunies. La complexité des situations sociales, économiques et juridiques rend caduc un suivi strictement médical. Les professionnelles ont été contraintes d'adapter leur prise en charge, afin d'aller vers ces patientes pour comprendre leurs besoins réels.

L'ensemble des dispositifs dédiés qui ont été présentés dans ce Chapitre — la PMI, l'interprétariat, les groupes de parole, la PASS, le Réseau de santé — partagent une approche personnalisée de la patiente. Celle-ci se décline notamment par une attention particulière aux caractéristiques individuelles des patientes, tant émotionnelles que sociales, économiques, linguistiques et juridiques. L'approche personnalisée, à la fois individualisée, humaine et globale, transparaît dans l'ensemble des accompagnements. Les professionnelles de ces dispositifs sont très investies dans la prise en charge, au-delà parfois de leur mission initiale, si elles en identifient la nécessité. L'imbrication des questions médicales et sociales nécessite une collaboration intense des acteurs médicaux et sociaux. L'approche collégiale fait partie de leur « *conception du soin* » (Geeraert 2014). La mise en place de réseaux professionnels incarne cette volonté de combiner approche *personnalisée* — la patiente au centre — et *globale* — par la coordination des acteurs médicaux et sociaux.

Ce chapitre s'est attaché à décrire les dispositifs dédiés du *point de vue* des professionnelles, mais qu'en est-il des patientes ? Dans quelle mesure l'entrée dans ces dispositifs dédiés affecte-t-elle leur subjectivité ? Le prochain chapitre propose de se pencher sur les effets subjectivants des dispositifs dédiés.

Chapitre 5 : Suivi de grossesse dédié et reconnaissance du sujet

« *La souveraineté d'un sujet politique (qu'il soit trans ou cis, ou migrant ou pas, blanc ou non blanc...) n'est pas donnée à l'avance, mais elle se fait et se défait constamment à travers un vaste appareil de soutien institutionnel* »
(Preciado 2018)

Une fois enceintes, certaines femmes primo-arrivantes ont la possibilité d'être prises en charge dans des dispositifs dédiés qui proposent une approche personnalisée, à la fois humaine et globale (voir Chapitre 4). Alors que ces femmes sont *exclues* dans la société française (voir Chapitre 1), on peut alors se demander comment cette approche personnalisée affecte le statut social des femmes primo-arrivantes. Dans quelle mesure l'entrée dans ces dispositifs modifie-t-elle leur statut de sujet en France ? En nous basant sur la théorie de la reconnaissance développée par Nancy Fraser – autour des concepts de *reconnaissance intersubjective*, de *reconnaissance politique* et de *redistribution* (Fraser 2004) – ce chapitre démontre que ces dispositifs dédiés permettent aux femmes primo-arrivantes d'être reconnues comme des sujets : aux yeux des professionnelles de santé, des institutions de soin, mais aussi de l'État français.

En premier lieu, la prise en charge humaine participe à reconnaître les femmes primo-arrivantes dans leur « *subjectivité* » : on les place au cœur de la prise en charge, on les considère comme des personnes à part entière, on écoute leur parole. En reprenant le modèle de la philosophe Nancy Fraser, on pourrait parler de *reconnaissance intersubjective* dans le cadre de la relation de soin (*Ibid.*). En second lieu, en aidant les femmes à accéder à un titre de séjour, ces dispositifs jouent un rôle dans la transformation du sujet exclu en sujet de droit. Ces dispositifs permettent donc, sous certaines conditions, la

reconnaissance politique du sujet. Mais pour accéder à ces deux formes de reconnaissance (*intersubjective* et *politique*), il est nécessaire que les femmes primo-arrivantes aient les moyens économiques pour entrer dans les institutions de soin. En garantissant l'accès gratuit au suivi de grossesse, ces dispositifs jouent un rôle essentiel de *redistribution* des ressources économiques. Pour Nancy Fraser, on ne peut penser la question de la reconnaissance sans inclure la question de la « *structure économique de la société et les différences de classe* » (Fraser 2004, p. 162). Étudier la reconnaissance des sujets, ou leur déni de reconnaissance, suppose d'étudier les conditions *matérielles* et *symboliques* de cette reconnaissance, ancrées dans des dimensions intersectionnelles de genre, de race et de classe. Dans quelle mesure la reconnaissance des sujets améliore-t-elle leurs conditions de vie ? Diminuent-elle les inégalités sociales et les rapports de domination que les femmes primo-arrivantes subissent en France ?

Au-delà des grands concepts théoriques de la reconnaissance, notre approche sociologique et méthodologique vise à s'intéresser à l'appropriation des logiques de reconnaissance par les femmes primo-arrivantes elles-mêmes (Pombet 2017). Il s'agira de vérifier empiriquement quel est le sens que prend la *reconnaissance* pour les sujets. Dans quelle mesure les femmes enceintes primo-arrivantes associent-elles prise en charge médico-sociale dédiée et reconnaissance ?

Ces modes de reconnaissance et de redistribution ont des effets considérables sur les conditions de genre, de race et de classe des femmes primo-arrivantes. En imbriquant théories et discours des premières concernées, ce chapitre démontre que la grossesse, de par l'entrée dans ces dispositifs dédiés, devient une « *fenêtre d'opportunité* » (Responsable SIAO, Seine-Saint-Denis) pour les « *sujets précaires* » (Butler 2009), qui, enfin, voient leurs capacités d'agir augmenter. Dans un premier temps, nous montrerons que l'entrée dans les dispositifs dédiés personnalisés produit de la reconnaissance du sujet dans le soin (I). Puis, le chapitre analyse les effets matériels et symboliques de la reconnaissance politique des femmes primo-arrivantes enceintes (II).

I — Reconnaissance du sujet dans le soin

Dans la théorie de Nancy Fraser, « *considérer l'autre comme un pair dans l'interaction sociale* » est une forme de reconnaissance intersubjective (Fraser 2004, p. 162). Transposée dans le champ de la santé, il est possible d'analyser la relation de soin comme un espace où le sujet peut être reconnu de manière intersubjective, à condition qu'il bénéficie du « *statut de partenaire à part entière dans l'interaction* », bénéficiant du « *respect* » (*Ibid.*), ou pour Axel Honneth, de « *l'estime sociale* » (Honneth 2000) du ou de la professionnel.le de santé. En développant une approche personnalisée des patientes au sein de dispositifs dédiés, les professionnel.le.s du champ périnatal produisent une *reconnaissance intersubjective* des femmes primo-arrivantes (A). Cette reconnaissance intervient dans un contexte particulier : celui de la grossesse. C'est par leur corps enceint que les femmes primo-arrivantes deviennent légitimes et reconnues par les professionnel.le.s de santé et les institutions de soin. Nous parlerons alors ici de *reconnaissance biologique* (B).

A. Reconnaissance intersubjective : le sujet face aux professionnelles de santé

La démarche d'humanisation du suivi de grossesse, présentée dans le chapitre précédent, participe à une dynamique de reconnaissance du sujet dans l'interaction médicale : les patientes ne sont pas seulement objets de soin, mais sujets de soin. L'entrée dans des dispositifs dédiés permet ainsi aux femmes enceintes primo-arrivantes d'avoir le « *droit à la parole* » (Elsa, Groupe 1, Paris), indépendamment de leur niveau de ressources économiques.

Humanisation : une reconnaissance du statut de personne

L'approche humaine développée au sein des dispositifs dédiés est née d'une demande de reconnaissance de la part des usagères de la périnatalité, qui s'opposent à une médicalisation trop importante du suivi de grossesse¹. Le Plan Périnatal 1994 faisait remonter les « *demandes des femmes* » grâce à l'enquête DRASS : une « *reconnaissance pleine et entière par l'autre du statut de personne, comme femme enceinte, puis comme mère* » (Haut comité de la santé publique 1994, p. 31). Ne plus être considérée comme « *un utérus* » mais comme une « *personne humaine* » : « *ce qui intéresse les équipes médicales, c'est mon utérus : la personne humaine est inexistante par rapport à l'organe* » (*Ibid.*). Sa mise en place concrète au sein de ces accompagnements dédiés participe à accorder une reconnaissance aux femmes prises en charge. Les professionnelles de santé et du social les considèrent comme des personnes, avec leurs angoisses, leurs douleurs et leurs désirs, non uniquement comme un corps (potentiellement) malade. Les patientes sont à la fois prises en charge et prises en compte dans leur individualité. Selon l'évaluation du Plan Périnatal 2005-2007 faite en 2010 par le ministère de la Santé, « *les femmes ne veulent pas choisir entre une prise en charge et une prise en compte. La prise en compte doit traverser l'ensemble de la prise en charge, c'est-à-dire l'ensemble des actes à réaliser. L'humanité doit être en quelque sorte "injectée" dans l'ensemble des actes* » (Ministère de la Santé et des Sports 2010b, p. 5).

En donnant plus de temps à la parole des patientes lors des consultations PMI, en leur proposant un suivi personnalisé, avec toujours la même soignante

¹ Depuis le début des années 2000 on a pu assister à une montée des revendications des usagères de la périnatalité autour de deux questions intrinsèquement liées : la critique de la médicalisation de l'accouchement et la volonté des patientes d'être « *actrices de leur accouchement* » (Jacques, 2007). Suite à la loi Kouchner de 2002 qui incite à une plus forte représentation des usagers dans le champ de la santé, en 2003 ont lieu les États Généraux de la naissance. Le premier collectif d'usagères de la périnatalité, le CIANE (Collectif inter associatif pour la naissance) y fait ses débuts. Les revendications humanisation du soin renvoi à d'autres aspects que ceux mis en avant dans les politiques périnatales, notamment la question de la lutte contre une trop forte médicalisation du suivi et de l'accouchement. La question de l'humanisation des soins s'oppose alors à la trop forte technicité de l'accouchement, notamment symbolisée par le refus des actes intrusifs (forceps, déclanchement, césarienne...). Cette critique de la médicalisation de l'accouchement s'inscrit dans un contexte de revendications internationales des usagères (Aux États-Unis, au Brésil...).

à leurs côtés, en leur offrant la possibilité d'avoir une professionnelle de la coordination du Réseau de santé au téléphone quand elles en ont besoin ou en leur donnant la possibilité d'avoir des visites à domicile de sages-femmes de PMI, ces dispositifs humanisent les patientes, qui se sentent prises en compte et estimées. En s'inspirant du modèle honnethien de la reconnaissance, on pourrait défendre l'hypothèse que cette approche personnalisée permet aux sujets de « *jouir d'une estime sociale qui leur permet de se rapporter positivement à leurs qualités et à leurs capacités concrètes* » (Honneth 2000, p. 147).

Les sujets pris en compte

Au travers de ces accompagnements médico-sociaux-psychiques, les femmes enceintes primo-arrivantes accèdent à des espaces où elles peuvent raconter leur histoire, transmettre leurs difficultés, leurs angoisses, leurs espoirs. La grossesse leur permet d'exprimer leur subjectivité, que ce soit en consultation obstétrique, au téléphone avec la coordination du Réseau de santé, mais aussi au sein de groupes de parole proposés par certaines maternités, PMI ou associations.

Plusieurs enquêtées apprécient le fait d'entretenir une relation de confiance avec leur soignante et de participer à un espace de parole où leur subjectivité prise en compte. Awa raconte qu'elle était « *très stressée* » pendant sa grossesse. Sa sage-femme lui a proposé de « *parler de ses problèmes* », mais elle était « *méfiante* » au premier abord, car elle est « *sans-papiers* ». Awa se laisse aller à parler, et construit une relation bénéfique pour elle, « *après quand je l'a revoyais j'étais beaucoup mieux* » (Awa, Sénégal). Elle regrette l'absence de cette sage-femme le jour de son accouchement, car avec les professionnelles présentes, « *on parlait juste de la santé, de la grossesse* » (Awa, Sénégal). Inès se dit touchée quand la sage-femme coordinatrice du Réseau de santé l'appelle plusieurs mois après son accouchement pour lui demander comment va « *la santé des petits* » (Inès, Tunisie).

Les femmes incluses dans le Réseau peuvent joindre par téléphone¹ de 9 h à 17 h, leur sage-femme et/ou leur assistante sociale référente. Plusieurs des enquêtées incluses dans le Réseau racontent qu'elles appellent souvent, voire « *tout le temps* » et « *ils m'écoutent* » (Fanta, Guinée). Pour Priscilla, les professionnelles du Réseau sont « *à ses petits soins* » (Priscilla, Côte d'Ivoire). L'assistante sociale du Dispositif d'Appui (DA) demande aux femmes de l'appeler à chaque fois qu'elles changent d'hébergements. Alors qu'Imen était anxieuse de changer encore une fois d'hôtel, la professionnelle la rassure en lui disant : « *ce n'est pas grave. On pourra toujours trouver. On vous suit même si vous bougez* » (Assistante sociale, DA, Réseau).

L'observation ethnographique de groupes et d'ateliers de santé sexuelle et reproductive démontre qu'elles peuvent prendre la parole pour raconter leur histoire, parler de leurs doutes et de leurs angoisses. Les enquêtées qui ont participé à des séances de cours de préparation sont plutôt contentes. Awa souligne que le cours auquel elle a assisté l'a « *beaucoup aidé* » car elle ne savait pas « *comment faire* » car c'était sa première grossesse. Elle s'est souvenue des conseils le jour où elle a perdu « *du liquide* » : elle a appelé les pompiers qui l'ont emmené à la maternité. Estelle raconte qu'elle fait une séance à la PMI, que c'était « *relaxant* », que cela lui a fait du « *bien* » et qu'elle a « *appris plein de choses* ». Elle raconte qu'elle avait bien besoin de cette relaxation, car lors de sa grossesse elle était souvent triste du fait de sa situation conjugale et d'hébergement. Cynthia raconte qu'elle a été beaucoup « *soutenue moralement* » par les professionnel.le.s de santé sur la question de sa séropositivité, ce qui la permis de « *revivre* » (Cynthia, Cameroun). Elle insiste à plusieurs reprises sur la faculté des professionnel.le.s de santé à être empathique ; qualité mise en avant par plusieurs femmes primo-arrivantes en entretien. Lors d'une séance de groupe dans une PMI en Seine-Saint-Denis, Josette, originaire du Cameroun, tente de rassurer une participante qui se dit très isolée : « *il ne faut pas t'inquiéter parce que tu n'as pas ta famille, nous sommes ta famille. Si tu vas à la PMI et que tu as un problème, tu vas leur suggérer et tu auras une solution.* »

¹ Elles demandent de les « biper » et la coordination rappelle. Mais certaines femmes n'ont pas de téléphone ou pas de crédit.

C'est ça ta famille. Moi je n'ai pas de famille, mais je sens que j'ai une grande famille à mes côtés. Donc de ce côté ne t'inquiète pas.» (Josette, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). À la fin de la séance, la participante prend la parole pour souligner les bienfaits du groupe, elle qui se sent si seule d'habitude, dit que « *ça fait du bien d'être avec des femmes qui ont les mêmes problèmes* » « *même pour une journée* » (Élise, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

Dans les huit groupes de parole dédiés aux femmes enceintes primo-arrivantes que nous avons observés, les participantes prennent la parole pour partager leur expérience de femme, de mère ou de future mère. Elles abordent leur état émotionnel, les difficultés liées à la grossesse, leurs angoisses et leurs envies. Selon l'animatrice d'un groupe ayant lieu dans une PMI en Seine-Saint-Denis, une des raisons à l'origine de la création du groupe est son refus de considérer ces femmes uniquement sous le biais des « *besoins primaires* » du fait de leur situation administrative et sociale (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). Changer de regard sur elles, c'est leur permettre de ne pas être juste des réceptacles à des informations, certes nécessaires, mais qui ne reconnaissent pas ces femmes comme des sujets, « *des femmes avec une histoire, des sentiments, des amours* » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). Pour Michel Agier ce récit de soi dans un lieu bien défini devant un auditoire institue un « *sujet de parole* » (Agier 2012a). Les femmes apprécient le fait d'avoir un espace pour s'exprimer. Elsa, participante d'un groupe dans une maternité parisienne, souligne les bienfaits du groupe : « *la gynécologue a pensé à moi, elle ne m'a pas oublié, je ne suis pas un dossier comme un autre. (...) On le droit à la parole, on a le droit de s'exprimer* » (Elsa, Groupe 1, Paris). Estelle regrette quant à elle que les participantes du groupe n'aient pas eu la chance de parler entre elles pendant la séance. La séance était en effet très chargée en informations médicales et laissait peu d'espaces pour l'interactivité entre les participantes (Groupe de type *éducatif*, voir Chapitre 4). Estelle souligne que ce qui l'intéresse dans le collectif c'est de « *savoir ce que les autres vivent* » (Estelle, Groupe 8, Seine-Saint-Denis).

Les femmes qualifient les soignant.e.s en France de « *gentil.le.s* », en *comparaison avec les sages-femmes hospitalières dans leur pays d'origine* (voir

Chapitre 2). Elles préfèrent que les « *médecins communiquent (...) et soutiennent beaucoup* » (Priscilla, Côte d'Ivoire). En France, les professionnel.le.s « *ont beaucoup aidé* » Inès, et surtout, lui ont « *donné de l'importance* » (Inès, Algérie). Selon elle, en France les professionnel.le.s « *respectent, donnent de l'importance à la femme enceinte* », contrairement au suivi en Algérie (Inès, Algérie).

L'égalité face aux soins : une forme de reconnaissance

Par ailleurs, l'aspect redistributif des dispositifs, notamment grâce à l'accès aux soins gratuits, a des effets considérables sur la reconnaissance du sujet dans le soin. Même si elles « *n'ont pas d'argent* » (Simone, Guinée), les femmes primo-arrivantes peuvent accéder aux soins, à un suivi personnalisé et à une reconnaissance intersubjective de la part des professionnel.le.s de santé.

Les enquêtées mettent en avant l'avantage d'être suivie gratuitement à l'hôpital, en comparaison avec le suivi de leur pays d'origine (voir Chapitre 2). Grace souligne le bénéfice d'avoir l'Aide Médicale d'État (AME) et d'être prise en charge à 100 % lors de la grossesse. Hannatou « *apprécie* » le fait qu'à « *l'hôpital on te soigne d'abord, on ne te demande pas d'argent* » (Hannatou, Guinée). Simone souligne que la qualité de la prise en charge n'est pas conditionnée, à l'hôpital public, à la quantité de vos ressources économiques : « *ici à l'hôpital on s'occupe bien de nous. (...) Même quand tu n'as pas d'argent* » (Simone, Guinée). L'argument économique est ici mobilisé conjointement avec un argument d'égalité devant les soins : toute personne doit être prise en charge de la même façon à l'hôpital, qu'importe son statut social ou économique.

Comme le montre Nancy Fraser (Fraser 2004), la reconnaissance du sujet est conditionnée à la distribution des ressources matérielles. « *Il faut d'abord que les ressources matérielles soient distribuées de manière à assurer aux participants l'indépendance et la possibilité de s'exprimer* » (*Ibid.*, p. 162). Les inégalités matérielles font « *obstacle à la parité de participation* » (*Ibid.*). Au contraire, la redistribution des ressources, par exemple ici, l'accès à une

couverture médicale alors que vous n'avez pas de ressources économiques, est un pas en avant vers la reconnaissance du sujet. Quand le seul « *bon* » papier qu'une personne en situation irrégulière est sa carte AME, cette carte possède une signification particulière. Dans son étude auprès de populations sans-papiers, Stéphanie Larchanché raconte sa rencontre avec une jeune femme malienne. Cette dernière témoigne : « *I feel like this is a protection, in case I get arrested. I know it's not THE papers (les papiers, equating to the term «visa» in French), but it shows I follow the rules* » (Larchanché 2012, p. 862). L'accès aux soins gratuit, matérialisé par ce papier AME, participe à reconnaître le sujet comme un individu « *existant et méritant résidant sur le territoire français* », et non comme « *une ombre essayant de gagner sa vie en se cachant des autorités* » (*Ibid.*). Les populations sans-papiers ont intériorisé une mauvaise estime d'elles-mêmes (Larchanché 2012). La carte AME leur donne l'impression d'avoir acquis une légitimité, un respect. Un homme en situation irrégulière, immigré de Guinée-Conakry, lui confie : « *see, this piece of paper (he waves the AME form he just received in front of me), this makes me feel real. I know it doesn't solve my problems. But it makes me feel like I'm legitimate, that I'm honest. I'm here to do things right. I'm not here to cheat. I work hard. I don't ask for anything but respect* » (*Ibid.*, p. 862). Son témoignage souligne le « *sens symbolique* » de l'AME : la reconnaissance de sa « *condition humaine* » par l'État français (*Ibid.*).

La prise en charge personnalisée, humaine et globale des dispositifs dédiés produit de la reconnaissance intersubjective qui nourrit « *l'estime de soi* » (Honneth 2000) des femmes primo-arrivantes. Alors qu'elles sont exclues dans la société française, elles sont ici reconnues comme des personnes avec une parole, des désirs, des angoisses. Elles passent ainsi de sujet invisible à « *sujet de parole* » (Agier 2012b), au sein des « *espaces des subjectivités* » (Bataille et Virole 2013) que sont les relations de soins.

B. Une reconnaissance biologique : la légitimité du corps enceint

Exclues et invisibilisées dans la société française, les femmes primo-arrivantes accèdent grâce à leur corps enceint à une reconnaissance sans quoi inatteignable, dans un contexte marqué par la répression des personnes sans-papiers et la restriction du droit d'asile. Ce phénomène de légitimation par le corps a déjà bien été identifié par l'anthropologue Didier Fassin. Selon lui, la maladie change le regard de la société sur les personnes « *immigrées* ». Dans le contexte français où il existe un titre de séjour pour soins¹, Didier Fassin soutient que grâce à leur « *corps souffrant* » les personnes « *migrantes* » acquièrent une « *biolégitimité* », entendue comme « *la reconnaissance politique du corps et de sa souffrance par la société* » (Fassin 2005, p. 180). Nous montrerons que les femmes primo-arrivantes, du fait de leur grossesse, deviennent biolégitimes.

La biolégitimité du corps souffrant

Si les personnes sans-papiers ont intériorisé l'idée de ne pas être « *méritantes* » (« *underserving* ») (Larchanché 2012), la grossesse change la donne. Désormais, au nom d'impératifs de santé publique, les femmes sans-papiers sont incitées à faire suivre leur grossesse dans les institutions de soin, on organise pour elles un ensemble de dispositifs médico-sociaux qui leur proposent une prise en charge personnalisée, humaine et globale.

L'introduction d'une question de santé publique permet ainsi de légitimer la présence de publics qui sont sinon stigmatisés dans la société française (Fassin 2005). En étudiant la prise en charge de populations exclues, Didier Fassin montre comment la santé publique est un « *terrain consensuel* » qui permet de dépasser, « *pour un temps du moins* », « *les préjugés communs sur la déviance des toxicos et des pauvres* » (Fassin 2005, p. 176). Alors que la maladie

¹ Voir Chapitre 4.

abime le corps, et rend le sujet moins productif, l'entrée dans le système de soins permettrait une revalorisation du sujet par l'attention donnée au corps malade. L'exclu obtient une « *reconnaissance sociale* » ; son « *statut* » et les « *attentes de la société à son égard* » se modifient (*Ibid.*, p. 178). Corinne Lanzarini le montre avec ses travaux sur les prolétaires : « *en reconnaissant la maladie du sujet, l'institution le reconnaitra également en tant que citoyen, et pour quelques jours ou quelques semaines, le sous-prolétaire deviendra digne de l'intérêt des professionnels de la médecine qui l'opéreront, le soigneront, le rééduqueront, lui redonneront une forme d'identité sociale "transitoire"* » (Lanzarini 2000, p. 199). Le corps devient « *corps-capital-malade* » : « *le corps se réinsère dans la production* » car « *la maladie est l'objet de la reconnaissance des instances institutionnelles* » (*Ibid.*).

Les professionnel.le.s de santé jouent un rôle important dans la « *requalification* » des populations exclues, notamment grâce à la publication d'articles et d'ouvrages soulignant « *la souffrance du demandeur d'emploi ou du SDF* » (Fassin 2005, p. 178). Les sujets exclus sont humanisés via cette clinique psycho-sociale qui déplace la question du « *mérite qui a sous-tendu, depuis plusieurs siècles, le regard sur les pauvres* », à la question de la « *compassion* » (*Ibid.*).

La biolégitimité du corps enceint

L'expérience des femmes sans-papiers est très similaire. Leur grossesse leur confère un « *capital corporel* » ou un « *corps-capital-malade* » (Lanzarini 2000) aux yeux des professionnel.le.s et des institutions de soins, du moins pendant le temps de la prise en charge. Au « *pouvoir du corps malade* » (Mbaye 2009), on pourrait substituer le *pouvoir du corps enceint*, ou même l'ajouter, car les bénéfices liés à cette « *biolégitimité* » se cumulent si les femmes enceintes souffrent d'une pathologie. Celles-ci peuvent, par exemple, s'inscrire plus facilement en maternité. Si elles ou leur enfant ont une pathologie, elles sont hébergées plus longtemps en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

(CHRS) après leur accouchement. Elles ont par ailleurs la possibilité, « *sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elles sont] originaires* »¹, de demander un titre de séjour pour soins, à condition toutefois, selon la directrice du CHRS d'Aubervilliers, d'avoir un médecin « *très impliqué derrière* ». La sage-femme coordinatrice du Réseau de santé me raconte qu'elle observe les femmes sans domicile qu'elle croise en allant au travail, pour voir si elles sont enceintes, auquel cas elle pourrait proposer son aide. Mais, à son grand regret, elle n'en « *trouve* » jamais ; « *moi à chaque fois je regarde si elles sont enceintes, mais j'en trouve pas !* » (Sage-femme, coordination du Réseau).

Les professionnelles savent que dans un contexte de pénurie d'hébergement, le Samu Social priorise en fonction de critères de santé publique, conjuguant grossesse et pathologie. Quand la légitimité du corps enceint ne suffit pas, certaines soignantes soulignent alors, parfois « *même si c'est faux* » (Gynécologue, directrice du Réseau), la nécessité médicale d'une stabilisation d'hébergement. Elles argumentent que la grossesse n'est pas réellement pathologique, mais pourrait le devenir, faute d'hébergement pérenne :

« il faut leur dire que ça ne va pas le faire niveau médical. Même si c'est faux. Il faut trouver un endroit où elles peuvent rester le jour aussi. Anticiper la trêve hivernale pour éviter que Madame soit à la rue. Dire qu'elle risque d'accoucher prématurément même si c'est pas vrai »

(Gynécologue, directrice du Réseau)

Une littérature professionnelle médico-sociale s'est développée pour tenter de requalifier ce public. C'est le cas des travaux en ethnopsychiatrie (Marie-Rose Moro², Claude Egullion³) ou, dans un courant théorique tout autre, de Christine Davoudian, médecin PMI et psychologue (Davoudian 2012a; Davoudian 2007b; Davoudian 2007a). Nous verrons dans le Chapitre 7 comment ces différentes

¹ Voir Chapitre 3.

² Moro, Marie Rose. 2003. "Transmettre Malgré Tout. Migrer Au Féminin Pluriel." *Empan* 2(50).

³ Cadart, Marie-Laure, Claude Egullion, and Léocadie Ekoué. 2009. "Ethnopsychanalyse En Maternité." *Le Divan familial* 22(1):81. Retrieved (<http://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2009-1-page-81.htm>).

approches théoriques s'opposent en pratique dans le champ périnatal à travers l'étude de groupes de parole créés et animés par ces professionnelles de santé.

« *Fenêtre d'opportunité d'accès au système de soins* » (Responsable SIAO, Seine-Saint-Denis), la grossesse permet aux femmes sans-papiers d'accéder à un suivi médical et social, à une visibilité, à des droits. « *C'est une chance cette grossesse, ça les rend visibles !* » témoigne la directrice du Réseau.

II — Reconnaissance politique du sujet

L'entrée dans les dispositifs dédiés donne une chance aux femmes primo-arrivantes de changer leur statut juridique. L'acquisition d'un titre de séjour en France est un acte de reconnaissance de l'État français. Les femmes en situation irrégulière deviennent sujets de droit, grâce à leur corps enceint (A). Cette reconnaissance politique a des effets symboliques considérables qui bouleversent la subjectivité de ces femmes (B). Elle améliore leurs conditions matérielles et augmente leurs capacités d'agir en France (C).

A. La reconnaissance par la citoyenneté biologique

Dans le contexte actuel les femmes enceintes primo-arrivantes peuvent bénéficier d'une « *citoyenneté biologique* » (Fassin 2005). La biolégitimité s'étend bien au-delà de la relation de soin et de la reconnaissance intersubjective. Depuis 1998, l'État français a mis en place des mécanismes permettant aux personnes souffrantes d'obtenir un titre de séjour pour soins sous certaines conditions. L'État reconnaît donc une légitimité spécifique aux corps malades. Selon Didier Fassin, ces politiques de compassion confèrent une « *citoyenneté biologique* » aux individus sinon exclus de la société française, notamment les personnes « *immigrées* ».

Cette « *vision* » politique marque une rupture avec ce que décrit l'anthropologue Abdelmalek Sayad dans son ouvrage *La Double Absence*. Avant les années 1970 et l'arrêt de la migration de travail, les « *immigrés* » (hommes) se devaient d'être en bonne santé, car leur statut administratif provenait de leur force de travail (immigration de travail). S'ils tombaient malades, ils perdaient leur travail et étaient contraints de retourner dans leur pays d'origine. « *L'immigré* » avait tout intérêt à cacher sa maladie : « *parce que l'immigré n'a de sens, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage et parce qu'il n'a d'existence, à la limite, que par le travail, la maladie par elle-même, mais peut-être plus encore par la vacance qu'elle entraîne, ne peut manquer d'être éprouvée comme la négation de l'immigré* » (Sayad 1999, p. 260). La création d'un droit au séjour aux soins en 1998 modifie le regard de l'État sur les populations « *immigrées* ». Pour Elhadji Mamadou Mbaye, « *en une vingtaine d'années, on est passé de la maladie comme négation et refus de l'immigré à la maladie comme reconnaissance de ce dernier et moyen d'intégration* » (Mbaye 2009, p. 8). La présence des « *immigrés* » dans la « *citée* » n'est légitimée que par la nécessité des soins, l'État leur accordant la citoyenneté en fonction de leur statut « *biologique* » : « *leur présence dans la cité peut, à l'extrême, se réduire à une forme de "citoyenneté biologique" sous-tendue par une politique de la compassion grâce à laquelle la maladie devient raison sociale, faisant des soins la seule nécessité qui leur soit reconnue : prévention du sida pour les toxicos, aide médicale autorisant des consultations gratuites pour le pauvre, titre de séjour temporaire pour l'étranger en situation irrégulière souffrant d'une affection grave* » (Fassin 2005, p. 181).

Ainsi, dans un contexte de restriction du droit d'asile et de lutte contre l'immigration clandestine (D'Halluin-Mabillot 2012), « *le pouvoir du corps malade est l'une des dernières formes de légitimité que les étrangers peuvent faire valoir pour bénéficier d'un séjour en France* » (Mbaye 2009, p. 9). L'acquisition d'un titre de séjour permet aux personnes d'être reconnues comme sujets de droit, il s'agit donc une forme de subjectivation politique (Balibar 2011). La lutte collective des mouvements de sans-papiers pour l'accès aux droits est une lutte pour la reconnaissance politique (Veron 2010 ; Le Bars 2014). Dans

l'approche constructiviste de Nancy Fraser, la reconnaissance est pensée comme un « *acte performatif* », ici de l'État français, qui « *crée le statut, la définition, l'identité qu'il reconnaît* » (Fraser 2005, p. 171). Dans le cas des personnes « *immigrées* », Didier Fassin et Dominique Memmi montrent que « *selon que l'on reconnaisse un étranger comme réfugié politique au titre d'une convention internationale ou comme bénéficiaire d'un droit au séjour au nom de la raison humanitaire, ce n'est pas le même sujet politique qu'on produit* » (Fassin et Memmi 2004, p. 14).

La « *citoyenneté biologique* » des femmes primo-arrivantes dépend de leur corps enceint. Elles espèrent pouvoir obtenir un titre de séjour pour vie privée et familiale au titre de parent d'enfant français. Si leur enfant naît en France et qu'il est reconnu par un homme français (ou régularisé), elles pourront l'obtenir (voir Chapitre 4). Parmi nos enquêtées, c'est la voie la plus répandue pour tenter de régulariser sa situation. Dans la continuité de Nancy Fraser, nous nous intéresserons ici à la « *subjectivité genrée* »¹ des femmes primo-arrivantes (Rebughini 2014). La reconnaissance politique affecte les subjectivités, ancrées « *dans un réseau de variables imbriquées selon différents axes de subjectivation, tels que la race, la culture, la nationalité, la classe, les choix de vie et l'orientation sexuelle* » (Rebughini 2014, p. 5). En mobilisant cette perspective intersectionnelle, nous voudrions aborder ici la dimension subjective de cette reconnaissance politique. Qu'est-ce que cela fait aux femmes sans-papiers d'être reconnues par l'État français ?

B. L'expérience de la reconnaissance politique

Les femmes en situation irrégulière vivent avec la menace constante de l'expulsion. Se déplacer à la mairie pour demander la carte d'identité de son enfant alors qu'on est en situation irrégulière est une source d'angoisse. Leur

¹ Pour des auteures comme Seyla Benhabib (1996) et Nancy Fraser (2009), il est nécessaire de « *penser la subjectivité genrée comme une base pour réclamer des droits dans la sphère publique* » (Rebughini 2014, p. 5).

statut de « *sans-papiers* » les marginalise. Le terme « *sans-papiers* » est d'ailleurs rejeté par certaines femmes, qui soulignent que des papiers, elles en ont plein, mais ce ne sont pas les bons. Les bons pour être reconnues en tant que sujets de droit en France. Awa, originaire du Sénégal, détaille toutes les discriminations qu'elle a subies en tant que sans-papiers (voir Chapitre 1). Le déni de reconnaissance est vécu comme un déni de leur existence (Davoudian 2012). Autrement dit, pour reprendre les termes d'Axel Honneth, elles éprouvent « *le sentiment (...) de ne pas avoir le statut d'un partenaire d'interaction à part entière, doté des mêmes droits moraux que leurs semblables* » (Honneth 2000, p. 164).

L'expérience de la reconnaissance politique est peu abordée dans mes entretiens. Pour cause, la plupart des enquêtées n'a pas encore obtenu leur titre de séjour. Elles partagent toutefois l'espoir d'obtenir cette reconnaissance. Estelle raconte que la seule solution pour accéder à un titre de séjour passe par la reconnaissance de son enfant par son ex-conjoint. Elle tentera de faire pression sur celui-ci, afin d'obtenir cette reconnaissance. Le père, « *ce fugitif* » (Estelle, Côte d'Ivoire) finira par venir signer les papiers, le lendemain de son accouchement. Puisqu'« *on ne peut pas vivre sur un territoire sans être dans les normes* », Estelle veut obtenir un titre de séjour (Estelle, Côte d'Ivoire). Tant qu'elle n'a pas les papiers, elle « *ne peut pas dire qu'elle est française* », elle est « *étrangère ici* ». Elle désire devenir française, tout en gardant sa nationalité ivoirienne, afin de pouvoir retourner facilement en Côte d'Ivoire si elle le souhaite.

Dans le modèle de la reconnaissance développé par Axel Honneth, la reconnaissance juridique modifie le rapport à soi : elle permet le « *respect de soi* » (Honneth 2000). Mais la reconnaissance ne se peut se réduire à « *une affaire de réalisation de soi* » (Fraser 2005, p. 157). La demande de reconnaissance des femmes en situation irrégulière s'ancre dans des dimensions sociales, économiques et politiques : « *elle relève de la justice* » (*Ibid.*). Étudier les processus de reconnaissance des sujets ne peut donc se faire sans prendre en

compte l'ensemble des rapports sociaux qui limitent les capacités d'agir des sujets. Ces limitations sont des « *injustices* » : « *des individus et des groupes se voient dénier le statut de partenaires à part entière dans l'interaction sociale en conséquence de modèles institutionnalisés de valeurs culturelles à la construction desquels ils n'ont pas participé sur un pied d'égalité et qui déprécient leurs caractéristiques distinctives ou les caractéristiques distinctives qui leur sont attribuées* » (*Ibid.*). En reconnaissant les sujets, l'État contribue à la justice sociale.

Pour Nancy Fraser, « *la justice sociale aujourd'hui requiert à la fois la redistribution et la reconnaissance* » (Fraser 2004, p. 152). En appliquant cette théorie au champ de la périnatalité, on peut ainsi postuler que les dispositifs dédiés, en produisant de la reconnaissance et de la redistribution, créent de la justice sociale. En cela, ces prises en charge vont bien au-delà des objectifs de santé publique qu'ils s'étaient fixés. Ils agissent sur les « *injustices* » et augmentent les capacités d'agir des sujets.

C. Reconnaissance du sujet et capacités d'agir

L'amélioration de la situation administrative, économique et psychique des femmes primo-arrivantes, grâce à ces dispositifs dédiés, augmente leurs marges de manœuvre. Cette section s'intéresse aux capacités d'agir des sujets, dans son sens le plus ancré dans les conditions matérielles. Le terme « *capacité d'agir* » est la traduction du concept d'« *agency* » (Haicault 2012). Nous entendrons par « *capacité d'agir* », l'ensemble des manifestations de l'agentivité du sujet, de son pouvoir d'agir. Nous n'aborderons pas ici la « *conscience d'agir* », ou « *l'empowerment (donner le pouvoir, maximiser la puissance d'agir par un agir collectif)* » qui sont d'autres traductions du concept d'« *agency* » (*Ibid.*, p. 14). Nous étudions ici les marges de manœuvre des sujets dans un contexte institutionnel qui encadre leur pouvoir d'agir.

Régularisation et augmentation des capacités d'agir

En devenant sujets de droit, les femmes primo-arrivantes peuvent agir sur les conditions qui les empêchaient d'accéder à un logement, à un travail, à une indépendance. Après avoir présenté les effets symboliques de la reconnaissance du sujet — tant intersubjective que politique —, cette section s'intéresse à leurs effets pratiques. Dans quelle mesure ces accompagnements dédiés affectent-ils la position de classe du sujet ? En quoi la reconnaissance politique, en modifiant leur statut légal, améliore-t-elle les conditions matérielles de ces femmes ?

L'entrée dans ces dispositifs dédiés permet aux femmes enceintes d'accéder à un suivi social en maternité qui va tenter d'améliorer leurs conditions de vie (voir Chapitre 4). L'accès au suivi médical influe donc positivement sur leur position de classe. Les enquêtées soulignent l'importance vitale de ce suivi social, surtout pour celles qui sont à la rue ou hébergées à l'hôtel. Plusieurs d'entre elles témoignent du manque de nourriture ou de la difficulté de trouver un travail. Le suivi social, par son action redistributive — leur trouver un lieu pour se restaurer, des vêtements pour elle et leur enfant, du lait et des couches, un lieu où dormir —, augmente considérablement leur indépendance et leurs capacités d'agir. Toutefois, la marge de manœuvre des travailleu.r.se.s socia.ux.les est faible. Sans titre de séjour, les possibilités d'amélioration des conditions de vie sont limitées. Ce n'est qu'une fois régularisées que les femmes pourront véritablement sortir de l'urgence et combler leur déficit de capital social et économique en France (voir Chapitre 1).

Nombreuses sont les enquêtées qui espèrent obtenir leur titre de séjour pour vie privée et familiale. Hélas, le dispositif méthodologique de l'enquête ne nous donne pas la possibilité de suivre les enquêtées plusieurs mois après leur accouchement. Toutefois, les témoignages de plusieurs enquêtées, qui avaient un titre de séjour au moment de l'enquête ou dont le titre de séjour a été retiré, permettent d'appréhender les effets pratiques de la reconnaissance politique du sujet. L'accès à un titre de séjour offre la possibilité d'accéder à certaines ressources interdites sinon : un travail légal et un logement. La reconnaissance

politique du sujet donne un espoir de sortie de la « *galère* » (Dubet 1995), « *au long terme* » (Assistante sociale, DA, Réseau).

Le premier changement qu'entraîne le titre de séjour est l'accès au marché de l'emploi. La non-reconnaissance des diplômes des femmes primo-arrivantes oblige la plupart des enquêtées à s'inscrire à des formations avant de pouvoir trouver un travail. Les enquêtées mentionnent un certain nombre de formations auxquelles elles auront accès quand elles auront leur titre de séjour : aide-soignante, puéricultrice, assistante maternelle... toutes les formations sont liées au domaine de la santé et de la reproduction sociale (voir Chapitre 1). Une fois le titre de séjour obtenu, l'accès à une formation est possible grâce à des associations d'insertion. Par exemple, Carine a pu commencer une formation d'aide pour les personnes âgées quand « *elle a eu les papiers* » (Carine, Côte d'Ivoire). Une fois le titre de séjour obtenu, Estelle quant à elle n'en a que faire du type de formation, du moment qu'elle devient autonome financièrement : « *ke veux faire une formation oui, mais une formation pour n'importe quoi, pourvu que j'arrive à subvenir à mes propres besoins et puis ne pas tout le temps tendre la main.* » (Estelle, Côte d'Ivoire).

Par ailleurs, les femmes en situation régulière ont le droit de faire la demande d'un logement social. Avoir le droit de demander un HLM (Habitation à Loyer Modéré) ne présume en rien de l'obtention d'un logement, « *c'est du long terme* » (Assistante sociale, DA, Réseau de santé), mais être sur la liste d'attente donne un espoir de sortie de l'hébergement d'urgence. Pour demander un logement, il est nécessaire que l'assistante sociale remplisse une « *fiche SIAO* » (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation). Estelle explique : « *moi par exemple je ne suis pas en situation régulière. Il faut que je sois en situation régulière, avoir un emploi, avoir des fiches de paie pour pouvoir faire une demande de logement. Mais il y a plus de demandes, c'est mieux de faire maintenant. On les appelle les fiches SIAO, on fait la demande maintenant en attendant d'avoir l'obtention* » (Estelle, Côte d'Ivoire). Aminata est hébergée dans un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale). Dès qu'elle obtiendra son titre de séjour, l'assistante sociale « *va demander un logement* » pour elle. Par ailleurs, quand elle travaillera elle contribuera à payer son

hébergement : « *là je ne paie rien au CHRS, mais après je paierais 20 % quand l'enfant il aura ses papiers, quand je travaillerai je paierai. Ils nous aident à être autonomes. Elle m'aide dans les démarches administratives. Après si je travaille et si j'ai des papiers, elle va demander un logement pour moi. Ils veulent que je sois autonome. C'est très bien* » (Aminata, Côte d'Ivoire).

Enfin, un ensemble d'aides sont réservées aux personnes régularisées : une aide à domicile¹, l'allocation de la CAF (Caisse des Allocations Familiales) jusqu'aux trois ans de l'enfant² ou le droit de postuler pour la crèche. Carine, nouvellement régularisée, n'a pas eu de place en crèche jusqu'à ce que l'assistante sociale d'une l'association d'insertion l'aide à trouver une place pour sa fille. Avant cela, Carine été obligée de se « *promener d'hôtel en hôtel* » et d'aller « *tous les jours* » à sa formation avec sa fille (Carine, Côte d'Ivoire). L'assistante sociale du CHRS dans lequel Aminata est hébergée lui a promis qu'une fois qu'elle obtiendra son titre de séjour, elle l'aidera à inscrire son fils à la crèche.

« *Nous notre objectif c'est qu'elles deviennent pauvres* »

La reconnaissance politique et la redistribution ont des répercussions matérielles sur les conditions de vie des femmes. Avoir un toit au-dessus de la tête, sortir de l'hébergement d'urgence, avoir un logement à soi, un travail légal... sont des formes d'amélioration de leur position sociale. Il faut dire que pour les femmes exclues, marginalisées, il en faut peu pour *améliorer* leur situation sociale et augmenter leurs capacités d'agir. La directrice du Réseau souligne que l'action de son dispositif, par le suivi social, aide les femmes « *exclues* » à entrer dans la catégorie « *pauvres* », ce qui représente une mobilité sociale ascendante. « *Nous, notre objectif c'est qu'elles deviennent pauvres* » (Gynécologue, directrice du Réseau). L'action redistributive des dispositifs est donc à relativiser : certes, elle permet d'insérer les populations les plus

¹ TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale.

² La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

marginalisées, mais aux positions sociales les plus hiérarchiquement basses. Pour Georg Simmel, les individus sont pauvres « *à partir du moment où ils sont assistés* », ou « *lorsque leur situation pourrait normalement donner droit à l'assistance, même si elle n'a pas encore été octroyée* » (Simmel 1998, p. 96). « *C'est dans leur relation à l'aide sociale que les individus sont désignés comme "pauvres" puis étiquetés en tant qu'"assistés"* » (Ait Ben Lmadani 2008, p. 82). Les faire « *devenir pauvres* », c'est les faire rentrer dans le système d'assistance (Duvoux 2013) : elles pourront demander une allocation CAF ou un logement HLM. Certes, la reconnaissance politique des femmes primo-arrivantes améliore leur position sociale, mais de manière limitée et relative. Si elle les assiste vers une mobilité sociale ascendante, elles n'en restent pas moins « *pauvres* ».

Pour conclure, l'accès à un titre de séjour constitue une forme de reconnaissance particulière du sujet : une reconnaissance politique. Nous avons montré comment cette reconnaissance politique affecte symboliquement les sujets ; elles ne sont plus des sujets exclus de la communauté nationale. Cette reconnaissance a par ailleurs des effets pratiques considérables, en donnant aux femmes primo-arrivantes des possibilités d'espérer changer leurs conditions de vie, grâce à un travail et à un logement à elles. Elles acquièrent une plus grande indépendance financière. L'amélioration des conditions matérielles de ces femmes augmente leurs capacités d'agir.

Conclusion Chapitre 5

Sujets exclus de la société française, les femmes primo-arrivantes, lorsqu'elles tombent enceintes et entrent dans le suivi de grossesse dédié, changent de statut social. De marginalisées, elles deviennent, sous certaines conditions, le centre de l'attention des professionnel.le.s médico-sociaux au sein de dispositifs dédiés.

Ces dispositifs dédiés contribuent à reconnaître la patiente comme une personne, un sujet à part entière dans la relation de soin : ils produisent de la *reconnaissance intersubjective*. En garantissant l'accès aux soins, ils *redistribuent* les ressources économiques et envoient un message de considération envers les femmes les plus démunies. Cette nouvelle légitimité est acquise grâce à leur corps enceint.

Ces modes de reconnaissance dépassent les murs des institutions de soin pour s'élargir à des dimensions économiques et politiques. L'entrée dans ces dispositifs dédiés permet aux femmes en situation irrégulière d'accéder à un titre de séjour, c'est-à-dire à une *reconnaissance politique*. Ces formes de reconnaissance améliorent considérablement les capacités d'agir des femmes primo-arrivantes et leur permettent d'opérer une — relative — ascension sociale. En combinant reconnaissance et redistribution, ces dispositifs contribuent à produire de la justice sociale.

Conclusion Partie II

Cette partie s'est attelée à montrer le processus de fabrique et de reconnaissance de sujet dans le champ périnatal. Le Chapitre 3 décrit comment les pouvoirs publics se sont emparés de la question du suivi de grossesse des femmes « *étrangères* » et ont développé des politiques ciblées. Le Chapitre 4 s'est penché sur les dispositifs médico-sociaux dédiés, officiellement ou officieusement, aux femmes enceintes primo-arrivantes, en analysant le type de prise en charge proposé. Il montre la transversalité d'une approche personnalisée de la patiente, à la fois humaine et globale. Enfin, le Chapitre 5 révèle les effets subjectivants de ces prises en charge sur les femmes primo-arrivantes. Il met en lumière les processus de reconnaissance à l'œuvre dans ces dispositifs et leurs effets sur les capacités d'agir de ces femmes.

Au-delà de la question de l'accès aux soins, cette partie démontre que la grossesse reconfigure les rapports sociaux. Alors que la grossesse peut fragiliser le champ conjugal, familial et professionnel et détériorer la situation sociale des femmes primo-arrivantes, la grossesse devient, au contact des institutions médicales, une source de légitimité et de reconnaissance. Si la grossesse permet la reconnaissance *intersubjective* et *politique* des femmes primo-arrivantes, alors cela ne laisse pas beaucoup de choix à ces femmes : être enceinte pour être reconnue comme sujet. La troisième partie s'attache à analyser les enjeux de cette reconnaissance *sous conditions*.

**Partie III : Les revers des
dispositifs dédiés. Assignation,
altérisation et résistance du
sujet.**

Dans la partie précédente nous avons montré comment les femmes primo-arrivantes bénéficient d'une reconnaissance, de la part des professionnel.le.s (*reconnaissance intersubjective*) et de la part de l'État (*reconnaissance politique*). Ces processus de reconnaissance ont été rendu possibles par la construction d'une catégorie de sujet « *à risque* » par littérature épidémiologique et « *prioritaire* » par les politiques de santé périnatales – les femmes « *étrangères* » enceintes – qui ont légitimé la mise en place de dispositifs dédiés proposant une prise en charge personnalisée, humaine et globale. Cette troisième partie s'intéresse à l'envers de cette reconnaissance à travers deux questions qui guideront les deux chapitres de cette partie.

En premier lieu, si pour être reconnue comme sujet, les femmes primo-arrivantes n'ont comme seule possibilité d'être enceinte, dans quelle mesure cette reconnaissance n'enferme-t-elle pas ces femmes dans une assignation à la maternité ? Le Chapitre 6 analysera l'effet de cette reconnaissance sous condition sur le rapport au corps des femmes primo-arrivantes. Conscientes que leur biolégitimité (Fassin 2005) provient de leur corps enceint, le chapitre décrit comment ces femmes mobilisent leur corps comme un « *capital corporel* » (Lanzarini 2000), une ressource tactique (Veron 2010) pour lutter contre les maltraitances institutionnelles. En réaction à ces tactiques de résistance, les institutions resserrent leur surveillance et la répression des corps maternels.

En second lieu, dans quelle mesure le fait de dédier des dispositifs à des femmes primo-arrivantes participe-t-il à les renvoyer à une altérité radicale ? A les raciaiser ? Le Chapitre 7 s'arrête sur un type de dispositif dédié, des groupes de parole à destination des femmes primo-arrivantes enceintes. À travers l'observation de ces groupes et les entretiens avec les animatrices et les participantes, le Chapitre analyse les mécanismes d'altérisation des sujets par l'étiquetage ethno-racial, et la diffusion de discours prônant l'assimilation et l'émancipation des femmes « *immigrées* ».

Cette partie met en lumière la conditionnalité des modes de reconnaissance des femmes primo-arrivantes. Conditionnés à la maternité, ils assignent les femmes primo-arrivantes à l'enfantement (Chapitre 6). Conditionnés à

l'adhésion aux valeurs des professionnelles de ces dispositifs, ils enferment les femmes enceintes dans des identités ethnocentrées et culturalistes (Chapitre 7). Puisque le sujet est toujours « *simultanément assujetti et excédant le contrôle disciplinaire* » (Cervulle et Testenoire 2012, p. 8), cette partie s'intéresse aussi aux modes de résistance des sujets au niveau micro-politique « *des pratiques de soi* » (*Ibid.*, p. 9).

Ces modes de résistance sont composés de pratiques oppositionnelles, mais également de pratiques de conformité qui produisent des « *modes de subjectivation spécifiques* » (Mahmood 2009, p. 37). Dans un contexte de répression migratoire, nous analyserons une pratique de conformation aux attentes sociales genrées, devenir mère, comme une pratique de résistance des femmes primo-arrivantes (Chapitre 6). Par ailleurs, au sein des groupes de parole observés, certaines participantes prennent la parole et dénoncent de façon réflexive et intersectionnelle les rapports de domination qu'elles subissent (Chapitre 7).

Cette troisième partie mobilise la littérature féministe intersectionnelle, postcoloniale et décoloniale, ainsi que l'anthropologie politique. Elle vise à « *élargir* » (Moujoud 2008) l'étude de la reproduction des femmes en l'ancrant dans des dimensions de genre, de race et de classe.

Chapitre 6 : De la reconnaissance à l'assignation racialisée à la maternité : le corps enceint comme ressource

« *Le sujet s'effacerait-il derrière le maternel ?* »
(Davoudian 2012, p. 74)

Les formes de reconnaissance décrites dans le chapitre précédent ne viennent pas sans condition ni sans coût. La *reconnaissance intersubjective* est conditionnée au fait d'être enceinte, d'adhérer au suivi et ne pas mettre en danger son enfant à naître. La *reconnaissance juridique* est conditionnée, entre autres, à la parentalité d'un enfant français¹. Mais si pour devenir sujet en France, il faut devenir mère, dans quelle mesure les femmes primo-arrivantes ont-elles le choix de disposer de leur propre corps ? En obtenant cette reconnaissance, les femmes primo-arrivantes renforcent le pouvoir des professionnel.le.s et de l'État français. Comme le montre Nancy Fraser, reconnaître est « *un exercice d'un pouvoir* » qui permet à l'État d'affirmer sa « *souveraineté* » (Fraser 2005, p. 174). Une politique de reconnaissance politique fondée sur une catégorie, la maternité, a des effets réifiant : en imposant « *une identité de groupe unique, considérablement simplifiée* », elle « *nie la complexité des existences des individus, la multiplicité de leurs identifications, et la dynamique croisée de leurs différentes affiliations* » (*Ibid.*, p. 169). Pour être reconnues, les femmes primo-arrivantes doivent se conformer aux attentes institutionnelles et étatiques marquées par des représentations de genre et de race. Les modes de reconnaissance décrits dans le chapitre précédent contribuent dès lors à *assigner* les femmes primo-arrivantes à la maternité. Le fait d'assigner « *consiste à attribuer à une personne une place, une fonction, un*

¹ Via le titre de séjour pour vie privée et familiale au titre de parent d'enfant français (cf. Chapitre 5)

rôle, et plus particulièrement, attendre qu'elle le performe en se conformant aux attentes sociales» (Damian-Gaillard, Montanola et Olivesi 2014, p. 13). Dans ce chapitre, nous développerons une analyse d'une forme d'assignation à la maternité, qui est *racialisée*, dans le sens qu'elle est le résultat d'un processus de domination institué par l'État français qui touche de manière différenciée les femmes selon leur statut administratif (Moujoud 2007).

Dans la continuité des questionnements de Lynn Morgan et Elizabeth Roberts, ce chapitre s'attèle à décrire comment une biopolitique produit « certaines sortes de sujets et certains effets » (Morgan et Roberts 2012, p. 251). Il montre comment les sujets tentent d'exister dans des conditions de contrôle, de surveillance et de répression. Loin d'être passives face à l'ensemble des mécanismes d'assignation, les femmes primo-arrivantes développent des « stratégies » et des « tactiques » individuelles pour obtenir des conditions de vie dignes. Pour Daniel Veron, les « tactiques » des sans-papiers renvoient aux pratiques individuelles de « mise à distance de l'oppression », des « ingéniosités du faible pour tirer parti du fort » (Veron 2010, p. 3). Fatima Ait Ben Lmadani parle elle-aussi de « tactiques des faibles » (Ait Ben Lmadani 2008). Au contraire, le terme « stratégie » serait associé, selon Daniel Veron, à un « calcul objectif », qui suppose un certain « pouvoir » (*Ibid.*). Alors qu'elle étudie les pratiques individuelles de « migrantes marocaines », « un groupe social dominé », Nasima Moujoud choisit d'utiliser le terme « stratégie », pour signifier une opposition aux préjugés qui associent « migrantes » et « passives » : « étant donné que les migrantes forment un groupe social dominé, j'analyserai leurs pratiques individuelles comme autant de stratégies de résistance. Ce choix s'oppose aux préjugés à la fois sexistes et racistes qui prévalent dans les représentations figées où l'on imagine que "les femmes dans les sociétés musulmanes" sont passives et soumises aux règles normatives » (Moujoud 2007, p. 339). Au-delà de la question du degré de « calcul » ou de « pouvoir », j'ai fait le choix dans cette thèse d'employer indistinctement les deux termes — tactiques et stratégies —, que je définis comme l'ensemble des pratiques individuelles de résistance face aux rapports de domination. « N'étant pas dupes » (Fassin 2005), les femmes primo-arrivantes comprennent que la grossesse est une « fenêtre

d'opportunité» (Réfèrent SIAO, Seine-Saint-Denis); c'est le seul moment où elles sont considérées comme légitimes sur le territoire français. Ce chapitre s'intéresse alors à l'ensemble des tactiques et stratégies visant à mettre « à distance l'oppression » (Veron 2010). Nous nous intéresserons ici à une forme spécifique de résistance du sujet : celle qui passe par le corps, le corps enceint. Même si le sujet est démuni, il lui reste son corps, qu'il peut mobiliser de manière créative « pour répondre aux différentes dimensions de domination qui s'intersectionnent » (Rebughini 2014, p. 5). Le corps des femmes enceintes est instrumentalisé comme rempart ultime, la « dernière matérialité opposable aux contraintes externes » (Lanzarini 2000, p. 169). Un « corps-capital-malade » décrit dans le Chapitre 5, « seul moyen d'interpeller l'extérieur » (*Ibid.*, p. 170). Dans le prolongement de l'analyse de Nasima Moujoud, nous voudrions mettre en lumière la façon dont les femmes primo-arrivantes tentent de « manipuler les règles » en développant des tactiques et stratégies, alors même que leurs capacités d'agir sont restreintes du fait de rapports de domination de genre, de race et de classe (Moujoud 2007, p. 339).

En réaction à ces tactiques et stratégies de résistance, les institutions resserrent leur surveillance et la répression des corps maternels. Le regard qui « reconnaît l'existence de l'individu au sein du groupe » devient alors le regard « qui contrôle » (Davoudian 2012a, p. 19). L'objectif de ce chapitre est de décrire les mécanismes d'assignation, les stratégies qu'ils entraînent chez les femmes et les réactions en chaîne des institutions qui visent à réassigner ces femmes. Ce phénomène social d'*assignation-résistance-réassignation* est complexe et interdépendant. Les tactiques de résistance sont diffusées par les professionnelles des dispositifs dédiés, ces mêmes qui réaffirment leur contrôle quand elles perçoivent *l'actrice stratège* derrière le *sujet vulnérable*.

Le chapitre se base principalement sur les données recueillies lors de l'étude ethnographique menée à la coordination du Réseau de santé en 2015. Dans une première partie, nous décrirons comment, alors que la reconnaissance intersubjective conditionnée à la grossesse assigne les femmes primo-arrivantes à la maternité, celles-ci mobilisent leur corps enceint pour interpeller les professionnel.le.s du champ périnatal (I). Dans un deuxième temps, nous nous

pencherons sur les effets réifiant de la reconnaissance politique des femmes primo-arrivantes conditionnée à la maternité d'un enfant français. Nous verrons comment les femmes s'approprient cette assignation racialisée à la maternité et développent des stratégies juridiques pour être régularisées, quitte à être l'objet d'un contrôle renforcé des agents gardes-frontières de la reconnaissance politique : les professionnel.le.s du champ périnatal (II).

Une première version de ce Chapitre a été publiée dans la Revue *Genre, sexualité et Société* en 2016¹ (Virole-Zajde 2016).

I - Le corps enceint comme surface d'interpellation des professionnel.le.s

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les femmes primo-arrivantes sont exclues en France et obtiennent de la *reconnaissance intersubjective* (Fraser 2005) de la part des professionnel.le.s de santé lorsqu'elles sont enceintes et rentrent dans les dispositifs médico-sociaux qui leur sont dédiés. Contrairement aux femmes françaises, qui ne dépendent pas des professionnel.le.s de santé pour être reconnue en tant que *personne* en France, les femmes primo-arrivantes sont dépendantes de ce « *regard* » qui les reconnaît (Davoudian 2012). Elles ont besoin de cette reconnaissance. Mais pour l'obtenir, il est nécessaire qu'elles fassent partie d'un « *groupe à risque* » identifié par le champ de la santé publique (voir Chapitre 3). Ce Chapitre s'intéresse à un « *risque* » particulier, la grossesse. Il montre que la reconnaissance intersubjective, sous condition de grossesse, enferme les femmes primo-arrivantes dans une assignation à la maternité (A). Conscientes que leur biolégitimité (Fassin 2005) résulte de leur grossesse, les femmes primo-arrivantes « *s'approprient ou se réapproprient* » leur « *rapport à soi* » (*Ibid.*, p. 99) en mobilisant leur corps enceint comme « *surface*

¹ Virole-Zajde, Louise. 2016. "Devenir Mère, Devenir Sujet ? Parcours de Femmes Enceintes sans Papiers En France." *Genre, sexualité & société* 16.

d'interpellation » (Lanzarini 2000). Elles développent des tactiques de mise en danger de ce corps si précieux aux yeux des professionnel.le.s, pour négocier contre les maltraitances institutionnelles qu'elles subissent (B). Comment les professionnelles des dispositifs dédiés observés et les institutions réagissent-elles face à ces tactiques de mise en danger? Nous montrerons qu'elles renforcent leur contrôle sur les femmes par un ensemble de mécanismes de surveillance et de répression (C).

A. De la reconnaissance intersubjective à l'assignation à la maternité des femmes primo-arrivantes

Les professionnelles des dispositifs dédiés observés assignent les femmes primo-arrivantes à la maternité par un certain nombre de mécanismes. Tout d'abord, du fait des représentations genrées associant grossesse et vulnérabilité, les professionnel.le.s de la périnatalité considèrent que les femmes enceintes sont vulnérables et nécessitent leur aide. Les femmes enceintes bénéficient ainsi d'un consensus compassionnel autour de la grossesse (Darley 2014), et en sont privées si leur grossesse s'interrompt. Les femmes primo-arrivantes reçoivent une reconnaissance intersubjective (Fraser 2005) par le biais de l'enfant à venir, centre de l'attention des professionnelles.

La femme enceinte vulnérable

Pour les femmes primo-arrivantes, la reconnaissance intersubjective des professionnel.le.s de santé est conditionnée à la grossesse. Tout se passe comme si, à force que le ventre grossit, c'est le regard sur le corps qui change. Les femmes deviennent des mères en puissance, avec toutes les représentations genrées autour de la figure du « *féminin maternel* » : douce, aimante, responsable, protectrice, inoffensive (Cardi 2008). Que ce soit lors de la grossesse ou avec un nourrisson dans les bras, les femmes témoignent d'un

changement dans le «*regard des gens*» (Awa, Sénégal). De sujets invisibilisés, elles se sentent devenir la cible d'attentions compassionnelles et de regards bienveillants.

Selon Sandra Boehringer et Estelle Ferrarese, dans les représentations sociales, la femme enceinte est «*vulnérable*», tout d'abord parce que c'est une femme («*son corps est faible*» biologiquement¹) (Boehringer et Ferrarese 2015, p. 9). À cette «*imputation genrée de la vulnérabilité*» de toutes les femmes, s'ajoute une vulnérabilité spécifique liée à la grossesse. «*L'imputation genrée de vulnérabilité se manifeste en Occident par une attention particulière aux états, pensés comme biologiques, du corps des femmes. Le corps enceint, par exemple, permet, dans le droit français, d'attribuer des circonstances aggravantes à ceux qui lui portent atteinte. Ce corps enceint est également pris en charge par de multiples règles de savoir-vivre, et devient le lieu d'un déploiement biopolitique sans équivalent*» (Ibid.). Dans le champ de la santé périnatale, les professionnelles rencontrées associent «*vulnérabilité*» et grossesse. Par ailleurs, certain.e.s professionnel.le.s mettent en avant une troisième forme de vulnérabilité spécifique liée à la grossesse, une vulnérabilité psychique. Selon les théories psychanalytiques la grossesse serait une période de «*transparence psychique*», où des éléments inconscients auraient tendance à resurgir (Bydlowski 1991). Marie-Rose Moro, ethnopsychiatre, souligne que les femmes enceintes «*migrantes*» seraient doublement vulnérables psychiquement, du fait de leur grossesse et de leur déracinement (Moro 2003). Les soignantes rencontrées, même si elles ne sont pas elles-mêmes psychologues ou psychanalystes, y sont familières et adhèrent à cette théorie d'une «*vulnérabilité psychique*» particulière des femmes enceintes.

Au-delà de la grossesse, les professionnelles rencontrées semblent associer maternité et vulnérabilité. Ce phénomène a été décrit dans l'ouvrage de

¹«*Le corps faible des femmes a fréquemment servi à expliquer une psyché inaboutie, dénuée de talents ou amoral. (...) La femme était plus petite et plus faible, il y avait entre elle et l'homme une différence qu'elle ne pouvait surmonter, une différence imposée par la nature, la chose la plus humiliante et la plus dégradante que l'on pût imaginer dans une société virile. Pour ceux qui considèrent que la domination de la nature est le véritable objectif, l'infériorité biologique reste une marque indélébile, la faiblesse imprimée par la nature, la cicatrice qui invite à la violence (Horkheimer, Adorno 1974 [1947], p. 271)*» (Boehringer and Ferrarese 2015, p.9).

Christine Davoudian, médecin PMI et psychothérapeute, travaillant dans des PMI à Saint-Denis. Les usagères ont tendance à être considérées comme « *vulnérables* » si elles ne sont pas accompagnées d'un conjoint. La monoparentalité maternelle interpelle les professionnel.le.s, qui vont mettre en place une prise en charge « *prioritaire* ». Selon Nathalie Prete, assistante sociale, « *on a coutume de considérer les femmes et les enfants comme des êtres plus vulnérables dès lors qu'un homme ne les accompagne pas. Dans le cadre de mon travail, force est de constater que ces situations de familles monoparentales s'inscrivent dans une réelle priorité, au moins en termes de politique sociale* » (Davoudian 2012).

Les femmes primo-arrivantes enceintes, considérées comme vulnérables du fait des normes de genre qui associent grossesse et vulnérabilité, sont particulièrement « *protégées* » : leur corps devient un « *corps bouclier* », jusqu'à tant que la grossesse s'arrête (Davoudian 2012).

« Le corps de la femme comme un tabernacle précieux, mais aussi portant en son sein une clef pour le futur. Corps protégé pendant un temps, "corps bouclier", contre les violences en toutes sortes, mais également la menace d'expulsion. "*Je suis indéportable*" et "*intransportable*", me disait tristement l'une d'elles, qui vivait cachée jusqu'à sa grossesse. Même tristesse de la part de celle qui me confiait que "*quelqu'un s'était levé dans le métro pour lui laisser une place*", alors qu'elle évitait de prendre les transports de peur d'être contrôlée »

(Davoudian 2012, p. 72)

Pas de grossesse, pas de légitimité

Pour être reconnue, il faut donc être, et surtout paraître, vulnérable. Mais cette « *situation de maternité qui permet au sujet d'être inclus à la faveur d'un autre inclus dans son corps* » (Davoudian 2012, p.72) est temporaire. Si la grossesse s'arrête en cours de route, par exemple dans le cas d'une fausse couche, c'est la légitimité des femmes primo-arrivantes qui disparaît elle aussi.

Après une fausse couche, les femmes n'ont plus accès au service social de la maternité, perdent le rattachement au « *pôle famille* » du 115 et leur

stabilisation dans un lieu d'hébergement. Lors d'une réunion de l'équipe médico-sociale de la coordination du Réseau de santé, la situation de Marie, enceinte de triplés est présentée. Grâce au soutien de la coordination du Réseau, celle-ci obtient une stabilisation d'hébergement dans un hôtel social. Après plusieurs fausses couches tardives, la grossesse de Marie s'interrompt à nouveau. N'étant plus enceinte, elle n'entre plus dans la catégorie administrative des «*familles 115*». Elle devra déménager dans un autre lieu d'hébergement lié à son nouveau statut de personne isolée.

Le même phénomène a été observé dans le cas de femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse. Lors d'un entretien du Dispositif d'Appui (DA) du Réseau de santé, Myriam, en situation irrégulière, en couple, explique qu'elle a finalement choisi d'avorter. Bien qu'encore suivie par le DA trois mois après l'avortement, l'assistante sociale ne semble plus avoir de marge de manœuvre pour trouver un hébergement stable à Myriam.

Par ailleurs, la biolégitimité est limitée dans le temps, à «*un moment T*» (Assistante sociale, Maternité C.). Sorties de la maternité après l'accouchement, les femmes peuvent se retrouver quelque jours après à la rue avec leur nourrisson. Le DA, assurant un suivi social trois mois après l'accouchement, permet de continuer à soutenir les demandes d'hébergement d'urgence des femmes. Mais tant qu'elles n'obtiennent pas de titre de séjour, leur situation sociale reste précaire (voir Chapitre 5).

Quel sujet reconnaît-on ? «*Le véritable sujet social de la maternité est l'enfant*»

En excluant d'un côté les femmes primo-arrivantes sans enfants, ayant avorté ou eu une fausse couche, et en reconnaissant de l'autre les femmes primo-arrivantes enceintes, les institutions de santé entretiennent les rapports de domination qui assignent les femmes à la maternité. Comme l'ont montré les théories féministes depuis les années 1950, cette assignation est problématique, car ces femmes ne sont pas reconnues pour elles-mêmes, mais parce qu'elles portent en elles un nouveau sujet (Beauvoir 1949). Nicole-Claude Mathieu

dénonçait ce phénomène dans les années 1970 : « *dans l'état actuel de l'analyse, le véritable sujet social de la maternité est l'enfant, non la femme. À focaliser sur la mère comme lieu psycho-biologique pour l'enfant, on a toute chance d'oublier la femme comme sujet social : elle est en fait pensée plus comme objet que comme sujet de la maternité* » (Mathieu 1977, p. 65).

C'est grâce à leur grossesse et à leur enfant que les femmes primo-arrivantes sont reconnues par les professionnel.le.s de santé. « *La mère gagne de l'existence par son bébé. On se retrouve dans une situation inversée où un bébé fait vivre, donne "naissance", identité à sa mère* » (Davoudian 2012). Au nom des droits de l'enfant, les professionnelles rencontrées développent un registre discursif paternaliste. « *Si maman va bien, bébé va bien* », tel est l'adage des intervenantes en PMI (Vozari 2011, p. 73). Il s'agit de protéger la femme enceinte *pour* protéger le futur enfant. C'est alors, et avant tout, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant que les actions auprès de ces femmes sont menées. C'est l'enfant à naître qui est au centre des attentions des professionnelles. Les femmes sans-papiers enceintes que rencontre Christine Davoudian en PMI ont l'impression d'être « *transparentes* » tant l'attention des professionnelles est concentrée sur le fœtus (Davoudian 2012). Ces femmes enceintes sans-papiers ne se sentent pas considérées comme des sujets, mais comme des corps qui portent un sujet en devenir.

La reconnaissance intersubjective dont bénéficient les femmes primo-arrivantes quand elles sont enceintes et qu'elles entrent dans les dispositifs dédiés, est donc bien fragile, temporaire, et encadrée par un certain nombre de représentations genrées qui associent grossesse et vulnérabilité. S'il faut être enceinte pour être reconnue par les professionnelles de santé quand on est primo-arrivante, alors cette reconnaissance participe à assigner les femmes primo-arrivantes à la maternité.

B. Les tactiques des femmes primo-arrivantes : mettre en danger le corps enceint

Conscientes que leur « *biolégitimité* » (Fassin 2005) découle de leur état gravide, certaines femmes primo-arrivantes s'approprient cette assignation à la maternité et tentent d'interpeller les professionnel.le.s en jouant sur leur corde sensible : la santé de l'enfant à naître. Elles mobilisent leur corps enceint pour lutter contre des maltraitances institutionnelles qu'elles subissent. Certaines sont même prêtes à mettre en danger leur corps enceint pour interpeller les professionnel.le.s. Les tactiques de mise en danger des femmes primo-arrivantes sont ici analysées comme des tactiques de résistance face à un système d'hébergement d'urgence qui participe à l'errance résidentielle des femmes sans-abris (voir Chapitre 1). Ces tactiques mettent plus ou moins en danger leur santé ou celle de leur futur enfant. Elles relèvent d'un danger *potentiel* (risque d'accoucher sur le chemin de la maternité), d'une *menace* de danger (menace d'accoucher à l'hôtel), ou d'un danger *immédiat* (dormir à la rue intentionnellement).

Un danger potentiel : le refus de changer de maternité

Selon les professionnelles de santé, si les femmes sont trop éloignées de leur maternité, cela constitue un « *risque médical* » (Gynécologue, directrice du Réseau) : un temps de transport trop important peut être « *dangereux* » pour la santé de la mère et de l'enfant en cas de complications médicales. Ainsi, quand les femmes primo-arrivantes inscrites dans une maternité changent d'hébergement au cours de la grossesse ou se retrouvent en situation d'errance résidentielle, les professionnelles du Réseau, de la maternité ou de la PMI leur proposent de les inscrire dans une maternité plus proche de leur hébergement actuel (voir Chapitre 4). Dans certains cas, les femmes primo-arrivantes refusent de changer de maternité pour une maternité plus proche de leur hébergement. Leur refus face aux recommandations médicales est souvent corrélé à un désir de stabilité : en errance résidentielle d'hôtel 115 en l'hôtel 115,

le seul lieu fixe qu'elles connaissent est la maternité.

Aminata raconte qu'elle a refusé de changer de maternité, car elle « *connaissait* » les professionnel.le.s de santé et l'assistante sociale (Aminata, Côte d'Ivoire). La qualité de la relation qu'elle a construite avec ces professionnel.le.s la pousse à refuser de changer de maternité. À sept mois de grossesse, l'assistante sociale de la maternité contacte la coordination du Réseau de santé pour qu'Aminata soit incluse dans le Réseau. L'assistante sociale était « *inquiète* » au sujet de la stabilité de l'hébergement d'Aminata ainsi que son manque de ressources et son isolement. Deux semaines après, la sage-femme coordinatrice du Réseau appelle Aminata et lui propose un rendez-vous pour faire l'entretien d'inclusion dans le Réseau. La sage-femme coordinatrice lui recommande de changer de maternité afin de se rapprocher de son hébergement, près de Nanterre. À cette époque, Aminata doit venir toutes les semaines à la maternité Z.¹ à Paris pour faire des examens. Aminata refuse le changement de maternité, car elle s'était « *habituée aux gens de là-bas. Je connaissais là-bas. Plus encore, je passais chaque semaine voir l'assistante sociale (de la maternité). Qu'elle me demandait si ça va, si ça allait chez moi quoi* » (Aminata, Côte d'Ivoire). La reconnaissance intersubjective dont Aminata bénéficie dans cette maternité — de la part des professionnel.le.s de santé et du social — vaut le coup de prendre « *le risque d'accoucher sur la route* » (Aminata, Côte d'Ivoire).

Selon la sage-femme PMI de la maternité C., les femmes primo-arrivantes refusent « *très souvent* » de changer de maternité, car elles ont développé un attachement particulier à un lieu de soin, dans un contexte où elles sont submergées par d'autres « *problématiques* » (Sage-femme PMI n° 1, Maternité C.) :

« déjà elles ont eu ce déracinement d'arriver en France, de se retrouver dans un pays avec un mode de vie complètement différent du leur, des problématiques de logement, des problématiques alimentaires, elles ont un pied au niveau d'une maternité, elles ont confiance dans cette maternité, elles sont contentes du suivi au sein de la maternité et c'est vrai que pour elles c'est vraiment compliqué de changer de maternité. Vraiment. (...) Moi plusieurs fois ça m'est arrivé avec des femmes qui étaient presque au bord

¹ Maternité anonymisée.

des larmes qu'on leur parle de leur rapprochement de maternité, pour elles c'était vraiment inenvisageable. Elles ont déjà vécu tellement de ruptures...»

(Sage-femme PMI n° 1, Maternité C)

Aminata et les femmes primo-arrivantes en errance résidentielle qui prennent ce « *risque* » sont dans une position défavorisée : elles n'ont pas de voiture ou de ressources économiques pour payer un taxi et se déplacer rapidement à la maternité en cas de problème médical. Le *danger potentiel* est donc bien réel, en comparaison avec les femmes enceintes qui choisissent de s'inscrire dans des maternités éloignées de leur hébergement, pour diverses raisons¹, mais qui disposent d'un capital économique, social et culturel important (Virole 2013).

La menace du danger : accoucher à l'hôtel

En observant plusieurs staffs de la coordination du Réseau de santé, des situations extrêmes sont abordées. Le cas d'Ana, de nationalité bulgare, est révélateur de nombreux dysfonctionnements institutionnels et des tentatives de résistances des sujets à l'aide de leur corps enceint.

Fatiguée de devoir se déplacer d'hôtel en hôtel durant sa grossesse — son conjoint et elle ont dû changer sept fois d'hôtels —, et mécontente de leur hôtel actuel (dans la forêt à Pontoise), Ana, enceinte de huit mois, menace les professionnel.le.s de santé d'accoucher dans sa chambre d'hôtel si elle n'obtient pas un changement d'hébergement et une stabilisation d'hébergement. Pour l'assistante sociale, ces menaces sont « *pour faire chier le 115* » (Assistante sociale, coordination du Réseau). Autrement dit, Ana tente de faire pression sur le Samu Social au moyen d'une menace de mise en danger du corps enceint. Alors qu'elle était inscrite dans une maternité en début de grossesse, que l'on nommera ici maternité X., Ana se retrouve désormais dans une chambre d'hôtel

¹ Dans certaines maternités « alternatives » la patientèle vient parfois de loin car ces structures défendent une prise en charge à contre-courant des maternités « usines » hypermédicalisées: qualité de la relation, humain, modèle co-décisionnaire, accouchement physiologiques (Virole 2013).

à Pontoise, très éloignée de sa maternité. Les professionnelles de la coordination du Réseau proposent à Ana d'être suivie dans une maternité près de son hébergement. Elles contactent une maternité de Pontoise et leur expliquent la situation. Mais Ana continue de refuser de changer de maternité et réitère ses menaces d'accoucher à l'hôtel. La famille, originaire de Bulgarie, ne parle pas français, et c'est l'aînée qui sert de traductrice. Une médiation culturelle est mise en place par la coordination et la maternité où doit accoucher Ana, mais le dialogue est difficile avec cette famille qui « *n'en peut plus* » (Sage-femme, coordination du Réseau).

La situation d'Ana a mobilisé un nombre considérable d'acteurs : le 115, la coordination du Réseau, le service social de la Maternité X., celui de la maternité de Pontoise, le médiateur culturel, la CAFDA... En parallèle, la fille aînée d'Ana l'accuse de maltraitance et a contacté l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). En staff, les réactions des professionnelles face à la menace du danger sont ambivalentes : elles passent de la réaction inquiète (« *je ne sais plus quoi faire* »), compréhensive (« *pour moi ils refusent le transfert dossier, car ils ont peur d'être laissés tombés pour le logement* »), de responsabilité institutionnelle (« *la structure Y.¹ n'a pas fait son boulot* ») à une réaction d'incompréhension (« *je ne comprends pas cette famille* »), paternaliste (« *s'ils s'énervent c'est parce qu'ils ne comprennent plus rien à ce qui se passe en France* »), justificatrice (« *moi je l'ai fait parce que c'est un cas de protection de l'enfance* ») et accusatrice envers la famille (« *elle a dit non comment si elle ne parle pas français !* »). Dans tous les cas, cette menace ne laisse pas indifférentes les professionnelles de la coordination qui tentent de trouver des solutions pour accomplir leur mission : que Ana « *n'accouche pas par terre* » (Gynécologue, directrice du Réseau). À la fin des staffs, il est décidé, d'abord sur le plan médical, de contacter la maternité X. afin qu'elle donne son dossier médical à Ana, pour qu'elle puisse l'avoir sur elle le jour de l'accouchement et de lui prendre rendez-vous à la maternité de Pontoise pour une dernière consultation de grossesse. Sur le plan social, il est décidé d'appeler le médiateur culturel pour qu'il se mobilise lors du rendez-vous.

¹ Structure anonymisée.

Ana ne se rend pas à son rendez-vous obstétrique et la maternité X. « *refuse de donner le dossier médical* » (Assistante sociale, coordination du Réseau). Le matin du troisième staff, on apprend qu'Ana a fini par accoucher à la maternité de Pontoise en compagnie du médiateur culturel, là où elle ne voulait pas être transférée. Malgré l'ensemble de ces acteurs et actrices, et peut-être à cause de cette diversité, Ana échoue à faire pression sur le 115. Sa menace de mise en danger de son corps enceint n'a pas fait le poids. Elle n'obtient ni amélioration ni stabilisation d'hébergement. L'encadré à la page suivante retranscrit les extraits du staff de la coordination du Réseau où Ana est mentionnée.

Ana : menace d'accoucher à l'hôtel

Observation de trois staffs de la coordination médico-sociale du Réseau de santé (janvier 2015). Présentes : La directrice, la sage-femme coordinatrice, l'assistante sociale coordinatrice, Louise Virole.

STAFF 1

SF. Patiente bulgare. 3 IVG, 3 accouchements, 1 IMG. change 3/4 fois. Inscrite à la maternité X. Je ne sais pas si c'est les hôteliers qui ne veulent pas de ces familles qui les font bouger tout le temps ou c'est le 115. La fille aînée a appelé l'ASE car maltraitée par la mère. Ils en ont ras le bol, **ils menacent d'accoucher à l'hôtel pour faire chier le 115**. J'ai transmis l'info à Pontoise, qu'ils sachent qu'elle va accoucher là-bas. Elle ne va pas donner l'alerte mais elle va régler ça perso. Elle utilise un médiateur traducteur. L'AS mater veut faire un signalement intermater. Qu'est-ce que je demande à la cadre SF de la Maternité de Pontoise parce que la famille ne veut rien ?
Directrice. Mettez-la au courant.

SF. Même avec le médiateur les entretiens sont durs. (...) Ils sont cinq, monsieur est difficile, ils ne parlent pas la langue.

Directrice. C'est l'AS de la structure Y. qui doit faire le dossier SIAO. Appelez-la. Qu'est-ce qu'ils veulent ?

SF. **Ils en ont ras le bol de changer d'hôtels. Ils ne veulent pas rester là-bas, car c'est dans la forêt.**

Directrice. On pourrait arrêter de les bouger.

SF. Je suis perdue, je ne sais plus quoi faire.

Directrice. Il faudrait qu'elle ait son dossier médical et une dernière consultation. C'est le seul endroit où ils se sont inscrits tout seuls.

SF. Moi je pense qu'il faudrait hospitaliser pour surveillance de fin de grossesse. Il faut appeler Mme avant pour voir si elle est d'accord.

Directrice. À la maternité X. qui parle le bulgare ?

SF. L'aînée sert de traductrice. Je pense que le médiateur pourra se mobiliser.

Directrice. Proposez-lui un rendez-vous du 9e mois. Qu'il fasse son travail le Y., le dossier SIAO. Moi quand je fais une césarienne, je sors l'enfant.

SF. La CRIP reproche à Pontoise de l'avoir fait sans l'accord de la femme. Moi je l'ai fait, car c'est un cas de protection de l'enfance.

Directrice. Ils ne l'ont pas interdit ! Ils ne sont pas informés que la famille est adhérente au dispositif d'urgence. On prévient la maternité, car elle est la plus proche. On recourt au médiateur culturel, la famille adhère au dispositif d'urgence.

SF. En vertu de la loi protection famille 2007 je le fais. Je ne l'ai pas fait pour un cas similaire, car pas de protection enfance. Le médiateur connaît depuis longtemps cette famille. Il n'a pas d'adhésion avec la famille.

Directrice. Je ne comprends pas cette famille.

STAFF 2. Une semaine après

SF. Elle ne veut plus venir à la maternité de Pontoise. Elle dit non pour envoyer le dossier.

Directrice. Elle a dit non comment si elle ne parle pas français !

SF. C'est compliqué par téléphone.

Directrice. Tout ce travail de médiation culturelle...

SF. C'était une conversation difficile, ils sont dans la plainte, ils crient. Je crois que même la médiation culturelle a du mal.

Directrice. Notre fonction c'est qu'elle n'accouche pas par terre.

SF. Elle n'est pas venue au rendez-vous.

Directrice. Il faut qu'elle ait son dossier.

AS. Faudrait déjà qu'elle vienne au rendez-vous. (...) S'ils s'énervent, c'est parce qu'ils ne comprennent plus rien à ce qui se passe en France.

SF. On a organisé une réunion avec opérateur et le médiateur. Depuis, lui est rassuré.

Directrice. Rappelez le médiateur. Madame ne va pas aux rendez-vous. La maternité X. dit qu'elle dit non au transfert dossier, mais ça m'étonnerait. C'est la maternité X. qui ne veut pas. On va demander le dossier et transférer à Pontoise.

AS. Il y a des personnes à la maternité X. qui refusent de donner le dossier médical. On a été contacté par la CAFDA. On lui a fait signer la fiche adhésion.

SF. Il faudrait faire une *conf call* avec famille et le médiateur, pour moi ils refusent le transfert dossier, car ils ont peur d'être laissés tombés pour le logement.

AS. Monsieur attendait retour de la structure Y. pour savoir si ils allaient les changer d'hôtel.

Directrice. Nous notre objectif c'est que cette femme accouche normalement.

AS. Moi je contacte l'ASE.

STAFF 3. Une semaine après

AS. On a une bonne nouvelle, la dame a accouché à la Maternité de Pontoise avec le médiateur. Ils ont bien compris l'alerte.

La mise en danger immédiate : dormir dehors

Certaines femmes primo-arrivantes sont prêtes à mettre leur intégrité corporelle en danger afin d'accéder à des conditions dignes d'hébergement. Mariama, originaire de Guinée est incluse dans le Réseau de santé. Mariama est enceinte de 8 mois, en situation irrégulière et sans domicile, arrivée en France depuis un an. Elle est prise en charge par la coordination du Réseau et son dispositif d'appui (DA), qui l'aide à avoir une chambre d'hôtel au 115 dans la Seine-et-Marne. Mariama refuse d'aller dans ce département, car elle estime qu'il est trop éloigné de Paris, de ses repères habituels et de ses connaissances. Elle décide donc de quitter la chambre d'hôtel et de dormir dehors. Mariama demande à l'assistante sociale du DA une chambre d'hôtel à Paris, faute de quoi elle annonce qu'elle restera à la rue volontairement. Mariama a compris que sa grossesse constitue un moyen de pression sur les professionnelles et les institutions, et une ressource pour négocier. Elle est donc prête à se mettre en danger pour accéder à des conditions matérielles qu'elle trouve dignes. La directrice du Réseau refuse de céder « *au chantage* » au bébé : « *non on ne cédera pas au chantage, elle prend ses responsabilités si elle se met en danger.* » Et puis, si elle cède, « *toutes nos femmes vont faire ça ! Elles se mettent en danger pour avoir une chambre !* ». Elle propose : « *si elle va à l'hôtel ce soir, je vous autorise à travailler le CHU¹ !* ». Mariama refuse et dort sous un abri de bus. Elle rappelle le lendemain l'assistante sociale du DA pour lui dire qu'elle est ne se sent pas bien, qu'elle est malade, qu'elle a mal au dos. L'assistante sociale du DA appelle la directrice pour l'en informer, et cette dernière cède : « *bon ok elle a gagné, faites la demande pour un CHU* » (Gynécologue, Directrice du Réseau). L'assistante sociale du DA appelle le 115 pour arrêter la prise en charge de la chambre et demander un CHU. Le 115 lui annonce que, de toute façon, ils avaient attribué la chambre à quelqu'un d'autre depuis deux jours, car l'hôtelier avait prévenu que Mariama ne revenait pas : « *comme quoi c'est dangereux de squizer le 115...* » (Assistante sociale, DA, Réseau). Elle contacte des centres

¹ Centre d'Hébergement d'Urgence.

d'hébergement d'urgence, qui s'avèrent être complets. Mariam est mise en liste d'attente prioritaire. Après être restée plus d'une semaine dans la rue, Mariama obtient une place dans un centre d'hébergement à Paris.

La mise en danger du corps enceint a ici payé : Mariama obtient ce qu'elle avait demandé en faisant du « *chantage* ». Ces tentatives d'instrumentalisation du corps enceint mettent durement à l'épreuve les femmes qui s'y essaient, et sans garantie de succès.

C. Contrôle et répression : Les tactiques de mise en danger retournées contre les femmes

Les tactiques de mise en danger peuvent se retourner contre les femmes primo-arrivantes. En cas de refus de prise en charge ou de désaccord de prises en charge sociale et médicale, elles sont mal vues, voire radiées. Les tentatives de résistance sont étouffées, voire utilisées contre le sujet : les femmes sont mises de côté au nom de l'intérêt de l'enfant ou du risque médical. Les femmes sont incitées à adhérer au suivi, à être passives, ne pas trop solliciter les dispositifs et à déléguer aux professionnel.le.s. Dans le cas contraire, les professionnel.le.s de santé et du social peuvent prendre des décisions à leur place et les mettre sur liste noire (« *blacklistées* »).

Faire à la place de ou inciter fortement au nom du risque médical

Dans le cas où les femmes enceintes primo-arrivantes se mettent en danger, en refusant par exemple de s'inscrire dans une maternité proche de leur hébergement, les professionnelles ne sont pas toujours « *compréhensives* » et tentent d'influencer l'adhésion des femmes. Une sage-femme PMI de la maternité C. me raconte qu'elle a rencontré plusieurs femmes en errance résidentielle refusant de changer de maternité. Quand ces patientes étaient incluses dans le Réseau, elle « *s'engueulait avec la coordination parce qu'ils*

considéraient qu'il fallait imposer ce changement de maternité et moi je trouve qu'on ne peut pas l'imposer aux femmes, si elles ne le sentent pas, même si c'est loin. (...) Même si c'est mieux, c'est sûr, c'est mieux d'accoucher dans une maternité de proximité, c'est certain, mais je pense qu'on peut aussi les écouter et essayer de les accompagner au mieux dans leurs choix» (Sage-femme PMI n° 1, Maternité C.). Les professionnelles rencontrées ne réagissent pas de la même façon aux refus de changer de maternité. Comme nous vous pouvons le voir ici, deux visions s'opposent. Celles de la sage-femme PMI, ancrée dans une maternité, qui développe un argumentaire « *compréhensif* » de ce choix (écoute et accompagnement, respect des décisions), et une vision d'urgence médicale, portée par la coordination du Réseau qui tente « *d'imposer le changement de maternité* » pour diminuer le risque médical (Sage-femme PMI, Maternité C.). Dans notre observation à la coordination du Réseau, nous n'avons jamais assisté à un cas d'imposition de changement de maternité, mais plutôt à des propositions « *insistantes* ». Après tout, comme le dit la directrice du Réseau, leur objectif est que la dame « *accouche normalement* » (Gynécologue, directrice du Réseau). Les professionnelles se retrouvent dans certains cas à prendre des décisions « *à la place de* » ou « *pour* » la femme primo-arrivante, sans son consentement libre et éclairé¹.

Mettre sur liste noire : « *c'est la responsabilité de ses actes* »

Si elles refusent une place en hôtel 115, en CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence), en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), ou en CADA (Centres d'accueil pour demandeurs d'Asile)², les femmes ne pourront plus demander une place d'hébergement si un jour elles en ont besoin. Dans un contexte de sévère pénurie d'hébergement, les dispositifs d'urgence et d'asile

¹ Selon la Loi Kouchner de 2002, le consentement des usager.e.s doit être libre, c'est-à-dire en l'absence de contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information. Source : loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

² Les CADA sont gérés par la CAFDA (coordination de l'accueil des familles de demandeurs d'asile).

mettent en place des critères de priorisation des demandes, qui débouchent sur du *blacklisting*. Mariama a eu de la chance : son refus d'hôtel ne l'a pas pénalisée pour obtenir un centre d'hébergement. Pourtant, c'est le cas de la plupart des femmes qui refusent un hébergement¹. Le « *sujet précaire* » (Butler 2009) est mal vu s'il refuse une place qui « *vaut de l'or* » (Assistante sociale, DA, Réseau).

Après son accouchement, Salimatou est hébergée trois jours par le 115 dans un hôtel. Suivie par le Dispositif d'Appui du Réseau de Santé, elle est admise dans un CHRS. Elle y passe une nuit et décide de partir, car elle a « *un différend avec une voisine* » (Assistante sociale, DA, Réseau). Elle se retrouve alors « *blacklistée* » (Assistante sociale, DA, Réseau) du 115 et ne se verra plus attribuer de place si elle rappelle le 115.

Les tactiques de mise en danger de l'intégrité corporelle et les refus de places d'hébergement, entraînent une augmentation du contrôle de la part des professionnel.le.s. En premier lieu, les choix des femmes sont remis en question : « *est-ce que cette femme a fait son choix en connaissance de cause ?* » (Gynécologue, directrice du Réseau). Le refus d'une place en CADA est interprété comme un manque de connaissances sur la « *réalité* » de sa situation : « *cette femme perd quelque chose sans penser qu'elle la perd* » (Gynécologue, directrice du Réseau). Car si la femme refuse c'est qu'elle n'a pas eu toutes les informations pour faire son choix. Les professionnelles soulignent alors la nécessité de travailler le projet d'adhésion avec la famille, ici la femme venant d'accoucher, afin de minimiser les refus de prise en charge. Toutefois, si elle dispose de « *ressources* » et qu'elle a fait un choix éclairé, alors la femme est exclue des dispositifs d'hébergement : « *qu'elle prenne ses responsabilités* » (Gynécologue, directrice du Réseau). À moins que les professionnelles soient inquiètes pour la sécurité de l'enfant : la « *seule réticence c'est la protection de l'enfance* » (Gynécologue, directrice du Réseau).

¹ « *Le demandeur d'asile ayant refusé une proposition d'admission en CADA ou ne s'étant pas présenté au gestionnaire de ce CADA dans le délai imparti ne peut en principe sous réserve de circonstances exceptionnelles évoquées ci-dessus, bénéficier ni d'une nouvelle offre d'hébergement en CADA ni d'une prise en charge dans une structure d'urgence ou à l'hôtel.* » source : CIRCULAIRE N° DPM/CI3/2007 du 3 mai 2007 relative aux missions des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, aux modalités d'admission dans ces centres et de sortie de ces centres et au pilotage du dispositif national d'accueil.

Salimatou refuse de revenir sur sa décision de quitter le CHRS, malgré l'insistance de l'assistante sociale qui la prévient qu'elle ne pourra pas redemander une place en CHRS ni en hébergement d'urgence. L'assistante sociale du dispositif d'appui est inquiète pour l'enfant de Salimatou : « *elle m'a dit "je m'en fous je ne veux pas y retourner". Ça pose une question de protection de l'enfance* » (Assistante sociale, DA, Réseau). En revanche, l'assistante sociale coordinatrice n'est pas « *inquiète* ». Elle suppose que si Salimatou a refusé cette place, c'est qu'elle ne va pas se retrouver à la rue, elle a « *d'autres ressources* » (Assistante sociale, coordinatrice Réseau). L'interprétation du niveau de danger est en débat entre les professionnelles, elle ne fait pas l'unanimité. À la fin du staff de la coordination, la directrice du Réseau finira pas se ranger du côté de l'avis de l'assistante sociale coordinatrice : « *la seule réticence c'est la protection de l'enfance, mais là on n'est pas inquiets* » (Gynécologue, directrice du Réseau).

Salimatou : refus d'une place en CHRS

Observation staff médico-social de la coordination du Réseau (2015). Présentes : Directrice du Réseau, Sage-femme coordinatrice, Assistante sociale coordinatrice, Assistante sociale du Dispositif d'Appui n° 1 et n° 2, Louise Virole.

AS. C'est une femme qui est allée à la fac pendant sa grossesse, elle n'est pas passée par l'urgence. Après son accouchement, elle passe 3 jours en hôtel. Lundi elle est admise en CHRS. Elle est restée 24 h et elle s'est barrée. Parce qu'elle a eu un différend avec une voisine. Elle est de retour chez un tiers pendant 48 h et après en hôtel. Je lui ai dit que bien qu'elle était actrice, « *le CHRS aurait pu vous aider à trouver une garde* ». « *Dieu m'a aidé ça va aller* ». Moi je lui ai dit que la réalité il faut réfléchir.

AS DA. Ça pose la question de la rapidité et de l'adhésion. On doit accompagner les femmes aux rendez-vous de préadmission. il fallait leur expliquer.

Directrice. On ne peut pas éviter chez des gens qui ne veulent pas.

AS DA. Elle a des ressources.

Directrice. Il y a un père ?

AS DA. Oui, mais il ne veut pas l'héberger. Elle va se retrouver au 115. **Elle est blacklistée, car refus CHRS.**

Directrice. **C'est bien. C'est la responsabilité de ses actes.**

AS DA. **Je pense qu'elle ne s'est pas rendue compte.**

Directrice. **Et bien elle va s'en rendre compte.**

AS DA. Qu'est-ce que je fais si elle m'appelle en rupture d'hébergement ?

Directrice. Je ne sais pas, vous l'expliquez. C'est définitif le CHRS.

AS DA. **Elle m'a dit « je m'en fous je ne veux pas y retourner ». ça pose une question de protection de l'enfance.**

AS. **Si elle s'est donnée cette latitude-là, c'est qu'elle a d'autres ressources.**

AS DA. J'appellerai le 115 pour lui dire pour le refus du CHRS.

Directrice. Il faut qu'on voie la femme avant, on a été trop vite. **On a anticipé de manière implicite ce qui est bon pour elle.**

AS DA. Je lui en avais parlé, mais elle ne s'est pas rendu compte.

Directrice. **Qu'elle prenne ses responsabilités.**

AS DA. **Cette place elle vaut de l'or.**

Directrice. **On ne lui a pas expliqué avant tout ce qui est possible. Cette femme perd quelque chose sans penser qu'elle la perd.**

AS DA n° 2. Comme elle n'est pas dans l'urgence elle ne s'est pas rendu compte.

Directrice. **On se substitue aux gens. La seule réticence c'est la protection de l'enfance, mais là on n'est pas inquiets.**

AS. On a besoin de temps pour préparer le temps de préadmission. Pas besoin de l'accompagner. Elle est autonome, elle.

Directrice. Notre question est éthique. **La personne en face de soi a compris les risques et les bénéfices, transférer à la personne tout le savoir, pour qu'elle fasse un choix.** C'est ce qu'on fait en médecine, c'est leur droit de dire non, mais il faut bien transmettre tout. Il faut que je m'assure que vous comprenez bien. **En plus, dans le social c'est tous les dispositifs de contrôle de la protection de l'enfance contrecarrent la liberté individuelle. Au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant. Ça complique les choses. La société est responsable de l'enfant. On ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants.**

Protection de l'enfance et surveillance des mères : « on ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants »

Les professionnelles médicales et sociales rencontrées sont très attentives à l'intérêt supérieur de l'enfant. Les assistantes sociales ont un « *devoir de*

vigilance sur le plan de la protection de l'enfance» (Planche 2014). Selon Maëlle Planche, la « *crainte de laisser sortir un enfant dans des conditions qui ne semblent pas correspondre aux besoins de la maman et de l'enfant* » est « *omniprésente* » chez les assistantes sociales de maternité¹ (*Ibid.*, p. 109). Repérer de manière précoce les « *vulnérabilités personnelles et familiales* » permettrait d'éviter de « *voir s'instaurer des dysfonctionnements de nature psychopathologique chez l'enfant, l'adolescent et à l'âge adulte, voire de la maltraitance* » (*Ibid.*). Les professionnel.le.s évaluent les risques potentiels sur l'enfant, avant même qu'il ne naisse. Après l'accouchement, la surveillance s'opère sur la relation entre la mère et l'enfant : « *c'est à travers les gestes de la mère, mais surtout le regard de son enfant que les intervenantes "sentent" la perturbation du lien. En ce sens, la vigilance accordée à la relation mère/enfant place ces dernières dans une "machine à regard" qu'illustre bien le Panoptique imaginé par Bentham et réélaboré par Foucault* » (Vozari 2011, p. 76). Si les professionnel.le.s « *sentent* » que l'enfant peut être en danger, ils/elles peuvent mobiliser un ensemble de dispositifs qui existent pour protéger les enfants. Les professionnel.le.s de santé ou du social peuvent signaler « *une situation préoccupante*² » à la Cellule Départementale de Recueil et d'Évaluation de l'Information Préoccupante (CRIP), qui évaluera si la situation doit être transférée au juge aux affaires familiales³. En matière de protection de l'enfance, l'évaluation du risque pour l'enfant diffère selon les territoires. L'État et les

¹ « *Sur le terrain, la question du risque pour la relation mère-enfant est présentée comme une inquiétude, ressentie tantôt à partir d'éléments tangibles relatifs aux contextes de vie, à des pathologies spécifiques (trouble psychiatrique, maladie mentale, handicap psychique) ou à des comportements de la mère jugés dangereux ou suspects (prostitution, toxicomanie, comportements immatures), tantôt à partir d'éléments moins évidents correspondant à une certaine norme de comportement du parent en devenir (se projeter dans l'avenir, parler de son enfant), d'une mère supposée "investir" l'enfant avant sa naissance. Parmi les critères de risque évoqués, l'isolement et la place des "supports familiaux ou amicaux" y occupent une place centrale* » (Planche 2014, p.109).

² « *L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil général sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur : Soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées être en danger ou en risque de danger, Soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.* » (Kahn-Bensaude et Faroudja 2010, p. 2).

³ Si le ou la juge aux affaires familiales estime qu'il existe un « *danger imminent* » pour l'enfant, l'enfant est placé sous la responsabilité de l'Aide Sociale à l'Enfance. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

départements (via les Conseils Départementaux) n'ont pas les mêmes compétences et responsabilités¹. En Seine-Saint-Denis, la cadre sociale de la maternité B. souligne que le conseil départemental « *est le grand absent sur le plan social* » (accompagnement, stabilisation, place mère-enfant) pour les femmes « *qui n'ont pas de papiers* », car « *ils estiment qu'on est dans l'hébergement et pas dans la protection de l'enfance* » (Cadre sociale maternité B). Par ailleurs, en Île-de-France, un nourrisson à la rue n'implique pas automatiquement une prise en charge au titre de la protection de l'enfance. Dans un contexte de saturation du dispositif d'hébergement – en urgence et en insertion –, les professionnelles rencontrées ne contactent pas systématiquement la CRIP. Les professionnelles doivent évaluer si l'enfant est en danger, mais être à la rue n'est pas en soi un critère suffisant. Comme nous l'avons vu plus haut, Salimatou se retrouve à la rue avec son enfant quelques jours après son accouchement. Or, les professionnelles de la coordination du Réseau ne sont pas « *inquiètes quant à la protection de l'enfance* » (Gynécologue, directrice du Réseau). D'autres critères rentrent en jeu : « *la place occupée par les supports familiaux et conjugaux ; les circonstances de survenue de la grossesse ; les risques que les conditions de vie font encourir à la qualité de la relation mère-enfant* » (Planche 2014, p. 105).

Les professionnelles rencontrées sont ambivalentes sur leur « *fonction de contrôle* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Elles sont partagées entre leur mission d'aide aux femmes enceintes, et leur mission de protection de l'enfance ou de santé publique et donc de contrôle des pratiques de ces femmes. L'écoute préventive qui humanise le sujet (voir Chapitre 5), peut devenir écoute informative, contrôle social, pratiques de surveillance. Comme le dit Anne-Sophie Vozari dans son étude sur les PMI : « *l'écoute peut alors prendre les traits*

¹ « *Le socle législatif met tantôt en cause la responsabilité des départements au titre de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans au moyen des centres maternels, tantôt celle de l'État français au titre de la prise en charge des populations à la rue par l'intermédiaire des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et de l'ensemble du parc d'hébergement d'urgence (Samu social, hôtels sociaux). Ce socle législatif (...) se répercute directement sur les « schémas de trajectoires » (Strauss, 1992) des assistantes sociales de maternité, autour de la distinction qu'elles opèrent entre deux types de situations : les « situations de protection de l'enfance » d'un côté, et les « situations étatiques » de l'autre.* » (Planche 2014, p.103)

d'une pratique de police au sens historique du terme : recueil de l'information et renseignements» (Vozari 2011, p. 79). Penser la question de la reconnaissance du sujet dans le soin ne peut se faire sans prendre en compte les « *techniques de régulation*» des « *mères à risque* »¹ (Faya-Robles 2014, p. 16). Nous voilà confrontés aux deux éléments inséparables de la subjectivation appliqués dans le soin : la reconnaissance du sujet et son contrôle. En devenant visibles aux yeux des professionnel.le.s, les femmes enceintes se placent sous le regard qui « *reconnait et contrôle*» (Davoudian 2012). Selon Anne-Sophie Vozari, il n'y a pas de « *ligne de démarcation entre l'écoute préventive et l'écoute informative*», ces deux « *activités sont imbriquées*» chez les professionnelles de la PMI² (Vozari 2011, p. 79). Pour surveiller les femmes, il faut obtenir des informations sur elles. Le fait que les professionnel.le.s de santé incitent les femmes à confier davantage leurs problèmes, angoisses, désirs et contrariétés est aussi un moyen de mieux les « *gouverner*» (Fassin et Memmi 2004). Pour Dominique Memmi, il s'agirait d'un nouveau « *gouvernement de la parole*», un renouveau du biopouvoir médical, qui s'exerçait en périnatalité par des femmes sur les femmes (Memmi 2003). Dans les PMI, les usagères sont « *en situation d'examen perpétuel*» (Vozari 2011) : les professionnelles surveillent leur relation avec leur enfant, la véracité de leur histoire de vie, l'honnêteté de leurs intentions. Dans les groupes de parole étudiés, les participantes sont encouragées à « *libérer la parole*» pour « *se réaliser*» (Faya-Robles 2014, p.11), mais aussi parce que « *c'est bon pour le bébé*» : « *chacune se présente, dit à combien de mois elle est enceinte. Nous on se présente aussi, on dit pourquoi on*

¹ Pour Alfonsina Faya Robles, « *les consultations prénatales agissent comme des instruments de régulation des corps gravides des femmes mais aussi des relations parentales des femmes de milieu populaire envers leurs futurs enfants. En mobilisant la notion de risque, cette régulation passe par une individualisation et une sanitarisation de l'expérience de grossesse. Le processus de sanitarisation touchant les "mères à risque" se fait par la mise en œuvre de tout un ensemble de techniques de régulation centrées sur la recherche du bien être, la libre parole et l'autonomie de la patiente. L'accompagnement, l'écoute et la construction d'un projet d'enfant constituent autant de modalités de soins devenues centrales dans la santé publique et ses techniques de régulation.* » (Faya-Robles 2014, p. 16).

² « *Les activités qui ont trait au care et au contrôle social ne peuvent pas être pensées de façons cloisonnées puisqu'elles s'imbriquent en PMI. Une oreille attentive orientée vers l'aide peut devenir l'occasion d'accumuler des informations. Cela n'amoindrit pas pour autant les effets de cette écoute sur le receveur du soin, bien que cela ne manque pas de soulever des questions quant aux frontières morales de l'activité.* » (Vozari 2011, p.79).

fait ce groupe, pourquoi c'est important de se réapproprier son histoire, de libérer la parole. C'est bon pour le bébé» (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). Les femmes enceintes sont particulièrement surveillées car elles portent un enfant. Au nom de la protection de l'enfance, les professionnelles de la coordination du Réseau peuvent se retrouver à prendre des décisions qui vont à l'encontre des volontés des femmes enceintes et des mères, car « *la société est responsable de l'enfant. On ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants* » (Gynécologue, directrice du Réseau), ou les enfants à naître.

Alors que les femmes enceintes primo-arrivantes mobilisent leur corps enceint pour interpeller les professionnelles du champ périnatal et les institutions, notamment le Samu Social, ces dernières réagissent et réaffirment leur contrôle. Les tactiques de mise en danger sont retournées contre les femmes primo-arrivantes. Les professionnelles du médical et du social imbriquent leur approche personnalisée, humaine et globale de la patiente (voir Chapitre 4), avec leur rôle de contrôle social des femmes primo-arrivantes. La reconnaissance intersubjective produite dans ces dispositifs dédiés (voir Chapitre 5) n'est donc pas accordée sans condition. Les femmes primo-arrivantes doivent rester dans la catégorie qu'on a créée pour elles : les *vulnérables* qui ont besoin d'aide.

II – Le corps enceint pour la régularisation

La reconnaissance intersubjective sous condition de grossesse enferme les femmes primo-arrivantes dans une assignation à la maternité. Cette assignation genrée est imbriquée avec des rapports sociaux de race. Dans un contexte où la seule voie pour la régularisation est la « *voie biologique* » (Moujoud 2007), devenir mère n'est plus un choix individuel, mais le produit de lois migratoires assignant les femmes à la maternité et à la conjugalité. Sans même implémenter de politiques natalistes à destination des femmes primo-arrivantes, les politiques migratoires, en pénalisant les femmes sans enfant et

en reconnaissant les femmes accouchant sur le territoire français via le titre de séjour pour vie privée et familiale au titre de parent d'enfant français, opèrent une assignation racialisée à la maternité. Réduites à n'être que des « *organismes reproductifs* » (Farris 2013), elles ne sont reconnues que pour leur fécondité. Nous montrerons dans un premier temps comment la reconnaissance politique conditionnée à la citoyenneté du père de l'enfant assigne les femmes primo-arrivantes à la maternité (A). Puis nous présenterons les stratégies juridiques des femmes pour obtenir un titre de séjour (B). Enfin, nous présenterons les réactions des professionnel.le.s et institutions face à ces stratégies, entre contrôle et réassignation identitaire (C).

A. De la reconnaissance politique à l'assignation racialisée à la maternité des femmes primo-arrivantes

Accoucher d'un enfant sur le territoire français est une voie possible de régularisation. Ainsi, grâce à leur corps enceint les femmes sans-papiers peuvent être reconnues comme citoyennes en France, à condition, cependant, qu'elles portent en elles un futur citoyen français. Cette reconnaissance politique produit des effets réifiant. Selon Nancy Fraser, en reconnaissant, l'État crée l'identité qu'il reconnaît, mais a pour effet d'enfermer les individus dans ces identités figées : « *si on l'en s'en tient à la reconnaissance comme "politique", il est évident que les effets réifiant sont particulièrement forts lorsque l'acte performatif est accompli par l'État. Les discours légaux et les politiques publiques constituent des différences, en les traitant comme des faits sociaux, voire biologiques préexistants auxquels l'État ne fait que réagir*¹ » (Fraser 2005, p. 171). En ne leur proposant comme voie de régularisation que la maternité, les femmes primo-arrivantes sont ainsi assignées à l'identité de *mère*. Une identité ancrée dans des représentations genrées et culturalistes qui l'associe à une vulnérabilité bien spécifique.

¹ Nancy Fraser prend l'exemple de l'interdiction du travail nocturne des femmes (*Ibid.*).

Les lois migratoires et l'assignation à la maternité

Les lois migratoires définissent les conditions d'obtention des titres de séjour. Ces critères semblent neutre en termes de genre. Pourtant, selon de nombreuses auteures, il n'en est rien. Si les textes juridiques ne sont pas explicitement discriminants, ils produisent des critères qui sont « *indirectement discriminants* » et qui accentuent « *les stéréotypes de genre* » (Carayon 2013, p. 32). Lisa Carayon, juriste, souligne une des premières difficultés auxquelles on est confronté quand on recherche les biais genrés des politiques migratoires : la statistique publique détaille les différents types de titres de séjour et leurs évolutions numériques (Ministère de l'Intérieur 2018), mais ne fait pas apparaître « *la variable "sexe"* » (Carayon 2013, p. 32). Une étude approfondie de la jurisprudence lui permet de relever un certain nombre de discriminations dans l'accès au titre de séjour. Ces discriminations touchent les hommes et les femmes différemment, selon le statut sollicité. En général pourtant, les femmes « *semblent bénéficier de titres plus précaires qui accentuent leur dépendance* » (Ibid.). Leur accès au titre de séjour est « *limité pratiquement aux critères familiaux et conjugaux* » (Lesselier 2004, p. 48).

En effet, les femmes demandent et obtiennent moins souvent que les hommes un titre de séjour pour soins ou le droit d'asile¹ (Freedman 2008; Rapport de l'observatoire des étrangers malades 2012). Elles sont discriminées dans la régularisation par le travail, du fait des conditions, apparemment « *neutres au genre* » qui sont requises : « *parmi plusieurs critères, la régularisation en raison du travail suppose que l'employé soit embauché au moins au Smic mensuel et que l'employeur participe activement à la procédure* » (Carayon 2013, p. 34). Or, les femmes « *migrantes* » sont assignées aux métiers du service à domicile et du service à la personne avec une multiplicité d'employeurs, elles sont plus touchées par le temps partiel, le chômage et les faibles salaires (voir Chapitre 1). Elles rencontrent des difficultés pour remplir les conditions nécessaires à la régularisation par le travail. Pour

¹ En 2016, elles représentent 33% des personnes qui font une première demande d'asile, selon des chiffres de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra).

Lisa Carayon, « *ces deux conditions, qui semblent neutres au genre, ont un effet discriminant pour les femmes* » (*Ibid.*).

En revanche, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à obtenir un titre de séjour vie privée et familiale, soit parce qu'elles sont mariées avec une personne française, soit parce qu'elles sont mères d'un enfant français. Lisa Carayon montre que les pères « *étrangers* » sont désavantagés dans l'accès au titre de séjour au titre de parent d'enfant français. Ce titre de séjour est majoritairement attribué aux femmes depuis 2009. Les conditions pour l'obtenir se sont durcies en 2006, par « *crainte des reconnaissances de complaisance* »¹: « *alors que jusqu'en 2003, ce titre de séjour était délivré au parent d'un enfant français mineur qui exerçait sur lui l'autorité parentale ou qui apportait la preuve d'une participation régulière à son entretien et à son éducation. La loi du 26 novembre 2003 a modifié ces conditions : le parent devait alors démontrer qu'il s'occupait de l'enfant "depuis sa naissance ou depuis un an", le critère de l'autorité parentale ayant disparu. Ce délai fut amené à deux ans par la loi du 24 juillet 2006, notamment par crainte des «reconnaisances de complaisance», malgré le caractère marginal du phénomène* » (*Ibid.*, p. 33). Il est plus difficile pour un père d'un enfant français d'être régularisé pour ce motif, car il doit démontrer qu'il s'occupe de l'enfant « *depuis sa naissance ou depuis deux ans* ». Les femmes ayant accouché d'un enfant ne souffrent donc pas du rallongement du délai : elles s'occupent de lui « *depuis sa naissance* ». Par ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à obtenir un titre de séjour si leur enfant est malade (65 à 67 % des cas depuis 2009²), alors que la loi prévoit que l'autorisation provisoire de séjour peut être délivrée à l'un des deux parents.

Le fait que les femmes soient « *discriminées dans l'accès à l'asile* » (Moujoud et Falquet 2010, p.186) et surreprésentées parmi les personnes

¹ Le fait qu'un homme reconnaisse un enfant qui n'est pas le sien biologiquement afin d'obtenir un titre de séjour. Cette stratégie juridique des hommes primo-arrivants n'est pas étudiée dans la thèse, focalisée sur les parcours des femmes primo-arrivantes et leurs stratégies juridiques. Compte tenu des biais genrés des politiques migratoires, il serait intéressant de comparer les stratégies juridiques différenciées selon le sexe des individus.

² « *L'article 311-12 du Ceseda, prévoit qu'une autorisation provisoire de séjour (APS) peut être délivrée à l'un des deux parents d'un enfant dont la gravité de l'état de santé nécessiterait des soins médicaux en France.* » (Carayon 2013, p. 33).

régularisées pour raisons conjugales ou familiales, renforce des inégalités de sexe. Les femmes sont « *plus dépendantes de leurs relations familiales* », ce qui « *renforce les stéréotypes de genre dont elles sont victimes* » (*Ibid.*, p. 35). Pour les femmes primo-arrivantes, la reconnaissance politique dépend de leur identité « *maternelle* » ou de « *compagne* » (Lesselier 2004). Les femmes primo-arrivantes sont donc incitées par l'État français à la « *conjugalité et à la maternité pour obtenir des papiers et donc des droits* » (Moujoud et Falquet 2010, p. 186). Selon Claudie Lesselier, « *l'aspiration à l'autonomie des femmes est entravée par la contrainte ou l'incitation à se conformer aux modèles de mère, de compagne, d'épouse, et à entrer dans le cadre normatif de la vie de couple stable et cohabitant* » (Lesselier 2004, p. 48). Si pour devenir citoyennes en France, il faut devenir mère, alors les femmes sans-papiers n'ont pas le choix de disposer de leur propre corps : elles sont assignées à la maternité. Les lois migratoires, marquées par des « *normes familialistes* » (Darley 2014, p. 25), pénalisent les femmes qui ne correspondent pas, par choix ou par défaut, à ce qu'on attend d'elles : devenir mère. En déniaient les droits aux femmes primo-arrivantes et en ne les reconnaissant que comme « *mère de* », l'État français contrecarre leur autonomie juridique (Moujoud 2008, p. 64).

La figure de la femme primo-arrivante « *victime* »

Les politiques migratoires actuelles, associant femmes primo-arrivantes à la conjugalité et à la maternité, sont marquées par des représentations genrées et « *culturalistes* » (Fassin et Dozon 2001). Elles attendent que ces femmes se présentent comme vulnérables, comme « *victimes* ». Selon Claudie Lesselier, « *la prégnance de certains stéréotypes sur les femmes ouvre paradoxalement quelques possibilités d'accès au droit, si elles se présentent avant tout comme victimes* » (Lesselier 2004, p. 51). Les représentations orientalistes des institutions françaises, associant femmes du Tiers Monde à des « *victimes des hommes, notamment de leurs compatriotes, violents et machistes* », permettent aux femmes sans-papiers de pouvoir espérer être régularisées (*Ibid.*). Pour Elsa

Dorlin, « *c'est précisément parce que l'on culturalise ou racialise à outrance les violences hétérosexistes que ces dernières peuvent constituer un outil de gestion privilégié dans le cadre des politiques migratoires et/ou des politiques sociales. En outre, l'État prétend protéger les femmes victimes de "ces" hommes en les intégrant à la communauté nationale* » (Dorlin 2010, p. 437). Accéder à la reconnaissance politique par la maternité tend alors à enfermer les femmes primo-arrivantes dans une identité maternelle, construite autour de représentations de genre et de race. Par le biais familialiste de ses politiques migratoires, l'État français produit une « *assignation racialisée à la maternité* » (Vergès 2017) ciblée sur les femmes primo-arrivantes.

B. Stratégies juridiques : tactiques incorporées pour obtenir un titre de séjour

Alors que les lois migratoires les assignent à la maternité, comment les femmes primo-arrivantes « *se débrouillent-elles* » pour obtenir une reconnaissance politique ? Dans son étude sur les « *migrantes marocaines* », Nasima Moujoud développe une typologie des stratégies plurielles que les femmes emploient pour « *se débrouiller* » autour de quatre aspects principaux : l'économique, le social, l'associatif/militant, et le juridique. Si nous avons abordé dans le premier chapitre les aspects sociaux — la reconversion des liens sociaux en liens de solidarité — et économiques — la recherche de la survie matérielle — des femmes primo-arrivantes, nous développerons ici leurs stratégies juridiques (Moujoud 2008). Selon Nasima Moujoud, les stratégies juridiques renvoient au fait que les femmes soient « *amenées à focaliser leur attention sur les possibilités de régulariser leur statut légal et d'accéder aux droits* » (Ibid.). Les femmes « *jouent avec les règles* » en s'appuyant sur les failles des « *législations restrictives* » : « *les migrants et migrantes pauvres des pays du Sud sont confrontés à une législation restrictive qui opprime sur la base de la nationalité et du statut légal. En raison de sa rigidité même, cette législation comporte cependant des contradictions et conduit à des "infractions" qui peuvent être source de stratégies pour les personnes concernées et particulièrement les*

sans-papiers » (*Ibid.*). Sur notre terrain, les femmes primo-arrivantes sont amenées à développer des stratégies juridiques en mobilisant leur corps enceint, ultime ressource dont elles disposent.

La « voie biologique » pour la régularisation : reconnaissance paternelle et protection subsidiaire

« Choisir » la « voie biologique » (Moujoud 2007) pour la régularisation peut avoir des conséquences médicales graves. Elhadji Mamadou Mbaye décrit comment, en désespoir de cause, certaines personnes en situation irrégulière se sont contaminées au VIH afin d'obtenir un titre de séjour pour soins¹ (Mbaye 2009). Dans le cas des femmes sans-papiers, plusieurs « voies biologiques » (Moujoud 2007) existent pour tenter d'être régularisées.

La première, et la plus courante parmi nos enquêtées, est de faire un enfant avec un père français pour demander un titre de séjour pour vie privée et familiale au titre de parent d'enfant français (voir Chapitre 4). Cette « voie biologique » pour atteindre la reconnaissance est « utilisée comme ressource politique aussi bien par les étrangers eux-mêmes que par les acteurs chargés d'assurer leur défense » (Mbaye 2009, p. 9). La stratégie juridique est diffusée par les professionnelles des dispositifs dédiés observés. Une des premières questions qu'elles posent, quand elles apprennent que la femme enceinte est sans-papiers, est « est-ce que le père est français ? ». Elles savent, et le disent à

¹ « Les travailleurs étrangers en situation irrégulière ont plus de chance d'être régularisés s'ils souffrent de maladies graves que s'ils font valoir leur contrat de travail. Les souffrances, physique et morale, deviennent ainsi des ressources dont peuvent user les étrangers sous le coup d'une expulsion pour rester sur le territoire. Il résulte de ces situations que certains étrangers s'obligent à être malades ou transforment leurs corps sains en des corps souffrants. La quête de ce corps souffrant peut également avoir des conséquences dramatiques : grèves de la faim, automutilations, contaminations volontaires, risque de suicide, décès. La grève de la faim et l'exposition publique de leur corps à la souffrance a permis à plusieurs travailleurs immigrés d'obtenir de nouveaux droits, aussi bien de la part de leurs employeurs que des autorités publiques. Déjà en 1996, plusieurs étrangers, sous le coup d'une expulsion, choisissent la grève de la faim pour réclamer leur régularisation. » (Mbaye 2009, p. 9).

la femme enceinte, que dans le cas où le père est français, elles ont une chance de s'en sortir.

Observation coordination du Réseau :

Entretien d'inclusion mené par l'assistante sociale coordinatrice avec une femme enceinte en situation irrégulière

AS. Vous savez comment ça marche, je ne vous apprend pas. Une possibilité : si l'enfant est reconnu par le père vous pouvez être régularisée. Vous n'avez pas l'air convaincue... Sinon vous restez en France pendant plusieurs années.

Une autre stratégie juridique via « *la voie biologique* » est celle de demander la protection subsidiaire (voir Chapitre 4), dans le cas où la femme est elle-même excisée et enceinte d'une fille. La loi prévoit que les parents d'enfants exposés à des risques d'excision peuvent obtenir la protection subsidiaire pour eux/elles-mêmes¹. Les professionnelles connaissent cette « *passé du droit* » (Darley 2014) et diffusent cette information aux femmes qu'elles savent ou pensent excisées. Ces stratégies sont par ailleurs connues au sein des communautés et circulent. Je rencontre Fanta, originaire de Guinée, lors d'une visite à *domicile* (sa chambre d'hôtel 115) de l'assistante sociale du DA du Réseau. Fanta a quitté la Guinée il y a quelques années avec son mari pour fuir des menaces de mort. Le couple a fait une demande d'asile en France, qui est refusée un an après. Enceinte de plusieurs mois, Fanta me raconte qu'« *on lui a dit* » qu'elle pouvait faire une demande de protection subsidiaire, mais seulement si elle attend une fille, car elle-même a été excisée. Mais Fanta vient d'apprendre que l'enfant qu'elle porte est un garçon. Elle est déçue, car « *avoir une fille (...) ça aurait facilité les choses pour la régularisation* » (Fanta, Guinée). Après avoir été déboutée du droit d'asile, sans conjoint régularisé ni

¹« Le Conseil d'État (21/12/12) a jugé qu'ils pouvaient eux-mêmes prétendre au statut de réfugié ou à la protection subsidiaire seulement s'il était établi qu'ils encourent personnellement un risque de persécutions ou de mauvais traitements dans leur pays d'origine du fait de leur opposition aux mutilations sexuelles. » (source : <http://www.info-droits-etrangers.org/index.php?page=2-4-1#asileB1>)

pathologie grave, Fanta ne disposait, pour être régularisée, que la « *voie de l'excision* ».

« *Ce serait plus facile pour la régularisation* »

D'autres stratégies juridiques ne demandent pas nécessairement le recours à la reproduction. Prenons deux exemples. Le premier est celui de Belvie, congolaise, qui, sur les conseils d'amis, se déplace de Paris à Strasbourg pour débiter ses démarches de demande d'asile. Selon l'assistante sociale, « *un ami lui avait dit qu'il y avait une forte proportion de Congolais à Strasbourg et donc que ce serait plus facile pour la régularisation* » (Assistante sociale, coordination du Réseau). Cette stratégie juridique demande aux sujets d'avoir une connaissance accrue des différentes politiques territoriales, de se déplacer et parfois de mentir aux institutions. Il existe en effet des différences majeures entre départements et régions sur la question des prises en charge des demandeurs d'asile. Plus ou moins bien organisés, plus ou moins bien généreux, les territoires ne proposent pas les mêmes aides.

Un autre exemple de stratégie juridique mentionné par les professionnelles est celui de mentir sur son statut conjugal ; dire qu'on est une femme seule même si on est en couple. Comme nous l'avons vu plus haut, si la femme enceinte est « *sans homme* », elle est considérée comme plus vulnérable par les institutions (Planche 2014), et donc plus susceptible d'être aidée. Par ailleurs, de nombreuses structures d'hébergement sont destinées aux mères avec enfants, et excluent les conjoints (voir Chapitre 2). La directrice d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) à Aubervilliers raconte qu'une femme venant d'accoucher est arrivée dans son établissement, car elle était sans-abri. Pendant un an, elle a « *prétendu* » que le père de l'enfant l'avait quitté, de manière stratégique, car « *on lui a dit* » que cela faciliterait sa régularisation : « *elle l'a fait par stratégie en fait et parce qu'elle pensait qu'en étant seule toutes les portes allaient s'ouvrir* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Selon la professionnelle, sa stratégie a fonctionné : « *c'est vrai que quand même*

les portes se sont un peu ouvertes pour elle parce qu'elle a été régularisée assez vite avec un titre de séjour pour soins qu'elle vient de renouveler, qu'elle a son RSA [Revenu de Solidarité Active], qu'elle est à l'abri, etc. Que les soins du petit se sont super bien déroulés, que maintenant il marche, il est totalement bien actif» (Directrice CHRS, Aubervilliers). En réalité, cette femme a menti sur son statut conjugal car son conjoint avait un titre de séjour italien et donc était non régularisable en France. Maintenant qu'elle est régularisée, elle est dans une impasse, car les lois migratoires française et italienne l'empêchent d'être réunie avec son mari. Si elle rejoint son conjoint en Italie, elle sera en situation irrégulière. Si son mari la rejoint vivre en France, il le sera. Les politiques migratoires européennes contribuent ici à séparer la famille et à augmenter l'isolement de cette femme primo-arrivante en France.

Les tactiques et stratégies décrites ici sont des pratiques de résistance contre les maltraitances institutionnelles, contre l'errance résidentielle organisée, contre l'irrégularité administrative. Alors que les lois migratoires les assignent à la maternité, les femmes primo-arrivantes jouent le jeu. Elles se conforment à ce qu'on attend d'elles. Elles font des enfants français. Elles font des demandes de protection subsidiaire au titre de la vulnérabilité à l'excision. Ces pratiques de conformation aux attentes sociales genrées constituent une forme de lutte contre les rapports de domination. Ce sont des stratégies, car elles sont réflexives, pensées, parfois énoncées. Comme le dit Sara Mahmood, pas besoin d'être dans l'opposition pour être dans la résistance (Mahmood 2009). Dans un contexte de répression migratoire, une pratique de conformation aux normes de genre, devenir mère, est une pratique de résistance des femmes primo-arrivantes. Ces stratégies ne sont possibles que grâce à la connaissance des failles du système. Des savoirs tactiques circulent. Ils sont diffusés par les professionnel.le.s du champ périnatal, mais aussi par le peu de réseau social dont les femmes disposent en France et par les informations qui sont relatées par leur réseau social dans leur pays d'origine.

C. Contrôle et réassignation : La reconnaissance juridique sous surveillance

Alors même que c'est la seule voie de régularisation qui s'ouvre aux femmes primo-arrivantes — demander à être régularisée au titre de leur statut maternel —, les professionnelles rencontrées ont du mal à tolérer que les femmes primo-arrivantes utilisent l'homme ou l'enfant « *à des fins stratégiques* » (Planche 2014). Que ces femmes ne soient pas — uniquement — *vulnérables*, mais qu'elles soient aussi *actrices* voire même *stratèges*. Face à ces stratégies qui s'appuient sur les failles des institutions, les dispositifs juridiques s'adaptent et renforcent leur contrôle sur les sujets. Toute femme enceinte sans-papiers devient potentiellement un « *corps délinquant (c'est-à-dire qui voudrait se soustraire à la loi)* », soupçonnée de faire un enfant « *pour les papiers* » (Davoudian 2012, p.87). Les stratégies juridiques des femmes sont retournées contre elles : elles sont surveillées et réprimées.

Le sujet sous (mauvaise) influence : Les professionnelles à la recherche de La vérité

Les demandeurs et demandeuses d'asile doivent passer une « *une épreuve de vérité* » (Fassin 2001, p. 471) face aux institutions. Le soupçon pèse sur leur témoignage (D'Halluin-Mabillet 2012). Ce soupçon imprègne le champ de la santé périnatale. Les femmes enceintes en situation irrégulière sont particulièrement surveillées, soupçonnées de « *mentir* » ou d'être sous influence de trafics. Certaines professionnelles deviennent méfiantes, et remettent en question la véracité de la parole des femmes.

J'observe un échange téléphonique entre Binta, originaire de Guinée, et une sage-femme de la coordination du Réseau de santé. Cette conversation est marquée par le soupçon de la professionnelle de santé, qui met en doute la véracité des propos de Binta. Selon elle, Binta ne serait pas « *réellement* » sans domicile, mais raconterait une histoire préconstruite par un réseau de trafic de clandestins. La parole est d'autant plus mise en doute que Binta est étiquetée

racialement par la sage-femme. Selon la sage-femme de la coordination, « *il n'y a que les blanches, celles qui veulent être enceintes, qui s'inscrivent aussi tôt* » (Sage-femme, coordination du Réseau). Or, Binta s'est inscrite très « *tôt* » dans sa grossesse. La sage-femme en conclut donc que Binta est « *non blanche* », ment et qu'elle a été « *téléguidée* » par un réseau [voir encadré ci-dessous].

Notes d'observations coordination du Réseau de santé (2015)

Binta appelle la coordination du Réseau. Elle dit qu'elle est à la rue, qu'elle vient d'aller à la maternité, car elle a des vomissements (elle est enceinte de 7 semaines) et qu'elle a voulu s'inscrire à la maternité, mais qu'on l'a refoulée parce qu'elle n'avait pas de couverture médicale. La sage-femme appelle la maternité en question pour vérifier l'histoire de la dame.

SF. « Ça permet d'avoir le degré d'autonomie des personnes d'avoir le second coup de cloche parce que parfois c'est franchement dissonant. »

La sage-femme vérifie les informations, car elle engage sa responsabilité en soutenant par mail la demande de la dame au 115.

SF. « Il y a des choses qui ne sont pas claires. Après nous on fait des appels 115... »

Les informations ne concordent pas.

SF. « Honnêtement je ne pense pas qu'elle ait dormi à la rue. Elle a dit qu'elle a fui le pays (Guinée) parce qu'elle était enceinte, mais elle dit qu'elle est là depuis 6 mois alors qu'elle est enceinte de 7 semaines et demie. (...) Je vais appeler D. parce que c'est Joe la flûte. Cette dame est téléguidée. Personne ne lui a dit que c'était aux trois mois. (...) On ne peut pas travailler la réalité. Elle est pilotée. Elle dit qu'elle est à Gare du Nord, mais elle n'y est pas. Il faut revenir vers D. pour savoir ce qu'il s'est passé. »

Les mensonges des femmes mettraient en difficultés les professionnelles : « *c'est compliqué de travailler quand elles nous mentent. Pas le mensonge en tant que tel, mais on ne peut pas l'aider* » (Sage-femme, coordination du Réseau). Selon Christine Davoudian, « *nous voici dans l'excès de regard : soit trop empathique (on va dire compatissant), soit au contraire suspicieux et du coup stigmatisant. En tout cas, un regard intrusif qui cherche à pénétrer l'intime du sujet* » (Davoudian 2012, p.21). Une demande d'hébergement ou une demande de régularisation peuvent être considérées comme « *suspectes* » (Planche 2014).

L'assistante sociale de la maternité B. a remarqué que les femmes « *migrantes* » « *racontent toutes un petit peu la même histoire* » : elles ont perdu leur passeport « *en arrivant* » ou « *que quelqu'un l'a récupéré à l'aéroport* » (Assistante sociale, Maternité B.). À force d'entendre « *la même histoire* », les professionnelles deviennent méfiantes et pensent à un script appris par cœur. Selon plusieurs professionnelles rencontrées, les stratégies juridiques des femmes sans-papiers décrites plus haut ont été conseillées par des « *réseaux* », et des réseaux qui conseillent « *mal* » : « *les gens élaborent des stratégies d'évitement, de contournement et finalement il y a quand même énormément de choses qui se transmettent, qui se disent et même depuis les pays d'origine, finalement il y a une sorte de réseaux qui ne sont pas forcément les meilleurs conseillers en fait* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Ces « *stratégies* » se retourneraient contre les femmes.

Reprenons le cas de Belvie, décrit plus haut. Belvie s'était déplacée, sur les conseils d'un compatriote, à Strasbourg pour débiter ses démarches de demande d'asile. Après quelques années, Belvie revient sur Paris et se retrouve enceinte et à la rue. Elle est suivie par la coordination du Réseau de santé et le DA qui lui trouve une place dans une maison d'accueil pour femmes isolées. Suite à son entretien d'admission, la structure refuse, car Belvie avait déjà un « *ancrage* » à Strasbourg. La stratégie juridique de Belvie, changer de territoire pour faciliter la régularisation, s'est retournée contre elle. Alors qu'elle n'a aucun réel « *ancrage* » à Strasbourg, elle n'y connaît personne et n'y a jamais vécu, celui-ci devient une justification pour l'exclusion d'une structure d'hébergement. On apprendra par la suite que cette « *justification* » est en réalité une « *excuse* », car cette maison d'accueil « *ne voulait pas de Belvie du fait de son passé prostitutionnel* » (Assistante sociale, DA, Réseau de santé).

Les trafics de paternité

Un exemple de « *trafic* » revient particulièrement au sujet des femmes enceintes sans-papiers : les trafics de paternité. Certaines professionnelles

soupçonnent les femmes en situation irrégulière de faire un « *bébé pour les papiers* », qui n'est pas réellement « *désiré* », mais « *stratégique* » (Davoudian 2012). « *Tout comme la demande de logement ou d'hébergement, leur grossesse est souvent perçue comme une stratégie visant l'obtention d'une régularisation de la situation administrative. La demande "suspecte" d'hébergement de ces femmes, qui seraient dans un désir d'enfant lui-même "douteux"* » (Planche 2014, p. 108). Une directrice d'un CHRS souligne : « *il y a de plus en plus de régularisations par enfant français depuis des années, c'est exponentiel. On sait que majoritairement dans ces régularisations françaises, mais pas que, il y a une dissociation entre le père biologique et la reconnaissance de paternité. Même si elle n'est pas forcément verbalisée, ce qu'on comprend* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Aucune des femmes enquêtées n'a abordé leur existence dans nos entretiens. Les professionnelles parlent cependant de sous-entendus de la part des femmes : « *mais elle ne va pas dire "je l'ai payé". Ça n'a jamais été dit que ça a été monétarisé. (...), Mais par contre "j'ai une solution"* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Les femmes enceintes en situation irrégulière sont soupçonnées de faire un « *enfant des papiers* » : d'avoir utilisé l'homme ou le futur enfant de manière stratégique (Planche 2014). Les professionnelles réagissent « *négativement* » face à ces stratégies, car, selon Maëlle Planche, elles « *remettent en question leurs propres conceptions de l'engendrement* » : certaines critiquent cette stratégie juridique en arguant qu'elle va à l'encontre de « *l'émancipation* » des femmes, car elles deviennent dépendantes d'un homme¹ (Planche 2014). Nous analyserons dans le prochain chapitre comment l'argumentaire de l'émancipation des femmes primo-arrivantes par les professionnelles de santé participe à altérer les femmes primo-arrivantes. Christine Davoudian, médecin PMI et psychologue, met en garde contre une « *interprétation tendancieuse* » de cet « *enfant pour des papiers* » : « *l'enfant*

¹ « *Pour certains professionnels, c'est la norme même de l'autonomie et de l'émancipation de la femme qui se trouve ainsi remise en question : « Mais elles ne se rendent pas du tout compte des conséquences, du fait que le père a une autorité parentale, qu'il a des devoirs. Ça, ça leur passe... Donc, on fait souvent de l'information par rapport à ça, parce qu'il y en a qui me le disent, c'est le seul moyen pour elles de pouvoir trouver un logement et un travail, mais je leur dis "c'est tout sauf une façon de s'émanciper". Elles croient qu'elles vont avoir des papiers et qu'elles seront libres avec leur enfant... » (AS, 27 ans).* » (Planche 2014, p. 108).

“pour des papiers” n’est bien sûr pas à entendre dans son interprétation tendancieuse, mais comme celui qui favorisera leur inscription dans cette terre étrangère » (Davoudian 2012). Les « *désirs individuels* » sont articulés avec les conditions matérielles et les lois migratoires qui assignent les femmes à la maternité. Comme le dit Nasima Moujoud : « *le contexte juridiquement, économiquement et socialement hiérarchisé dans lequel les échanges économico-sexuels se produisent, conduit certaines femmes à avoir un enfant pour des raisons plus ou moins liées à la régularisation. Derrière cette raison s’en cachent d’autres tout aussi diverses que contradictoires*¹. (...) *L’envers des désirs individuels est (aussi) éminemment social et politique : les différentes sociétés assignent les femmes à la maternité* » (Moujoud 2007, p. 351).

À l’époque de notre enquête (2014-2015) plusieurs cas de trafics de paternité ont été relayés par des médias, repris par des sites internet d’extrême droite (Front National, Français de souche)². Bien que la dissociation entre père biologique et père de la reconnaissance soit légale, la « *paternité de convenance* »³ est quant à elle punissable par la loi de 15 000 euros d’amende et de cinq ans d’emprisonnement⁴. Suite aux découvertes de « *trafics de paternité* », le contrôle de la préfecture s’est accentué sur les femmes en situation irrégulière. Certaines préfectures demandent plus de pièces justificatives, « *et donc la*

¹ « *L’irrégularité administrative peut amener les femmes à refuser d’avoir un enfant bien qu’elles le désirent ; mais elle peut aussi les conduire à en avoir car l’enfant, s’il est reconnu par un père français ou résident légalement, aura éventuellement la nationalité française et permettra à sa mère d’obtenir un statut légal pour raisons familiales et privée. La mise au monde d’un enfant est en outre valorisée socialement et appréciée individuellement. J’ai rencontré deux informatrices qui ont « choisi » la voie biologique pour normaliser le statut.* » (Ibid., p.351)

² « Immigration : Explosion des fausses reconnaissances de paternité », 2 janvier 2015 (source : <http://www.fdesouche.com/549143-immigration-explosion-fausses-reconnaissances-paternite#>); Communiqué de Presse de Nicolas Bay, Secrétaire général du Front National, Député français au Parlement européen « Fausses reconnaissances de paternité : l’urgence d’une politique antifraude ! », 5 janvier 2015 (source : <http://www.frontnational.com/2015/01/fausses-reconnaissances-de-paternite-lurgence-dune-politique-antifraude/>)

³ « *La reconnaissance de convenance (la plus risquée) : reconnaître un enfant pour se faire octroyer des droits en qualité de père, par exemple pour obtenir un titre de séjour (...) La reconnaissance frauduleuse n’est pas en soi un délit, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation dans un arrêt du 8 mars 1988 l’a précisé. Toutefois attention, il en va différemment si la reconnaissance a été faite pour bénéficier frauduleusement d’un droit (par exemple obtenir un titre de séjour), il y a alors une tentative de fraude à la loi et risque de poursuites pénales (variables en fonction de la fraude)* » (source : Me Brigitte BOGUCKI, spécialiste en droit de la famille, des personnes et de leur patrimoine, Professionnel collaboratif. <http://www.village-justice.com/articles/Reconnaitre-enfant-autre-risques,17192.html#heKUVGh6e6M5UqjV.99>)

⁴ Article L623-1. Modifié par LOI n°2011-672 du 16 juin 2011 - art. 33.

fonction de contrôle elle se renforce absolument. Et elle se renforce aussi par le fait de demander systématiquement maintenant (...) le certificat de nationalité du parent français né à l'étranger et le certificat de nationalité de l'enfant qui vient de naître» (Directrice CHRS, Aubervilliers). En cas de doute, les préfectures demandent des tests ADN pour vérifier que le père de la reconnaissance est bien le père biologique.

Un contrôle qui renforce les rapports de domination de sexe et de race

Les lois migratoires « *entérinent ou aggravent des situations d'inégalités et de dépendance* » que connaissent les femmes « *migrantes* » (Lesselier 2004, p.96). L'augmentation du contrôle de la préfecture aggrave la dépendance des femmes primo-arrivantes envers l'homme de la reconnaissance, et donc des inégalités de genre. Une sage-femme raconte qu'une femme a été accusée de faux et usage de faux et a perdu son titre de séjour ainsi que la carte d'identité française de son enfant, car la justice a découvert que le père reconnaissait « *vingt à trente enfants par mois* » (Sage-femme, Paris). Pour les femmes qui « *éventuellement auraient acheté ou eu une reconnaissance d'un père non biologique* », celles-ci seront en difficulté pour renouveler leur titre de séjour, car le père de la reconnaissance se sera « *évanoué dans la nature* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Mais le soupçon de « *trafic de paternité* » pénalise toutes les femmes en situation irrégulière qui veulent obtenir un titre de séjour pour vie privée et familiale, même celles dont le conjoint est bien le père biologique de l'enfant : « *ce qui est un peu dégueulasse dans la fonction de contrôle, c'est qu'en fait on a une dame qui est en train de se faire contrôler alors que le père biologique est bien le père de la reconnaissance. Seulement ils ne sont plus ensemble* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). La femme évoquée ici doit retrouver le père biologique afin de faire un test ADN, sinon elle risque de ne pas obtenir son titre de séjour, voire d'être expulsée du territoire français. À travers ce genre de pratiques, les lois et la politique française non seulement assignent les femmes à la maternité, mais aussi à une conjugalité

hétéronormée : un couple stable, cohabitant et hétérosexuel. Ce phénomène est documenté sur les « *mariages blancs* », qui rendent les femmes dépendantes de leur mari, durant tout le temps des démarches administratives (Lesselier 2004), conjoints parfois « *relais zélés d'un droit inégalitaire* » (Guénif-Souilamas 2005b, p.393).

En définitive, les politiques migratoires « *préservent le patriarcat* »¹. Nasima Moujoud analyse les effets de la migration sur les rapports sociaux de sexe. Elle montre les effets contradictoires de la migration sur l'autonomie des femmes « *migrantes* » : « *les femmes souhaitent renforcer leur autonomie et leurs chances de mobilité sociale, mais sont en même temps enfermées dans des structures de domination dont elles doivent manipuler les règles* » (Moujoud 2008, p. 68). Les politiques migratoires enferment les femmes primo-arrivantes dans des « *échanges économique-sexuels* »² (Tabet 2004). Si dans certains cas les femmes ne sont pas dans l'obligation d'avoir des rapports sexuels (l'homme qui reconnaît l'enfant n'est pas obligatoirement le géniteur), dans d'autres cas le rapport sexuel est bien un moyen pour obtenir des droits. Comme le montre Nasima Moujoud, dans un contexte de migration la reproduction est encadrée par les conditions matérielles et les lois migratoires, et ne peut pas être pensée qu'en termes de « *perception individuelle* » : « *en contexte d'irrégularité administrative, la perception individuelle de la reproduction comme du mariage est prise dans des considérations complexes qui se croisent, mais ne peuvent être appréhendées uniquement en référence à la place des femmes dans la famille ou de leur groupe d'origine. Ce sont les conditions matérielles et les lois racistes qui poussent les femmes à définir leur relation à la sexualité, au mariage et à la reproduction* » (Moujoud 2007, p. 375). Les femmes dépendent d'hommes fertiles et doivent avoir des rapports sexuels non protégés pour espérer tomber enceintes, négocier pour que le père

¹ Conférence de Mirna Morojovasic, 10 mai 2016 débat après projection dans le cadre du festival « *Migrer au féminin* » à Paris.

² « *En démontrant que les femmes sont amenées à assouvir le désir sexuel des hommes en échange de compensations matérielles, Tabet prouve que cette situation provient non seulement des disparités économiques entre hommes et femmes dans le mariage, le concubinage et la prostitution, mais aussi du fait que la sexualité des femmes est toujours prise dans l'obligation à la reproduction, au service domestique et au soutien psychologique des hommes. Ce sont donc ces services que ces derniers paient.* » (Moujoud 2007, p. 339).

reconnaisse l'enfant quitte à payer et risquer d'être démasquées, contrôlées et réprimées.

Par ailleurs, l'augmentation du contrôle de la préfecture n'est pas sans effets sur les rapports sociaux de race. Une directrice d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale confie qu'elle regarde la couleur de peau de l'enfant et qu'elle la compare avec celle du père, afin de constater si le père est bien le père biologique : « *mais par contre on sait plus ou moins que le père biologique n'est pas forcément le père... on le voit aussi des fois très bêtement parce qu'on sait que le père biologique est blanc et que l'enfant n'est pas métissé ou au contraire voilà ça peut arriver* » (Directrice CHRS, Aubervilliers). Le couple mixte — une femme noire, un homme blanc — est impensable, et objet de soupçon. Le métissage, ou l'absence de métissage, devient un critère pour accuser et stigmatiser les femmes sans-papiers. Ici, le contrôle s'opère d'autant plus qu'il est racialisé et ciblé principalement sur les femmes primo-arrivantes originaires de pays d'Afrique subsaharienne, étiquetées comme « *noires* » par la professionnelle.

Assigner sans promouvoir la natalité : le paradoxe

L'ensemble des mécanismes de répression des stratégies juridiques présentées plus haut ont pour objectif de compenser une faille dans la politique migratoire française, qui, du fait de ses représentations genrées et culturalistes, assigne les femmes primo-arrivantes à la maternité, alors que pourtant l'État français considère ces enfants comme des « *indésirables* » (Davoudian 2012). Ce paradoxe est rendu possible par la rencontre de politiques de santé, de politiques sociales et de politiques migratoires non coordonnées et contradictoires. La grossesse constitue bien une « *fenêtre d'opportunité* » (Réfèrent SIAO, Seine-Saint-Denis) pour les femmes primo-arrivantes, un espace interstitiel entre les politiques de santé qui les protègent au nom d'un risque médical, les représentations genrées qui sanctifient la vulnérabilité des femmes enceintes, et les politiques migratoires répressives qui ne laissent comme voie pour la

reconnaissance politique que la maternité. De la rencontre de ces phénomènes isolés, les femmes primo-arrivantes deviennent, le temps de leur grossesse, des intouchables, protégées à la fois des politiques migratoires répressives, de la stigmatisation et exceptionnellement aidées par les professionnel.le.s du champ périnatal.

Il est nécessaire de distinguer *assignation* et *promotion* de la maternité. Selon le Dictionnaire Larousse, « *assigner* » est « *attribuer ou prescrire plus ou moins impérativement à quelqu'un, à un groupe ce qui lui est destiné ou le concerne* ». En sociologie, « *l'action d'assigner consiste à attribuer à une personne une place, une fonction, un rôle, et plus particulièrement, attendre qu'elle le performe en se conformant aux attentes sociales* » (Damian-Gaillard, Montanola et Olivesi 2014, p. 13). Dans ce chapitre, nous avons analysé une forme particulière d'assignation, l'assignation à la maternité. Nous avons montré que le fait d'attribuer aux femmes primo-arrivantes la place de mère et d'attendre qu'elles performent ce rôle en se conformant aux attentes sociales — construites autour de représentations de genre, de race et de classe — est une assignation *racialisée* à la maternité (Vergès 2017). On associe souvent *assignation* et *promotion* de la maternité. Or, ce n'est pas parce que le rôle attendu des femmes est de devenir mère que la société promeut la natalité des femmes primo-arrivantes. Le cas des politiques natalistes françaises dans l'après-Seconde Guerre mondiale est révélateur. Les féministes des années 1970 dénoncent « *l'assignation à la maternité* » des femmes par l'État français, qui interdit l'avortement et les pratiques contraceptives d'un côté, et de l'autre implémente une politique nataliste dédommageant les femmes avec plusieurs enfants (Les Chimères 1975). L'assignation à la maternité des femmes va ici de pair avec la promotion de la natalité des femmes, dans un objectif nationaliste assumé : il s'agit de garantir la « *grandeur de la France* » (Michel Debré, 1970). Dans son ouvrage *Gender and Nation*, Nira Yuval-Davis montre comment la nation s'est construite en appelant les femmes à (re)produire des citoyens : « *if the Woman does not want to be Mother, Nation is on its way to die* » (Yuval-Davis 1997, p. 1). Mais assignation à la maternité et politiques natalistes ne vont pas toujours de pair. Au même moment, l'État français met en place des

politiques antinatalistes dans les DOM-TOM, notamment à La Réunion, dans un objectif affiché de réduction démographique (Vergès 2017). Les naissances si recherchées de certaines femmes pour la continuité de la Nation sont opposées aux naissances dangereuses, celles qui la mettent en péril. Même si on les empêche d'avoir des enfants en les privant de leurs « *droits reproductifs* », les femmes françaises de La Réunion sont tout de même assignées à la maternité : « *l'histoire de la gestion du ventre des femmes dans les pays du Sud fait apparaître non seulement l'assignation des femmes à la reproduction, mais la dimension racialisée de cette assignation* » (Ibid., p. 12). Dans ce cas-là, l'assignation à la maternité se conjugue de façon paradoxale avec des politiques ou des pratiques antinatalistes de la part des États. De nombreux travaux internationaux documentent les formes d'« *oppression reproductive* » que subissent les femmes des minorités ethniques. Une oppression qui est basée « *sur la race, la capacité, la classe, le genre, la sexualité, l'âge ou le statut migratoire* »¹. Par exemple, des programmes de stérilisation contrainte ont été mis en place dans certains pays ciblant les femmes racisées. En Amérique latine, des centaines de milliers de femmes indigènes dans les années 1990 ont été stérilisées de force au Pérou (Morgan, Roberts 2012), au Mexique (El Kotni 2016) et au Guatemala (Garcia 2016). Aux États-Unis, Angela Davis souligne que les femmes afro-américaines ont subi des stérilisations forcées et des avortements contraints depuis le temps de l'esclavage (Davis 1983). Dans l'Europe « *d'aujourd'hui* », Angéla Kóczé a étudié les stérilisations forcées des femmes roms (Kóczé 2011). Dans la France des années 1990, l'étude d'Hélène Bretin montre la tendance des professionnel.le.s de santé, imprégné.e.s par une pensée de « *reproduction stratifiée* » – c'est-à-dire les rapports de pouvoir par lesquels certaines catégories de personnes sont considérées comme habilitées à l'éducation des enfants et à la reproduction tandis que d'autres sont privées de

¹ Le collectif féministe américain *Asian Communities for Reproductive Justice* (ACRJ) introduit le concept d'« *oppression reproductive* » pour décrire le contrôle et l'exploitation des femmes, des filles et des individus : « *L'oppression reproductive est un moyen d'effectuer un contrôle sélectif sur la destinée de communautés entières à travers le corps des femmes et des individus, ce qui représente une forme nouvelle et plus subtile d'eugénisme négatif.* » source : <http://www.fqpn.qc.ca/actualites/comprendre-la-justice-reproductive/>

cette reconnaissance (Ginsburg et Rapp 1995) – à inciter plus fortement les femmes « *immigrées* » à utiliser une contraception (Bretin 2015).

Ces quelques éléments historiques nous révèlent que la maternité des femmes racisées, « *étrangères* » ou « *immigrées* » est un enjeu biopolitique important. Dans la continuité d'une histoire de « *gouvernance reproductive* » ciblée racialement (Ginsburg et Rapp 1995), la prise en charge de ces femmes enceintes est révélatrice des « *politiques de la vie* » (Fassin 2005) différenciées selon le genre, la classe et la race des individus. Le cas des femmes primo-arrivantes dans la France contemporaine incarne la complexité de cette assignation racialisée à la maternité, résultat de la schizophrénie des politiques publiques : d'un côté, elles sont enfermées dans la maternité, de l'autre, leur maternité est stigmatisée dans le contexte postcolonial français.

Conclusion Chapitre 6

Pour les femmes primo-arrivantes, l'accès à la reconnaissance intersubjective et juridique est conditionné à la grossesse. En transformant le corps, la grossesse transforme le sujet, le rend légitime. Si pour devenir sujet il faut devenir mère, alors ce chapitre a questionné le caractère inégalitaire que représente cet accès à la reconnaissance par la maternité pour les femmes primo-arrivantes. Cet accès est ancré dans des normes de genre et de race qui encadrent ses conditions et en définissent les critères d'admission.

Le Chapitre 5 a montré comment les dispositifs dédiés produisent de la reconnaissance — intersubjective et politique — pour les femmes enceintes primo-arrivantes qui ont la possibilité d'y entrer. Ce chapitre s'est attelé à montrer quel prix doivent payer ces femmes pour être reconnues. Pour obtenir de la reconnaissance intersubjective, les femmes doivent enfanter et adhérer au suivi de grossesse. Pour obtenir de la reconnaissance politique, les femmes doivent faire des enfants français. Les femmes « *ne sont pas dupes* » (Fassin 2005) et s'approprient cette assignation à la maternité. Elles jouent le jeu qu'on leur propose, c'est leur seule option. Mais elles tentent de manipuler les règles. Le corps enceint peut se transformer, selon certaines conditions, en ressource pour le sujet sans-papiers. Alors que le sujet se débat en s'appropriant son assignation à la maternité contre un système qui l'opprime, le pouvoir resserre ses liens à travers ses agents institutionnels. Le champ de la santé, ici de la périnatalité, devient un espace frontière qui détermine l'accès au statut de sujet. Les professionnelles des dispositifs dédiés jouent un rôle ambivalent, entre accompagnement et contrôle du sujet. La loi et le droit réaffirment leur contrôle, accentuant ainsi les rapports de domination que connaissent ces femmes.

Les pratiques de surveillance des corps enceints décrites dans ce chapitre se sont focalisées sur l'accès aux formes de reconnaissance. Mais les pratiques de surveillance des professionnelles des dispositifs dédiés ne s'arrêtent pas là. Notre prochain chapitre porte sur un type spécifique de dispositif dédié, le groupe de parole, et s'intéresse à son déroulement. Pensés comme un dispositif

de lutte contre la « *vulnérabilité* » des femmes, nous verrons que dans ces espaces est diffusé un ensemble de normes de genre, de race et de classe.

Chapitre 7 : L'altérisation des femmes primo-arrivantes. La production de la différence au sein de groupes de parole dédiés.

*« As long as women are using class or race power to dominate other women, feminist sisterhood cannot be fully realized »
(bell Hooks 2014, p.27)*

Créer des dispositifs médico-sociaux *dédiés* pour les femmes primo-arrivantes n'est pas chose anodine dans un contexte médical français marqué par l'universalisme du soin. Dans quelle mesure ces prises en charge ciblées ne risquent-elles pas de stigmatiser ces femmes ? De les enfermer dans une différence, une altérité ethno-raciale ou culturelle ?

Ce chapitre s'appuie sur un type de dispositif dédié que nous avons étudié lors de notre enquête ethnographique : le groupe de parole¹. Ces groupes sont des espaces privilégiés, car ils donnent à la chercheuse la possibilité de voir émerger le sujet derrière la blouse ou « *l'étiquette* » (Becker 1963). Comme le montre Michel Agier, c'est dans l'observation que l'on voit, parfois, « *émerger le sujet en situation* » (Agier 2012a). La richesse des interactions, faite d'adhésions, de solidarités, mais aussi de frictions et de tensions, dévoile une portion des subjectivités des professionnelles et des participantes. Afin de respecter au mieux ces « *espaces de subjectivités* » (Bataille 2012), le chapitre introduit des extraits des huit groupes observés [voir pour rappel la Fiche Dispositif dédié n°1 ci-dessous]. Il mobilise les entretiens réalisés avec les

¹ Se référer au Chapitre Méthodologique et à la Fiche dispositif dédié n°1.

créatrices et animatrices de ces groupes, ainsi que cinq entretiens avec des participantes¹, dont deux sont françaises².

Fiche Dispositif dédié n° 1 : Les groupes de parole				
Groupe n°	Lieu	Animatrices	Public cible officiel : Femmes enceintes...	Date
1	Maternité A Paris	Gynécologue Sage-femme PMI	<i>Africaines</i> <i>Migrantes</i>	2013
2	PMI Seine-Saint-Denis	Médecin PMI Sage-femme PMI	<i>Isolées</i> <i>Sans-papiers</i>	Film 2007
3	Association Bordeaux	Sage-femme PMI Puéricultrice Traductrice en langue arabe et en turc	<i>Migrantes</i>	2014
4	Centre maternel Bordeaux	Psychologue Sage-femme Traductrice en langue arabe	<i>Isolées</i> <i>arabophones</i>	2014
5	Accueil de jour Seine-Saint-Denis	Sage-femme	<i>Sans domicile fixe</i>	2015
6	Association Paris	Sage-femme Traductrice en langue chinoise	<i>Chinoises</i>	2015
7	Planning Familial Paris	Gynécologue	<i>Immigrées</i>	2015
8	CHRS Seine-Saint-Denis	Gynécologue	<i>Hébergées dans la structure</i>	2015

Ce chapitre interroge les processus d'altérisation produits par les dispositifs dédiés aux femmes primo-arrivantes. Il aborde, au travers d'une lecture intersectionnelle, deux mécanismes distincts d'altérisation : la racialisation par l'étiquetage et par le renvoi à une altérité culturelle.

¹ Ne disposant que de peu de retours réflexifs des participantes, nous ne pourrions pas faire une analyse poussée de l'appropriation des normes diffusées dans ces groupes. Ainsi, bien que la parole des participantes sera relayée, nous focaliserons notre analyse sur les discours des professionnelles et nos observations des séances collectives.

² Nous avons des retours de participantes des groupes 1, 3, 4 et 8, voir Fiche dispositif dédié n°1.

Dans une première partie, nous verrons que les choix de ciblage des dispositifs produisent de la « *racialisation* » des femmes primo-arrivantes, car ils « *imposent une catégorie explicitement ou implicitement raciale sur des individus ou des groupes* » (Fassin 2010, p. 163). L'analyse du recrutement des participantes révèle les enjeux de l'étiquetage (Becker 1963) ethno-racial, source de tensions au sein des groupes mais aussi chez certaines animatrices, en situation d'ambivalence entre prétention universaliste et prise en charge dédiée.

La deuxième partie du chapitre s'intéresse au mécanisme d'altérisation par le renvoi des femmes primo-arrivantes à leur « *culture d'origine* » (Cuhe 2012). De nombreux travaux ont documenté le risque de « *dérive culturaliste* » dans champ de la santé publique (Fassin et Dozon 2001). Didier Fassin définit le culturalisme comme « *la figure intellectuelle qui essentialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance des conduites humaines* » (*Ibid.*, p. 186). Au sein des groupes de parole étudiés, les professionnelles mobilisent cet « *argumentaire de la différence culturelle* » pour diffuser les normes médicales (Crenn et Kotobi 2012). L'altérité culturelle des participantes est pensée comme *radicale* — les femmes doivent abandonner leurs « *fausses croyances* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis) —, ou *modérée* — les femmes peuvent combiner leurs croyances avec le savoir médical —. Les différentes approches des animatrices des groupes, plutôt à tendance assimilationniste ou interculturelle, ont en commun de participer à l'altérisation culturelle des participantes.

Dans une troisième partie, nous verrons que l'altérisation culturelle s'ancre dans des dimensions genrées. Dans les groupes de parole, en voulant autonomiser les femmes primo-arrivantes au travers d'avertissements, de conseils et de recommandations, les professionnelles diffusent une injonction à l'émancipation des femmes. Leur lecture « *binaire* » oppose la société d'origine patriarcale au pays d'accueil — la France — progressiste et moderne (Moujoud 2008). Les femmes primo-arrivantes sont alors invitées « *à se distancer d'une culture d'origine au nom de la lutte contre le sexisme* » (Frigoli et Manier 2013, p. 108). L'égalité des sexes, devenue « *valeur occidentale* » (Farris 2013), différencie les femmes « *immigrées* » – victimes soumises du sexisme de leurs

compatriotes (« *eux*») – des femmes « *françaises*» — autonomes et indépendantes (« *nous*») (Guénif-Souilamas 2005a). Pour être incluses dans le « *nous*» national et sortir de « *l'altérité de l'intérieur*» (Guénif-souilamas 2007), il est demandé aux participantes de s'approprier cette norme de genre. Les participantes réagissent face à ces injonctions ethnocentrées et culturalistes à l'émancipation en valorisant leur expérience intersectionnelle des rapports de domination de genre, dans leur pays d'origine et en France.

I – Du ciblage à l'étiquetage ethno-racial

Dans quelle mesure cibler une catégorie de public sur des critères ethno-raciaux produit-il de l'altérisation ? Comment les professionnelles sur le terrain, immergées dans des dispositifs dédiés, pensent-elles la question du ciblage ? Comme nous l'avons vu dans le Chapitre 3, peu de dispositifs dédiés ciblent officiellement les femmes « *étrangères*». Dans certains cas à la marge, les dispositifs ciblent officiellement selon des catégories ethno-raciales : c'est le cas de groupes de parole dans le champ périnatal. L'ensemble des professionnelles rencontrées dans ces dispositifs dédiés légitiment leur existence au vu de la « *vulnérabilité*» des femmes primo-arrivantes (voir Chapitre 3). Nous montrerons ici comment le processus de recrutement des groupes de parole produit une « *racialisation*» (Fassin 2010) de la population étiquetée (A). Les animatrices sont conscientes des risques de stigmatisation liés à la mise en place d'accompagnement dédiés. Les professionnelles sont partagées entre leurs valeurs universalistes et leur conviction de la nécessité d'un traitement différentiel ciblé (B).

A. L'imposition d'une catégorie ethno-raciale : la racialisation par le recrutement des groupes

Dans certaines maternités, permanences PMI, planning familiaux ou dans des associations, des professionnelles de santé périnatale organisent des groupes de parole à destination de femmes enceintes, en ciblant particulièrement les femmes selon des critères ethno-raciaux. Sur les huit groupes de parole observés, on constate une diversité des termes employés pour cibler les femmes : certains groupes ciblent les « *migrantes* », d'autres « *les africaines* » ou « *les chinoises* ». Les professionnelles de santé se chargent elles-mêmes de recruter leur public. Or, les modalités de recrutement des participantes produisent une forme de « *racialisation* » (Fassin 2010). L'invitation au groupe de parole devient souvent injonction. Les tentatives des professionnelles d'assigner les femmes à un entre-soi artificiel n'est pas sans effet sur les participantes, qui ne se reconnaissent pas dans l'étiquette créée par les animatrices.

De l'incitation à l'injonction d'entrer dans « *les cases* »

Les modalités de recrutement des groupes de parole diffèrent selon les structures dans lesquels ils sont hébergés — maternité, PMI, accueil de jour, association — mais ont en commun d'être personnalisées : dans la plupart des cas, c'est l'animatrice du groupe, professionnelle de santé, qui recrute pour son groupe parmi sa patientèle. Ce recrutement est subjectif, la soignante choisit elle-même les participantes de son groupe en fonction de ce qu'elle a défini comme critères d'inclusion : la migration, le statut légal, l'origine ethnique, la situation sociale, etc. Les professionnelles proposent aux femmes de participer au groupe qu'elles ont constitué. Certaines acceptent, d'autres non.

L'observation de plusieurs séances de groupes de parole montre que ce sont des dispositifs marginaux à la durée de vie limitée, très personne-

dépendant, dont le nombre de participantes fluctue de séances en séances. Des groupes se créent et n'attirent personne. Des groupes sont complets, se vident peu à peu et s'arrêtent. Pour faire perdurer leur groupe, les professionnelles insistent lourdement auprès des femmes. Les femmes sont « *invitées* » à participer aux groupes, mais « *lorsque l'invitation n'est pas suivie d'effet, les intervenantes si elles l'estiment nécessaire n'hésitent pas à insister. L'invitation prend alors des allures d'injonction* » (Vozari 2011, p. 79). Elles appellent les femmes un jour avant pour leur rappeler la date du groupe, insistent le jour même dans la salle d'attente, certaines vont même aller les chercher en voiture : « *des fois je ne veux pas dire qu'on a poussé à ce qu'elles viennent, mais il faut quand même vachement accompagner. Parce qu'on sentait que des fois elles avaient très envie, mais on allait les chercher en voiture, on leur filait des rendez-vous. Je me rappelle qu'on faisait une sorte de ramassage* » (Sage-femme, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

Selon Fatima Ouassak, l'absence des femmes racisées aux actions faites par des femmes blanches est révélatrice du fait qu'elles ne « *se reconnaissent pas dans l'action* ». Or, « *comble de l'ironie* », les professionnelles interprètent les absences des femmes racisées par des interprétations culturalistes ou sexistes (Ouassak 2015, p. 31). Par exemple, alors que le Groupe 1 est souvent vide, les animatrices l'expliquent par les « *barrières culturelles* » des « *africaines* ». Selon elles, la peur du mauvais sort sur l'enfant à naître fait que les femmes « *africaines* » ne veulent pas parler de leur grossesse en cours : « *on ne parle pas de l'enfant à naître* » (Gynécologue, Groupe 1, Paris). Une sage-femme souligne que dans leur culture les femmes « *ne parlent pas en public* » (Sage-femme, Maternité A.). L'animatrice du Groupe 3 explique quant-elle le manque de participation aux séances collectives du matin par la division genrée des tâches domestiques, qui assigneraient les femmes « *migrantes* » au ménage : « *elles n'ont pas le temps, elles doivent faire le ménage* » (Puéricultrice, Groupe 3, Bordeaux).

Refus de l'étiquetage ethno-racial

Les quelques retours de participantes que nous avons rencontrées confirment la théorie de Fatima Ouassak : certaines femmes ne se reconnaissent pas dans l'étiquette créée par les animatrices. Dans un des groupes destinés aux femmes « *Africaines* » dans la maternité A.¹, deux des quatre participantes sont françaises nées de parents « *immigrés* » et non elles-mêmes « *immigrées* ». Une des participantes, Elsa, française dont les parents sont « *d'Afrique du Sud et du Mali* », a « *mal pris* » le fait d'être appelée pour venir dans le groupe, elle se dit « *française née en France* » (Elsa, française, Groupe 1). Elsa ne supporte plus qu'on pense qu'elle est « *née en Afrique* » parce qu'elle est « *noire* » (Elsa, française, Groupe 1). La tension ici créée est liée à l'assimilation très commune des premières et deuxième générations d'« *immigré.e.s* », tant dans l'opinion publique que dans les écrits universitaires en une seule catégorie ethno-raciale homogène, « *les noires* », figure de l'altérité radicale (Fassin 2010). Alors qu'il s'agit d'un groupe pour les femmes qui « *ont du mal à s'intégrer dans la société française* » (Gynécologue, Maternité A.), Elsa se dit « *très bien intégrée* » et critique le fait que, parce qu'elle est « *noire* », on l'assimile aux femmes « *africaines* » avec des difficultés d'intégration et de compréhension de la langue française (Elsa, française, Groupe 1).

Florence, originaire du Burkina Faso, déconstruit quant à elle la catégorie raciale « *africaines* » proposée par les animatrices du groupe. Elle souligne la multiplicité des identités nationales et religieuses « *en Afrique* » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1). À contre-courant de cette assignation raciale, ces deux femmes proposent d'élargir la composition du groupe aux patientes d'origines et de cultures « *autres qu'africaines* ». Elles soulignent les aspects bénéfiques de pouvoir entendre des femmes « *étrangères, asiatiques, indiennes ou encore d'Afrique du Nord* », parler de leur expérience de grossesse : « *je souhaiterais qu'il y ait d'autres femmes d'autres continents et tout ça, comparer leurs expériences, de ce qu'elles ressentent. (...) Pour connaître en fait comment la*

¹ Maternité étudiée dans le cadre de mon mémoire de Master (Virole 2013), voir Chapitre Méthodologique.

famille, le rôle de la famille dans la vie de la femme qui attend un enfant. Parce que c'est différent. Et comment elles aussi, elles gèrent leurs angoisses. Ça m'aurait fait plaisir » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1).

Ces femmes rejettent ainsi à la fois l'identité dans laquelle elles ont été assignées, mais par là même l'enfermement identitaire produit par le ciblage du groupe. Comme le monde Michel Agier, ici « *le sujet est contre l'identité, et non pas un sujet identitaire* » (Agier 2012a, p. 68).

Par ailleurs, l'assignation d'une identité ethno- raciale par les professionnelles de santé, tentant de créer par la même un entre-soi artificiel, peut entraîner des clivages au sein des groupes. Deux situations nous ont été racontées par des animatrices. Une première tension porte sur un clivage au sein du groupe dédié aux femmes chinoises. Dans ce groupe, les femmes sont recrutées par l'association d'apprentissage du français pour les personnes chinoises à Paris. Au départ, les animatrices ciblaient les femmes « *enceintes chinoises* », « *mais il y en avait très peu* » (Sage-femme, Groupe 6). Le groupe s'est élargi aux femmes « *chinoises* ». L'animatrice raconte qu'un clivage s'est formé entre les femmes autour de la question de la prostitution : « *au début il y avait un mélange de femmes prostituées et pas prostituées, mais maltraitées, et elles s'insultaient pendant le groupe. (...) Les femmes non prostituées se sont moquées d'elles. Elles les ont agressées* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). L'animatrice est « *complètement dépassée* », car les échanges agressifs se déroulent en chinois, l'interprète « *fait le flic* », mais les femmes prostituées « *ne sont jamais revenues* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). Un second exemple de clivage causé par l'étiquetage ethno-racial opéré par les animatrices s'est déroulé dans un groupe de parole dans une PMI de Seine-Saint-Denis. Les animatrices visaient au départ toutes les femmes enceintes « *migrantes* ». Mais, selon l'animatrice, « *la dame malienne ne s'est pas reconnue dans le discours de la camerounaise* », et les maliennes (« *les dames traditionnelles* ») ne sont plus revenues au groupe. « *Celles qui prenaient plus la parole c'est les transgressives parce qu'elles ont beaucoup de choses à dire et celles qui avaient des choses à dire sur leur parcours. Les dames traditionnelles elles ne sont plus revenues.*

Donc très vite spontanément le groupe a pris une certaine forme» (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

Ces exemples cristallisent les risques du ciblage sur la base d'un étiquetage ethno-racial construit par les professionnelles de santé : ils tendent à enfermer les participantes dans des catégories dans lesquelles elles ne se reconnaissent pas. La faible participation à certains groupes en est la conséquence directe.

B. Étiquetage ethno-racial et universalisme : « j'aime pas ces cases qu'on va se mettre »

Les animatrices des groupes de parole considèrent qu'il est nécessaire d'avoir une démarche proactive pour aider les femmes primo-arrivantes. Cette position légitime le traitement différentiel des populations identifiées comme « *vulnérables* » (voir Chapitre 3). Pourtant, elle s'oppose au « *modèle universaliste dans le soin* », aveugle et sourd aux particularismes ethniques, culturels ou religieux (Bertossi 2009). Ainsi, le ciblage des dispositifs dédiés va à l'encontre des valeurs universalistes du soin très ancrées en France parmi les professionnel.le.s de santé. La position d'animatrice d'un groupe de parole dédié est donc source d'ambivalence, parfois de malaise, chez les soignantes rencontrées.

En allant à la rencontre des animatrices, on se rend compte que toutes partagent des valeurs universalistes et certaines se sentent mal à l'aise face au ciblage ethno-racial. Une gynécologue témoigne : « *dire à Madame "voilà il y a des machins collectifs pour les gens comme vous" c'est quoi les gens comme elle ? C'est quoi ? C'est parce qu'elle est migrante ? C'est parce que quoi ? C'est parce qu'elle est quoi ? Après moi ça me devient très compliqué* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris). Cibler une catégorie ethno-raciale est « *très compliqué* », car cela contrevient à l'idéal d'universalisme dans le soin et au « *tabou de la race* »¹ dans

¹ Comme on peut le constater par exemple avec le débat autour des statistiques ethniques en France (Fassin et Fassin 2008).

la société française (Fassin et Fassin 2008). Cette gynécologue est « *d'accord* » pour faire des cours de préparation « *pour toutes les femmes enceintes* », mais elle ne se sent « *pas bien* » face à l'idée de faire des cours de préparation ciblés sur un public : « *après je vais faire des cours de préparation à la naissance pour qui ? Les femmes dans la rue ? Pff là je commence à être un peu pas bien. Tu vois ce que je veux dire. Après je vais faire des ateliers de préparation pour les Camerounaises ? Ça m'énerve encore plus* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris). Elle interprète son malaise face au ciblage par son identité française, attachée à l'universalisme républicain : « *tu vois je suis très française en fait. J'aime pas du tout ça, j'aime pas ces cases qu'on va se mettre* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris). Elle ne veut pas « *trancher* » et créer des cases, alors qu'« *une grossesse c'est pour tout le monde* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris).

La tension entre universalisme de la prise en charge et nécessité de développer des dispositifs dédiés pour lutter contre les inégalités périnatales est présente chez chacune des professionnelles rencontrées. Malgré son discours anti- « *cases* », cette gynécologue animera un groupe de parole à destination de femmes « *immigrées* » recrutées dans une association d'insertion, le Groupe 7. Le paradoxe est complexe à gérer pour ces professionnelles, qui sont partagées entre la nécessité du ciblage et leurs valeurs universalistes. Afin de réduire le phénomène d'altérisation et inclure les participantes dans un « *nous collectif* » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis), les groupes sont pensés comme une voie vers l'intégration. Ainsi, la racialisation opérée par le recrutement ciblé est considérée comme un mal nécessaire mais transitoire vers l'inclusion dans *l'universel* : la « *population générale* » (Sage-femme PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

En identifiant et recrutant un public cible, les professionnelles créent et imposent une catégorisation ethno-raciale aux femmes primo-arrivantes : le ciblage des dispositifs dédiés produit de la racialisation. L'étiquetage ethno-racial opéré par les animatrices est source de tensions : certaines participantes refusent d'y être assignées. Mais les processus d'altérisation ne s'arrêtent pas aux portes des groupes de parole et s'intensifient au cours des séances.

II— Les « *croyances culturelles* » face au pouvoir médical

Pensés comme des espaces de diffusion des normes médicales, les groupes se révèlent être des scènes de tensions entre la « *culture médicale* » française et « *des cultures qui lui sont étrangères* » (Fassin et Dozon 2001, p. 9). Les professionnel.le.s de santé mobilisent un « *argumentaire de la différence culturelle* » qui participe au processus d’ethnisation ou de racisation (Crenn et Kotobi 2012). En parlant de « *culture* », les professionnelles euphémisent « *ce qui est perçu comme une altérité radicale et impénétrable* » (Nacu 2011, p. 124). Chantal Crenn montre comment les acteurs et actrices (médecins, thérapeutes, médiateur.rice.s culturel.le.s, anthropologues, interprètes) d’une « *consultation pour migrants à l’hôpital (...) oscillent entre occultation de la différence ethnique et surdétermination (par processus de catégorisation culturaliste)* » (Crenn et Kotobi 2012, p. 186 ; Crenn 2000). Dans le champ périnatal, l’argumentaire de la différence culturelle est particulièrement ciblé sur les femmes racisées (Sauvegrain 2012). Au sein des groupes étudiés, si toutes les animatrices renvoient les participantes à une altérité culturelle, deux tendances les différencient.

Une première tendance est *assimilationniste* : les professionnelles renvoient les femmes à une altérité culturelle radicale incompatible avec la médecine française. Les « *croyances culturelles* » autour de la santé reproductive des femmes sont dévalorisées. Les participantes des groupes sont incitées à assimiler le savoir médical français et à rejeter leur culture d’origine par acculturation (A).

Une seconde tendance est *interculturelle* : les soignantes renvoient les femmes à une altérité culturelle, mais compatible avec la médecine française. Les « *croyances culturelles* » des femmes autour de la santé reproductive sont valorisées. Les participantes sont incitées à « *combiner leur culture d’origine* » avec le savoir médical français (B).

A. Dévaloriser les « croyances culturelles » : une approche assimilationniste de la médecine

L'approche assimilationniste se retrouve chez les animatrices de trois groupes observés (Groupe 5, 7 et 8). Elle se caractérise par l'opposition entre médecine moderne et « *fausses croyances* » des « *femmes migrantes* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis). La professionnelle de santé est garante du savoir « *vrai* », du savoir objectif, rationnel, l'opposé d'une « *culture* » qui serait construite autour de croyances et de valeurs (Fassin et Dozon 2001). Les femmes sont renvoyées à une altérité culturelle incompatible avec la médecine moderne : leurs croyances sont dévalorisées, elles doivent se détacher de cette « *culture d'origine* » (Cuche 2012), et assimiler le savoir médical français.

La dévalorisation culturelle : les « *fausses croyances* »

Les groupes de parole sont des espaces où se confrontent des normes, valeurs et croyances. Certains groupes de parole sont révélateurs des prétentions assimilatrices de cette culture de la santé publique qui « *se méconnaît elle-même comme telle* » (Fassin et Dozon 2001, p. 8). La mécanique assimilationniste passe par la dévalorisation culturelle des participantes : leurs pratiques médicales sont renvoyées au registre de l'irrationnel, croyances sans fondement objectif.

Dans le Groupe 5, sont abordées un nombre important de ces « *fausses croyances qu'on leur a dit au pays* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis) : boire de la bière après l'accouchement pour favoriser l'allaitement, ne pas utiliser le premier lait car il est mauvais pour le bébé, utiliser un sachet de thé comme moyen de contraception ou éviter les piments pendant la grossesse pour limiter les accouchements prématurés. Dans tous les cas, la sage-femme « *travaille sur les représentations autour de la santé selon certaines croyances* » (Éducatrice spécialisée, Groupe 5, Seine-Saint-Denis), pour changer ces

croyances et les pratiques reproductives qui en découlent, « *des petites erreurs* » en décalage avec « *ce que l'on conseille* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis) [voir extrait du Groupe 5 ci-dessous].

Boire de la bière, ça aide pour avoir du lait : observation Groupe 5

- *SF.* Alors on va voir d'abord l'alcool. Est-ce que vous consommez de l'alcool en dehors de la grossesse ? Un petit peu ?
- *Sophie.* Moi je vais dire vrai, il y a des moments où au début de temps en temps j'achetais une bière. Mais c'est après deux semaines après... surtout quand j'ai la tête pleine. Quand on a la tête bourrée il faut soulager (rires) même ici au début je m'achète. Parce que les petites 1664 là ! (rires) Et le soir j'en prends un petit peu. Mais après quand je me réveille j'ai des maux de tête. Après ça me soulage vraiment. Mais j'ai arrêté.
- *SF.* Et ça c'était quand vous étiez enceinte ou c'était avant ?
- *Sophie.* Non pendant la grossesse je n'ai pas osé.
- *SF.* D'accord.
- *Sophie.* Mais quand j'allaitais si. Ça me trottait dans la tête. Parfois le soir je prends deux petites 1664 là et puis je m'endors bien. (rires)
- *Sabrina.* **Normalement ça marche si on est sage. Pour le bébé.**
- *SF.* **De quoi boire de la bière ça aide pour avoir du lait c'est ça ?**
- *Sabrina.* **Oui c'est ce qu'on nous dit.**
- *SF.* **C'est ce qu'on nous dit, mais ce n'est pas vrai, d'accord ?**
- *Sabrina.* **Ce n'est pas vrai ? ça ne marche pas ?**
- *SF.* **C'est pour ça que c'est important on va voir la grossesse et l'allaitement parce que c'est vrai que ça on l'entend. De dire boire surtout de la bière ça aide. Non c'est pas vrai, d'accord. Il faut vraiment éviter, même pendant l'allaitement de boire parce qu'en fait on va voir que la bière passe dans le lait maternel. Du coup on va voir un petit peu tout ça.**
- *Sophie.* Après moi j'avais envie de boire !
- *SF.* Oui quand on a l'habitude de boire un petit peu, pas beaucoup, mais régulièrement, et bien ça manque
- *Sophie.* Ah oui ça m'a manqué.
- *Leïla.* Moi j'ai jamais consommé l'alcool.
- *SF.* C'est vrai qu'il faut vraiment éviter de boire quand on est enceinte. Je vais vous expliquer pourquoi. L'alcool c'est vraiment des molécules d'éthanol qui sont contenues dans plein d'alcools, des alcools forts, dans le vin, dans la bière, dans vraiment tous... »

L'éducatrice spécialisée du Groupe 5 souligne que les « *représentations religieuses* » reviennent « *souvent quand on parle de la fécondation et de la contraception* » (Éducatrice Spécialisée, Groupe 5, Seine-Saint-Denis), à l'encontre des recommandations médicales ou des normes procréatives¹. Ce

¹ L'observation d'une séance du groupe 5 révèle que les croyances religieuses peuvent aller dans le sens des recommandations médicales : quand la sage-femme préconise de « *ne pas boire* »

discours des professionnelles de santé sur les « *fausses croyances* » ne cible pas uniformément toutes les participantes : les femmes « *africaines* » sont particulièrement pointées du doigt. Sans autre précision géographique ou nationale (certaines précisent « *les femmes d'Afrique noire* »), cette catégorie ethno-raciale est la plus dans « *le faux* », la plus éloignée du savoir médical occidental, de la vérité. En démêlant le « *vrai du faux* », la soignante diffuse des normes médicales et affirme par ailleurs son autorité médicale (Nacu 2011). Ce processus de dévalorisation culturelle des minorités ethniques par le pouvoir médical est loin d'être spécifique au contexte français. Au Guatemala par exemple, Anaïs Garcia montre que les professionnels de santé luttent contre ce qu'ils définissent comme des « *rumeurs négatives* » au sein des communautés indigènes : « *selon eux, elles proviennent des représentations des populations indigènes, jugées archaïques, et de leur "ignorance" qui les empêche de bien interpréter l'information, ou qui les rend manipulables face à un carcan religieux* ¹ » (Garcia 2016, p. 45). Les travaux d'Anaïs Garcia et d'Alexandra Nacu soulignent que l'altérisation culturelle opérée par les professionnel.le.s de santé ne se limite pas aux « *migrantes* », mais s'étend aux femmes racisées. Le recours à l'argument de la « *différence culturelle* », euphémisme à la « *race* », stigmatise les minorités raciales (Nacu 2011).

pendant la grossesse et pendant l'allaitement », deux participantes précisent qu'elles sont croyantes et que c'est « *interdit dans leur religion* » (elles sont musulmane et catholique). La prescription de normes religieuses va donc parfois de pair avec les normes médicales.

¹ « *Comme d'autres personnels avec lesquels je me suis entretenue, l'aide-soignante considère que les femmes indigènes sont difficilement capables de comprendre les processus biologiques, non seulement en raison de l'analphabétisme de certaines ou d'un manque de maîtrise de l'espagnol, mais aussi de par leurs supposées représentations culturelles indigènes du corps et de la santé. Pour étayer ce type de propos, les professionnel.le.s interrogé.e.s dénoncent souvent l'existence de ce qu'ils nomment usuellement des « rumeurs négatives » au sein des communautés indigènes. Celles-ci se manifesteraient sous la forme d'énoncés tels que : « Les pilules contraceptives forment des poches de sang dans l'estomac » ; ou encore « L'implant hormonal donne le cancer ou fait pourrir le bras ». Ils définissent ces « rumeurs négatives » comme des idées fausses qui entachent la réputation des méthodes contraceptives médicalisées. » (Garcia 2016, p.45)*

Assimiler la « *médecine moderne* »

Les animatrices incitent les femmes à mettre de côté ces « *croyances* », « *ce qu'elles ont appris de leur famille* » pour assimiler la « *médecine moderne* » (Sage-femme, Groupe 5, Seine-Saint-Denis). En mobilisant le registre de la différence culturelle et en dévalorisant les pratiques et croyances des participantes, les professionnelles de santé ont pour objectif une meilleure observance¹ d'une population vue comme particulièrement non-observante (retards, absentéisme aux rendez-vous et cours de préparation, etc.). Les professionnelles associent la « *culture d'origine* » et les « *mauvaises pratiques* » des patientes, étape fondamentale dans le raisonnement culturaliste : « *certains comportements de la personne soignée ou suivie sont explicités relativement systématiquement sous l'angle de sa culture, qui constitue l'explication privilégiée des différences et des difficultés ressenties dans la relation établie* » (Crenn et Kotobi 2012, p. 195). L'approche assimilationniste postule que c'est en abandonnant certaines croyances et en assimilant la culture de la santé publique que les objectifs de prévention et de santé seront atteints. En assimilant le savoir médical occidental, les femmes montreraient leur bonne « *volonté d'intégration* » (Sage-femme, Maternité A.) dans la société d'accueil.

Dans les groupes à tendance assimilationniste, les participantes posent beaucoup de questions, ce qui témoigne d'un intérêt certain pour ces questions sexuelles et reproductives. Elles posent un nombre conséquent de questions précises concernant leur expérience, leur corps, ou celui de quelqu'un de leur entourage. Dans le Groupe 8, une des participantes souligne après la séance que le groupe est « *enrichissant* », car « *c'est mieux de savoir* » (Estelle, Côte d'Ivoire, Groupe 8). Dans le Groupe 7, les participantes posent de nombreuses questions à la gynécologue animatrice. Mais si l'intérêt pour les questions de santé est certain, il n'est pas sans discours critique. Plusieurs participantes énoncent des critiques envers leur expérience médicale en France. Quand la gynécologue aborde la question de la stérilisation volontaire, une femme « *immigrée* » depuis

¹ Respect des prescriptions d'un.e médecin.

plus de dix ans prend la parole et raconte qu'elle a connu des femmes dans les années 1990 qui se sont fait stériliser massivement en sortie de maternité, car elles avaient «*quatre ou cinq d'enfants*» (Nadine, Groupe 7). La gynécologue animatrice du groupe répondra qu'«*on ne fait plus ça*» (Gynécologue, Groupe 7), reconnaissant implicitement que les stérilisations contraintes ont existé dans le contexte français (voir Chapitre 6). Dans la même séance, une participante dénonce le fait que le gynécologue ne lui a pas expliqué les effets secondaires de la contraception qu'il lui a prescrite. Bien que de façon marginale, certaines participantes utilisent les groupes de type assimilationniste pour dénoncer des pratiques médicales de professionnel.le.s français qu'elles jugent maltraitantes. Or, les animatrices répondent aux critiques en transmettant des normes de bonne conduite de la patiente : si elle veut obtenir l'information, c'est à elle de «*poser des questions au médecin*» (Gynécologue, Groupe 7). Alors qu'elle était critique du comportement du médecin qui lui a mis un implant sans lui expliquer les effets secondaires, la participante finit par se plier à l'argumentaire du médecin : «*oui souvent on ne demande pas*». La faute revient ainsi à la patiente, la légitimité du médecin n'est pas remise en cause (Nacu 2011) [voir extrait du Groupe 7 ci-dessous].

Oui souvent on ne demande pas : observation Groupe 7

- *Adjoua*. Et bien il faut qu'ils expliquent ce qu'ils posent ! Parce que moi je l'ai posé [l'implant] à la maternité ils ne m'ont pas dit ça. J'ai pris au moins 20 kilos. Donc c'est vrai que moi j'ai eu un mauvais souvenir de ça.
- *Gynécologue*. Voilà c'est pour ça qu'il faut toujours que vous ayez l'information. C'est important que vous posiez toujours les questions au médecin. Parce que plus vous avez l'information plus vous êtes en sécurité par rapport à votre corps. Vous avez le droit ça, c'est à vous, c'est votre santé ! Et c'est ça qui est important. Demandez «*alors docteur ça peut me faire quoi ?* » et il va vous expliquer. Et avec les explications vous décidez ou pas de faire ça.
- *Adjoua*. Oui souvent on ne demande pas.

Les animatrices se positionnant dans une approche assimilationniste utilisent l'argumentaire de la différence culturelle afin de dévaloriser les croyances culturelles des participantes et valoriser le savoir médical occidental. La «*culture d'origine*» des participantes est vue comme incompatible avec la

« *culture de la santé publique* » (Fassin et Dozon 2001). Mais certaines animatrices ne partagent pas cette approche assimilationniste et développent une démarche interculturelle.

B. Valoriser les « croyances culturelles » : une approche interculturelle de la médecine

La plupart des animatrices rencontrées — dans cinq des groupes observés (Groupe 1, 2, 3, 4 et 6) — se positionnent plutôt dans une démarche *interculturelle*, s'inscrivant dans le courant ethnopsychiatrique¹ (Moro 2003) et interculturel (Tison 2007). Lors des séances, les participantes sont certes renvoyées à une altérité culturelle, mais celle-ci est valorisée. Contrairement à l'approche assimilationniste qui ne remet pas en question l'objectivité de la « *culture de la santé publique* », ces animatrices développent une approche réflexive et décentrée de la médecine. Plusieurs « *compétences culturelles* »² (Tison 2007), sont mobilisées par les animatrices du groupe : la connaissance du cadre de référence de l'autre, la décentration (ou principe de décentrement) et la négociation. Le groupe a alors pour fonction d'aider les femmes à « *dépasser leurs barrières culturelles* » en « *combinant leur culture d'origine et la culture française* » (Gynécologue, Groupe 1, Paris).

Valoriser les pratiques culturelles

S'il faut « *connaître le monde* » de la patiente pour pouvoir bien l'accompagner, une animatrice du Groupe 1 souligne que c'est d'autant plus vrai pour les « *femmes étrangères* », « *parce que forcément elles viennent d'un autre univers* » (Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris). Les animatrices se disent

¹ Se référer aux travaux d'ethnopsychiatrie (Cadart, Egullion et Ekoué 2009; Cadart 2004; Gioan et Mestre 2010; Moro 2008; Moro 2003).

² Compétences basées sur une « *conscience culturelle* », c'est à dire une réflexivité sur sa propre culture et la conscience de l'existence de cultures différentes à la sienne (Tison, 2007).

« *curieuses* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris) de connaître les coutumes et spécificités culturelles des participantes : « *quelquefois on discute des coutumes du pays, moi ça m'apporte de connaître les femmes sur un autre jour* » (Sage-femme PMI, Groupe 3, Bordeaux). Lors des séances, les animatrices posent des questions aux participantes sur les pratiques reproductives dans leur pays d'origine : les modalités d'accouchement (« *votre mère a accouché à l'hôpital ou chez elle ?* »), les pratiques alimentaires après l'accouchement — dans le Groupe 4 une femme raconte qu'elle va faire un couscous spécifique après l'accouchement, car il y a des « *épices qui nettoient* » —, ou les pratiques de maternage — la même participante raconte qu'après l'accouchement on ne pose pas le bébé sur la mère en Algérie, on lui enlève. Les animatrices incitent les femmes à parler de questions « *culturelles* » qu'elles n'auraient pas osé mentionner en consultation médicale. Lors d'un groupe qu'elle co-anime avec une médiatrice chinoise, la sage-femme animatrice pose des questions à la médiatrice, car elle est « *curieuse* » du « *sens culturel de la ménopause* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). La médiatrice répond, se basant sur son expérience familiale. Elle généralise : « *les femmes chinoises ne parlent pas* » (Médiatrice, Groupe 6, Paris). Après avoir écouté la réponse de la médiatrice, la sage-femme diffuse des informations médicales à l'aide de dessins sur le tableau noir. Dans deux des groupes observés, les médiatrices jouent un rôle d'experte culturelle auprès des professionnelles de santé : elles font office de traductrices et de référence sur la culture des participantes [voir extrait du Groupe 6 à la page suivante].

Le sens culturel de la ménopause en Chine : Observation Groupe 6

- *SF.* Moi ce que je voudrais savoir parce que je suis curieuse. Quel est le sens de la ménopause en Chine ? Culturellement ça évoque des choses ou pas ?
- *Trad.* Moi j'ai dans ma famille trois filles. Comme je ne suis pas là tout le temps. Quand je retourne à Taiwan, je n'ai pas vu mes sœurs qui se plaignent non parce que les femmes chinoises souvent elles font la tradition de la couture, on ne parle pas. Mais elles sont plus jeunes que moi. Je comprends qu'elles comprennent plus qu'avant. Mais dans ma famille on n'en parle pas. Entre temps, j'ai eu des bouffées de chaleur, j'en parle un petit peu, j'ai mal à la tête, je suis énervée, je suis toujours énervée. Moi je sais que pendant une période j'étais en déprime parce que les conditions et tout ce qui est arrivé, c'est la ménopause.
- *Chuang Mu.* (parle en chinois)
- *Trad.* Quand je lui ai dit « énervée ». *Chuang Mu* me dit « je suis comme ça ! » (rires)
- *SF.* Alors juste pour expliquer qu'est-ce que c'est que la ménopause...

Les animatrices du Groupe 1 soulignent qu'en « *connaissant le cadre de l'autre* » l'objectif est de reconnaître et valoriser les spécificités culturelles de ces femmes, dans un contexte médical où elles sont souvent dévalorisées. Elles remettent en question l'équation « *médecine = vérité* » et mobilisent un argumentaire « *décentré* » : « *c'est-à-dire d'arrêter de juger avec ses propres valeurs, ses propres préjugés, ses propres façons d'envisager la vie (...). Parce que Dieu sait que dans le personnel soignant il y a des préjugés. Parce qu'on nous a appris que c'était ça la vérité, la médecine* » (Gynécologue, Groupe 1, Paris). Une fois les préjugés dépassés, les professionnelles pourraient informer les patientes sur le savoir médical, sans jugement de valeur. « *En fonction de leur vécu, si on elles ont eu un enfant on leur demande comment ça s'est passé, qui était là, qu'est-ce qui les a aidé, qu'est-ce qu'on fait chez elles, qu'est-ce qu'on dit chez elles, qu'est-ce qu'on propose chez elles et puis nous on dit que voilà chez nous on propose ça* » (Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris). Le groupe ne se veut pas être un « *cours* » où les animatrices imposent la vision dominante de « *la médecine occidentale* » (Gynécologue, Groupe 1, Paris), mais être un espace interculturel où les savoirs scientifiques ou culturels se valent et les participantes ont le droit à la parole. Contrairement aux groupes de type assimilationniste, ces groupes sont centrés sur la dimension relationnelle

(groupes de type *thérapeutique*), avec peu de transmission d'informations médicales (groupes de type *éducatif*).

Négocier et combiner pratiques culturelles et savoir médical :
« la pilule et le gri-gri »

Les animatrices de ces groupes mettent en avant les incompréhensions et tensions entre ces femmes et les institutions de soins. Elles dénoncent les mauvais traitements que peuvent recevoir les patientes « *migrantes* », que les soignant.e.s traitent « *d'incultes* » si elles refusent un traitement ou un acte médical (Gynécologue, Maternité A.). L'objectif des animatrices à tendance interculturelle n'est pas de faire disparaître les « *mauvaises* » pratiques, mais d'aider les femmes à combiner leurs pratiques « *culturelles* » avec les pratiques « *scientifiques* ».

En diminuant les tensions entre interdits culturels et suivis de grossesse, les femmes seraient « *entre guillemets moins réfractaires* » (Gynécologue, Maternité A.). Prenant l'exemple de la contraception, une animatrice du Groupe 1 ne veut pas opposer « *pilule* » et « *gri-gri* » : « *dans certains endroits on propose des gris-gris, ici on propose la pilule (...) donc il y a le fait de mettre sur le même plan ce qu'on vit ici et ce qu'on vit là-bas. Et de ne pas dire que leur interprétation à elles elle est nulle, de leur dire que ça ne marche pas. Si la dame elle croit à son gri-gri il vaut mieux la convaincre de prendre la pilule et le gri-gri* » (Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris).

J'assiste à une situation de négociation autour de pratiques religieuses dans une séance de groupe. Inès, primo-arrivante originaire d'Algérie, annonce dans le Groupe 5 qu'elle veut faire le ramadan même si elle est enceinte. La sage-femme animatrice du groupe essaye de l'en dissuader en soulignant les risques médicaux : « *vous pouvez être en danger* », et lui recommande, par certains jours les plus chauds, de boire de l'eau. Elle appelle Inès à la « *prudence* ». Inès répond qu'elle va « *essayer* » de jeûner et s'adaptera « *en fonction du temps* ». Aux arguments médicaux se rajoutent alors des arguments

religieux. La psychologue souligne que « *dans le Coran c'est bien écrit* » que « *les personnes en situation de fragilité, quand elles sont malades et les femmes enceintes* » sont « *exemptées* » du jeûne. La stagiaire psychologue précise que si elle ne fait pas le jeûne, « *il faut qu'elle rattrape plus tard* ». La traductrice en langue arabe sort alors de son rôle de traductrice et prend la parole pour, elle aussi, clarifier « *ce qui est dit dans le Coran* » : « *la femme qui allaite doit manger, la femme qui accouche doit manger, mais pas la femme enceinte, c'est différent. Mais c'est toléré* ». La stagiaire psychologue rebondit en comparant avec les pratiques du ramadan « *chez elle* » — elle ne précise pas de quel pays elle est originaire —. Inès prend la parole via la traductrice et précise que si elle ne fait pas le jeûne, elle donnera à manger à « *60 personnes* » ou à une personne chaque jour. La stagiaire acquiesce et souligne que la décision revient à Inès « *après c'est en fonction d'elle, si elle pense qu'elle peut jeûner* », tout en reprenant l'argument médical de la sage-femme « *comme elle va être en fin de grossesse, faut voir en fonction* ». Inès répond qu'elle va tout de même « *essayer* » de jeûner, mais si elle « *n'y arrive pas* » elle arrêtera. Cette négociation illustre les tensions qu'il peut exister entre une pratique religieuse et les recommandations médicales. Les animatrices du groupe mobilisent plusieurs registres argumentaires afin d'arriver à réduire cette tension : les arguments médicaux et religieux vont ici dans le même sens. Inès parle avec parcimonie face à ces quatre professionnelles, mais ne modifie que de peu sa décision initiale : elle prend en compte les arguments et s'adaptera au moment venu [voir extrait d'observation du Groupe 4 à la page suivante].

Autour du ramadan, vous pouvez être en danger. Observation Groupe 4

- *SF.* Je reviens au ramadan (rires). Il va commencer avant que le bébé va naître. Est-ce que vous pensez que vous allez le faire dès le 28 juin ?
- *Inès.* Oui
- *SF.* Oui ? D'accord. Alors il faut quand même savoir que comme vous êtes enceinte il y a quand même des précautions à prendre. Surtout s'il fait très très chaud. Les jours où il va faire très très chaud, **ce sera peut-être plus prudent de ne pas faire le ramadan ce jour-là.** Parce qu'il fait très chaud, vous allez avoir besoin de boire de l'eau dans la journée. Pour vous. C'est pas trop pour le bébé. Parce que le bébé, même si vous êtes fatiguée il va trouver ce dont il a besoin dans votre corps. Mais vous, avez la grossesse, il faut que les reins, vous savez c'est les organes qui font les urines, il faut qu'ils fonctionnent. Et on sait que quand il fait très chaud, si on ne boit pas assez, ils ne fonctionnent pas bien. Et donc **vous pouvez être en danger.**
- *Inès.* Alors je vais essayer ça va dépendre du temps.
- *SF.* Alors au mois de juillet on peut avoir un temps comme ça, il pleut, mais il peut faire 40. Et puis on peut avoir le lundi comme ça, le mardi 28 et le mercredi 36. La température bouge très vite. (rires)
- *Psy.* En une semaine !
- *SF.* C'est pour ça que je précise s'il y a des jours où il fait très chaud. Parce que je sais aussi que c'est plus facile de faire le ramadan en même temps que tout le monde que d'avoir à le refaire plus tard toute seule.
- *Psy.* Si elle boit, elle ne jeûne pas.
- *SF.* C'est pour ça que je parle des jours où il fait très chaud.
- *Psy.* **Mais si je ne me trompe pas, dans le Coran c'est bien écrit,** faudrait voir avec un imam, mais les personnes en situation de fragilité, quand elles sont malades et les femmes enceintes sont, enfin j'aime pas ce mot exemptée, mais...
- *Stagiaire.* En fait elle rattrape plus tard. Il faut faire attention à ne pas se mettre en situation...
- *Trad.* **Ce qui est dit dans le Coran** c'est que la femme qui allaite doit manger, la femme qui accouche doit manger, mais pas la femme enceinte, c'est différent. Mais c'est toléré.
- *Stagiaire.* C'est en fonction. Il y a des femmes enceintes qui sont en bonne santé et tout se passe bien donc elles peuvent jeûner. Ce qui faut faire aussi attention c'est qu'en France c'est quand même 17 h de jeûne. Ce ne sera pas, par exemple chez moi on jeûne 11 h parce que le soleil se couche à 19 h au plus tard. Ici c'est quand même très tôt le matin à 4 h jusqu'à 22 h. Donc effectivement il y a des jours où il se peut que ça soit plus difficile que d'autres. En plus le fait de mettre l'enfant à risque ce n'est pas conseillé. Après il y a aussi la personne qui ne peut pas jeûner elle donne à manger à quelqu'un d'autre. Je ne sais pas si ça a un nom. Elle donne à un nombre de personnes à manger ou tous les jours le repas du soir pendant le mois du ramadan.
- *Inès.* Soit je donne à 60 personnes, soit tous les jours je donne.
- *Stagiaire.* Effectivement c'est ça. Après c'est en fonction d'elle, si elle pense qu'elle peut jeûner. Mais comme elle va être en fin de grossesse, faut voir en fonction.
- *Inès.* **Je vais essayer et si je n'y arrive pas...**
- *Stagiaire.* Si vous voyez qu'en milieu de journée ça ne va pas du tout... Le ramadan l'hiver en France c'est mieux ! (rires)
- *SF.* Il faudra attendre quelques années !

L'analyse des groupes de parole a mis en lumière deux grandes approches des animatrices pour aborder la question culturelle : l'approche *assimilationniste* et l'approche *interculturelle*. Quand elles se positionnent de manière assimilationniste, les professionnelles opposent leur savoir médical « *occidental* » aux « *croyances culturelles* » des participantes. Certains groupes sont pensés comme des espaces visant l'assimilation des femmes aux normes médicales françaises. Ils renvoient les participantes à une altérité culturelle radicale, incompatible avec la médecine française. En revanche, quand elles se positionnent de manière interculturelle, les animatrices pensent qu'il est possible et souhaitable que les femmes « *combinent leur culture d'origine* » avec le savoir médical français. Elles utilisent le groupe de parole comme un dispositif interculturel, renvoyant certes les participantes à une altérité culturelle, mais compatible avec la médecine française.

L'altérisation culturelle est donc transversale dans l'ensemble des groupes, bien que les modalités de son processus diffèrent selon les approches des animatrices. Chacune comporte des dérives racialisantes : ethnocentrisme pour l'approche assimilationniste et culturalisme pour l'approche interculturelle. En effet, même si la culture d'origine est valorisée dans l'approche interculturelle, les professionnelles peuvent avoir tendance à surestimer l'attachement des femmes à ses pratiques culturelles. L'animatrice du Groupe 2 critique notamment les théories ethnopsychiatriques de Marie-Rose Moro (Moro 2003), qui, à force d'encenser la culture d'origine des femmes migrantes, oublierait que certaines femmes migrent justement pour fuir certaines pratiques dites culturelles qui les opprimaient (mariages forcés, excision, etc.). On retrouve ici les mêmes arguments qui opposaient Didier Fassin et Tobie Nathan dans les années 2000 autour des consultations ethnopsychiatriques¹. En valorisant la culture d'origine des « *immigré.e.s* », les professionnel.le.s de santé risquent de l'essentialiser.

¹ Didier Fassin critique les consultations ethnopsychiatriques mises en place par Tobie Nathan (Nathan 1986) en soulignant leur dérive culturaliste (Fassin 1999).

III— Des femmes à émanciper : l'altérisation par le genre

Les mécanismes d'altérisation culturelle débordent du registre médical. Lors des séances collectives les échanges s'aventurent sur un thème que partagent l'ensemble des participantes : la condition des femmes. Des normes de genre circulent. Les animatrices partagent une même volonté : accompagner les femmes vers l'autonomie. Le groupe de parole est pensé comme un espace de sociabilité féminine et d'autonomisation (A). Cette volonté d'inclusion dans un *nous les femmes* fédérateur est ancrée dans des dimensions raciales (Guénif-Souilamas 2005a). Les animatrices demandent aux femmes de « *s'émanciper de leur groupe d'appartenance* », de leur « *culture d'origine* » pour pouvoir s'intégrer dans la société française (Ouassak 2015). Au nom d'un objectif d'émancipation, les discours soulignent l'existence d'une opposition entre les femmes émancipées (les « *françaises* ») et les femmes « *immigrées* » soumises et victimes de l'oppression des hommes de leur communauté sexuelle (Dorlin 2010) (B). Mais les participantes des groupes ne se laissent pas enfermer dans une figure victimaire ethnocentrée et culturaliste : elles témoignent de leur expérience intersectionnelle des rapports de domination. Elles se veulent actrices de leur propre émancipation (C).

A. « Nous les femmes » : tentatives de subjectivation collective

Les animatrices des groupes tentent de créer un lien entre elles et les femmes qui participent aux séances autour de l'identification *femme*. Elles valorisent une sociabilité féminine. Elles promeuvent l'autonomie des femmes.

« *On est des femmes on se parle entre femmes* » : la création d'un entre-soi féminin

Les groupes de parole, espaces en non-mixité, sont construits comme un entre-soi féminin. Dans le Groupe 1, les animatrices se positionnent en tant que femmes, avec un vécu de femmes : « *on parle en tant que médecins, mais on a notre vécu de femmes* » (Gynécologue, Groupe 1, Paris). Elles mettent en avant ce qu'elles ont en commun avec les participantes : une expérience de « *femme* » : « *je pense que quand on est une femme et qu'on a une expérience de la féminité, de la maternité, de la sexualité et bien c'est une expérience de femme forcément* » (Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris). Enlever la blouse et mentionner, comme les autres participantes, leur expérience d'accouchement (« *sans péridurale*»), permettrait « *de construire une relation plus symétrique* » avec les patientes, plus humaine (Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris). Les deux participantes du groupe avec qui nous avons pu échanger soulignent que « *c'est vraiment différent, pas le même rapport que quand je la vois dans la salle de consultation* » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1). Elsa trouve que cela « *brise la glace* » que les professionnelles abordent leur expérience d'accouchement dans le groupe : « *c'est bien, ça nous permet aussi de briser la glace médecin/patient. Même si ça reste médecin/patient, mais d'être plus... ça nous met plus à l'aise moi en tant que patient de savoir qu'elle a des enfants. Même si ça m'avance à rien dans ma vie, mais... ça fait plus discussion que consultation, ça brise la glace quoi* » (Elsa, française, Groupe 1). Florence est ravie de partager ce moment « *dans l'esprit entre femmes* » : « *je me dis « ah tiens elle a trois enfants » et l'autre aussi elle a accouché sans péridurale ! Donc c'est des informations comme ça qui m'amènent à dire que voilà on est dans l'esprit entre femmes et puis on échange. Vraiment c'est une très bonne initiative le groupe de parole* » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1).

Les professionnelles soulignent la singularité de l'expérience de femmes, opposée à celle des hommes : « *ce n'est pas la même chose qu'une expérience d'homme, qui de cette expérience-là forcément doit avoir une population*

d'homme» (Sage-femme PMI, Groupe 1, Paris). Certaines animatrices pensent que la non-mixité féminine permet aux femmes d'aborder des sujets dont elles n'oseraient pas parler si la professionnelle était un homme. Selon l'animatrice du Groupe 2, le fait « *qu'on soit aussi des femmes ça a pu permettre des thématiques qui ne seraient peut-être pas dit sous le regard d'un homme* » (Sage-femme PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis). Les professionnelles déplacent le curseur de l'altérité, ici le genre est la frontière : d'un côté les femmes, de l'autre les hommes.

Mais ce positionnement n'est pas partagé par toutes les animatrices. Certaines refusent de se positionner en tant que « *femme* », elles sont professionnelles de santé avant tout. C'est le cas de la puéricultrice animatrice du Groupe 3, qui souligne : « *j'ai pas ce truc on est des femmes on se parle entre femmes. C'est un truc que je ne fais pas vivre en moi. Je suis là, je suis professionnelle, je suis là on va passer un moment ensemble, voilà. Ce n'est pas parce que je suis une femme. (...) J'existe dans ce groupe parce que j'ai une formation qui fait que, autrement je ne serais pas dans ce groupe* » (Puéricultrice, Groupe 3, Bordeaux). Les animatrices du Groupe 2 n'interviennent pas sur leur propre expérience « *de femme* », sauf exception. Il est arrivé « *une fois qu'on lui demande direct* », alors l'animatrice du Groupe 2 raconte qu'elle s'est présentée en mentionnant ce qu'elle avait en commun avec les femmes qui participent au groupe : être « *étrangère* » : « *moi je suis étrangère, je suis née en France, je suis arménienne, ma grand-mère et ma mère ont accouché en terre étrangère et ma grand-mère dans des conditions qui ne sont pas loin des vôtres, donc probablement ça a du sens je viens m'asseoir* », *c'est tout ce que je dis* » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

La plupart des animatrices tentent de mettre en avant leurs points communs avec les participantes et de former un « *nous* », souvent autour de l'identification en tant que femme, afin de réduire l'asymétrie entre soignante et patiente.

La promotion de l'autonomie des femmes

Au sein de cet entre-soi féminin, les professionnelles de santé abordent des thèmes liés aux conditions des femmes, et diffusent leur vision de ce qu'est une femme autonome, libre et émancipée. Elles énoncent leurs convictions : les femmes devraient disposer de leur propre corps et avoir la possibilité de faire des choix, choix protégés par des droits en France. La promotion de l'autonomie des femmes se matérialise par des conseils, des recommandations et des mises en garde. Les moyens mis en avant par les animatrices pour atteindre cette autonomie sont principalement de l'ordre de l'indépendance économique — avoir un travail à soi —, linguistique — apprendre le français — et juridique — connaître ses droits, mobiliser la loi. L'autonomie est vue comme un outil afin de se défaire de la dépendance vis-à-vis des hommes, de la soumission des femmes aux désirs des hommes et des violences subies.

Elles transmettent les informations sur les droits des femmes et les structures (associations, institutions, collectifs...) qui accompagnent les femmes. Les professionnelles encouragent les femmes à mobiliser la loi française pour les protéger. Le thème des violences faites aux femmes revient dans plusieurs des groupes observés (violences conjugales, viol conjugal...). Dans le Groupe 7, l'animatrice souligne que les femmes ont des droits et qu'elles ne sont pas obligées d'avoir un rapport sexuel si elles ne désirent pas. Les professionnelles insistent par ailleurs sur la maîtrise de la fécondité : « *il faut se battre constamment pour que les femmes aient cette possibilité de maîtriser leur fécondité, leur possibilité d'être enceintes* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris). Les femmes sont incitées à utiliser la contraception pour être plus autonomes. Elles diffusent ce qu'Hélène Bretin appelle « *des normes contraceptives féminines* » : des « *normes supposées guider les pratiques contraceptives féminines : autonomie, volonté d'espacement et de limitation des naissances* » (Bretin 2015, p. 96). L'animatrice du Groupe 7 insiste sur le fait que les droits des femmes en France s'appliquent à toutes les femmes indépendamment de leur situation sociale : « *c'est pour toutes les femmes, pas que les femmes du 16^e [arrondissement privilégié de Paris]. Qu'importe leur couverture médicale, leurs*

revenus, c'est le droit de toutes les femmes» (Gynécologue, Groupe 7, Paris). En disant cela, la gynécologue tente d'atténuer l'altérisation opérée par le recrutement ciblé qui la mettait « *mal à l'aise*» (voire plus haut). Elle prône l'inclusion des participantes dans une catégorie universelle : « *toutes les femmes*».

Le groupe est pensé comme espace d'émancipation des femmes, bien que peu ou pas de professionnelles se reconnaissent sous l'appellation « *féministe*». Malgré les tentatives de créer une sororité entre professionnelles de santé et les participantes, l'existence d'inégalités de positions raciales et culturelles divise les groupes. L'accompagnement vers l'autonomie prônée par les professionnelles se révèle être un maternalisme ethnocentré.

B. L'opposition entre les femmes émancipées et les autres : un maternalisme ethnocentré

L'émancipation prônée par les animatrices des groupes s'ancre dans des dimensions raciales. Leur vision de l'émancipation est marquée par leur position située, en tant que françaises, *blanches*¹, de classe moyenne ou supérieure² et diplômées. Selon ces professionnelles, pour s'émanciper il est nécessaire que les participantes « *s'émancipent de leur famille et de leurs groupes d'appartenance* » (Ouassak 2015, p. 49), responsables de leur oppression en tant que femme. Ce langage évolutionniste « *postule que pour s'émanciper, les migrantes doivent s'affranchir des éléments culturels de leur société d'origine et intégrer ceux des femmes de la société d'arrivée. Les (é)migrantes sont dans le même mouvement présentées comme singulièrement aliénées : soumises, cloitrées, ne travaillant guère...* » (Moujoud 2008, p. 63). En définitive, les

¹ Cette identification raciale n'est pas nommée par les professionnelles. C'est une étiquette raciale que j'appose sur les animatrices des groupes, en fonction de ma perception subjective de leur couleur de peau.

² Toutes les animatrices sont des professionnelles de santé, avec des statuts hiérarchiques différenciés : gynécologue, sage-femme, médecin PMI, psychologue. Comme leur position de classe n'a pas été abordée en entretien, je les « classe » ici dans la classe moyenne ou supérieure, sans distinction.

animatrices des groupes se placent dans une position « *maternaliste* » : elles « *tiennent la main* » des femmes « *migrantes* » pour les aider à sortir de leur statut de « *victime* » et s'émanciper (Ouassak 2015). La « *culture française* », respectueuse des femmes et de leurs droits, est présentée en tant que culture « *supérieure* » qu'il faudrait « *substituer* » à leur culture d'origine (*Ibid.*). En opposant de façon binaire société de départ et société d'arrivée, les professionnelles « *renvoient les (é)migrantes à une altérisation radicale* », participant à leur racialisation ¹ (Moujoud 2008, p. 63). Ces discours des professionnelles s'inscrivent dans une conjoncture plus large, celle de la montée du « *fémonationalisme* », c'est-à-dire de « *l'instrumentalisation de la notion d'égalité entre hommes et femmes* » (Farris 2013, p. 1), à des fins nationalistes. Le genre devient l'instrument — voire l'arme ² — d'un nationalisme sexuel (Jaunait, Le Renard et Marteu 2013) déguisé en aide à l'émancipation. Pour Nacira Guénif-Souilamas, l'injonction à l'émancipation est un élément clef de la doctrine intégrationniste française, ciblant les mères et les filles « *d'ascendance migrante et coloniale* » (Guénif-Souilamas 2005a, p.10).

La « *femme immigrée victime* » d'une culture oppressive

L'observation des groupes de parole révèle des mécanismes d'altérisation ethno-raciale par le renvoi des femmes « *immigrées* » vers un statut de « *victime* » de leur « *culture d'origine* » patriarcale (Moujoud 2008).

Lors des séances collectives, deux pratiques sont particulièrement condamnées par les animatrices : la polygamie et l'excision. Dans la plupart des cas, quand ces sujets sont mentionnés, les femmes sont tenues responsables des

¹ Dans cette approche « *les situations des (é)migrantes sont perçues comme "une" expérience naturellement différente de celles des Occidentales. On constate ici les problèmes de simplification, de généralisation et de stéréotypes (donc du racisme comme le définit Guillaumin, 1983).* » (Moujoud 2008, p.63).

² « *Certaines cultures sont fréquemment disqualifiées pour cause de sexisme (...), comme si les cultures dominantes en étaient exemptes. La démocratie sexuelle est devenue une arme dans les combats autour des questions raciales, brandie contre les minorités.* » (Fassin et Fassin 2008).

traditions culturelles qui les oppriment. Dans le Groupe 1, alors que la conversation dérive sur la polygamie et les co-épouses, les animatrices demandent aux participantes si elles sont « *prêtes à accepter* » cela et sont rassurées d'entendre que toutes ont répondu qu'elles rejettent cette pratique. Dans le Groupe 7, s'ouvre un échange sur l'excision. La gynécologue animatrice renvoie les femmes à leur responsabilité : « *c'est à vous de changer les traditions* ». La gynécologue oppose ses pratiques avec la loi en France : « *c'est juste interdit* » (Gynécologue, Groupe 7) [voir extrait d'observation Groupe 7 ci-dessous].

Ce n'est pas facile d'enlever cette culture. Observations Groupe 7

- *Gynécologue.* Il y a parfois des choses qui sont importantes, puisqu'on parle du culturel et je ne vais pas le taire parce que c'est important, c'est tout ce qui a à voir avec les mutilations sexuelles. Donc Mesdames ça il faut que vous soyez extrêmement vigilantes. Attention. Maintenant dans le monde entier c'est considéré comme un crime passible de prison tout ce qui a à voir avec l'excision et puis, c'est considéré en France, mais pas qu'en France, dans la majorité des pays qui ont signé la Charte des Droits de l'Enfant, comme un crime. Est-ce que vous savez de quoi je parle ? Vous savez l'histoire de l'excision... Est-ce que tout le monde sait de quoi je parle quand je parle d'excision ? Il y a un silence... Voilà dans la majorité des pays c'est tout à fait interdit. Il n'en reste pas moins vrai qu'il y a des pratiques qui perdurent. Sachez que toute manière là pour le coup c'est du ressort de la justice. C'est très important. Et même si on pense qu'on peut envoyer son enfant à l'étranger et revenir avec son enfant excisée, sachez que les parents encourent une peine de prison.
- *Fatou.* Si la femme ne fait pas l'excision, tu es comme un garçon.
- *Gynécologue.* Oui je sais. Ça c'est important que vous le dites.
- *Fatou.* Comme un garçon. Tu n'es plus une fille.
- *Gynécologue.* **Ça c'est les traditions. Mais mesdames les traditions elles sont toujours progressé grâce aux femmes. C'est de vous que ça dépend ces traditions.** Sachez ça mesdames. La tradition ne peut changer, ne bouger sans les femmes. C'est les femmes qui font bouger les traditions, pas les hommes. Voyez ce que vous dites madame c'est important. Vous dites « mais moi si je ne fais pas excisée ma fille, comment elle va pouvoir se marier ? ». Elle va être considérée comme un homme. Mais est-ce que c'est vrai ça ?
- *Salle.* Non (trois personnes)
- *Gynécologue.* Donc voilà. C'est juste pas vrai. Et pourtant c'est encore bien inscrit dans la culture. Et **c'est difficile de se départir, d'enlever cette culture, ce n'est pas facile de l'enlever.** Il a fallu lutter contre ça. Vous savez que vous luttez. Et bien oui ce n'est pas facile. Et bien c'est de la responsabilité de chacune d'entre vous, de la mienne aussi, mais de la vôtre aussi, de faire évoluer ces pratiques. **C'est notre responsabilité. Et nous à chaque fois on est en responsabilité, de nos enfants.**

Alors qu'une des participantes explique les raisons de l'excision dans son pays d'origine — limiter les désirs sexuels des femmes —, la professionnelle de santé retrouve la posture assimilationniste décrite plus haut. L'animatrice oppose son savoir médical à ce que disent « *les vieux* » : « *moi qui suis gynécologue (...) qui connaît bien comment ça fonctionne les femmes... c'est totalement faux (...) c'est même pas vrai.* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris) [voir extrait d'observation Groupe 7 ci-dessous].

Moi qui suis gynécologue...Suite Observation Groupe 7

- *Mariam.* C'est vrai que moi je peux rester très longtemps sans ça, depuis que j'ai eu un enfant je ne l'ai pas fait, c'est parce que moi je suis excisée. Ça ne me dérange pas.
- (rires dans la salle)
- *Gynécologue.* C'est intéressant ce que dit cette femme.
- (inaudible : tout le monde parle)
- *Organisatrice.* S'il vous plaît mesdames !
- *Fatou.* Parce que les différences c'est les envies ! Une femme qui est excisée, c'est que la dame a expliqué, une femme qui est excisée et une femme qui n'est pas excisée a toujours l'envie. Mais l'autre qui n'est pas excisée, elle ça fait un an de pas toucher un homme. Donc c'est pour ça que nos parents ils ont fait ça.
- *Gynécologue.* Qui dit ça ?
- *Fatou.* C'est les vieux.
- *Gynécologue.* Alors mesdames, moi qui suis gynécologue...
- *Fatou.* Voilà
- *Gynécologue.* Qui connaît bien comment ça fonctionne les femmes... c'est totalement faux.
- *Fatou.* Voilà.
- *Gynécologue.* C'est même pas vrai. La seule chose qui est importante à comprendre c'est que cette excision d'abord elle est de différents degrés. Le plus souvent mesdames, parce que je vous examine depuis très longtemps, pas vous en tant que ce que vous êtes, mais des tas des femmes du même pays, du Niger, du Nigeria, du Cameroun, du Sénégal, l'excision elle peut considérer que un tout petit bout du clitoris jusqu'à effectivement tout (inaudible). Mais qu'est-ce que soit ce qu'il s'est passé, les ovaires fonctionnent, les hormones fonctionnent. Et ce qu'on appelle la libido, c'est-à-dire l'envie d'avoir des rapports sexuels, ne se modifie pas. En revanche... Par contre la question de la jouissance peut se poser.

À côté de la figure de la « *femme africaine* » à la fois victime et responsable des traditions, d'autres figures racisées apparaissent au sein des groupes. Dans le Groupe 3, plusieurs femmes discutent en langue arabe du ramadan avec la

traductrice. L'animatrice puéricultrice prend la parole et demande, par le biais de la traductrice, si elles sont « *obligées par leur mari* » de faire le ramadan. La traductrice s'adresse aux trois femmes, et c'est Inès, enceinte, qui répond que c'est « *elle qui oblige son mari* » à faire le ramadan, et non l'inverse. La professionnelle projette un stéréotype de la « *femme musulmane* » soumise à son mari, représentation raciale répandue dans la société française actuelle, ancrée dans l'histoire coloniale française (Dorlin 2010; Guénif-Souilamas 2005c). L'observation des groupes de parole met en lumière l'imprégnation des représentations raciales des professionnelles de santé, autour de figures genrées et racisées, celle de la « *femme africaine* » et de la « *femme maghrébine* » enfermées dans des traditions patriarcales. Une des animatrices souligne qu'un des « *sujets communs entre africaines et femmes du Maghreb* » est « *la maltraitance par rapport aux hommes* » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

Les femmes « *chinoises* » sont elles aussi la cible des représentations raciales des animatrices. L'animatrice du Groupe 6, dédié aux femmes « *chinoises* », en se basant sur les retours de la médiatrice ainsi que ses impressions personnelles, soutient que les femmes « *chinoises* » « *ne parlent pas de sexualité* » et sont « *très timides* » : « *elles sont très impressionnées pour certaines, pas toutes. Mais la plupart. (...) Et puis en Chine dans la culture chinoise on ne parle pas. Il y a beaucoup de femmes de la paysannerie chinoise qui migrent et la médiatrice m'a souvent dit 'on ne parle pas de ça', on ne parle pas de sexualité* » (Sage-femme, Groupe 6, Paris). La sage-femme, en valorisant « *un discours désinhibé sur la sexualité* » et en dévalorisant les femmes aux « *tabous sexuels* », participe à produire « *une normalité sexuelle nationale et une anormalité sexuelle attachée à la culture des immigrants* » (Jaunait, Le Renard et Marteu 2013, p. 12). Dans la normalité sexuelle française, les femmes peuvent — et doivent — parler de tout. Ce phénomène est très similaire à ce que Marguerite van den Berg et Jan Willem Duyvendak constatent dans des cours d'éducation sexuelle aux Pays-Bas. Leur article « *Parler de sexe sans rougir* », souligne que les individus qui ne communiquent pas de façon assez « *ouverte* » de sexe vont être « *définis comme n'appartenant pas à la nation néerlandaise et*

donc objet de politiques paternalistes en vue de devenir Néerlandais»¹ (van den Berg et al. 2013, p. 73). Leur étude contribue, selon Alexandre Jaunait, Amélie Le Renard et Elisabeth Martheu, « à éclairer le processus de production de normes de modernité nationale genrées et situées en termes de classe dans un contexte cognitif fortement marqué par l'opposition entre un « nous » valorisé et progressiste et un « eux » répulsif et rétrograde » (Ibid.)

La « femme française en avance de 50 ans »

Ce maternalisme ethnocentré s'articule notamment autour de l'opposition esquissée entre deux figures : une « *femme immigrée victime* » et une « *femme française en avance* ». Les animatrices condamnent certaines pratiques de la « *culture d'origine* » des femmes « *immigrées* », en les comparant au contexte français « *d'avant* ».

L'oppression patriarcale des femmes dans leur pays d'origine est opposée au contexte français, *Pays des Droits des Femmes*. La France et « *l'Occident* » seraient en avance sur l'accès à la contraception. Selon la gynécologue du Groupe 7, « *encore maintenant aujourd'hui dans certains coins du monde les femmes n'ont pas accès à cette possibilité de faire des enfants quand elles veulent si elles veulent. Et bien ça ne fait pas si longtemps, ça fait une cinquantaine d'années à peu près, pas plus, en tout cas en France et en Occident, que les femmes ont pu avoir accès à des méthodes qui vont permettre d'avoir une sexualité qu'elles ont envie d'avoir sans mettre en route des grossesses si elles ne le souhaitent pas* » (Gynécologue, Groupe 7, Paris). Dans un autre groupe, les animatrices tentent de rassurer une participante qui se plaint que son père rejette son « *copain* » et précisent que « *dans le temps ici c'était pareil aussi* » (Sage-femme, Groupe 1, Paris) [voir extrait d'observation du Groupe 1 à la page suivante].

¹ « *Au travers de ces pratiques et de ces négociations dans les cours, une forme particulière du nationalisme néerlandais contemporain prend forme. Il s'agit d'un nationalisme qui se targue d'être moderne, progressiste et « ouvert » : tout peut être dit, tout doit être dit, en particulier pour ce qui concerne des sujets qui étaient dans le temps considérés comme « privés » (i.e. liés au genre, et en particulier à la sexualité).* » (Ibid.)

Dans le temps ici c'était pareil... Observation Groupe 1

- *Elsa*. Mon père je suis sûre qu'il n'a pas de problème avec mon copain, c'est qu'il a peur de ce que tout le monde va dire.
- *Sage-femme*. **Dans le temps ici c'était pareil aussi.**
- *Nadia*. **Oui, mais vous c'était avant ! Nous c'est aujourd'hui !**
- *Sage-femme*. Oui c'était il y a 50 ans.
- *Gynécologue*. Les cousines au Mali elles acceptent tout ça ?
- *Dabou*. Vous êtes de quel village ?
- *Nadia*. K. Il y a des familles qui demandent l'avis et d'autres non.
- *Gynécologue*. Et vous ?
- *Dianka*. Moi ils m'ont demandé mon avis. Ils m'ont fait une proposition, je suis allée le voir au Mali, j'ai appris à le connaître. J'ai bien appris à le connaître et j'ai compris que c'était le bon.
- *Elsa*. Tu t'es fiancée quand ?
- *Dianka*. L'année dernière, j'avais 17 ans.
- *Elsa*. Tu avais quel âge quand tu la vu ?
- *Dianka*. 11 ans.
- *Elsa*. Oh !

Lors des séances, les professionnelles diffusent un argumentaire évolutionniste (Moujoud 2008) : si la France est en avance de 50 ans sur les droits des femmes, c'est donc que les pays d'origine des participantes sont 50 ans en retard.

Le maternalisme des professionnelles de santé

Les animatrices des groupes reproduisent donc un « *discours d'émancipation* » des femmes racisées qui dépasse le cadre de leur groupe de parole ou de leur institution médicale. De nombreux travaux historiques et anthropologiques montrent la tendance des professionnel.le.s de santé — particulièrement en santé reproductive — à développer une « *dimension missionnaire* » vis-à-vis des femmes racisées, « *immigrées* » ou indigènes (Garcia 2016). D'autres parlent de « *posture maternaliste* » des professionnelles de santé face aux femmes « *immigrées* » (*Ibid.*). Les professionnel.le.s de santé

construisent un « *récit de sauvetage* » (« *rescue narrative* ») (Farris 2017), où ils et elles sauvent les femmes « *immigrées* » enfermées dans des cultures et/ou des religions « *oppressives* » : « *des personnes soumises aux coutumes, enfermées dans une religion forcément oppressive, dans des relations familiales et une culture nécessairement patriarcales, et ayant besoin d'être libérées, peut-être même contre leur gré* » (Lépinard 2005, p. 121). Les professionnelles diffusent « *un discours féministe ethnocentré à prétention universelle qui essentialise et généralise certains comportements sexistes* » des hommes de certaines communautés sexuelles (Garcia 2016, p. 50). Au-delà du champ de la santé, selon Fatima Ouassak, « *dans la plupart des actions en direction des femmes issues de l'immigration post-coloniales (...) les femmes non blanches sont perçues et construites comme des mineures, faibles et dominées. Il faudrait dès lors les mater et leur tenir la main* » (Ouassak 2015, p. 52). Ces représentations sont héritées de la colonisation¹, et ressurgissent dans les débats contemporains autour du voile, du burkini ou de la burqa (Dorlin 2010). Dans tous les cas, il s'agit de « *libérer les femmes musulmanes* » du « *patriarcat arabo-musulman* » (Ouassak, 2015, p.45) pour les intégrer à la société française. Pour Nacira Guénif-Souilamas, cette injonction à « *l'intégration par l'émancipation renforce les rapports de domination des femmes par des femmes* » (Guénif-Souilamas 2005c, p.153).

L'émancipation prônée par les animatrices, bien qu'elle ait la prétention d'être universelle, comporte en elle la marque des inégalités raciales entre les professionnelles et participantes des groupes de parole. Les prises de parole de ces dernières révèlent des revendications d'émancipation qui leur sont propres, ancrées dans une dimension intersectionnelle.

¹ « *Frantz Fanon a abordé sous le titre « La bataille du voile » 28 l'enjeu central constitué par le thème du dévoilement des femmes algériennes durant la domination coloniale française. Le voile des femmes a été considéré comme le symbole par excellence de la nature rétrograde de la société algérienne, et la colonisation fut présentée comme une mission de civilisation qui se donnait pour objectif premier de « libérer » les algériennes du patriarcat arabo-musulman, dont elles étaient victimes, en les dévoilant. Des mises en scène de cérémonies de dévoilement sur la place publique à Alger, dont la plus célèbre a été celle du 13 mai 1958, furent largement diffusées et présentées comme la preuve du bienfondé de la présence française en Algérie.* » (Ouassak 2015, p.45)

C. Pour une autre émancipation : la critique intersectionnelle des participantes des groupes

Au-delà de l'altérisation culturaliste qui voudrait les enfermer dans une catégorie de « *victime* », les participantes mobilisent l'espace du groupe afin de dénoncer des rapports de domination intersectionnels qu'elles subissent. En prenant la parole, elles sont « *actrices de leur propre émancipation* » (Ouassak 2015, p. 52). Michel Agier disait, à propos de la subjectivation politique des réfugiés : « *d'une certaine façon les personnes disent : 'nous ne sommes pas les réfugiés que vous croyez. Nous sommes d'autres sujets'* » (Agier 2012a, p. 16). Lors des séances collectives observées, d'une certaine façon les participantes disent : *nous ne sommes pas les victimes de ce que vous croyez. Notre vulnérabilité ne vient pas — seulement — d'une culture d'origine oppressive, mais de votre culture à vous qui nous opprime*. Leur émancipation est en effet entravée par les « *effets sexistes* » des « *lois migratoires* » françaises (Moujoud 2008). Par leur discours, ces femmes dépassent une logique « *binnaire* » et « *évolutionniste* », que Nasima Moujoud caractérise par l'opposition entre culture d'origine oppressive et culture d'arrivée émancipatrice (Moujoud 2008). Les participantes portent un discours dénonçant l'imbrication des rapports de domination de sexe, de race et de classe dans leur pays d'origine *et* dans leur pays d'accueil. Ce renversement du discours pointe alors le caractère ethnocentré et culturaliste du discours « *féministe* » (Lépinard 2005) des professionnelles de santé.

Les participantes face à la dévalorisation culturelle : des discours nuancés

Sans pouvoir analyser le degré réel d'appropriation du discours binaire (Moujoud 2008), nous pouvons postuler que les discours évolutionnistes des professionnelles ne laissent pas indifférentes les femmes qui les reçoivent et potentiellement marquent leur esprit. En revanche, l'observation des prises de parole pendant le groupe met en lumière un rapport complexe des participantes

à leur « *culture d'origine* » : la dévalorisation culturelle est dans certains cas intériorisée et, dans d'autres cas, nuancée.

Elsa, de nationalité française et de parents ivoirien et sud-africain, revient sur cette question en entretien après une séance du Groupe 1 : « *de toute façon même les docteurs elles sont françaises, elles nous disent bien « oui, mais nous c'est pas comme ça, nous aussi ça a été comme ça » oui, mais eux c'était il y a tellement longtemps, mais 50 ans pour nous c'est énorme* » (Elsa, française, Groupe 1). Florence, originaire du Burkina Faso, partage cette vision « *évolutionniste* » (Moujoud 2008) : pour elle l'Afrique a « *50 ans de retard* ». « *On est en retard sur le plan de l'évolution* » : « *je pense qu'elles [les animatrices] n'ont pas encore compris que chez nous notre société, l'Europe est en avance en quelque sorte par rapport à nous, moi c'est comme ça que je vois les choses. Nous aussi il y a 50 ans il y a des choses qui ne se faisaient pas et maintenant les mentalités évoluent. Maintenant les choses commencent à changer. Donc quand on me dit, des fois je lis dans les livres, je vois qu'il y avait des sorcières et tout ça à une époque donnée et maintenant c'est un truc qui est fini. Je me dis avec les mentalités qui évoluent, les choses changent donc c'est normal qu'il y ait cette évolution-là. Peut-être nous dans 50 ans on sera aussi au stade d'ici, on ne parlera plus de te proposer un mari, tu n'as pas le droit de faire ci, tu n'as pas le droit de faire ça. Moi je me dis que bon c'est des choses pas normales, mais c'est comme ça. On est en arrière sur le plan de l'évolution* » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1). Florence nuance son propos en soulignant que les « *mentalités* » ont changé dans son village au Burkina Faso sur les questions de genre : « *les mentalités changent un peu dans mon village. Je suis contente. Les filles vont à l'école, le gouvernement fait des efforts en payant la scolarité. L'image de la fille ça change un peu. Moi ça me fait plaisir* » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1).

Les critiques envers certaines coutumes du pays d'origine sont acérées et témoignent de la difficulté d'exister en tant que sujet quand elles sont assignées à un ensemble de rôles genrés. Ainsi, dans le Groupe 1, les participantes dénoncent les contraintes qui pèsent sur elles : se marier, tôt, ne pas avoir son mot à dire dans le choix du mari, subir des mariages polygames, devoir avoir des enfants, beaucoup, et ce avant un certain âge défini. La conversation dérive

alors, à l'initiative des participantes, sur les normes procréatives qui contraignent les femmes à faire des enfants avant un certain âge : « *nous les filles on est enceintes soit trop tôt, soit trop tard* » (Elsa, française, Groupe 1). Florence raconte qu'elle a subi des pressions de sa famille, car elle n'avait pas d'enfant, lui disant que « *si la femme n'a pas d'enfant son ventre est comme un tombeau* » : « *moi je viens d'une famille catholique. Je suis artiste comédienne, je fais du théâtre. Il y a eu une de proposition par mon père, mais j'ai refusé. Quand j'ai eu 28 ans les oncles, les tantes ils en parlent. 'Tu attends quoi?'. Ils le disent sous forme de plaisanterie, mais ils disent la vérité en fait. Je n'ai pas d'honneur. Si tu n'es pas forte d'esprit... Moi j'ai tenu bon. On dit que si la femme n'a pas d'enfant son ventre c'est comme un tombeau. Une symbolique comme ça... Mais j'ai pris la décision d'assumer. Et j'ai une mère formidable qui m'a soutenue* » (Florence, Burkina Faso, Groupe 1). Florence « assume » sa transgression des normes de genre qui pèsent sur elles. Florence rejoint la catégorie des « *transgressives* » décrite par Christine Davoudian dans le Chapitre 1 : des femmes qui ont immigré notamment, car elles étaient en « *transgression* » avec certaines coutumes de leur pays d'origine (Davoudian 2007b).

Plusieurs participantes soulignent que certaines coutumes de leur pays d'origine, ou du pays de leurs parents, vont à l'encontre de leur religion. Dans le Groupe 7, une des participantes soutient que les mariages polygames et l'excision « *ne sont pas marqués dans le Coran* » : « *un homme qui vient du Mali qui est ici en France il est marié avec beaucoup de femmes au Mali, il veut qu'elles soient excisées comme ça elles ne vont pas aller ailleurs. Parce que quand ton mari a beaucoup de femmes comme ça, toi tu ne peux pas supporter, donc c'est pour ça que les femmes doivent faire ça comme ça elles peuvent supporter ça. Ce n'est pas marqué dans le Coran!* » (Aya, Groupe 7). Dans le Groupe 1, les participantes critiquent l'existence de mariages polygames où souvent les femmes « *ne sont pas au courant* » et subissent alors une situation qu'elles n'ont pas choisie. Nadia pointera le fait que les mariages forcés « *n'ont rien à voir avec la religion* » : « *tout ce qu'ils font c'est coutumier, ce n'est pas de la religion. Dans la religion tu n'as pas le droit de donner ta fille à quelqu'un* »

qu'elle ne veut pas. Et ils le font. J'en discutais hier avec ma mère, je lui disais que ça n'a rien à voir avec la religion » (Nadia, française, Groupe 1).

Une part importante des discussions tourne autour des critiques des femmes envers les « *hommes africains* » qui seraient « *machos* » (Josette, Groupe 2). Une figure racisée de la masculinité (Guénif-Souilamas et Macé 2004) émerge dans les échanges, celui de l'« *homme africain* » : violent, absent, menteur. À tel point que selon l'animatrice du Groupe 2, un psychanalyste proche de l'ethnopsychiatrie visionnant le film d'un de ces groupes, déclarera que « *c'est le procès de l'homme africain* » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis) [voir extrait d'observation Groupe 2 ci-dessous].

Dépendre d'un homme... surtout les africains... Extrait du Groupe 2 (retranscription vidéo)

- *SF*. Le père n'est pas avec vous ?
- *Josette*. C'est comme si il n'était pas là. C'est pareil. Ce n'est pas quelqu'un de très... **En général les Africains ne sont pas... ils ne comprennent pas. Je ne sais pas. Il est un peu macho en fait.** Enfin il est macho ! (rires)
- *SF*. Vous ne vous sentez pas soutenue par lui ?
- *Josette*. Non. (...)
- *SF*. C'est quoi qui vous manque ?
- *Josette*. Bon déjà c'est mon indépendance. **C'est le fait de dépendre de quelqu'un, dépendre d'un homme c'est... ; surtout les Africains c'est...**
- *Sita*. Ils en profitent des situations, de nos situations en fait. Au début ils paraissent le sauveur, la personne qui peut enlever, réduire les problèmes et en fin de compte quand ça arrive et bien pff (geste main) on ne les voit presque plus. Et nos problèmes deviennent doubles même triples.
- *Z*. C'est vraiment pas évident de dépendre de quelqu'un.
- *Josette*. Au moment où tu n'étais pas enceinte tu étais bien chérie tout ça. Dès que tu tombes enceinte, la barrière est fermée.

Si elles adhèrent en partie au discours évolutionniste des professionnelles de santé, les participantes des groupes de parole observés complexifient leur rapport aux coutumes et pratiques. Elles montrent que leur « *culture d'origine* » (Cuche 2012) ne peut se limiter à une lecture simpliste l'associant au « *patriarcat* » (Lépinard 20005). Elles témoignent par ailleurs des difficultés

qu'elles rencontrent en France pour obtenir cette égalité des sexes tant prônée par les animatrices.

La France Pays des Droits de la Femme... Française

Si la migration vers la France comporte un espoir d'autonomisation, les femmes primo-arrivantes se confrontent à la dure réalité du contexte français. Bien que l'égalité des sexes en droit est garantie — en théorie — pour les femmes françaises, elle ne s'applique pas en pratique aux femmes sans-papiers ou en situation d'exclusion sociale. Le désenchantement des femmes face au pays des droits de l'Homme, présenté comme *Pays des Droits de la Femme* par les professionnelles, est perceptible. Plusieurs participantes soulignent que leur autonomie est limitée par les conditions sociales et politiques en France. Dans ces groupes, la plupart des femmes sont isolées, en situation irrégulière ou en situation de précarité voire d'errance résidentielle. Conscientes de ces conditions sociales qui limitent leurs capacités d'action, les participantes mobilisent le groupe pour critiquer ces rapports de domination intersectionnels.

Dans le Groupe 2, Josette souligne que ce qui lui en manque en France, c'est son « *indépendance* », car elle « *dépend d'un homme* » (Josette, Burkina Faso, Groupe 2). Sita renchérit en soulignant qu'« *ils profitent de la situation* » dans laquelle les femmes sont — Sita et Josette sont en situation irrégulière, Sita vit en squat, Josette est hébergée chez son conjoint — et les quittent quand elles tombent enceintes. Les « *hommes* » profitent de leur statut d'exclue, en situation irrégulière, pour opérer des chantages ou des violences sexuelles. Josette raconte qu'étant hébergée par son conjoint, qui l'a « *sauvée* » de la rue, elle n'a pas le « *choix* » de refuser des rapports sexuels : « *et puis il y a des situations où on ne peut pas dire non à quelqu'un parce qu'on est à la charge de cette personne et si on dit non il y a répercussions après* » (Josette, Burkina Faso, Groupe 2). La sage-femme entend le « *sous-entendu* »¹ de Josette et

¹ La médecin PMI animatrice du Groupe 2 revient sur cette scène en entretien : « *après Josette dit quand on est seule on est bien obligée... et elle fait un gros sous-entendu, « quand on est seul et qu'on dépend de quelqu'un et qu'on a pas de papiers, on est bien obligé de se soumettre » et la*

rebondit : « *de ne pas dire non pour avoir une grossesse par exemple ?* ». Josette répond à l'affirmative. Elle explique que la personne qui « *la nourrit* » peut devenir violente, se mettre dans tous « *ses états* » et la « *persécuter* » si elle dit « *non* ». Josette témoigne qu'elle ne peut pas partir de cet hébergement, car étant en situation irrégulière, elle n'a pas la possibilité d'accéder à un hébergement à elle : « *parce que tu n'es pas reconnue par l'administration, ils ne savent même pas que tu existes, tu ne peux rien faire et tu as fait confiance à quelqu'un et voilà...* ». Son indépendance est limitée par son statut légal, et l'homme chez qui elle vit le sait bien, et en profite pour la maltraiter. Josette est obligée de « *retourner subir* », car l'État refuse de la reconnaître : tant que sa situation administrative « *ne s'arrange pas* » elle est obligée quitter les foyers dans lesquels elle s'était réfugiée [voir extrait d'observation Groupe 2 ci-dessous].

sage-femme dit « jusqu'à avoir un enfant même si vous ne voulez pas , ça a été votre cas pour avoir un enfant » et la dame elle dit « bah oui vous êtes à la merci, il veut un enfant, on y va », avant de dire ça il faut sacrément entendre ce qu'elle est en train de dire la dame. Et ça il faut avoir quelqu'un qui peut l'entendre. » (Médecin PMI, Groupe 2, Seine-Saint-Denis).

Parce que tu n'es pas reconnue par l'administration, ils ne savent même pas que tu existes, tu ne peux rien faire : Groupe 2 (vidéo)

- *Sita.* C'est pas qu'on n'est pas intelligente ou on ne pense pas à nos problèmes. On se dit on ne sait jamais il y aura peut-être un jour un petit déclic là. On espère toujours.
- *Josette.* **Et puis il y a des situations où on ne peut pas dire non à quelqu'un parce qu'on est à la charge de cette personne et si on dit non il y a répercussions après.**
- **SF. De ne pas dire non pour avoir une grossesse par exemple ?**
- *Josette.* Par exemple. Moi je vis avec quelqu'un qui me nourrit, qui fait tout pour moi, et quand tu dis non à la personne la personne se met dans des états, c'est la galère, on te met dans la galère, c'est des menaces, on te persécute donc voilà tu dis on y va jusque qu'on parte de là très vite.
- *Sita.* Je peux vivre sans un homme, il suffit d'avoir des finances, de pouvoir m'occuper de mes enfants. Sinon vouloir franchement vivre avec un homme, ici surtout, c'est encore aggraver ta situation. Surtout du côté sentiment cœur...
- *Josette.* **Parce que tu n'es pas reconnue par l'administration, ils ne savent même pas que tu existes, tu ne peux rien faire** et tu as fait confiance à quelqu'un et voilà... parce que moi je suis partie déjà plusieurs fois, je suis partie dans des foyers, mais j'étais obligée de revenir parce que dans les foyers ils ne te gardent pas tout le temps si la situation administrative ne s'arrange pas vous êtes obligée de partir, c'est tellement difficile, on vous met dans des hôtels, ce n'est pas évident de vivre avec un enfant dans un hôtel, et bien vous repartez subir hein. **Mais dès que j'ai l'occasion, dès que tout ça s'arrange pour moi...**
- **Z. Tu te casses !**
- *Josette.* **Ah oui ! vite fait !** parce que quand même le soutien, moi je me suis dit quand même c'est le père de mes enfants et c'est le soutien moral que je peux avoir. Mais c'est tout le contraire. J'ai l'impression d'être détruite un peu plus tous les jours. C'est horrible.

Les femmes primo-arrivantes n'ont pas attendu les professionnelles de santé pour développer des pratiques, tactiques et stratégies d'autonomisation dans un contexte qui limite leurs capacités d'action (voir Chapitre 6). Les participantes des groupes soulignent que leur émancipation, qu'elles recherchent, ne peut se faire sans une reconnaissance politique de l'État français, sans une amélioration de leurs conditions de vie sans une reconnaissance intersubjective des professionnelles de santé. Lors de ces groupes de parole, les sujets abordent de manière réflexive et intersectionnelle

la prégnance des rapports de domination dans un espace collectif en partant de leurs expériences individuelles. Elles utilisent le groupe pour « *poser leurs propres actes et leurs propres savoirs pour lutter contre les discriminations classe/genre/race* » (Ouassak 2015, p. 52). Ainsi, ces groupes contiennent le germe d'une subjectivation politique autour de revendications de justice sociale (Fraser 2004).

Conclusion Chapitre 7

À partir d'une analyse poussée de groupes de parole dédiés aux femmes primo-arrivantes dans le champ périnatal, ce chapitre a analysé les processus d'altérisation ethno-raciale et culturelle à l'œuvre lors du recrutement et du déroulement des séances collectives. Participer à un groupe de parole est une expérience des plus totalisantes. Au-delà des injonctions médicales qui sont diffusées lors des séances, ce sont des conseils de vie que donnent les professionnelles de santé. Les échanges dépassent la santé reproductive pour s'immerger dans les sphères les plus intimes¹ des participantes. L'analyse de ces groupes nous a permis de révéler, derrière le discours autonomisant des animatrices, la promotion d'une subjectivité sexuelle nationale.

Les participantes réagissent à ces mécanismes d'altérisation. Certaines refusent l'étiquette que les professionnelles ont apposée sur elles : elles critiquent le ciblage ethno-racial, refusent de tout céder pour adhérer à la médecine française, ne seront pas « *les victimes idéales* » (Collectif des Féministes Indigènes 2007) qu'on voudrait qu'elles soient, et témoignent de leur expérience intersectionnelle des rapports de domination. Ce chapitre a mis en lumière ces paroles dissidentes, résistantes, qui défient le discours assimilateur et évolutionniste des professionnelles de santé.

Mais si les espaces de parole animés par des professionnelles de santé permettent l'expression de certaines revendications politiques, celles-ci sont limitées par le cadre institutionnel. Nous finirons ce chapitre par une réflexion autour de l'inclusion dans les groupes de parole et plus largement dans le champ de la santé. Dans quelle mesure est-il possible de créer un dispositif dédié qui ne crée pas d'altérisation ? Un groupe sans étiquetage ethno-racial et sans altérisation culturelle ? Sans dévalorisation, ni valorisation culturelle ? Sans ethnocentrisme, ni culturalisme ? Sans maternalisme, ni sexisme ? La critique sociologique pourrait décourager les professionnel.le.s de santé qui créent et

¹ « *A noter le caractère sexuellement marqué de cette approche : les actions en direction des hommes issus de l'immigration s'autorisent beaucoup moins cette ingérence dans la sphère de l'intime* » (Ouassak 2015, p.43).

animent ces groupes. Après tout, s'il n'est pas possible de faire autrement, alors autant ne plus faire de groupes du tout... Or, à mon sens il est possible de construire des actions en santé publique à destination des femmes primo-arrivantes en sortant de cette « *réduction essentialiste de l'Autre* »¹ (Fassin et Dozon 2001, p. 204). Des indications peuvent être trouvées dans les ouvrages mobilisant la méthode de l'intervention sociologique (Touraine 1978 ; Cousin et Rui 2011) ou dans l'étude de Fatima Ouassak (2015). Une première piste est d'ancrer les groupes de parole dans une perspective militante de lutte contre les discriminations spécifiques que connaissent les femmes racisées² dans le soin. L'émergence d'une subjectivation politique sur les questions de justice reproductive ne peut se réaliser que *par* les patientes elles-mêmes. Une seconde piste est laisser aux femmes le contrôle du recrutement des participantes et du déroulement des séances. Le ciblage et l'étiquetage externe ne peut éviter les effets de racialisation, tant que ce ne sont pas les femmes elles-mêmes qui se nomment, qui choisissent des thématiques abordées lors des groupes et qui animent elles-mêmes ces groupes de parole. Par exemple, dans le champ du cancer, Philippe Bataille et Sandrine Bretonnière ont mis en place une intervention sociologique de plusieurs mois, qui a permis aux patient.e.s d'exprimer leur subjectivité en maîtrisant la thématique des séances et en choisissant les professionnel.le.s qui y interviennent (Bataille et Bretonnière 2016). Ainsi, si les groupes se vident, l'absentéisme doit s'expliquer par un décalage entre les priorités des animat.eur.rices et celle des participant.e.s³. En troisième lieu, « *prévoir et expliciter* » les relations de pouvoir au sein du groupe

¹ « *Comment doit-on, dans ces interventions auprès d'individus et de groupes, faire l'usage de la culture ? C'est en la politisant que l'on peut redonner, dans le concret de l'action, un sens et une pertinence à la culture. La reconnaissance de la pluralité d'êtres différents suppose en effet de rejeter toute réduction essentialiste de l'Autre, qui est, au contraire, multiple, divers, impossible à ramener au singulier d'une culture. La reconnaissance de la communauté et de la réciprocité implique de surcroît de penser la différence dans un rapport historiquement construit et déterminé – l'étude culturelle ne peut se donner comme objet l'Autre indépendamment du Même.* » (Fassin et Dozon 2001, p. 204)

² « *Veiller à produire une connaissance minimum commune sur l'Histoire militante et théorique concernant les discriminations classe/genre/race, ainsi que sur l'Histoire des luttes des femmes racisées en France* » (Ibid.)

³ « *Considérer l'ordre des priorités des femmes racisées comme devant définir les objectifs et les méthodes de l'action. Considérer le faible degré de participation des femmes racisées et leur absentéisme comme un indicateur des décalages qui tendent à s'instaurer, notamment entre intervenant.e-s et participantes* » (Ibid.)

de parole, pour éviter, comme le souligne Fatima Ouassak, une « *mascarade* » où le groupe minoritaire produit « *le discours attendu* »¹(Ouassak 2015, p.48). En définitive, si ces conditions sont remplies, le groupe de parole peut devenir un dispositif dédié que s'approprient les usagères « *étrangères* » du champ de la santé périnatale pour connaître et défendre leurs droits reproductifs.

¹ « Ne pas confondre le « point de vue situé » et la mise en place d'un « groupe de parole » dans lequel la relation inégalitaire produit un discours attendu, « groupe de parole » où la participation des premières concernées est simulée, et qui s'apparente souvent à une mascarade. Prévoir et expliciter dans l'action le « pouvoir » réel des femmes racisées, ses domaines d'application et ses modalités de mise en œuvre » (Ibid.)

Conclusion Partie III

Cette troisième partie s'est intéressée au revers de la reconnaissance du sujet. Les femmes enceintes primo-arrivantes ont la possibilité de bénéficier d'accompagnements médico-sociaux dédiés, qui, sous certaines conditions, peuvent participer à les reconnaître comme sujets. Mais toute reconnaissance comporte un risque de réification des identités (Fraser 2004). Grâce à un travail ethnographique au sein de dispositifs dédiés aux femmes primo-arrivantes en périnatalité, cette partie a mis en lumière les mécanismes d'assignation et d'altérisation qui s'y déroulent.

On y découvre que ces dispositifs dédiés sont des espaces frontières, déterminant ou non l'accès à la reconnaissance du sujet en fonction d'un certain nombre de critères imbriqués. Pour être reconnues, les femmes doivent être mères, vulnérables et assimilées. En contrepartie de cette reconnaissance, l'État et ses agents enferment les sujets dans des dispositifs dédiés qui les assignent (dans une identité de *genre*) et les altérisent (dans une identité *raciale* et *culturelle*). L'approche intersectionnelle est alors particulièrement nécessaire afin d'analyser l'imprégnation d'un discours fémonationaliste (Farris 2017) parmi les professionnelles du champ périnatal.

Mais cette partie révèle que les femmes primo-arrivantes ne se laissent pas enfermer sous les étiquettes genrées de « *mère vulnérable* » et racialisées de « *mère victime* ». Ces femmes sont conscientes qu'elles ne sont pas actrices de leur vie, qu'un certain nombre d'éléments les empêchent de contrôler leur futur. Ces sujets veulent être actrices de leur propre vie, comme le dit Estelle : « *je veux être maître de mon destin* » (Estelle, Côte d'Ivoire). Au-delà de la grossesse, cette thèse a mis en avant les femmes primo-arrivantes en tant que sujets, qui tentent d'exister pour elles-mêmes, alors que tout est fait pour les réduire à n'être qu'un corps porteur d'un sujet, et, plus tard, à une identité de « *mère de* », définie par une tierce personne, leur enfant.

Conclusion générale

Pour devenir sujet en France, faut-il (encore) devenir mère ?

La maternité est une « *question structurante de l'histoire des mouvements de femmes* » (Cardi et al. 2016, p. 1). En France, les femmes se sont battues pour obtenir un statut social indépendant, pour être reconnues comme un sujet social en soi (Mathieu 1977), pour que leur valeur sociale et politique ne soit pas mesurée par leur capacité à enfanter (Beauvoir 1949). Les résultats de cette thèse révèlent l'actualité de cette question féministe, tant l'expérience des femmes enceintes primo-arrivantes met en lumière l'imbrication des liens entre maternité et reconnaissance du sujet dans la France contemporaine.

La thèse porte sur une période transitionnelle vers la maternité : la grossesse. À travers les parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes, elle révèle les mécanismes d'assignation à la maternité qui encadrent leur expérience migratoire. Dans le contexte postcolonial, le statut social des femmes primo-arrivantes en France dépend de leur condition de mère. Elles ne sont pas reconnues comme sujets en soi, mais à condition qu'elles portent un enfant, un enfant français. Pour ces femmes, pour devenir sujet en France, il faut devenir mère... d'un sujet français.

La conclusion revient en premier lieu sur les mécanismes de subjectivation à l'œuvre dans les parcours de grossesse des femmes primo-arrivantes. Elle analyse dans un deuxième temps le passage de la reconnaissance du sujet à l'assignation racialisée à la maternité. Enfin, elle analyse des modes de résistances des femmes enceintes primo-arrivantes. Elle s'achève sur de nouvelles perspectives de recherche qui prolongent les résultats de la thèse.

I — Grossesse et subjectivation

L'expérience de la grossesse a des répercussions sur le statut de sujet des femmes primo-arrivantes en France. Le champ de la santé périnatale joue un rôle déterminant dans la subjectivation des femmes primo-arrivantes. Alors qu'elles sont exclues de la communauté nationale, il participe à *fabriquer* (Foucault 1963) et à *reconnaître* (Fraser 2004) ces femmes comme des sujets.

Des femmes exclues : les sujets précaires de la République

Dès leur arrivée sur le sol français, les femmes primo-arrivantes initient des démarches de reconnaissance politique. Certaines se confrontent à un refus de titre de séjour et à l'exclusion sociale qui en découle. Marginalisées de la communauté nationale, elles deviennent des « *sujets précaires* » (Butler 2009) de la République française.

L'exclusion sociale des femmes primo-arrivantes résulte des politiques migratoires qui limitent les admissions à la citoyenneté française. Analysant les trajectoires migratoires des femmes, le premier chapitre de la thèse compare les conditions matérielles des femmes enquêtées, *pré-* et *post-* annonce de la grossesse. Il montre que la grossesse reconfigure les sphères familiales, conjugales, et professionnelles des femmes, déjà fragilisées par le contexte migratoire. Il décrit des situations de ruptures multiples. Les couples ne survivent pas toujours face à cette grossesse qui débute. Les hébergeant.e.s invitent les femmes à quitter leur toit, dès l'annonce de la grossesse ou suite à l'accouchement. Par ailleurs, si les femmes travaillent — souvent illégalement —, elles sont remerciées par leur employeur, et ceci sans indemnités de grossesse. La perte du réseau social et économique entraîne certaines dans l'errance résidentielle, grossissant les rangs du public des sans-domicile-fixe en Île-de-France.

En parallèle, les femmes enceintes primo-arrivantes se confrontent aux institutions médicales françaises. Les parcours de « *galère* » (Dubet 1995) et

d'errance résidentielle complexifient l'accès au suivi obstétrique. Le second chapitre décrit les comportements de soins des femmes, et les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès au système de santé. L'imbrication d'inégalités de capital économique, social et juridique, agit tout au long du parcours de soins : se rendre en consultation, obtenir une couverture médicale, s'inscrire à la maternité, suivre sa grossesse, accéder à des cours de préparation à la naissance, accoucher, et enfin rentrer chez soi avec son nourrisson. Le système de santé français s'est entouré de murs invisibles qui excluent les patient.e.s indésirables. Nombre de maternités refusent les patientes sans couverture médicale, par anticipation du coût du soin. Si les femmes trouvent des structures plus accueillantes, leur parcours n'en est pas moins semé d'embuches. La thèse confirme les résultats des études épidémiologiques qui constatent, et ce depuis les années 1980, l'existence d'inégalités de prises en charge obstétriques des femmes « *étrangères* ». Entre autres, elles risquent davantage d'avoir des suivis irréguliers, une prévention insuffisante, des hospitalisations fréquentes, des accouchements très médicalisés et de rencontrer des difficultés de communication avec les professionnel.le.s de santé.

La fabrique d'un nouveau sujet

Alertées par les enquêtes périnatales, les politiques de santé périnatales mettent à l'agenda public la question des inégalités sociales de santé dès les années 1990. Le troisième chapitre retrace l'émergence d'une politique de ciblage d'une nouvelle catégorie de population « *à risque* » périnatal : les femmes « *en situation irrégulière* » (Plan Périnatal 1994 ; Plan Périnatal 2005-2007). En nommant, les politiques de santé créent un nouveau sujet « *prioritaire* » dans le champ périnatal. Les politiques successives légitiment la mise en place de dispositifs dédiés, *officiellement* ou *officieusement*, aux femmes « *étrangères* ». Plusieurs dispositifs ont été étudiés dans cette thèse, aux statuts et missions hétérogènes (PMI, réseau de santé, PASS, groupes de parole), mais au public *réel* similaire : les femmes enceintes primo-arrivantes. La thèse décrit la diversité des étiquettes employées pour cibler ces femmes ; la littérature

épidémiologique cible les femmes « *immigrées* », les politiques de santé périnatale « *les femmes en situation irrégulière* » et les dispositifs dédiés par une hétérogénéité de termes : « *sans couverture médicale* », « *en errance* » ou « *en situation de vulnérabilité* ».

L'observation ethnographique des prises en charge proposées dans plusieurs dispositifs médico-sociaux dédiés en Île-de-France révèle un type d'accompagnement spécifique. Que ce soit dans les dispositifs favorisant l'entrée dans le suivi de grossesse, ceux qui améliorent la qualité du suivi médical ou ceux qui s'attachent à réduire les risques de santé périnataux en agissant sur les conditions de vie de ces femmes, ces dispositifs ont en commun de mettre en place des outils et des espaces qui rendent possible une approche *personnalisée* de la patiente. La demande de personnalisation du soin dans l'obstétrique émerge dès les États Généraux de la Naissance en 2004 parmi les revendications des usagères de santé. Depuis, cette question ne cesse de revenir dans le débat public, comme le montrent les dénonciations récentes de violences obstétricales sur les réseaux sociaux¹. Les exigences des patientes envers le suivi obstétrique se focalisent progressivement sur la qualité du soin : respect de la personne, de son consentement, de son intégrité, de sa subjectivité. Le ministère de la Santé constate en 2010 que les patientes attendent d'être « *prises en compte* » et pas seulement « *prises en charge* »². Mais la demande de personnalisation du soin se confronte aux résistances institutionnelles de l'hôpital public sous pressions financières.

Le quatrième chapitre s'attache à décrire les caractéristiques de cette approche personnalisée au sein des dispositifs dédiés observés, définie par ses caractéristiques *humaine* et *globale*. *Humaine*, elle développe une prise en charge individualisée — par exemple par le recours à la même soignante tout au long de la grossesse —, et privilégie le dialogue à la technique — notamment en augmentant la durée de la consultation médicale. *Globale*, elle adapte le soin

¹ Les usagères évaluent les progrès de la médecine périnatale « *à partir des contenus humains de l'activité soignante* » (Bataille 2009). Un mouvement général d'usagères gronde sur les réseaux sociaux à l'aide de *hashtag*, de blogs, de pages Facebook, de bandes dessinées, de livres, et des sites listent des soignant.e.s non maltraitant.e.s. Les femmes dénoncent les maltraitances obstétricales, l'ensemble des risques médicaux, sociaux et politiques associés à la grossesse.

² (Ministère de la Santé et des Sports 2010)

aux caractéristiques économiques, sociales et juridiques des patientes, et propose une médecine holistique allant au-delà des aspects strictement médicaux. La mise en place de ce suivi personnalisé a exigé une intensification des collaborations entre professionnel.le.s du médical, du psychique et du social. Le champ de la santé périnatale a subi des transformations organisationnelles, notamment la création de réseaux de professionnel.le.s et de dispositifs dérogatoires du droit commun.

La reconnaissance du sujet

La cinquième chapitre analyse les répercussions de cet accompagnement personnalisé sur le statut social des femmes primo-arrivantes. Le phénomène social de la reconnaissance est multiforme. En se basant sur le travail de la philosophe Nancy Fraser, la thèse se focalise sur deux aspects : la reconnaissance intersubjective et politique (Fraser 2004).

Les institutions médicales jouent un rôle déterminant dans la transformation du statut social des femmes par la maternité. Ce sont souvent les seuls espaces sociaux où les sujets exclus sont considérés comme biolégitimes d'être sur le territoire français (Fassin 2005). En les considérant comme une personne, les institutions médicales contribuent à une forme de reconnaissance intersubjective (Fraser 2004) de ces femmes en manque « *d'estime sociale* » (Honneth 2000). Via des politiques de santé périnatale compassionnelles, empreintes de représentations genrées autour de la vulnérabilité des femmes enceintes, le champ de la santé publique s'est mobilisé pour mettre en place des dispositifs médico-sociaux où les femmes enceintes, devenues patientes, sont *prises en compte*.

Cette reconnaissance intersubjective s'imbrique parfois avec une reconnaissance politique, quand les femmes obtiennent un titre de séjour à l'issue de leur grossesse. Dans le contexte migratoire actuel, les voies de régularisation sont peu nombreuses et bien gardées. Une des voies les plus répandues parmi les enquêtées est celle d'une demande de titre de séjour au titre de parent d'enfant français : l'enfant doit être né en France et il faut que

son père, français ou régularisé, le reconnaisse. Alors, la mère de l'enfant français pourra demander la régularisation. Le chapitre décrit les effets symboliques et matériels de ces formes de reconnaissance sur les parcours des femmes primo-arrivantes. En les reconnaissant comme sujets et en assurant une redistribution de ressources, ces dispositifs dédiés reconfigurent la « *co-formation des rapports sociaux* » (Bacchetta 2015). Pour les femmes primo-arrivantes, la grossesse augmente leurs capacités d'agir.

II — De la reconnaissance à l'assignation racialisée à la maternité

Toute reconnaissance comporte un risque de réification des identités (Fraser, 2005). Si être enceinte est source de reconnaissance du sujet, elle en est toutefois la condition. L'assignation à la maternité — le fait d'attribuer aux femmes la place de mère et d'attendre qu'elles performant ce rôle en se conformant aux attentes sociales — pèse alors sur les destins des femmes. Reconnaissance et assignation à la maternité représentent les « *deux faces d'une même réalité* » (Balibar 2011, p. 83). Si des dispositifs dédiés sont créés, en toute « *bonne morale sociale* » (Geeraert 2016, p. 73), pour accompagner les femmes primo-arrivantes, ils conditionnent les femmes qui veulent y être incluses à se conformer à certaines assignations, imprégnées de représentations genrées, raciales et classistes. Pour être incluses dans le soin et obtenir une reconnaissance, ces femmes doivent enfanter, s'assimiler, et adhérer à l'étiquette de « *vulnérable* » qu'on leur appose.

La reconnaissance sous condition maternelle

Les femmes primo-arrivantes ont, de par leur grossesse, la possibilité de bénéficier d'accompagnements médico-sociaux dédiés, qui, sous certaines conditions, peuvent participer à les reconnaître comme sujets. Cette

reconnaissance est ancrée dans une dimension corporelle. C'est par leur corps enceint que ces femmes sont reconnues comme sujet. Le sixième chapitre analyse les implications matérielles, politiques et subjectives de cette reconnaissance sous condition maternelle.

Les professionnelles considèrent, du fait des représentations genrées associant grossesse et vulnérabilité, que les femmes enceintes doivent être protégées *en priorité*. Les femmes enceintes bénéficient d'une logique compassionnelle par le biais de l'enfant à venir, centre de l'attention des professionnelles. Puis, c'est par l'enfant qu'elles portent qu'elles pourront accéder, éventuellement, à une reconnaissance politique. Le destin de la reconnaissance des femmes primo-arrivantes se lie aux capacités de leur « *organisme reproductif* » (Farris 2013). La grossesse doit être menée à terme, l'enfant doit survivre et le géniteur est tenu d'avoir la « *bonne* » citoyenneté, la citoyenneté française, et accepter de reconnaître son enfant. La « *voie biologique* » (Moujoud 2007) pour la régularisation est marquée par les biais genrés des politiques migratoires actuelles, préférant régulariser les femmes par le mariage et la famille plutôt que par l'asile (Lesselier 2004).

L'expérience de grossesse des femmes primo-arrivantes cristallise l'imbrication des politiques migratoires avec la gouvernance reproductive de l'État français. Sans même implémenter des politiques natalistes à destination des femmes primo-arrivantes, les politiques migratoires, en pénalisant les femmes sans enfant et en reconnaissant les femmes accouchant d'un futur enfant français, opèrent une assignation racialisée à la maternité. Alors que les processus d'assignation à la maternité ont été décrits par les théoriciennes féministes, la thèse révèle une forme contemporaine d'assignation racialisée à la maternité inscrite dans le contexte postcolonial. En effet, la gouvernance reproductive de l'État français est historiquement « *stratifiée* » (Ginsburg et Rapp 1995) : elle diverge dans son application selon les critères sociaux et raciaux des femmes. Si les travaux d'Elsa Dorlin sur la période de l'esclavage (Dorlin 2006) et de Françoise Vergès sur les années 1970¹ (Vergès 2016)

¹ Voir le travail de Françoise Vergès : « *c'est le même contrôle du corps des femmes qui est visé en France et dans les départements d'outre-mer (DOM), mais il n'est pas pratiqué de la même manière dans les deux lieux. En France, l'État veut que les femmes fassent des enfants ; dans*

décrivent les politiques reproductives racialisées de l'État français, on ne peut que constater le peu d'études sur la gouvernance reproductive de l'État français dans le contexte français postcolonial. Après tout, les femmes primo-arrivantes enquêtées sont, pour la plupart, originaires de pays anciennement colonisés par la France¹. La littérature américaine en revanche abonde. Les travaux concluent que les femmes racisées, colonisées, minorisées subissent des formes multiples d'« *oppression reproductive* » : tantôt via des politiques natalistes ciblées elles sont poussées à faire des enfants (au temps de l'esclavage aux États-Unis²), tantôt via des « *politiques antinatalistes agressives* » (Vergès 2016) elles sont stérilisées de force ou avortées sans leur consentement (aux États-Unis, au Mexique, Guatemala³). Elles voient leurs droits reproductifs bafoués au nom des intérêts de l'État.

Dans le contexte français actuel, la grossesse constitue une fenêtre d'opportunité pour les femmes primo-arrivantes. Elle s'insère dans un espace interstitiel entre les politiques de santé qui les protègent au nom d'un risque médical, les représentations genrées qui sanctifient la vulnérabilité des femmes enceintes, et les politiques migratoires répressives qui ne laissent comme voie pour la reconnaissance politique que la maternité. De la rencontre de ces phénomènes isolés, les femmes primo-arrivantes deviennent, le temps de leur grossesse, des intouchables, protégées à la fois des politiques migratoires répressives et exceptionnellement aidées par les professionnel.le.s du médical et du social.

les DOM, il lance des campagnes antinatalistes agressives et retarde systématiquement la mise en œuvre des lois sociales de protection des femmes enceintes. » (Vergès 2017, p.9).

¹ Les enquêtées sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne en grande majorité (voir Chapitre Méthodologique et Profil des enquêtées en Annexe)

² Se référer aux travaux d'Angela Davis (1983) et d'Elsa Dorlin (2006).

³ Se référer aux travaux de Lynn Morgan et Elizabeth Roberts aux États-Unis, Mounia El Kotni au Mexique (2016) et d'Anaïs Garcia au Guatemala (2016).

L'exclusion de l'idéal normatif de la maternité

Le phénomène d'assignation racialisée à la maternité que vivent les femmes primo-arrivantes dans le contexte actuel résulte de l'entrechoquement d'agendas politiques, sécuritaires d'un côté, compassionnels de l'autre. Le paradoxe qui en découle est que les femmes primo-arrivantes sont biolégitimes (Fassin 2005) du fait de leur corps enceint, mais ne sont pas pour autant perçues comme de « *bonnes mères* » pour leur futur enfant français (Vozari 2015). Devoir d'enfanter n'est synonyme de droit à l'enfant¹. Il s'agira alors de profiter de la période de la grossesse pour surveiller ces futures mères, et surtout, pour les former à la maternité *à la française*. En observant plusieurs dispositifs collectifs, le septième chapitre analyse les mécanismes d'altérisation des femmes primo-arrivantes sur la base de représentations de genre, de race et de classe.

L'étude ethnographique nous donne un point d'entrée dans le processus de construction de la maternité, façonné par les professionnelles du champ qui en définissent les critères. Dans les groupes de parole, animés par les professionnelles de santé, les normes médicales s'imbriquent avec les normes de genre. Le thème de l'autonomie des femmes primo-arrivantes est omniprésent. Le groupe est pensé par les animatrices comme un espace de socialisation entre femmes — ce sont des espaces non mixtes — au potentiel émancipateur. Des figures idéales-typiques émergent, celle d'abord de la femme française émancipée, incarnée par les professionnelles de santé, toutes des femmes françaises, blanches, au capital culturel et économique élevé. Cette figure est opposée à celle de la femme « *étrangère* », victime de l'oppression patriarcale de son groupe d'origine. Le groupe de parole se transforme en dispositif d'intégration par acculturation. Les femmes primo-arrivantes sont invitées à se détacher de leur « *culture d'origine* » et d'adhérer à la valeur dite « *occidentale* » : l'égalité des sexes (Farris 2017). Ainsi, les dispositifs de socialisation des femmes enceintes nous renseignent sur l'imbrication des normes de genre et des normes nationales dans la formation des subjectivités maternelles. L'imprégnation d'un

¹A titre d'exemple, on peut constater que depuis 2011 l'Assistance Médicale à la Procréation a été retirée des soins accessibles aux patientes qui ont l'Aide Médicale d'État.

discours fémonationaliste (Farris 2017) parmi les professionnelles du champ périnatal participe à hiérarchiser les femmes sur la base de critères ethno-raciaux.

Alors que l'objectif des professionnel.le.s est d'intégrer les femmes primo-arrivantes dans le système de soins et dans la société française, paradoxalement les soignantes renforcent l'altérisation de ce public. Les dispositifs pensés comme des «*sas*» vers l'inclusion dans le soin deviennent des «*nasses*» enfermantes (Wieviorka, 1993). En contrepartie de la reconnaissance, les femmes primo-arrivantes côtoient assignation à la maternité et altérisation culturelle.

III — Résistances et perspectives

Si la grossesse permet d'obtenir une reconnaissance, c'est parce que les institutions empreintes de paternalisme associent corps enceint et vulnérabilité, et se donnent pour mission de protéger mères et enfants *d'abord*. Mais le sens donné par les institutions au corps gravide n'est pas celui donné par les femmes enceintes elles-mêmes. Le corps enceint, *fabriqué* comme vulnérable, peut se transformer en ressource politique, en outil pour résister face aux mécanismes de domination. Les modes de résistance ne s'incarnent pas ici dans la confrontation ou le refus des normes de genre, mais par son appropriation (Mahmood 2005). Les femmes primo-arrivantes s'approprient l'assignation à la maternité pour faire entendre leur voix, leurs revendications, leur vision de l'émancipation.

Le corps enceint comme ressource

Le sixième chapitre dévoile les mécanismes de transformation d'un stigmaté (Goffman 1973) en capital corporel. Loin d'être passives face à l'ensemble des mécanismes d'assignation, les femmes primo-arrivantes développent des tactiques et stratégies incorporées pour interpeller les

institutions et les professionnel.le.s. Certaines vont même jusqu'à mettre en danger leur corps enceint pour réclamer des conditions de vie dignes. Alors que les lois migratoires les assignent à la maternité, les femmes primo-arrivantes « *se débrouillent* » pour obtenir une reconnaissance politique. Elles développent des stratégies juridiques et « *jouent avec les règles* » en s'appuyant sur les failles des « *législations restrictives* » (Moujoud 2008). Le corps au centre de l'attention des institutions devient une ressource politique pour des femmes tentant de maîtriser un destin qui leur échappe.

En réaction à ces tactiques et stratégies de résistance, les institutions resserrent leur surveillance et la répression des corps maternels. Les professionnel.le.s sont partagé.e.s entre leur volonté d'aider les femmes en diffusant eux/elles-mêmes les tactiques et leur fonction de contrôle. Le regard qui reconnaît devient soupçonneux s'il perçoit l'actrice stratège derrière le sujet vulnérable (Bataille 2012). La mise en danger du corps pour interpeller l'institution conduit les professionnel.le.s à se méfier de ces mères dangereuses. Les femmes sont incitées à adhérer au suivi, à être passives, à ne pas trop solliciter les dispositifs et à déléguer aux professionnel.le.s, au risque d'être marginalisées des dispositifs. Les tentatives de résistance sont étouffées, voire utilisées contre le sujet : les femmes sont mises de côté au nom de l'intérêt de l'enfant ou du risque médical.

La parole sur soi

Lors des groupes de parole, les participantes font entendre leur voix. Elles donnent sens à leur propre expérience, en tentant de se libérer du sens attribué par les institutions. Le septième et dernier chapitre met en lumière les réactions des participantes face aux injonctions ethnocentrées et culturalistes des professionnelles de santé. Les femmes primo-arrivantes témoignent de leur expérience intersectionnelle des rapports de domination. Elles proposent un discours alternatif de l'émancipation proposée par les animatrices. Elles soulignent que leur émancipation, qu'elles recherchent, ne peut s'obtenir sans une reconnaissance politique de l'État français, sans une amélioration de leurs

conditions de vie, sans une reconnaissance de leur valeur sociale. Elles pointent ainsi les injonctions contradictoires des institutions françaises. D'un côté, celles-ci invitent les femmes primo-arrivantes à s'émanciper en tant que femme, mais, de l'autre, les politiques migratoires les assignent à la maternité, les animatrices les renvoient à une figure victimaire et les institutions les sanctionnent si elles sont soupçonnées de ne pas être *vraiment* vulnérables, mais actrices de leur propre vie. Le discours sur l'émancipation des femmes « *immigrées* », porté par les institutions, fonctionne comme un écran de fumée camouflant les mécanismes de domination de classe et de race.

En définitive, pour les femmes primo-arrivantes, être reconnue comme sujet requiert de devenir mère. Pour comprendre ce phénomène social, il a été nécessaire de développer une lecture intersectionnelle des processus de subjectivation. Sous quelles conditions peut-on et doit-on devenir sujet quand on est une femme primo-arrivante en France ? Dans quelle mesure ces conditions cristallisent-elles des rapports de pouvoir de genre, de race et de classe ? La thèse décrit l'ampleur des inégalités sociales et politiques que connaissent les femmes « *étrangères* » qui souhaitent immigrer en France. Elle analyse les mécanismes d'objectivation, d'assignation et d'altérisation des corps des femmes primo-arrivantes lorsqu'elles tombent enceintes. Les femmes naviguent entre injonction à l'émancipation et enfermement dans une catégorie de vulnérabilité. Leurs parcours de soins mettent en lumière leur statut d'actrice en lutte pour la survie face aux mécanismes de domination. La thèse révèle les risques réifiants d'une reconnaissance sous condition maternelle, et invite à repenser les liens entre reconnaissance du sujet et maternité dans une perspective féministe postcoloniale.

Perspectives de recherche

De nombreuses perspectives de recherche découlent des conclusions de cette thèse, aussi bien en sociologie et en anthropologie du genre, de la santé et des migrations. Un premier axe de recherche se tourne vers la gouvernance reproductive en France, stratifiée selon les caractéristiques sociales et raciales des femmes. Il s'agira d'interroger les enjeux politiques et nationalistes autour de la maternité et des inégalités entre les femmes. Un deuxième axe de recherche porte sur les modes de résistance des femmes face aux rapports de domination, et ce, bien au-delà de la période de la grossesse.

Les résultats de la thèse invitent à élargir l'étude des parcours des femmes primo-arrivantes à l'ensemble de leur vie reproductive en France. Avortement, contraception, grossesse, ménopause, les femmes sont confrontées tout au long de leur vie aux institutions médicales et aux professionnel.le.s de la santé reproductive. Sans se limiter à la grossesse, une enquête sur la vie reproductive étudiera la gouvernance reproductive, le respect des droits reproductifs et l'égalité devant les services de santé reproductive.

Élargir à toute la vie reproductive implique d'étendre la temporalité de présence sur le territoire français des femmes enquêtées (dans cette enquête circonscrite à moins de cinq ans), pour analyser les parcours sur le plus long terme. Si une grossesse subjectivise dans les premières années de migration en France, comment les améliorations matérielles et symboliques se répercutent-elles sur les destins de ces femmes dans les années qui suivront? Quand la grossesse se finit, que font les femmes de leurs capacités d'action nouvellement acquises? Se tournent-elles vers la revendication politique collective? Bien que la thèse se soit focalisée sur les processus de subjectivation individuelle, il existe de nombreux mouvements sociaux qui portent des revendications de justice reproductive. Une enquête auprès de collectifs d'usagères de la santé, d'associations de sans-papiers ou de mouvements féministes, permettrait d'étendre l'analyse aux processus de subjectivation collectifs autour de la question de la reproduction. Les parcours de grossesse étudiés dans cette thèse

révèlent le potentiel politique du corps enceint. De capital individuel, il pourra, sans nul doute, se convertir en capital militant.

Bibliographie

- AGIER Michel, 2012a, « Penser le sujet, observer la frontière. Le décentrement de l'anthropologie », *L'Homme*, 2012, vol. 203- 204, p. 51- 76.
- AGIER Michel, 2012b, « Du superflu au sujet. Biopouvoir et politique en situation d'exception », *Le sujet dans la cité*, vol. 1, n° 1, p. 5- 9.
- AIT BEN LMADANI Fatima, 2008, « Dynamiques du mépris et tactiques des « faibles ». Migrants âgées marocaines face aux institutions d'action sociale », *Sociétés contemporaines*, vol. 70, n° 2, p. 71- 93.
- AIT BEN LMADANI Fatima et MOUJOURD Nasima, 2012, « Peut-on faire de l'intersectionnalité sans les ex-colonisé-e-s? », *Mouvements*, vol. 4, n° 72, p. 11- 21.
- AKRICH Madeleine, 2007, « Accoucher à domicile? Comparaison France/Pays-Bas », *La santé de l'homme*, n° 391, p. 45- 47.
- ANDRIJASEVIC Rutvica, 2009, « Sex on the move: Gender, subjectivity and differential inclusion », *Subjectivity*, décembre 2009, vol. 29, n° 1, p. 389- 406.
- ANDRIJASEVIC Rutvica et ANDERSON Bridget, 2009, « Conflicts of mobility: Migration, labour and political subjectivities », *Subjectivity*, décembre 2009, vol. 29, n° 1, p. 363- 366.
- ANTHIAS Floya, KONTOS Maria et MOROKVASIC-MULLER Mirjana, 2013, *Paradoxes of Integration: Female Migrants in Europe*, London, Springer.
- BACCHETTA Paola, 2015, « Décoloniser le féminisme: intersectionnalité, assemblages, co-formations, co-productions », *Les cahiers du CEDREF*, n° 20.
- BADEYAN Gérard et WCISLO Martine, 2000, « La situation périnatale en France en 1998 », *Etudes et résultats*, n° 73.
- BAGOE-DIANE Claude, 2006, *Accoucher en Terre étrangère*, L'image à la Parole.
- BALIBAR Etienne, 2011, *Citoyen Sujet et autres essais d'anthropologie philosophique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BARBOT Janine, 2008, « Soigner en situation de risque judiciaire », *Revue française de science politique*, vol. 58, n° 6, p. 985.
- BARBOT Janine, 2002, *Les malades en mouvements: la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Seuil., Paris.
- BARS Joanne LE, 2014, « Travailleuses sans-papiers à Paris. Retour sur la tentative de constitution d'un collectif de femmes », *Hommes et migrations*, vol. 4, n° 1308, p. 105- 111.
- BATAILLE Philippe, BRETONNIERE Sandrine, 2016, *Vivre et vaincre le cancer. Les malades et les proches témoignent*. Paris : Autrement.
- BATAILLE Philippe, 2012, *A la vie, à la mort. Euthanasie, le grand malentendu.*, Paris, Autrement.
- BATAILLE Philippe, 2009, « La décennie des malades? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 25, n° 4, p. 63.
- BATAILLE Philippe et VIROLE Louise, 2013, « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative », *La Nouvelle Revue du Travail*, 30 mars 2013, n° 2.
- BEAUVOIR Simone, 1949, *Le deuxième sexe. Tome I*, Paris, Gallimard.
- BECKER Howard, 1963, *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, New

- York, The Free Press of Glencoe.
- BELORGEY Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le «nouveau management public»*, Paris, La Découverte.
- BENHABIB Seyla et RESNIK Judith, 2009, *Migrations and Mobilities. Citizenship, Borders, and Gender*, New York and London, New York University Press.
- BENTOUHAMI Houria, GUENIF-SOULAMAS Nacira, 2017, « Avec Colette Guillaumin : penser les rapports de sexe, race, classe. Les paradoxes de l'analogie », *Cahiers du Genre*, Vol. 63, p. 205-219.
- BERCHET Caroline et JUSOT Florence, 2012, « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, n° 172.
- BERCHET Caroline et JUSOT Florence, 2008, « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition », p. 73-100.
- BERG Marguerite VAN DEN, DUUVENDAK Jan Willem, JAUNAIT Alexandre, RENARD Amélie LE et MARTEU Élisabeth, 2013, « Parler de sexe sans rougir. Comment les cours à l'usage des parents construisent l'«identité néerlandaise» et la «sexualité normale» », *Raisons politiques*, n° 49, n° 1, p. 55-74.
- BERGERON Henri, 2007, « Colloque Les droits des malades et des usagers du système de santé , une législature plus tard », vol. 2007, p. 1-10.
- BERLIVET Luc, 2004, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention » dans *Le gouvernement des corps*, Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, p. 37-75.
- BERNARD Olivier, 2016. « Inégalité sociale de santé et périnatalité : évolution de la place de la pmi ». *Spirale* [En ligne]. Vol. 78, n°2, p. 45.
- BERROCAL Raquel Rico et MENER Erwan LE, 2015, *La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet RÉMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis)*, 1-118 p.
- BERTOSSI Christophe, 2009, « La république «modèle» et ses discours modélisants: l'intégration performative à la française », *Migrations société*, vol. 21, n° 122, p. 39-76.
- BLANC-FEVRIER Jeanne, 2011, « Universalisme proportionné : Lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance », *Réseau français des villes santé de l'OMS*.
- BLONDEL Béatrice, 2004, « Le système d'information périnatal en France », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 159-169.
- BLONDEL Béatrice et KERMARREC Morgane, 2011, *Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*.
- BLONDEL Béatrice, LELONG N. et SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, 2009, *Les femmes en situation précaire en France: déroulement de la grossesse et santé périnatale*, Angers, Angers.
- BODIER Marceline, BUISSON Guillemette, LAPINTE Aude, ROBERT-BOBEE Isabelle, BAKTAVATSALOU Ravi, DEMAISON Catherine, MAYO-SIMBSLER Séverine et MAURY-DUPREY Denise, 2015, « Couples et famille », *INSEE*.
- BOEHRINGER Sandra et FERRARESE Estelle, 2015, « Féminisme et vulnérabilité Introduction », *Cahiers du Genre*, vol. 58, p. 5-19.
- BOURDIEU Pierre, 1982, *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.
- BOURDIEU Pierre, 1980, « Le capital social », *Actes de la recherche en sciences*

sociales, vol. 31, n° 31, p. 1-3.

BOUSSAD Nadia, COULEAUD Nathalie et SAGOT Mariette, 2017, « Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional », *INSEE Analyses*, n° 70, p. 18-21.

BREART Gérard, 2004, « En France, vingt propositions pour une nouvelle politique périnatale », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 69-72.

BRETIN Hélène, 2015, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », vol. 22, p. 87-110.

BRUTEL Chantal, 2016, « La localisation géographique des immigrés. Une forte concentration dans l'aire urbaine de Paris », *INSEE première*.

BRUTEL Chantal, 2014, « Les immigrés récemment arrivés en France », *Insee Première*, n° 1524, p. 0-6.

BUTLER Judith, 2009, *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Paris, La Découverte.

BYDLOWSKI Monique, 1991, « La transparence psychique de la grossesse », *Etudes freudiennes*, vol. 32, p. 2-9.

CADART Marie-Laure, 2004, « La vulnérabilité des mères seules en situation de migration », *Dialogue*, vol. 163, n° 1, p. 60.

CADART Marie-Laure, EGULLION Claude et EKOUE Léocadie, 2009, « Ethnopsychanalyse en maternité », *Le Divan familial*, vol. 22, n° 1, p. 81.

CAMUS Jérôme et ORIA Nathalie, 2017, « Accompagnement des mères pendant la grossesse: des discours différenciés », *La santé en action*, p. 16-17.

CARAYON Lisa, 2013, « Genre et séjour : des discriminations invisibles », *Plein droit*, vol. 99, n° 4, p. 32.

CARDE Estelle, 2007, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 2, n° 19, p. 99-109.

CARDI Coline, 2008, « Le féminin maternel ou la question du traitement pénal des femmes », *Pouvoirs*, n° 128, p. 75-86.

CARDI Coline, ODIER Lorraine, VILLANI Michela et VOZARI Anne-Sophie, 2016, « Penser les maternités d'un point de vue féministe », *Genre, sexualité & société*, vol. 16, p. 0-12.

CARRICABURU Danièle, 2005, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du Travail*, avril 2005, vol. 47, n° 2, p. 245-262.

CARRICABURU Danièle et MENORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin.

CEFAÏ Daniel et GARDELLA Edouard, 2011, *L'ugence sociale en action. Ethnologie du Samusocial de Paris*, La Découverte/ Bibliothèque de MAUSS, 576 p.

CERVILLE Maxime, 2012, « La conscience dominante. Rapports sociaux de race et subjectivation », *Cahiers du Genre*, 2012, vol. 2, n° 53, p. 37-54.

CERVILLE Maxime et CLAIR Isabelle, 2017, « Lire entre les lignes: le féminisme matérialiste face au féminisme poststructuraliste », *Comment S'en Sortir?*, vol. 1-22, n° 4.

CERVILLE Maxime et TESTENOIRE Armelle, 2012, « Du sujet collectif au sujet individuel, et retour Introduction », *Les cahiers du genre*, vol. 2, n° 53, p. 5-17.

CHAÏB Sabah, 2003, « Femmes, migration et marché du travail en France », *Les*

- cahiers du CEDREF*, n° 12, p. 211-237.
- CHIMERES LES, 1975, *Maternité esclave*, Paris, Union Générale d'éditions.
- CIANE, 2007, « Des Etats Generaux de la naissance a la plateforme perinatalité », *Spir*, vol. 41.
- CLAIR Isabelle, 2016, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 213, n° 3, p. 66-83.
- COGNET Marguerite, GABARRO Céline et ADAM-VEZINA Emilie, 2009, « Entre droit aux soins et qualité des soins », *Hommes Et Migrations*, vol. 1282.
- COGNET Marguerite, HOYEZ Anne-Cécile et POIRET Christian, 2012, « Éditorial: Expériences de la santé et du soin en migration: entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 7-10.
- COLLECTIF DES FEMINISTES INDIGENES, 2007, *L'Appel des Féministes Indigènes : stop au féminisme néocolonial et paternaliste !*, <https://rebellyon.info/L-Appel-des-Feministes-Indigenes>.
- COMEDE, 2013, *Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*, 373 p.
- COMMISSION NATIONALE DE LA NAISSANCE ET DE LA SANTE DE L'ENFANT, 2014, *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*, 72 p.
- CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Résoudre les refus de soins. Rapport Annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé*.
- CONRAD Peter, 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, n° 19, p. 209–232.
- COSSEE Claire, MIRANDA Adelina, OUALI Nouria et SEHILI Djaouida, 2012, *Le genre au coeur des migrations*, Paris, Petra, 333 p.
- COUR DES COMPTES, 2006, « La politique de périnatalité », *Rapport public annuel 2006*, 2006, p. 365-398.
- COUSIN Olivier et RUI Sandrine, 2011, « La méthode de l'intervention sociologique », *Revue française de science politique*, 7 juillet 2011, vol. 61, n° 3, p. 513.
- CRENN Chantal, 2000, « Une consultation pour les migrants à l'hôpital », *Hommes et migrations*, 2000, vol. 1225, mai-juin, p. 39-45.
- CRENN Chantal et KOTOBI Laurence, 2012, *Du point de vue de l'ethnicité*, Paris, Armand Colin.
- CRENSHAW Kimberle, 1989, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », *The University of Chicago Legal Forum*, 1989, vol. 140, p. 139–167.
- CUCHE Denys, 2012, « Migrations internationales et transformation des cultures d'origine ». In : *Du point vue l'ethnicité: Pratiques françaises*. Paris : Armand Colin, p. 42-55.
- D'HALLUIN-MABILLOT Estelle, 2012, *Les épreuves de l'asile*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- DAMBUYANT-WARGNY Gisèle, 2006, *Quand on n'a plus que son corps. Soin et non-soin de soi en situation de précarité*, Armand Colin, 236 p.
- DAMBUYANT-WARGNY Gisèle, 2000, *Entre choix et destin: la condition sociale des plus démunis. La place du corps dans la désocialisation*, Ecole des Hautes Etudes

en Sciences Sociales, 499 p.

DAMIAN-GAILLARD Béatrice, MONTANOLA Sandy et OLIVESI Aurélie, 2014, *L'assignation de genre dans les médias. Attentes, perturbations, reconfigurations.*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

DANET Sandrine et OLIER Lucile, 2009, *La santé des femmes en France.*

DARLEY Mathilde, 2014, « Les coulisses de la nation. Assignations genrées et racialisées dans les pratiques d'assistance aux étrangers en situation irrégulière », *Sociétés contemporaines*, vol. 94, n° 2, p. 19.

DAVIS Angela, 1983, *Femmes, race et classe*, Paris, Des femmes.

DAVOUDIAN Christine, 2012, *Mères et bébés sans-papiers, une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité?*, Toulouse, ERES, 245 p.

DAVOUDIAN Christine, 2007a, « Penser une clinique de l'errance et de l'invisibilité », *Spirale*, vol. 41, n° 1, p. 157.

DAVOUDIAN Christine, 2007b « Maternité d'exil », *La clinique lacanienne*, vol. 1, n° 12, p. 69-73.

DEFENSEUR DES DROITS LE, 2016a, *Les droits fondamentaux des étrangers en france*, 305 p.

DEFENSEUR DES DROITS LE, 2016b, *Les droits fondamentaux des étrangers en france - Synthèse*, 65 p.

DELOUR Marcelle et DESPLANQUES Laurence, 2010, « S'adapter pour réduire les inégalités : l'exemple du service de protection maternelle et infantile de Paris » dans *Réduire les inégalités sociales en santé*, p. 209-218.

DODIER Nicolas, 2002, « Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du sida », *Santé publique et sciences sociales*, vol. 1, n° 8-9, p. 37-52.

DORLIN Elsa, 2010, « 33. le grand strip-tease : féminisme, nationalisme et burqa en france » dans *Ruptures postcoloniales*, La Découverte.

DORLIN Elsa, 2009, *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination.*, PUF.

DORLIN Elsa, 2007, « Performe ton genre: performe ta race! », *Antisexisme ou antiracisme: un faux dilemne?*.

DORNIER Aurélie, 2015, *La promotion de l'allaitement maternel chez les femmes en situation de précarité en Haute Normandie.*, Université de Bourgogne, 114 p.

DUBET François, 1995, *La galère, jeunes en survie*, Points Mars.

DUVOUX Nicolas, 2013, « Comment l'assistance chasse l'Etat social », *Idées économiques et sociales*, vol. 1, n° 171, p. 10-17.

FAINZANG Sylvie, 2006, *Les relations médecins-malades: information et mensonge*, Paris, PUF.

FALQUET Jules, 2009, « La règle du jeu. Repenser la co-formation des rapports sociaux de sexe, de classe et de « race » dans la mondialisation néolibérale » dans *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, PUF.

FALQUET Jules, HIRATA Helena, KERGOAT Danièle, LABARI Brahim, LEFEUVRE Nicky et SOW Fatou, 2010, *Le sexe de la mondialisation. Sexe, classe, race et nouvelle division du travail.*, Presses de Sciences Po.

FARRIS Sara, 2017, *In the name of Women Rights. The rise of Femonationalism*, Duke University Press.

FARRIS Sarah R., 2013, « Les fondements politico-économiques du fémonationalisme », *Contretemps (revue en ligne)*.

- FASSIN Didier, 2010, *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte.
- FASSIN Didier, 2009, « Le droit d'avoir des droits », *Hommes et migrations*, vol. 1282.
- FASSIN Didier, 2005, « Biopouvoir ou biolégitimité? Splendeurs et misères de la santé publique » dans *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*, Paris, Karthala, p. 161-181.
- FASSIN Didier, 2001, « Charité bien ordonnée : Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence », *Revue Française de Sociologie*, vol. 42, n° 3, p. 437-475.
- FASSIN Didier, 1999, « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, vol. 35, n° 1, p. 146-171.
- FASSIN Didier et DOZON Jean-Pierre, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland., Paris.
- FASSIN Didier et FASSIN Eric, 2008, *De la question sociale à la question raciale*, Paris, La Découverte.
- FASSIN Didier et MEMMI Dominique, 2004, *Le gouvernement des corps*, EHESS., Paris.
- FASSIN Didier, MORICE Alain et QUIMINAL Catherine, 1997, *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, La Découverte et Syros.
- FASSIN Didier, MORICE Alain, QUIMINAL Catherine et LOIS Les, 1997, « Pour une politique de l'hospitalité Didier Fassin, Alain Morice, Catherine Quiminal », 1997.
- FAYA-ROBLES Alfonsina, 2014, « Régulations en santé materno-infantile en milieu populaire à partir de la notion de risque », *Anthropologie & Santéopologie*, vol. 9.
- FLORES ESPINOLA Artemisa, 2012, « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du "point de vue" », *Cahiers du Genre*, vol. 53, p. 99.
- FOUCAULT Michel, 1984, *Le souci de soi. Histoire de la sexualité*, tome III. Paris, Editions Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1976, *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité, Tome I.*, Paris, Editions Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- FRASER Nancy, 2005, *Qu'est ce que la justice sociale? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte.
- FRASER Nancy, 2004, « Justice sociale, redistribution et reconnaissance », *La Découverte / Revue du MAUSS*, 2004, vol. 1, n° 23, p. 152-164.
- FREEDMAN Jane, 2013, « The Feminisation of Asylum Migration from Africa : Problems and Perspectives » dans *African Migration : Patterns and Perspectives*, Indiana University Press, p. 211-229.
- FREEDMAN Jane, 2008, « Une analyse 'genrée' des politiques européennes de l'asile » dans *Les migrations internationales : enjeux contemporains et questions nouvelles*, Bilbao, Université de Deusto (Humanitarian Net), p. 257-269.
- FRESSON Jeanne, REY Sylvie, VANHAESEBROUK Alexis et VILAN Annick, 2017, « Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Etudes et résultats*, n° 1031, p. 1-8.

- FRIGOLI Gilles, 2010, « Les usages locaux des catégories de l'action publique face aux situations migratoires », *Migrations société*, vol. 2, n° 128, p. 81-93.
- FRIGOLI Gilles, 2009, « De la circulaire au guichet. Une enquête sur la fabrique des populations vulnérables par les politiques publiques », *Deviance et Societe*, vol. 33, n° 2, p. 125-148.
- FRIGOLI Gilles et MANIER Marion, 2013, « Les “femmes de l’immigration” et le récit républicain », *Lien social et Politiques*, n° 69, p. 107.
- GAIDE Aden, 2014, *Les temporalités de la maternité étudiante. Cycles de vie, temps du quotidien.*, Sciences Po.
- GALACTEROS Frédéric, 2012, « Numéro thématique – La drépanocytose en France : des données épidémiologiques pour améliorer la prise en charge », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 27-28, p. 311-329.
- GARCIA Anais, 2016, « Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala », *Cahiers du Genre*, vol. 1, n° 60, p. 39-60.
- GEERAERT Jeremy, 2014, « Une médecine de la précarité à l’hôpital Tensions et enjeux sur la conception du soin. Le cas des Permanences d’accès aux soins de santé » dans *Autour du soin Pratiques, représentations, épistémologie*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- GEERAERT Jérémy, 2016, « Le touriste et le réfugié », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, n° 2, p. 69.
- GELLY Maud, 2014, « Dépistage ciblé, dépistage généralisé », *Le vie des idées*.
- GINSBURG Faye et RAPP Rayna, 1995, *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, University of California Press.
- GIOAN Estelle et MESTRE Claire, 2010, « Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées », *Enfances & Psy*, vol. 48, n° 3, p. 33.
- GOFFMAN Erving, 1973, *La présentation de soi*, Les Editions de minuit.
- GUENIF-SOUILAMAS Nacira, 2007, « L’altérité de l’intérieur » dans *La situation postcoloniale. Les postcolonial studies dans le débat français*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 344-352.
- GUENIF-SOUILAMAS Nacira, 2010, « Le corps-frontière, traces et trajets postcoloniaux » dans *Ruptures postcoloniales*, p. 217-229.
- GUENIF-SOUILAMAS Nacira, 2005a, « En un combat douteux...Concurrence pour la conformation sexuée des Français d’ascendance migrante et coloniale », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 21, n°2, p. 1-19.
- GUENIF-SOUILAMAS Nacira, 2005b, « Femmes, immigration, ségrégation ». In : *Femmes, genre et sociétés*. Paris : La Découverte, p. 389-397.
- GUENIF-SOUILAMAS Nacira, 2005c, « La fin de l’intégration, la preuve par les femmes ». *Mouvements*, Vol. 39-40, n°3, p. 150.
- GUENIF-SOUILAMAS Nacira et MACE Eric, 2004, *Les féministes et le garçon arabe*, L’Aube., Paris.
- GUILLAUMIN Colette, 1992, *Sexe, race et pratique du pouvoir*, Paris, Côté-femmes.
- GUSFIELD J-R, 1981, *The Culture of Public Problem: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, University of Chicago Press.
- HAICAULT Monique, 2012, « Autour d’agency. Un nouveau paradigme pour les recherches de Genre », *Rives méditerranéennes*, n° 41, p. 11-24.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1994, *La Sécurité Et La Qualité De La Grossesse Et De La Naissance- Plan Périnatalité*, Rennes, 276 p.

- HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2017, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, Paris.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.*, Paris, 42 p.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, *Recommandations cliniques: Indications de la césarienne programmée à terme*, Paris, 16 p.
- HIRSCHMAN Albert, 1995, *Défection et prise de parole*, Paros, Fayard.
- HONNETH Axel, 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.
- HUGHES Everett, (1951, 1956, 1958, 1970), 1996, *Le Regard sociologique*, Essais choisis, Paris, Ed. de l'Ehess.
- HUMAN EARLY LEARNING PARTNERSHIP, 2013, *Universalisme proportionné*, Quebec, 4p.
- INSERM/DREES, 2017, *Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010.*
- INTERLOGEMENT 93, 2014, *La périnatalité et rupture d'hébergement en Seine-Saint-Denis*, Seine-Saint-Denis, 1-4 p.
- JACQUES Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Puf., Paris.
- JAISSON Marie, 2002, « La mort aurait-elle mauvais genre? », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Vol. 143, n°3, p. 44-52.
- JAUNAIT Alexandre, RENARD Amélie LE et MARTEU Élisabeth, 2013, « Nationalismes sexuels ? », *Raisons politiques*, vol. 49, n° 1, p. 5.
- JUSOT Florence et SERMET Catherine, 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? », vol. 60.
- KAHN-BENSAUDE Irène et FAROUDJA Jean-Marie, 2010, « La Protection de l'enfance. Signalement et information préoccupante », *Ordre des Médecins*.
- KERGOAT Danièle, 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux » dans *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, p. 111.
- KOCZE Angéla, 2011, « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui », *Cahiers du Genre*, 2011, vol. 50, n° 1, p. 133-152.
- KOTNI Mounia EL, 2016, « *Porque Tienen Mucho Derecho* »: *Parteras, Biomedical training and the vernacularization of human rights in Chiapas*, State University of New York, 295 p.
- LAHAYE Marie-Hélène, 2018, *Accouchement. Les femmes méritent mieux.*, Editions Michalon.
- LANZARINI Corinne, 2000, *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Presses Universitaires de France.
- LARCHANCHE Stéphanie, 2012, « Intangible obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France », *Social Science and Medicine*, vol. 74, n° 6, p. 858-863.
- LE BARS Joanne, 2014, « Travailleuses sans-papiers à Paris. Retour sur la tentative de constitution d'un collectif de femmes ». *Hommes et Migrations*. Vol. 4, n°1308, p. 105-111.
- LEGROS Michel, BAUER Denise et GOYAUX Nathalie, 2012, « Groupe de travail « Santé et accès aux soins » Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins ».
- LEPINARD Éléonore, 2005, « Malaise dans le concept », *Cahiers du Genre*, vol. 39,

n° 2, p. 107.

LESSELIER Claudie, 2004, « Femmes migrantes en France », *Les cahiers du CEDREF*, janvier 2004, n° 12, p. 45-59.

LEVITT Mary J., LANE Jonathan D. et LEVITT Jerome, 2005, « Immigration Stress, Social Support, and Adjustment in the First Postmigration Year: An Intergenerational Analysis », *Research in Human Development*, septembre 2005, vol. 2, n° 4, p. 159-177.

LOMBRAIL Pierre et PASCAL Jean, 2005, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, vol. 8, n° 3, p. 31.

LOPEZ Alain, MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise et SCOTTON Claire, 2011, *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*, Paris.

MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C., 2011, *Les inégalités sociales de santé: Déterminants sociaux et modèles d'action*, 124 p.

MAHIEU-CAPUTO Dominique, 2009, « Femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale: quelle prise en charge? Faut-il des dispositifs spécifiques? », Angers, Arnette.

MAHMOOD Saba, 2009, *Politique de la piété. Le féminisme à l'épreuve du renouveau islamique*, Paris, La Découverte.

MATH Antoine, 2009, « Les difficultés d'accès à la protection maladie et aux soins », *Hommes et migrations*, vol. 1282.

MATHIEU Nicole-Claude, 1977, « Paternité biologique, maternité sociale... De l'avortement et de l'infanticide comme signes non reconnus du caractère culturel de la maternité » dans *Femmes, sexisme et sociétés*, Presses Universitaires de France, p. 39-48.

MBAYE Elhadji Mamadou, 2009, « La santé des immigrés en France: controverses autour d'un paradigme », *Hommes et migrations*, vol. 1282.

MEMMI Dominique, 2003, *Faire vivre, laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort.*, La Découverte.

MENORET Marie, 2015, « La prescription d'autonomie en médecine », *Anthropologie & Santé*, vol. 10.

MEZOUAR Sabrina, 2014, *Vie de famille à l'hôtel, une urgence qui s'éternise: quel retentissement sur la parentalité?*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social, 60 p.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, 2018, « L'essentiel de l'immigration. Chiffres clefs », *Statistique publique*, p. 1-3.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, 2015, *Le guide du demandeur d'asile en France*.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, *Résoudre les refus de soins. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers*, Paris, 48 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, *Evaluation du plan périnatalité 2005-2007*, Paris.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2004, *Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité*, Paris.

MORGAN Lynn M. et ROBERTS Elizabeth F.S., 2012, « Reproductive Governance in Latin America », *Anthropology & Medicine*, vol. 19, n° 2, p. 241-254.

MORO Marie Rose, 2008, « L'arbre à palabres (Les Bluets, Paris), un groupe entre prévention et soins » dans *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, La Pensée.

- MORO Marie Rose, 2003, « Transmettre malgré tout. Migrer au féminin pluriel », *Empan*, vol. 2, n° 50.
- MOROKVASIC Mirjana, 2011, « L'(in)visibilité continue », *Cahiers du Genre*, vol. 51, n° 2, p. 25.
- MOROKVASIC Mirjana, 2008, « Femmes et genre dans l'étude des migrations: un regard restrospectif », *Les cahiers du CEDREF*, vol. 16, p. 33-56.
- MOUJOURD Nasima, 2008, « Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires », *Les cahiers du CEDREF*, vol. 16, p. 57-79.
- MOUJOURD Nasima, 2007, *Migrantes, seules et sans droits, au Maroc et en France. Dominations imbriquées et résistances individuelles*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- MOUJOURD Nasima et FALQUET Jules, 2010, « Cent ans de sollicitude en France. Domesticité, reproduction sociale, migration et histoire coloniale », *Agone*, vol. 43, p. 169-195.
- NACU Alexandra, 2011, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes "migrantes" dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du Travail*, janvier 2011, vol. 53, n° 1, p. 109-130.
- NATHAN Tobie, 1986, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS, 2014, *Enfants et familles sans logement, Rapport Enquete ENFAMS*, Paris.
- OSO Laura et CATARINO Christine, 2012, « Analyse de la féminisation contrastée des migrations. Le cas comparatif de l'Espagne et du Portugal » dans *Le genre au coeur des migrations*, Petra, p. 203-227.
- OUASSAK Fatima, 2015, *Discriminations Classe / Genre / Race. Repères pour comprendre et agir contre les discriminations que subissent les femmes issues de l'immigration post-coloniale*, Ifar, 63 p.
- PARSONS Talcott, 1951, *The social system*, New York, Free Press.
- PINQUIER Didier, 2008, « Politique Périnatale en France : 1994-2005. Impact des décrets en périnatalité », Rouen.
- PLANCHE Maëlle, 2014, « L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité », *Pensée plurielle*, n° 35, n° 1, p. 101-112.
- POISSANT Julie, 2015, « L'universalisme proportionné. Quelques explications additionnelles », Québec, Institut National de Santé publique du Québec.
- POMBET Thibaud, 2017, *Personnaliser le soin, encadrer l'autonomie, produire des vulnérabilités. Une reconnaissance idéologique des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer en France.*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 405 p.
- PRUD'HOMME Dorothée, 2016, « Du « soin global » au traitement discriminatoire La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien », *Terrains et travaux*, vol. 2, n° 29, p. 85-104.
- QUAGLIARIELLO Chiara, 2013, *Modèles de naissance et de « nature » en conflit : les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne*, Università degli studi (Sienne, Italie).
- RAPPORT DE L'OBSERVATOIRES DES ETRANGERS MALADES AIDES, 2012, « Droit au séjour pour soins », p. 52.

- REBUGHINI Paola, 2014, « Subject, subjectivity, subjectivation », *Sociopedia*, p. 1-11.
- RECHTMAN Richard, 2010, « La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels » dans *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, p. 101-128.
- REVEL Judith, 2009, *Le vocabulaire de Foucault*, Ellipses., Paris, 113 p.
- REY Sylvie, DANET Sandrine et BENREKASSA Judith, 2015, « Santé périnatale: des inégalités sociales et territoriales en France », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, vol. 6-7.
- ROBLES Alfonsina Faya, 2011, *De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale*, Université Toulouse le Mirail.
- ROULLEAU-BERGER Laurence, 2012, « Circulations féminines, marchés du travail multiscalaires et inégalités multisituées » dans *Le genre au coeur des migrations*, Petra, p. 27-42.
- ROULLEAU-BERGER Laurence, 2010, *Migrer au féminin*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ROZENBERG Eve et ZAJDE Arielle, 2014, *Eveline*, Editions Jets d'Encre.
- RUMEAU-ROUQUETTE Claude, 2004, « L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, p. 57-68.
- SAMUSOCIAL DE PARIS, 2015, *Rapport 2015*, 62 p.
- SARRADON-ECK Aline, 2008, « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *Ethnographiques.org*, n° 17.
- SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, SAUCEDO Monica, DREWNIAC Nicolas, BLONDEL Béatrice et BOUVIER-COLLE Marie-Hélène, 2012, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *BEH*, vol. 2-3-4.
- SAUREL-CUBIZOLLES MJ, STENGEL Benedicte, KAMINSKI Monique et BLONDEL Béatrice, 1986, « Prenatal surveillance and outcome of pregnancy according to the origin of women born outside continental France », *Journal Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol. 15, n° 1, p. 19-27.
- SAUVEGRAIN Priscille, 2012, « La santé maternelle des "Africaines" en Ile de France: racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 81-100.
- SAUVEGRAIN Priscille, 2008, « Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? », *Spirale*, vol. 47, n° 3, p. 167.
- SAUVEGRAIN Priscille, CARAYOL Marion, EGO Anne, CRENN-HEBERT Catherine, BUCOURT Martine et ZEITLIN Jennifer, 2015, « Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, vol. 6-7, p. 116-122.
- SAYAD Abdelmalek, 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Le Seuil., Paris.
- SIMMEL Georg, 1998, *Les pauvres.*, 1908 première édition, Paris, PUF.
- SPIRE Alexis, 2008, *Accueillir ou reconduire. Enquêtes sur les guichets de l'immigration*, Editions Raisons d'Agir.
- SPIVAK Gayatri Chakravorty, 1988, « Can the subaltern speak? » dans *Marxism and the Interpretation of Culture*, University of Illinois Press, p. 271-316.

- STACEY Judith et THORNE Barry, 1985, « The missing feminist revolution in sociology », *Social Problems*, n° 4, p. 301-316.
- STENDEL Benedicte, SAUREL-CUBIZOLLES Marie Josephe et KAMINSKI Monique, 1986, « Pregnant immigrant women: Occupational activity, antenatal care and outcome », *International Journal of Epidemiology*, vol. 15, n° 4, p. 533-539.
- STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative de l'interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- TABET Paola, 2004, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échanges economico-sexuels*, Paris, L'Harmattan.
- TASTSOGLU Evangelia et DOBROWOLSKY Alexandra, 2006, *Women, Migration and Citizenship. Making Local, National and Transnational Connections*, Aldershot, Ashgate.
- TISON Brigitte, 2007, *Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle*, Elsevier M.
- TOURAINÉ Alain, 1978, *La voix et le regard*, Paris, Les Editions du Seuil, 315 p.
- VANLERENBERGHE Jean-Marie, 2015, *Rapport D'Information. Fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des Comptes relative aux maternités*, Paris, 1-92 p.
- VERGES Françoise, 2017, *Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*, Paris, Albin Michel.
- VERON Daniel, 2010, « Sans-papiers: d'un quotidien tactique à l'action collective », *Variations*, 13/14.
- VIEVARD Ludovic, 2016, « L'universalisme proportionné : un principe récent pour des politiques publiques plus justes », *GrandLyon la métropole*.
- VIROLE-ZAJDE Louise, 2016, « Devenir mère , Devenir sujet? Parcours de femmes enceintes sans- papiers en France », *Genre, sexualité & société*, vol. 16.
- VIROLE Louise, 2013, *Les femmes migrantes dans la relation gynéco-obstétrique. Etude de cas dans une maternité « alternative »*, Ecole doctorale de Sciences Po, 123 p.
- VOZARI Anne-Sophie, 2011, *Les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La Protection Maternelle et Infantile entre « protection de l'enfance » et « soutien à la parentalité »*, Paris.
- WIEVIORKA Michel, 2012, « Du concept de sujet à celui de subjectivation / dé-subjectivation », *FMSH*, n°16.
- WIEVIORKA Michel, 1993, « Le sas et la nasse » dans *Ville, exclusion et citoyenneté. Entretiens de la ville II*, Paris, Editions Esprit, p. 191-203.
- YUVAL-DAVIS Nira, 1997, *Gender and Nation*, SAGE Publications.
- ZAJDE Charles, 2010, *En mémoire des justes*, Orsay, Charielleditions.
- ZENEIDI-HENRY Djemila et FLEURET Sébastien, 2007, « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF », *Espace Géographique*, vol. 36, n° 1, p. 1-14.

Annexes

Annexe I : Guides d'entretiens

1. *Guide d'entretien femme primo-arrivante enceinte ou venant d'accoucher en Île-de-France*

Questions

- 1) Questions préliminaires
 - Est-ce que vous pourriez me raconter comment se déroule votre grossesse ?
- 2) Parcours de grossesse
 - i) *Retracer le parcours de grossesse*
 - ❖ par quelles structures êtes vous passée ? (maternité, PMI, centres de santé, réseau, associations, etc.). Décrire chaque structure, les raisons de la prise en charge, l'accueil, l'orientation.
 - Quels acteurs vous avez rencontrés ? Est-ce qu'il y a des différences dans le traitement ? (gyneco, SF, infirmières, AS, médiatrices, interprètes, psy, puéricultrices)
 - par quelles étapes du suivi médical de grossesse vous êtes passée :
 - ❖ visites prénatales
 - ❖ échographies,
 - ❖ préparation à l'accouchement
 - ❖ visites médicales
 - ❖ type accouchement
 - ❖ temps resté à la maternité
 - ❖ consultation postnatale
 - ❖ consult psy
 - Expériences antérieures de grossesse(s)
 - ii) *Relationnel avec les professionnels de santé*
 - Quel accueil vous avez reçu des professionnels de santé en France ? bon, plutôt bon, mauvais ?
 - Est-ce que pour vous c'est important que ça soit une femme gynéco/SF ou non ?
 - Est-ce que vous parlez de votre vie privée pendant la consultation ? (famille, origines)
 - À votre avis, est-ce que c'est nécessaire ? Est-ce que vous êtes à l'aise ? vous voudriez partager plus ou moins ?
 - iii) *Obstacles et difficultés*
 - quels obstacles vous avez rencontrés dans votre parcours ? difficultés ?

- Y a-t-il des choses qui vous dérangent pendant la consultation gynéco ? Avez vous déjà eu des problèmes avec une professionnelle de santé? À votre avis qu'est ce qu'ils pourraient améliorer ?

iv) Attentes

- quelles sont vos attentes en termes de prise en charge et de pratiques : suivi de grossesse, accouchement (césarienne, péridurale, déclenchement, etc.)

3) Accès aux soins

- Est-ce que vous avez la sécurité sociale ? CMU ? AME ? Depuis quand ?
- Est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés pour vous soigner ?
- Est-ce que vous avez des problèmes de santé ?

4) Réseau de santé

- Comment êtes-vous arrivée au Réseau?
- Quel accueil avez-vous reçu ?
- Qu'est-ce que vous avez compris du Réseau de santé ? Qu'est-ce que le Réseau de santé a fait pour vous ?
- Qu'est-ce que vous attendez du Réseau de santé ?

5) Migration

- Lieu de naissance, trajectoire de migration
- Quel statut légal? (avec ou sans titre de séjour, en cours, nationalité française, etc.)
- Quel statut pour le futur bébé ? ou pour vos autres enfants ?
- Est-ce que le suivi de grossesse est différent que dans votre pays d'origine ?
- Est-ce que vous connaissez d'autres femmes enceintes en France ? Est-ce que vous discutez avec elles de la grossesse ?
- Comment vous vous définissez? « étrangère », « migrante », « nationalité du pays d'origine », « française », « expatriée », etc. ?

6) Engagement

- Est-ce que vous faites partie d'une association, d'un groupe ? d'une Eglise (ou Mosquée ou autre) ?

7) Groupes de parole

- Est-ce que vous avez déjà participé à un groupe de parole (ou atelier) de femmes enceintes ?
- Si non ; est-ce que ça vous intéresserait de discuter avec d'autres femmes enceintes étrangères de la grossesse ? si oui/non, pourquoi ?
- Si a déjà participé :
 - ❖ Décrire une réunion : nombre de personnes, qui, comment ça se déroule
 - ❖ Qu'est-ce que ça fait que ça soit que des femmes ?
 - ❖ Comment vous vous êtes retrouvée dans cette réunion ?
 - ❖ Pourquoi y être allée ?
 - ❖ Quelles impressions ?
 - ❖ Pourquoi ça a été mis en place à votre avis ?
 - ❖ À quoi ça sert ?
 - ❖ Qu'est ce que ça change ? (insister sur les exemples).

- ❖ Étés vous satisfaite ? Y a-t-il des limites ? Est-ce que vous y retournerez ?

8) Discriminations

- Est-ce que vous avez déjà dû renoncer à vous soigner ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous avez déjà été mal traitée ou mal reçue par un médecin ? Un gynécologue ? Pourquoi à votre avis ? Est-ce que vous avez eu l'impression d'être moins bien traitée que d'autres ?

9) Projections

- À votre avis, qu'est-ce qui aurait besoin d'être amélioré dans l'accompagnement des femmes enceintes en France ?

10) Données générales

- Âge, profession, lieu de résidence, nombre d'enfants, conjoint, entourage

2. Guide d'entretien femme incluse dans le Réseau, réalisé avec Clélia Gasquet-Blanchard

Clelia Gasquet (EHESP-UMR ESO)

Louise Virole (CADIS-EHESS)

Questions ajoutées au guide d'entretien initial :

Parcours de grossesse

- Combien de temps vous mettez pour aller dans chaque structure ? Comment vous faites pour vous déplacer ?

Santé générale

- Est-ce que vous avez d'autres problèmes de santé, ou quelqu'un de votre entourage proche avec qui vous résidez : conjoint, enfants ?

Section entourage, bien-être de la femme enceinte

- Vous sentez-vous entourée, par votre conjoint, votre famille ?
- Est-ce que vous connaissez d'autres femmes enceintes en France ? Est-ce que vous discutez avec elles de la grossesse ?

Environnement de vie

- Quel est approximativement votre lieu de résidence ? Comment est organisé votre logement ? À combien résidez-vous dans ce logement ?
- Depuis combien de temps ? Aimez-vous votre quartier ? Fréquentez-vous votre quartier ?

Mobilités

- Comment faites-vous pour vous rendre à votre consultation médicale, à votre échographie, au laboratoire pour les analyses ?
- Quels autres déplacements faites-vous dans la semaine ? Par quels moyens de transport ?

3. Guide d'entretien professionnelle de santé

Questions

Présentation du travail et de la structure de soins

- Est-ce que vous pourriez vous présenter ? Votre parcours ? (âge, depuis combien de temps elle travaille dans la structure)
- Comment êtes-vous arrivée à travailler dans cette structure ?
- Comment s'organise votre travail? Avec qui êtes-vous en relation au jour le jour ?
- Demander de présenter l'historique de la structure : positionnement, valeurs, projet de santé
- Est-ce qu'il existe de cours de préparation à la naissance?
- Quel type de population vient dans la structure ?

Prise en charge des patientes primo-arrivantes

- Est-ce que vous rencontrez des problématiques particulières en fonction des origines des patientes ?
- Comment vous les prenez en compte dans la consultation ?
- Est-ce que vous recourez à de l'interprétariat ? de la médiation ?
- Est-ce que vous pensez que la culture d'origine des patientes influe sur leur rapport aux soins ?
- Est-ce que vous faites des statistiques ethniques ? comment ? pourquoi ?
- Est-ce que la structure (ou vous-même) a mis en place des dispositifs spécifiques pour les personnes d'origine étrangère ?
- Est-ce que vous avez déjà animé un groupe de parole pour les personnes d'origine étrangère ?
 - Si oui voir guide d'entretien animatrice de groupe plus bas
- Est-ce que vous pensez que l'origine des soignants joue un rôle dans la prise en charge des patientes ?

Contacts avec d'autres structures

- Est-ce que vous connaissez des autres établissements, en Ile de France ou ailleurs, où des personnes ont mis en place ce genre d'initiatives ?
 - Comment vous mobilisez le Réseau de santé ? En quoi ça consiste ? Qui ça vise ?
 - Comment vous mobilisez les autres réseaux?

- Et lien particulier avec une PMI ?
- Avec des associations de professionnel.le.s ?
- Avec des associations de patientes ?
- Avec des associations de migrantes, de sans-papiers, etc. ?

Projections

- À votre avis qu'est-ce qu'il faudrait améliorer dans la prise en charge des patientes étrangères ?

4. Guide d'entretien animatrice de groupe de parole

Questions ajoutées au guide d'entretien initial

Animatrice

- Comment elle s'est retrouvée à travailler dans ce groupe ? depuis combien de temps ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à mettre en place ces groupes ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé à vous intéresser à cette question ?

Objectifs du groupe

- Quels sont les objectifs du groupe ?
- Quel « besoin » a initié le groupe ?
- Quels sont les rôles des animateurs du groupe ? Quel est le rôle de la traductrice ?
- Sur quels auteurs/théories vous vous êtes appuyée pour mettre en place ce groupe ? Est-ce que vous vous êtes inspirée d'autres dispositifs ?
- Qui a identifié le « besoin » qui a initié ce groupe ?

Recrutement des participantes

- Pour quel type de population ? quels sont les critères de recrutement ? pourquoi ?
- Est-ce que le groupe est conçu pour les personnes en précarité économique ?
- Comment se fait le recrutement des participantes ?
- Pourquoi dans ce quartier ?

Déroulement du groupe

- Où a lieu le groupe ? A quelle fréquence ?
- Combien de participantes ?
- Quelles thématiques sont abordées ?
- Comment s'est passé le dernier groupe ? Raconter.
- Est-ce que le groupe a évolué avec le temps ?

Retours

- Est-ce que vous avez des retours de la part des participantes ?

- Selon vous, est ce que le groupe marche? pourquoi?
- Est-ce que vous pensez que ces dispositifs sont nécessaires aujourd'hui ? Quel bilan pouvez-vous faire de ces séances ? Pour les femmes et les soignants ? Est-ce que vous avez noté des changements dans les attitudes des patientes ? Dans vos pratiques professionnelles ?
- Est-ce qu'au moment de la mise en place du groupe cela a suscité des controverses?
- Certains disent que cela peut être éthiquement controversé de faire un groupe que pour les personnes étrangères... qu'en pensez-vous ?

Annexe II. Observations

1. Structures observées

Structure observée	Lieu	Période d'observation	Code Anonyme
Maternité	Paris	Janvier – mars 2013	Maternité A
Maternité	Seine-Saint-Denis	Juin – décembre 2014	Maternité B
PMI	Seine-Saint-Denis	Juin – décembre 2014	PMI 1
PMI	Seine-Saint-Denis	Juin – décembre 2014	PMI 2
Réseau	Paris	Janvier- Mars 2015	Réseau
Maternité	Paris	Janvier - Mars 2015	Maternité C

2. Grille d'observation de consultation obstétrique

Date	Lieu /soignant	Prise de parole de la patiente – à +	Durée de consult	Caract. patiente : <i>Nationalité</i> <i>Durée de présence en France</i>	Pratique soignante	Présentation chercheur	Entretien oui/non

3. Groupes de parole observés

Code Groupe	1	2	3	4	5	6	7	8
Structure à l'initiative	Maternité	PMI	Asso & PMI	Asso	Accueil de jour & Maternité	Asso	Planning familial & Asso	Planning familial & Centre d'hébergement
Animatrices	Gynéco & SF PMI	Médecin PMI & SF PMI	Puéricultrice & SF PMI 2 Traductrices	Psy & SF PMI 1 traductrice 1 stagiaire	SF	SF 1 médiatrice	Gynéco	Gynéco
Régularité	2/ mois	1/semaine	1/mois	1/mois	1/semaine	1/mois	Unique	Unique
Nbr. Pers.	6	6	10	1	5	4	30	7
Nbr. Séances observées	3	1 vidéo	1	1	1	2	1	1
Lieu	Paris	Seine-St-Denis	Bordeaux	Bordeaux	Seine-St Denis	Paris	Paris	Seine-St-Denis
Durée	2h	2h	3h	3h	2h	2h	3h	2h
Participant.es Interrogées ou mentionnées	Florence Elsa Nadia Dabou Dianka	Josette Élise Sita	Inès	Inès	Sophie Sabrina Leila Dominique Raby	Chuang Mu	Adjoua Fatou Mariam Aya	Estelle

Annexe III. Profil des enquêtées

1. Profil des femmes enceintes ou venant d'accoucher interviewées

Nbr	Prénom de code	Pays de naissance	Age	Date d'arrivée	Primipare <i>1^{er} enfant</i>	Recrutée
1	Marlene	République Démocratique du Congo (RDC)	27	2014	Non	2015 Réseau
2	Laurence	Côte d'Ivoire	22	2013	Oui	2015 Réseau
3	Simone	Guinée	30	Juin 2014	Non	2015 Réseau
4	Fanta	Guinée	23	2012	Non	2015 Réseau
5	Aminata	Côte d'Ivoire	27	2013	Oui	2015 Réseau
6	Awa	Sénégal	24	2010	Oui	2015 Réseau
7	Imen	Tunisie	33	2014	Non	2015 Réseau
8	Estelle	Côte d'Ivoire	34	Juin 2014	Oui	2015 Réseau
9	Grace	Côte d'Ivoire	32	2011	Oui	2015 Réseau
10	Priscilla	Côte d'Ivoire	25	2014	Non	2015 Réseau
11	Cynthia	Cameroun	32	2014	Non	2015 Réseau
12	Michèle	Côte d'Ivoire	19	2010	Oui	2015 Réseau
13	Elora	Kosovo	20	2013	Oui	2014 Foyer
14	Gizem	Turquie	30	2001	Non	2014 Maternité B
15	Neva	RDC	27	2011	Oui	2014 Maternité B
16	Adriana	Roumanie	28	2003	Non	2014 Maternité B
17	Asmayat	Comores	26	2012	Oui	2015 Maternité C
18	Fatoumata	Sénégal	24	2006	Non	2015 Maternité C
19	Cristina	Roumanie	36	2006	Non	2014 Permanence PMI
20	Yasmine	Algérie	25	Mars 2013	Non	2014 Permanence PMI
21	Nastya	Moldavie	22	Oct. 2014	Oui	2015 Maternité C
22	Hiruni	Sri Lanka	30	2010	Non	2015 Maternité C
23	Madeleine	Côte d'Ivoire	23	2010	Oui	2015 Maternité C
24	Catherine	Sénégal	35	1998	Oui	2015 Maternité C
25	Leila	Mali	25	2012	Non	2015 Maternité C
26	Salma	Maroc	30	2011	Non	2015 Maternité C
27	Aicha	Burkina Faso	29	Janvier 2014	Non	2015 Maternité C
28	Hannatou	Guinée	28	Déc. 2013	Oui	2015 Maternité C

Nbr	Prénom de code	Pays de naissance	Age	Date d'arrivée	Primipare <i>1^{er} enfant</i>	Recrutée
29	Sarah	Côte d'Ivoire	37	2010	Non	2015 Maternité C
30	Carine	Côte d'Ivoire	20	2014	Oui	2014 Permanence PMI
31	Doina	Roumanie	24	2012	Non	2014 Permanence PMI
32	Abella	Brésil	24	2012	Oui	2014 Permanence PMI
33	Inès	Algérie	24	2012	Oui	2014 Groupe de parole (Bordeaux)
34	Mina	Algérie	30	2009	Non	2014 Permanence PMI
35	Hiruni	Sri Lanka	27	1993	Non	2014 Permanence PMI
<u>Enquête 2013</u>	Elsa	France	20	Née en France	Oui	2013 Groupe de parole (Maternité A)
<u>Enquête 2013</u>	Manjou	Burkina Faso	32	1998	Non	2013 Groupe de parole (Maternité A)
<u>Enquête 2013</u>	Florence	Burkina Faso	42	2010	Oui	2013 Groupe de parole (Maternité A)

2. Profil des professionnelles en entretien

Nbr	Statut	Structure	Lieu	Age	Sexe
1	Éducatrice spécialisée	Accueil de jour	Seine-Saint-Denis	30	Femme
2	Sage-femme	Maternité B et accueil de jour	Seine-Saint-Denis	25	Femme
3	Coordinatrice régionale PASS	Agence Régionale de santé	Paris	50+	Femme
4	Psychologue	Association	Bordeaux	30	Femme
5	Puéricultrice	Permanence PMI	Bordeaux	40+	Femme
6	Sage-femme PMI	Permanence PMI	Bordeaux	40+	Femme
7	Sage-femme	Association	Paris	40	Femme
8	Assistante sociale	Maternité C	Paris	35	Femme
9	Psychologue	Maternité C	Paris	60	Femme
10	Sage-femme PMI (n°1)	Maternité C	Paris	40+	Femme
11	Sage-femme PMI (n°2)	Maternité C	Paris	50	Femme
12	Référent SIAO	SIAO	Seine-Saint-Denis	40	Homme
13	Gynécologue	Réseau	Paris	60	Femme
14	Assistante sociale	Réseau	Paris	27	Femme
15	Cadre sage-femme	PMI	Paris	60	Femme
16	Directrice CHRS	CHRS	Seine-Saint-Denis	40	Femme
17	Médecin PMI	PMI	Seine-Saint-Denis	50+	Femme
18	Cadre infirmière	Maternité B	Seine-Saint-Denis	40	Femme
19	Cadre sociale	Maternité B	Seine-Saint-Denis	50	Femme
20	Gynécologue	Maternité B	Seine-Saint-Denis	50	Femme
21	Cadre sage-femme	Maternité B	Seine-Saint-Denis	30	Femme
22	Auxiliaire puéricultrice	PMI	Seine-Saint-Denis	25	Femme
23	Puéricultrice	PMI	Seine-Saint-Denis	60	Femme
24	Sage-femme PMI (n°1)	PMI	Seine-Saint-Denis	50	Femme

25	Sage-femme PMI (n°2)	PMI	Seine-Saint-Denis	30	Femme
<u>Enquête 2013</u>	Gynécologue	Maternité A	Paris	60 ans	Femme
<u>Enquête 2013</u>	Sage-femme PMI	Maternité A	Paris	55 ans	Femme

Annexe IV. Retranscriptions intégrales

1. Retranscription intégrale d'un entretien avec une femme primo-arrivante

8 mai 2015

Chambre d'hôtel 115, métro Ménilmontant

Entretien avec Imen et son mari, originaires de Tunisie, dans leur chambre d'hôtel 115. En présence de leurs trois enfants ; S. un mois R. un an, et l'ainé, M, six ans. Ce dernier est autiste. Je les rencontre une première fois au cours d'une visite à domicile de l'Assistante sociale du Dispositif d'Appui du Réseau, car Imen était incluse dans le Réseau de santé pendant sa grossesse. L'entretien se fait deux mois après, un mois après qu'Inès ait accouché de sa fille, S.

Enregistré : 1heure

Monsieur. On a payé 12 euros à la pharmacie pour les médicaments de S. qui a une bronchite, on a pas encore l'aide médicale.

Enquêtrice. Est-ce que vous pouvez me raconter comment ça s'est passé la grossesse, comment vous êtes arrivée à la maternité où vous avez accouché ?

Imen. Normalement à cause de l'association Réseau de santé. Elle a pris rendez-vous le 24 janvier à La maternité W.. J'ai fait les analyses et la sage-femme qui m'a suivie tout ça. Quand je suis arrivée à La maternité W. j'étais enceinte de 6 mois. Parce qu'avant je ne suis pas allée, sauf Réseau de santé...

Mr. Quand on a rencontré le Réseau de santé c'est elle qui nous a dit d'aller à l'hôpital. Elles nous aident pour trouver l'hôpital.

Comment vous êtes arrivés au Réseau de santé ?

Imen. L'assistante sociale de Médecins du Monde.

Mr. Même l'AS de MDM elle nous a aidé pour trouver... c'est elle qui nous a aidé.

Et MDM comment vous avez connu ?

Imen. Premièrement je suis allée pour mon fils à MDM. Quand on arrive de Tunisie on ne sait pas où on va. Quelqu'un il dit essayez avec MDM. Normalement il y a des médecins et tout ça pour les enfants, c'est pour cela qu'on y est allés.

Quand vous êtes allée à MDM vous saviez que vous étiez enceinte ?

Imen. Je savais mais je ne l'ai pas dit à l'assistante. Parce que je voulais me concentrer juste sur lui. En plus je pensais que j'allais rentrer en Tunisie. Je pense qu'il a un problème mais

je ne sais pas qu'il est autiste. Je ne parle pas de grossesse mais après quand je sais qu'il faut rester en France, au bout de 6 mois j'ai dit à l'assistante que j'étais enceinte. Après elle a appelé Réseau de santé et donné un rendez-vous avec l'assistante sociale.

Quand vous avez dit que vous étiez enceinte à MDM, est ce que vous avez vu un médecin pour vous ?

Imen. Oui j'ai eu une consultation. Elle m'a pris la tension, le poids, elle m'a mesuré le ventre, elle m'a donné des médicaments pour le fer directement.

Elle n'a pas fait d'échographie ?

Imen. Non non.

Après l'AS de MDM a contacté le Réseau de santé et vous avez été contactée par l'assistante sociale ?

Imen. Non premièrement par la sage-femme par téléphone. Elle nous a demandé tous les renseignements, combien j'ai d'enfants, comment l'accouchement du premier enfant, du deuxième, combien de temps j'ai ici en France. Elle reste presque une heure par téléphone. Elle prend tous les renseignements. Et après elle m'a dit, à ce moment-là j'habitais dans le 91 avec mon fils dans un hôtel. Elle m'a dit qu'on va prendre un rendez-vous avec la sage-femme à Vigneaux sur seine.

Elle viendrait chez vous ?

Imen. Normalement, ou bien à l'hôpital de Vigneaux. Mais le jour du changement d'hôtel la sage-femme m'a appelée, elle m'a dit que Réseau de santé l'avait appelé pour me voir, j'ai dit que normalement aujourd'hui je change d'hôtel. Donc elle m'a dit qu'il faut voir une SF à Paris parce que je vais changer d'hôtel. Après la sage-femme de Réseau de santé m'a rappelé pour fixer un autre rendez-vous.

Vous êtes allée dans quel hôtel après ?

Imen. Après la sage-femme du Réseau m'a pris direct un rendez-vous à l'hôpital La maternité W..

Mr. On a eu rendez-vous avec l'assistance sociale du Réseau.

Vous avez eu le rendez-vous à la maternité W. juste après ou ça a mis du temps ?

Imen. Oui ça a pris du temps. Le premier rendez-vous c'était le 24 janvier.

A l'époque vous n'aviez pas d'aide médicale ?

Imen. Non. Même pour l'instant on ne l'a pas. On attend la carte. On a les droits.

Parce que ça fait plus de 3 mois depuis la fin du visa c'est ça...

Imen. Oui.

Quand vous êtes arrivée à La maternité W. vous avez vu l'AS de La maternité W. ?

Imen. Oui.

Vous avez eu un bon PASS ?

Imen. Non je suis allée à la maternité j'ai fait les premières consultations avec la sage-femme et après je demande à l'AS pour les médicaments. Elle donne une feuille pour acheter les médicaments sans argent à la pharmacie de l'hôpital.

Mr. C'est la PASS. Même quand on est allé aux urgences, quand on était à l'hôtel les deux petits étaient malades, on est allés à l'hôpital et ils ont donné une PASS pour acheter des médicaments.

Vous avez vu la même sage-femme à chaque fois ?

Imen. Non. J'ai vu trois sages-femmes.

Est-ce que vous savez si c'était des sage-femmes PMI ?

Imen. La troisième c'était une sage-femme PMI.

Vous savez pourquoi ils vous ont mis avec une sage-femme PMI ?

Imen. Non. Moi aussi j'ai dit pourquoi ? ils ne m'ont pas dit.

Les consultations à la maternité elles duraient combien de temps ?

Imen. Trente minutes, ça dépend, la première fois je reste beaucoup parce qu'on parle aussi, la première était très gentille.

Mr. La première sage-femme elle nous appelle même maintenant pour mon fils. Elle nous a donné un rendez-vous avec un psychologue à l'hôpital pour qu'ils nous aide le CMP. Elle a fait un grand effort. Elle nous appelle pour savoir comment ça va. A cause d'elle on arrive au CMP. Elle avait peur que la petite devienne comme mon fils. Elle nous donnait des adresses pour aller voir le psychologue à l'hôpital.

Vous étiez là (Monsieur) ?

Mr. Non moi je suis arrivé en France le 24 janvier. Moi je gardais M. et R. pendant qu'elle était à son rendez-vous. Mais pour la psychologue on est tous venus.

La 2^e sage-femme ça c'est bien passé ?

Imen. Oui c'était pour l'échographie.

La sage-femme PMI c'était différent ?

Imen. Très gentille aussi. C'est pareil. Comme la première fois. La 2^e sage-femme pour l'écho était avec une autre sage-femme qui était en stage. Elle est restée beaucoup pour faire l'écho, elle essaie. Et puis j'ai vu l'anesthésiste.

Vous vouliez la péridurale ?

Imen. J'ai dit oui. Parce que les deux garçons non mais cette fois je sens que je suis très faible, en plus je suis fatiguée.

Mr. Même les escaliers tout ça... elle ne mange pas bien...

Imen. Elle m'a dit si tu viens à la maternité avant s'il y a du temps on te la fera, sinon s'il n'y a pas de temps ce n'est pas la peine. Après une demi-heure ils me l'ont fait.

L'accouchement comment ça s'est passé ?

Imen. Je suis arrivée le 14 avril à 23h. J'ai eu des contractions et je suis allée à La maternité W. en métro. C'est moi qui ai choisi d'y aller dans le métro. Pour que ça bouge (rires).

Mr. Elle sait les douleurs parce qu'elle a déjà accouché.

Vous êtes resté avec les enfants ou vous êtes venu avec elle ?

Mr. Non on a laissé les enfants à la voisine et je l'ai emmenée à l'hôpital et je suis retourné avec mon fils. Parce que la nuit ils ont besoin de dormir.

Vous êtes arrivée à 23h, ils vous ont mis directement dans une chambre ?

Imen. Non premièrement j'ai fait l'analyse du pipi. Et la tension. J'ai attendu un peu et après une sage-femme, aussi très gentille, elle s'appelle Sara, elle voit que le col est ouvert. Elle m'a dit tu vas rester ici. Alors après on écoute le cœur du bébé. Je reste une demi-heure dans une salle. Et après direct à la salle d'accouchement. Après j'ai accouché à 7h07 exactement ! (rires)

Mr. La sage-femme elle était très gentille, c'était l'heure du changement mais ma femme lui a dit qu'elle voulait qu'elle reste avec elle, elle est très gentille, elle est restée 7 minutes après le temps de changement. Elle a pris le temps pour rester avec ma femme. Et après on lui a demandé des excuses. Elle a dit c'est la première fois que je trouve une femme comme celle là parce qu'elle l'a beaucoup aidé dans l'accouchement. Elle n'a pas fait un grand effort.

Imen. Elle a dit fait comme ça fait comme ça et c'est sorti très vite ! C'était bien.

Et après vous êtes restée combien de temps à la maternité ?

Imen. Trois jours. Dans la salle d'accouchement je reste trois heures. Et après je change de chambre.

Vous étiez dans une chambre individuelle ?

Imen. Oui.

Est-ce que vous aviez fait des cours de préparation à l'accouchement ?

Imen. Non non.

Est-ce que vous avez vu l'assistante sociale de la maternité ?

Imen. Oui. Le dernier jour elle est venue dans ma chambre.

Mr. On a vu l'AS de la mairie du 12^e pour l'acte de naissance de S.. Ils ont fait tout. Ils ont pris le livret de famille. Vraiment c'est génial la mairie du 12^e parce qu'il y a quelqu'un qui travaille à l'hôpital, tu ne déplaces pas. Je n'ai pas eu à me déplacer à la mairie. Quelqu'un de l'état civil. Vraiment c'est génial. On a fait aucun effort. Et il m'a dit le mercredi tu viens pour prendre l'acte de naissance. Après je l'ai pris dans l'hôpital.

Imen. Et l'AS elle est venue pour me donner une feuille pour Paris tout petit pour les couches. On y est allé, c'est Porte de la Chapelle.

Mr. J'y suis allé deux fois c'était fermé. La première fois j'ai raté une fois pour R., parce que ce jour-là c'était le jeudi et elle accouchait. Il faut que je cherche un autre rendez-vous. Je suis passée deux fois le jeudi. Je ne savais pas qu'ils ne travaillaient pas le jeudi. Les deux jeudi ils sont fermés. Et avant hier lundi je suis passé et ils m'ont donné pour S. et la dernière fois pour R.. Ils ont dit que c'est trop, parce qu'il a passé un an et quatre mois et que pour eux c'est difficile. Même je leur ai dit que je ne travaille pas. Ils m'ont dit que c'est la loi.

Imen. Maintenant c'est juste pour S..

Mr. Même au Réseau de santé je l'ai dit à l'Assistante sociale, elle leur a écrit pour qu'ils donnent des couches pour mo fils parce qu'il est autiste. Ils ont dit non, parce qu'après un an c'est non.

Vous êtes allée à la PMI pour S. ?

Imen. Oui on y est allé hier. C'est juste à côté, à Ménilmontant.

Qui vous a dit d'aller dans cette PMI ?

Imen. C'est le Réseau de santé.

Vous étiez allée à la PMI avant d'accoucher ?

Imen. Non non après l'accouchement.

Pour revenir à Réseau de santé, vous avez vu l'assistante sociale ?

Imen. Oui je l'ai vue, je suis allée au Réseau de santé le 6 février. On est venus tous ensemble.

Mr. Et l'assistante sociale nous a dit que pour que le 115 accepte moi et mon fils. Ils ont changé d'hôtel de Château d'eau parce qu'à Château d'eau ils ne trouvent pas une place. Ils nous changent dans le 12^e. On est resté quatre jours. Et puis on est parti dans le 17^e pour une

nuit. Et puis une nuit dans le 93. Dans le 93 c'était pas pour nous. Ils nous ont envoyé un message mais c'était faux. On est allé là-bas et la dame nous a dit c'est pas grave, vu que vous êtes cinq, on ne peut pas vous laisser dormir dehors, vous prenez cette nuit gratuitement à l'hôtel et demain vous quittez l'hôtel. J'ai dit merci. La première fois on avait deux chambres. Et après la vraie famille elle est venue là-bas, elle nous dit ok on veut bien partager les deux chambres. Elle m'a donné des matelas, on a dormi là-bas. On a appelé le 115 le matin et ils nous ont donné cette adresse. Ça fait trois mois qu'on est ici. Ce jour-là je ne l'oublierais pas. Il pleut, on est resté jusqu'à 19h du soir, on attend le téléphone, le message du 115 à une station de la gare. Dans le parc public. Ils ont envoyé un message pour venir ici. On était pas loin, on était à Barbès.

Et là vous allez peut-être changer d'hôtel demain ?

Imen. Normalement demain. Normalement c'était le jour de l'accouchement, jusqu'au 28. Et après ils ont prolongé jusqu'au 5. Et après jusqu'à le 7.

Mr. Même hier elle m'a appelé l'assistante sociale pour avoir des nouvelles. Avant de partir à la PMI. Je lui ai dit qu'on allait faire le changement demain. Elle m'a dit demain je vous appelle. Parce qu'elle m'a demandé de la santé de S., je lui ai dit que c'est bien. On ne savait pas qu'elle avait des champignons à cause des saletés. Et la dame de l'hôtel me dit « demain c'est la dernière journée » parce que la mairie n'accepte pas cinq dans l'hôtel. Elle me dit qu'elle prend des risques pour nous. Et pour le 115. Parce que c'est interdit de rester à cinq. J'ai dit que nous on est cinq dans une chambre, pas cinq dans deux chambres. Parce que tu sais que l'autre chambre on ne l'utilise pas parce qu'elle est trop humide. Même ici c'est humide. Quand il pleut le mur il y a plein d'eau, il y a des gouttes d'eau (me montre l'humidité sur le mur). Le chauffage il ne marche pas. Dès le jour où vous êtes venus.

Imen. Et maintenant depuis trois jours les plaques dans la cuisine ne marchent pas. Et même pas elle a appelé un électricien ou quoi. Elle a dit non elle ne marche pas, elle ne marche pas. Ça fait trois jours qu'on ne mange pas quelque chose de chaud.

Mr. Nous on est pressés de partir. Regarde !

Déjà la dernière fois qu'on s'était vus vous vouliez partir...

Mr. Oui ! j'ai contacté l'assistante sociale parce que j'ai peur que demain ils ne vont pas faire le changement. Parce que je n'ai pas eu l'occasion de contacter l'assistante sociale pour lui dire qu'elle avait des champignons, des saletés. Elle ne le sait pas. Est-ce que tu peux la contacter toi pour lui dire ?

Vous n'avez pas son numéro ?

Mr. Si si mais je n'ai pas de crédit.

Ah ok je vais lui dire de vous appeler. Je lui dirais de vous appeler demain.

Mr. Dis-lui que S. a des champignons.

Ok. Sinon je pense que c'est plutôt avec la sage-femme qu'il faudra voir. Parce qu'elle s'occupe des questions de santé.

Mr. Parce qu'ils nous ont dit que si ça continue il faudra la ramener à l'hôpital. Parce qu'elle a des champignons à cause des saletés. On a acheté des médicaments pour S. pour 8 jours. J'ai acheté des paquets. Normalement elle m'a dit si ça ne marche pas il faut que tu l'amènes à l'hôpital.

Imen. Normalement ça va aller.

Mr. J'ai acheté des paquets. J'ai dû payer 12 euros.

(téléphone sonne)

Imen. On a acheté des antibiotiques pour R.. Parce qu'il a une bronchite et une otite.

Et la PMI vous a dit qu'ils ne pouvaient pas vous aider à payer les médicaments ?

Imen. Non on n'a pas demandé. Mais moi avec le médecin j'ai dit est ce que c'est cher les médicaments ? elle m'a dit que c'était le pharmacien qui dit cher ou non je ne sais pas. Mais nous on a pas demandé.

Ça dépend des PMI. Dans certaines PMI...

Mr. J'ai parlé avec elle. Je lui ai dit que je ne travaille pas. Quand elle m'a donné les ordonnances je lui ai dit « comment je fais pour l'acheter ? » parce que je ne travaille pas. Elle n'a rien dit.

Qui vous a fait la demande d'aide médicale ?

Mr. C'est l'AS de Médecins du Monde.

Imen. J'ai fait la demande le 18 mars, normalement ça va arriver bientôt.

Mr. J'ai été chercher le courrier dans le 12°. On a une boîte postale pour les personnes qui n'ont pas d'adresse fixe. Comme une petite poste. C'est l'AS de Médecins du Monde qui nous a donné cette adresse-là. A cause des changements on n'a pas d'adresse fixe.

L'assistante sociale elle vous a appelé après l'entretien à Réseau de santé ?

Mr. Non elle nous a passé directement le contact avec l'assistante sociale. L'assistante sociale elle nous parle par téléphone. La sage-femme de Réseau de santé nous a appelé aussi pour faire le dossier de M..

Vous avez eu combien de fois L'assistante sociale au téléphone ?

Mr. Plusieurs fois, cinq, six. Chaque changement je l'appelle. Si je l'appelle pas elle m'appelle. Hier elle m'a appelé. La dernière fois, L'assistante sociale m'a dit à chaque changement, chaque nouvelle rappelle moi ou je te rappelle si j'ai des nouvelles à nous. Je l'ai appelé parce que le changement allait venir. Elle a dit ok elle a appelé l'hôpital. La sage-femme nous a dit que l'assistante sociale allait nous appeler.

Imen. Quand j'étais à l'hôpital la sage-femme m'a dit que la sage-femme de Réseau de santé voulait me contacter.

Mr. Et hier l'assistante sociale m'appelle pour avoir des nouvelles. Avant qu'elle sache que ma fille était malade. Parce qu'elle m'a appelé le matin et nous on s'est déplacé le soir.

Donc là vous n'avez pas de crédit de téléphone pour appeler...

Mr. Non...

Comment ça s'est passé avec l'assistante sociale (du Dispositif d'Appui) depuis le début ?

Mr. Ça s'est bien passé. Vraiment les assistantes sociales comme elle, les sage-femme,... ils font tout, ils font beaucoup d'efforts pour nous.

Imen. Ça c'est toujours bien passé.

Vous n'avez jamais eu de problème avec un professionnel de santé ou du social ?

Mr. Non. Le problème c'est avec le 115 ! (rires) Ils sont venus même après vous. Ils sont venus une semaine après que vous soyez passés. Ils ont dit « comment vous pouvez vivre comme ça ? » il a regardé les cafards, il m'a dit « vraiment la seule famille qu'il faut déplacer maintenant c'est vous ». il m'a dit d'attendre votre téléphone. Je me suis dit c'est bon, j'avais confiance. On attend première journée, on appelle l'assistante sociale pour lui dire qu'est ce qu'il m'a dit. Même L'assistante sociale nous a dit c'est bien ce qu'à dit monsieur. Il a regardé les cafards, il a regardé le chauffage qui ne marche pas.

Imen. Et l'enfant. Avec les fenêtres.

Mr. Moi je laissais M. pour que le monsieur regarde. Il m'a dit qu'il voyait qu'il était autiste, qu'il faut une chambre au premier étage ou au rez-de-chaussée. Il a regardé l'humidité, il m'a dit que c'était dangereux pour la santé de la femme. Il a tout reconnu. Et après ça fait trois mois on est restés ici.

Ils n'ont jamais appelé ?

Imen. Le Samu social non. Même le rapport du Samu social pour envoyer au 115 jusqu'à maintenant. Parce que moi j'ai demandé au 115 que monsieur du Samu social, elle m'a dit qu'elle n'a pas de rapport de ça.

Mr. Il m'a dit « comment vous faites sans possibilité de faire chauffer de l'eau ? ». Moi je fais bouillir de l'eau avec une bouilloire. Il est partie chez la femme (la dame de l'hôtel) et la femme m'a fait une grande bagarre. Elle m'a dit « comment tu parles au monsieur ? tu lui dis qu'il y a des cafards ». Elle m'a dit de dégager.

Imen. Le monsieur du Samu social nous a dit qu'elle n'avait pas le droit.

Mr. J'appelle l'assistante sociale pour lui dire que... ah non j'avais pas de crédit alors je suis passé à Réseau de santé. Je lui ai dit excusez-moi je n'ai pas rendez-vous mais je viens parce que la femme et tout ça. Elle m'a dit t'inquiètes, la dame ne peut pas vous virer parce que

c'est interdit pour elle. Restez là-bas et je vais écrire un mail pour le 115. Elle a envoyé et rien ne s'est passé.

Imen. Elle n'a pas trouvé, jusqu'à maintenant. Ils n'arrivent pas à trouver une chambre, parce que les familles nombreuses c'est compliqué.

Votre fils est suivi par un psy ?

Imen. Il y a le premier rendez-vous CMP, centre médical psychique, le 21 mai.

Mr. Mais à cause des changements on va peut-être rater le rendez-vous. Parce que le CMP il faut habiter à côté. C'est pas comme les PMI. Tu peux habiter le 12^e et aller dans la PMI du 11^e. Mais CMP non. Le CMP du 11^e c'est pour le 11^e, le CMP du 12^e c'est le 12^e. Et pour cela nous on a rendez-vous le 21. Demain on va changer d'hôtel, on ne sait pas si on sera dans le 12^e, le 13 », dans le 15^e, le 16^e, on ne sait pas où. Et après pour avoir un autre rendez-vous.

Imen. Aujourd'hui elle m'a appelé l'AS du CMP. Elle nous a donné un rendez-vous mardi 12 pour les démarches de M.. Et on ne sait pas si on change demain on va rater le rendez-vous. Chaque fois comme ça. Et le 115 ne comprend pas cette chose. L'essentiel c'est qu'ils nous placent pour toujours. Pour lui. Même le centre après. Normalement le centre c'est en septembre il entre dans un centre. Les médecins du CMP disent que normalement il sera en septembre s'il s'inscrit maintenant on va trouver une place.

Mr. Et nous on perd du temps avec les changements d'hôtels tout ça. On ne sait pas.

Imen. Et quand je suis sortie de l'hôpital, une femme qui travaille à la PMI m'a dit que dès qu' l'aide médicale arrive tu reviens. Il faut que le même jour je revienne à l'hôpital, à la PMI de l'hôpital. Parce que l'aide médical va payer tout.

En terme d'assistantes sociales, vous avez l'AS du CMP, vous avez l'assistante sociale du Réseau, et Médecins du Monde ?

Imen. Oui celle de Médecins du Monde est encore avec nous. Elle nous appelle. Normalement maintenant pour inscrire R. à la crèche et tout ça. C'est elle qui m'a envoyé la première fois à M. pour m'inscrire dans la mairie.

Pour l'alimentation vous allez aux restos du cœur ? La dernière fois que j'étais venue L'assistante sociale vous avez donné des lettres pour les restos du cœur.

Imen. Oui. Mais maintenant depuis un mois fermé. 9 mai ça va rouvrir. On y allait deux fois par semaine, le lundi et le vendredi. On prenait des pommes de terre, une carotte, du lait. C'est à deux stations d'ici jusqu'à la 12 et puis deux stations, dix minutes.

Comment vous faites pour les transports, vous achetez les tickets ?

Mr. Non j'y vais comme ça. Je n'ai pas la carte.

Vous n'avez pas été contrôlé ?

Mr. Non jamais j'ai eu de la chance ! Parce que je n'ai pas de monnaie pour les payer. Je ne sais pas où demander pour avoir une carte pour me déplacer.

Une fois que vous avez l'aide médicale vous pouvez avoir une carte solidarité transport, c'est moins cher.

Mr. On m'en a parlé de ça.

Imen. Mais lui il n'a pas le droit maintenant.

Mr. Je n'ai pas le droit parce que je n'ai pas l'aide médicale.

Parce que l'aide médicale c'est que pour vous ?

Imen. Pour moi et les enfants.

Mr. Moi je suis venu avec mon fils, ça fait moins de trois que je suis venu. Le 19 juin on pourra demander. Normalement en aout il aura.

En Tunisie vous travailliez ?

Imen. Moi non et lui parfois, dans le bâtiment.

Et ici vous allez essayer de travailler ou c'est compliqué ?

Imen. Il cherche...

Mr. Ici quand on est sans-papiers on ne peut pas travailler ici.

Imen. C'est difficile.

Et pour les papiers comment vous allez faire ?

Imen. Après le docteur du CMP m'a dit, quand M. est inscrit dans le CMP, j'ai vu la juriste de MDM, il m'a tout expliqué. Il m'a dit qu'il fallait un rapport médical du médecin de M.. Il écrit qu'il faut rester ici et après normalement... on va déposer le dossier à la mairie. Pour lui la carte de séjour et automatiquement après nous. Normalement comme ça. Maintenant on attend le CMP. Même le juriste il dit quand il change d'hôtel il faut que je l'appelle. Donner des nouvelles. C'est quoi la différence entre juriste et avocat ?

C'est pareil. Juriste c'est tous les métiers du droit alors que avocat c'est plus précis. Mais c'est pareil. Avocat en plus il faut passer un concours. Juriste c'est un spécialiste du droit.

Imen. Il est gentil aussi. Il m'a dit de l'appeler (M. crie, inaudible)

Quand vous étiez à la maternité vous avez eu recours à un interprète ou ça allait en français ?

Imen. Non. Je comprends. Je ne parle pas bien mais je comprends.

Vous n'avez jamais eu des incompréhensions ?

Imen. Non. Même quand je ne comprends pas je le dis.

Est-ce que vous connaissez des gens ici, des amis, de la famille ?

Imen. Non... une copine que je reste chez elle pendant presque un mois. Et après parce que M. il ne dort pas la nuit, parce qu'il fait beaucoup de bruit. Et elle n'est pas à l'aise et mon fils aussi. Elle parle avec lui, elle lui crie dessus.

Mr. Lui quand il crie si tu parles en haut il fait une crise.

Imen. Il ne dort pas la nuit.

Mr. Il allume la lumière. Dans une semaine il dort deux nuits et cinq nuits il ne dort pas.

Imen. Donc j'ai appelé le 115. J'ai compris qu'il fallait que je parte. C'est gentil et tout ça mais... on ne peut pas rester toujours.

Vous voulez rester en France dans le futur ?

Imen. Pour mon fils, si la solution pour être bien ici on reste. Maintenant on a décidé de rester ici, mais si un jour il va bien, il est normal comme les autres enfants, on peut retourner. Mais maintenant non.

Mr. Nous on est venus pour lui, à cause de lui. Parce que là-bas ils n'ont rien. On a parlé avec le docteur du CMP, il est tunisien, il m'a dit si on trouve... il connaît qu'il n'y a pas mais il faut qu'il demande ces questions-là. Il m'a dit que si on trouve c'est quoi la maladie de mon fils. J'ai demandé une petite question, ok c'est bon, mais je te propose une question. Tu es docteur. Il m'a dit oui. Si tu ne trouves pas le nom de la maladie exactement toi, est ce que tu peux soigner. Il m'a dit non. Je lui ai dit en Tunisie ils n'ont pas trouvé même qu'est ce qu'il y a, autiste. A chaque fois ils ont dit quelque chose.

Imen. On n'a pas confiance.

Mr. Je lui ai dit que la confiance elle est tombée. L'assistante sociale là-bas elle rigole parce qu'elle sait ce que je vis à cause de mon enfant. Il m'a dit ok oui c'est ça. Si je ne connais pas la maladie je ne peux pas la soigner. J'ai dit c'est vrai.

Imen. En plus on habite au sud de la Tunisie. Il n'y a rien.

Mr. Mais même l'autisme et tout ça, c'est la Belgique et la France. La Belgique c'est la première et la France c'est la deuxième à mon avis. On a cherché sur internet. Même les gens, même les médecins là-bas ils n'ont pas dit qu'il était autiste, il ne parle pas ils ont dit qu'il parle. Là-bas ils ne disaient pas ce qu'il allait.

Imen. Moi la première fois que j'ai dit il y a quelques problèmes ici, chaque médecin nous a dit des choses différentes.

Mr. Nous on a décidé de venir ici mais parce que la première fois on s'est dit s'il n'est pas autiste il a quelque chose.

Imen. C'est pour cela que je suis venue toute seule.

Mr. La première fois on ne voulait pas rester ici. On essayait de venir toute seule et moi je restais avec R. tout seul. Un mois, deux mois, trois mois maximum, pour opération, quelque chose, ça va bien et on va rentrer.

Imen. Parce qu'il fait des sons tu vois.

Ça ne vous faisait pas peur de venir toute seule, enceinte ?

Imen. Non non j'ai oublié tout. J'ai dit je reste deux mois, ce n'est pas grave.

Mr. Elle est restée deux mois, trois mois sans dire qu'elle était enceinte parce qu'elle savait qu'elle allait rentrer en Tunisie et accoucher là-bas. Et après elle m'a dit au téléphone que ce serait mieux si je venais avec mon fils ici. On fait le visa pour venir ici.

Quand vous étiez en Tunisie vous avez accouché deux fois là-bas, est ce que c'est différent avec les médecins ?

Mr. Pour M. on était en clinique privée. Et mon autre fils à l'hôpital.

Imen. C'est différent. Même à la clinique c'est différent.

Mr. Ici clinique on paie de l'argent on dit que c'est mieux que l'hôpital. Mais elle m'a dit...

Imen. C'est la même chose. Par contre c'est pas comme ici. Même comment on parle. Quand la femme est en train d'accoucher tout ça, là-bas ils frappent quand tu accouches. « *Pourquoi tu cries ?* »

Mr. Elle dit pourquoi tu as couché avec ton mari pour avoir des bébés ? et tout ça. Reste comme ça.

(M. part de la chambre, Mr. va le chercher)

Imen. Même les bébés, la première chose elle donne le biberon. Sans demander à moi. Et ici la sage-femme dit donne le sein donne le sein. Elle pense au bébé.

Et vous avez donné le sein ?

Imen. Oui j'ai donné le sein à S..

Mr. non tu ne frappes pas ! (Mo. se frappe) bisous bisous.

Imen. Là-bas c'est autre chose. On reste un jour. R. on est resté cinq, six heures. Et après l'accouchement elle m'a dit de mettre ma valise dans l'armoire. J'ai dit que je ne pouvais pas bouger. Elle m'a dit si. Là-bas ils s'en foutent de la femme et des bébés, et tout. Ici c'est autre chose.

Mr. Ici même après deux ou trois mois elles appellent pour la santé des petits.

Imen. Même il y a des analyses pour le bébé. On ne fait pas là-bas. Les prises de sang...

Ça ne vous dérangeait pas ?

Imen. Non non ! l'essentiel c'est la santé de l'enfant. Et puis elle ne faisait pas les prises de sang devant moi.

Merci beaucoup. Je vais dire à L'assistante sociale de vous appeler demain.

Mr. Dites-lui que c'est plus grave pour l'humidité.

Imen. Il y a des souris maintenant. Et puis les choses vertes sur le mur.

Mr. Parce que le chauffage ne marche pas.

Et puis vous ne pouvez pas ouvrir la fenêtre à cause du petit...

Mr. Oui. On a mis l'armoire devant la fenêtre parce qu'il essayait à chaque fois de l'ouvrir et de se jeter par la fenêtre. Tu vas expliquer mieux que nous.

Je vais lui dire.

Imen. Nous on a peur qu'on va encore rester ici. En plus elle tousse. C'est à cause de l'humidité.

Merci beaucoup. Je contacte l'assistante sociale du Réseau. J'espère que vous allez changer d'hôtel.

Imen. Et rappelle nous si tu as besoin.

Merci beaucoup

(j'essaie d'ouvrir la porte qui est coincée par l'humidité)

--- Fin de l'entretien ---

Notes d'observation :

Je suis venue une première fois avec l'assistante sociale dans le cadre d'une VAD du Dispositif d'appui du Réseau. Mr et Imen, trois enfants. M. 6 ans, autiste. R. un an, avec bronchite et otite. S., un mois, dort. Ne vivent toujours que dans une seule chambre. Ils ont mis le matelas de l'autre chambre par terre. Ont bloqué la fenêtre avec l'armoire pour que M. ne puisse pas l'ouvrir. L'autre fenêtre est accessible mais toujours fermée. Un évier avec de l'eau de javel. M. prend l'eau de javel à un moment de l'entretien. Son père lui enlève des mains. Il n'arrête pas de sortir de la pièce. Le père le rattrape à chaque fois. La chambre est un condensé d'humidité. Des taches d'humidité sur le plafond et sur les murs. La chambre est au 5^e étage sans ascenseur. Le bébé est dans un landau posé sur le lit. La cuisine est au rez-de-chaussée. Les plaques ne marchent plus depuis trois jours. Le micro-ondes est

en bas. A la fin de l'entretien j'appelle l'Assistante sociale du Dispositif d'Appui du Réseau pour lui dire de les appeler le lendemain. Par la suite, la situation de la famille va changer fin mai: ils sont envoyés par le 115 deux nuits dans un autre hôtel, puis le 115 ne leur trouve plus d'hébergement, le 5 juin cela fait 5 jours que tous les cinq dorment dans les couloirs de la maternité C. car le 115 ne trouve pas une chambre convenant à leur composition familiale.

L'Assistante sociale du Dispositif d'Appui a contacté l'AS du CMP. Ils ne pourront plus avoir accès au CMP car le CMP est sectorisé. Comme ils sont dehors, ils n'ont pas d'attestation qui prouve qu'ils sont hébergés à côté du CMP. L'AS du CMP a fait une demande pour titre de séjour pour M., la réponse ne sera pas avant décembre. Tant qu'il n'a pas de titre de séjour M. ne peut pas être accepté dans le centre. S'il est régularisé, il sera sur liste d'attente. Selon elle, l'attente pour rentrer dans un CMP à Paris, c'est 20 ans. Tous les jours ils vont à l'ESI famille, accueil de jour, où les envoi à l'Assistante sociale du Dispositif d'Appui. L'AS de l'ESI famille l'a contactée. Elle souligne que M. est épuisé et les parents aussi, cela fait plusieurs jours qu'ils n'ont pas dormi.

2. Retranscription intégrale d'un entretien avec une professionnelle de santé

Entretien une sage-femme PMI, animatrice du Groupe 2
24/03/14
PMI Seine-Saint-Denis
Enregistré 2h35

Enquêtrice. je me présente. Je suis tombée sur la vidéo du Groupe 2, je voulais revenir sur votre expérience pendant ce groupe et revenir sur votre parcours.

Sage-femme. Je suis sage-femme depuis 1991. J'ai travaillé d'abord 10 ans à l'hôpital V. à Paris. C'était un choix parce que justement j'ai déjà intéressée pour travailler avec des femmes qui venaient d'horizons un peu différents. Et V. draine une population de patientes beaucoup d'Afrique du nord, d'Afrique noire, peut-être moins maintenant mais si je pense, je ne vois pas pourquoi ça aurait changé. C'était vraiment mon souhait. J'ai appris beaucoup au contact de ces patientes. Beaucoup de choses déjà sur purement je dirais des habitudes culturelles qu'elles peuvent avoir que je ne connaissais pas du tout parce que moi j'avais fait mes études à la maternité J. donc, après même si pendant le courant des études on fait des stages à l'extérieur mais c'était quand même un contexte un peu différent, la population qu'on rencontrait à V.. A la maternité J. c'était moins mélangé. D'abord c'était un centre qui était surtout dédié à tout ce qui était grossesse pathologique. Et de fait il y avait quand même une population qui était beaucoup moins mélangé. Du fait de son implantation géographique dans cet arrondissement. Qui n'était pas le même, voilà. Après j'avais travaillé quand j'étais sage-femme dans une maternité dans le 18^e aussi mais en fait j'avais bien aimé mon boulot à V., les stages j'avais bien accroché donc c'est comme ça que je suis arrivée là. A V. j'ai découvert beaucoup le travail avec les interprètes, ça c'était super intéressant parce qu'il y avait des permanences d'interprètes. Il y avait des interprètes permanents sur place en journée, il y avait en turc, en soninké et walof et en arabe et en chinois aussi. Elles étaient toutes là tous les jours ou toutes les matinées. Donc si on était par exemple dans un service de suite de couche et qu'on avait besoin et bien on appelait celle qui correspondait, elles étaient là pour l'hôpital, donc pas que pour la mater mais pour tout l'hôpital. Il y avait quelqu'un tous les jours pour ces 4 langues là. Dans mon souvenir. Langue ou dialecte.

Vous les appeliez dans quelle situation ?

Rah bah dans les situations où on ne pouvait pas se comprendre, quand on arrivait pas à se comprendre et ça arrivait fréquemment parce qu'il y avait des gens qui ne parlaient pas du tout le français ou qui n'étaient pas à l'aise du tout avec la langue française donc en fait on les sollicitait pour pouvoir échanger avec les patientes. Alors ça se faisait moins quand on était en salle d'accouchement, parce que c'est un moment, d'abord la salle d'accouchement ça pouvait être la nuit, même si c'était dans la journée on ne pouvait pas le faire, on peut le faire, on l'a fait. Mais par exemple dans les services où les dames elles étaient hospitalisées, soit parce que c'était une grossesse pathologique soit dans les suites de couche, on les sollicitait beaucoup. Pour expliquer un tas de choses. Pour expliquer l'allaitement, pour expliquer les conditions d'une sortie, pour que les femmes elles puissent dire ce qu'elles avaient à dire, parce que parfois elles étaient vraiment démunies et puis parce que ça

permettait de ne pas avoir toujours l'intermédiaire de la famille ou d'un membre de la famille ou même d'un membre du voisinage pour parler de choses qui pouvaient des fois être du domaine assez intime. Ou en tout cas même si ce n'est pas intime, c'est personnel. Donc c'était très intéressant de pouvoir bénéficier de ces interprètes-là. Alors après quand on avait pas les interprètes qui correspondaient à la langue on pouvait appeler au téléphone. Par exemple en Afrique noire il y a plein de dialectes et donc je me souviens que la fille qui travaillait là elle ne parlait pas tous les dialectes. Mais après je ne me souviens pas avec précision. Ça pouvait être des langues... le roumain à l'époque il n'y avait pas autant de population dans les années 1990 il n'y avait pas autant de population qui était arrivée des pays de l'Est donc peut-être qu'aujourd'hui il y a une permanence en roumain dans ce même hôpital, je n'en sais rien. On appelle et il y a un service qui s'appelle inter service migrant et l'hôpital avait une sorte de convention avec eux, et donc on appelait, on demande l'interprète dans la langue concernée et après on a un échange téléphonique avec l'interprète et la patiente. Qui permet quand même de travailler. Moi c'est ce que j'ai aimé, le fait de pouvoir bénéficier d'interprètes c'est de pouvoir vraiment travailler correctement. Ça me paraît le minimum quand on soigne des gens, quand on prend des soins des gens, qu'ils puissent s'exprimer pour nous dire ce qu'ils ont à nous dire et que nous on puisse être dans l'échange avec eux quoi.

Pendant l'accouchement vous faisiez moins appel ?

Oui c'est rare que j'ai eu des interprètes en salle d'accouchement. Ça pouvait être par exemple au moment, je ne sais pas moi, je prends en charge une femme qui comprend pas un mot de français, si l'interprète est là effectivement je vais pouvoir lui demander de venir, pour débroussailler 2, 3 questions ou 2, 3 choses mais après elle ne pouvait pas rester sur des temps aussi longs que le temps d'un travail qui va durer parfois plusieurs heures, peut-être qu'elle repartait, elle pouvait dire « je reviens » mais c'était moins facile. Alors que dans les services c'était souvent par exemple, je prends les suites de couche parce que c'est le souvenir que j'en ai, on les appelait elles venaient on passait 20, 30 minutes ensemble avec la patiente et l'interprète. Par exemple pour accompagner autour d'un allaitement ou expliquer toutes les conditions de sortie. Après il y avait un entretien et puis une fois que tout le monde s'est exprimé c'était fini quoi. Elles repartaient. Alors qu'en salle d'accouchement c'était plus difficile mais voilà on a pu le faire aussi. Il m'est même arrivé de faire par téléphone en salle d'accouchement parce que je n'avais pas d'interprète, c'était hors des horaires, je crois que le téléphone ça fonctionne un peu plus large en terme d'amplitude horaires et ça permet aussi voilà si vraiment on sent que quelqu'un a quelque chose à dire et qu'il ne peut pas du tout le dire, ça peut permettre ça.

Quand vous dites les habitudes culturelles, est ce que les interprètes jouent aussi ce rôle là...

Ah oui d'apprendre des choses qui nous, j'allais dire on connaît pas donc on va peut-être pouvoir poser des questions qui vont être un peu délicates. Moi je me rappelle qu'un jour j'ai une interprète qui m'a dit, je demandais toujours aux femmes, alors ça c'était en consultation, on sollicitait beaucoup aussi quand on faisait de la consultation prénatale. Je demandais toujours quand on fait l'anamnèse quand on rencontre quelqu'un pour la première fois, alors voilà les antécédents médicaux et tout et puis après on dit « bah voilà là vous êtes enceinte », alors moi je disais « est ce que vous êtes contente de cette grossesse ? » Et bien en fait un jour j'ai une interprète qui m'a dit, une interprète justement je ne sais plus si c'était pour une femme du Sénégal ou du Mali, elle m'a dit « mais tu sais il ne faut pas, ça ne se

demande pas un truc comme ça ». elle me dit « tu ne peux pas demander à une femme africaine si elle est contente de cette grossesse ».

Pourquoi ?

Bah parce que de fait... Ça amène à la difficulté de répondre oui ou non et c'est compliqué pour ces femmes-là apparemment de peut-être pouvoir dire non. Parce que la grossesse c'est quand même vécu comme souvent un don de Dieu ou en tout cas un don de la nature ou de fait c'est quelque chose qui est là. Alors que nous je dirais dans notre mentalité occidentale bien, on a le sentiment, voilà je suis enceinte parce que je l'ai choisi. Alors qu'en fait bah non même si je ne l'ai pas choisi ça arrive et de fait je le prends, et cet enfant je vais le mener à terme. Et c'est presque comme un cadeau. Donc un jour elle m'a dit « c'est délicat de poser la question comme ça ». Bon bah je me suis dit « ah bon ? ». D'ailleurs maintenant je fais attention, j'essaie de dire « comment vous vivez la grossesse ? Est-ce que ça se passe bien ? comment vous vous sentez avec cette grossesse ? etc. » pour que ça puisse ouvrir la question un peu autrement. Ça fait partie des trucs qu'on peut apprendre comme ça. Alors je pense à ça mais après il y a des trucs plus basiques que je ne connaissais pas moi quand j'ai démarré. Elles portent beaucoup les africaines des colliers autour du ventre qui sont des trucs protecteurs souvent, bon et bien c'est des petites choses comme ça qu'on découvre dans le travail avec les interprètes. Mais plus que ça c'est vraiment une façon d'approcher les gens. L'exemple de « est ce que vous êtes contente ? ». Il y a des choses qui ne se disent pas forcément comme nous le dirait chez nous. Je pense qu'il y a peut-être plus de pudeur. Par exemple aussi c'est pareil, souvent une femme, en Afrique aussi elles disent rarement la grossesse très tôt. Donc c'est plus tard peut-être en PMI que j'ai mesuré ça. Grace aux interprètes. Parce que « bah tiens est ce que vous avez dit à votre famille ? » Les femmes elles sont là, isolées en France. On leur demande « est ce que vous avez prévenu votre famille au pays que vous attendiez un bébé ? » « non non non ». Des fois elles ne préviennent pas jusqu'à avant l'accouchement. Bon bah ça après les interprètes elles expliquent. Que c'est la peur, il y a tout un tas de croyances qui font qu'il faut protéger cet enfant quoi.

Ce n'est pas juste des interprètes alors...

Oui c'est plus qu'un travail simplement de traduction. Il y a quelque chose de plus que le travail de traduction. Si on veut bien être dans cet échange. Là il n'y encore pas longtemps j'ai travaillé avec une interprète en roumain. Et c'était vachement chouette parce que ça amène un autre regard sur les patientes. C'est à dire que quand elles étaient dans la salle d'attente en attendant que je les prenne, elle a vachement discuté avec une patiente que je connais, que je suis pour sa 2^e grossesse donc je l'ai déjà connu pour la 1^{ere} et c'était intéressant parce qu'à un moment la patiente est partie faire pipi parce que je lui ai demandé d'aller faire une analyse d'urine et du coup l'interprète m'a confié des trucs qu'avaient pu lui raconter la patiente. Des trucs qui peuvent paraître anodins mais sur, comment là c'est en Roumanie, d'où elle vient, comment elle y vivait, son cadre de vie, que c'était une fille de la campagne que ses parents sont agriculteurs mais qu'elle aime cette vie-là auprès de la nature. Du coup l'interprète avait échangé sur tout ça avec cette femme qui était dans la nostalgie je pense de ce cocon familial qu'elle avait quitté. Et ça je trouve ça chouette parce que ça permet de connaître un peu mieux les gens qu'on soigne. Ça peut être pendant la consultation mais là il se trouve, souvent quand elles sont là et moi je ne suis pas toujours ponctuelles donc elles attendent et donc souvent l'interprète rentre déjà en contact avec la famille en salle d'attente, pas toutes mais la plupart quand même. Et s'intéresse je dirais à qu'est ce qui fait la vie de ces gens en dehors de la raison unique pour laquelle ils sont venus

là. D'ailleurs c'est pour ça que j'aime bien travailler avec les interprètes parce qu'ils peuvent amener ça aussi. Quelque chose d'autre que la personne qu'on soigne. On la soigne, elle vient nous voir pour une grossesse mais elle vit plein d'autres choses, elle n'est pas réduite simplement à sa grossesse. Et ça je trouve ça intéressant justement quand les interprètes peuvent aussi échanger avec les patientes et du coup nous amener ça. J'ai vraiment l'impression de rencontrer la personne. Une vraie personne, pas une grossesse.

Et dans les consultations c'est des consultations plus longues ?

Oui c'est plus long, c'est plus exigeant. Bon alors le travail en PMI il permet quand même encore pour l'instant de donner plus de temps dans une consultation. Parce qu'à l'hôpital quand on faisait le travail avec les interprètes c'était chaud quand même. On n'était pas dans le même échange que ce que je vous explique là par rapport à cette personne. Dans les consultations en tout cas. Dans les étages d'hospitalisation ça pouvait mais dans le temps des consultations, on voyait 12, 13 patientes par matinée donc fallait dépoter donc on était vraiment plus dans la traduction pure pour le coup. Mais en PMI comme on a pas vraiment pour l'instant pas vraiment d'obligation de chiffres ça permet de garder des plages de consultation quand même assez longue, en tout cas moi j'y tiens. Avec un interprète facilement 45 minutes. Et du coup ça permet vraiment cette rencontre-là. Mais c'est plus long, c'est fatiguant parce qu'on est, il y a tout le temps un tiers en fait, donc on explique à l'interprète qui explique à la patiente donc voilà il faut s'habituer. Et puis on ne travaille pas de la même façon avec tous les interprètes donc il faut arriver à trouver le rythme. Il y en a qui veulent qu'on leur dise beaucoup de choses et puis qui retranscrivent tout. C'est des habitudes quoi. Mais c'est vrai que c'est plus fatiguant mais en même temps moi je trouve ça très intéressant.

Après la maternité V. ...

J'étais sage-femme hospitalière et j'ai travaillé dans tous les services, en salle d'accouchement, en suite de couche, en consultation, on tournait tous les 4, 5 mois. Pendant 10 ans j'étais sage-femme hospitalière, j'allais dire basique. Ce qui m'a fait changer (rires), j'ai changé déjà parce qu'il y a eu un changement de chef de service, donc j'étais rentrée à la maternité W., j'avais démarré jeune sage-femme avec une équipe de sage-femme qui étaient super, des nanas qui avaient de la bouteille et puis qui avaient cette approche des patientes je trouve, sur l'humain. Et le chef de service a changé donc il y a pas mal de collègues qui sont parties. Entre temps je revenais d'un congés mater et du coup j'ai eu envie de changé, je me suis dit « je ne suis plus bien dans cette équipe », donc j'ai cherché à partir. A l'époque je voulais partir pour une plus petite structure parce que ce qui m'intéresse quand même dans mon métier de sage-femme c'est vraiment la relation à l'être humain, je dirais peut-être plus que la technique. Parce qu'il y a des collègues qui sont peut-être plus branchés par la technique mais moi j'ai toujours été attirée par la rencontre. Et je m'étais dit tiens une petite structure je pourrais trouver ça et puis j'ai pas trouvé et j'ai terminé finalement à la maternité J. qui est une très grosse structure, là où j'avais fait mes études et où j'avais dit je ne retournerais jamais, mais où je suis restée deux ans et j'en suis partie parce que justement je ne pouvais plus être dans la relation humaine de façon correcte. Il y avait un boulot monstrueux, un jour je me suis surprise à me dire, mais je ne peux même pas rentrer dans la chambre d'une femme parce que si elle me dit que ça ne va pas je ne vais pas pouvoir prendre 5 minutes pour m'asseoir à côté d'elle et pour pouvoir écouter ce qui ne va pas. Donc là je me suis dit là ce n'est possible. Donc j'ai pensé à la PMI. Je connaissais mais j'avais fait mes études à Paris et la PMI à l'époque à Paris c'était vraiment, les sage-femme de PMI elles

étaient rattachées à un hôpital et elles travaillaient surtout auprès des grossesses pathologiques, elles allaient surtout voir les femmes enceintes que l'hôpital avait repéré comme ayant une grossesse pathologique et donc avaient dit « il faut un suivi complémentaire à domicile ». Et j'avais fait un stage avec une sage-femme de PMI qui ne m'avait pas déplu, qui m'avait pas non plus emballé forcément, mais j'avais bien aimé, je crois que quand je suis sortie jeune sage-femme j'avais surtout envie d'être dans le monde hospitalier et que la PMI il y a quand même la dimension du domicile. Et après moi je pense qu'il m'a fallu une certaine maturité avant de me dire « bah tiens ça pourrait être un truc qui me dise d'aller à domicile ». C'est quand même un exercice où on est assez seuls. A la différence de l'hôpital où il y a tout le temps quelqu'un avec vous. Il se passe un truc même purement médical, vous êtes dans la difficulté, tiens mince je ne sais pas ce qui se passe, je peux demander un avis à ma collègue. Donc quand on est jeune sage-femme je pense qu'il faut une sacrée confiance en soi pour se dire je me lance en PMI. Donc en tout cas moi je ne l'avais pas. Mais ce qui m'a fait changer c'est vraiment l'impression que l'hôpital ne me permettait plus du tout d'être au près des patientes à la façon dont ça me convenait. Parce que faire le deuil de l'hôpital c'était quand même faire le deuil de la salle d'accouchement. En PMI on ne fait plus que du suivi de consultation et j'aimais bien moi la salle d'accouchement. Mais c'était plus possible. Il y avait vraiment quelque chose qui n'était plus possible. Donc j'ai fait une candidature spontanée, sur plusieurs départements et il se trouve que oh chance j'ai été prise en Seine-Saint-Denis parce que la Seine-Saint-Denis c'est quand même un des premiers départements qui a pensé qu'en tant que sage-femme de PMI on pouvait aller auprès des femmes pas que quand elles avaient une grossesse pathologique. Mais qu'on pouvait être dans un travail d'accompagnement et de soutien, et d'accompagnement médico-psycho-social plus global de la grossesse, même quand il n'y avait pas de pathologie de la grossesse. Parce qu'à l'époque ça n'était pas pareil selon le département. Et donc voilà je suis arrivée en Seine-Saint-Denis où j'ai connu la médecin PMI (co-animatrice du groupe 2), on est arrivées à peu près en même temps. Et c'était vraiment une chouette collaboration. D'abord le travail de PMI ça m'a plu tout de suite. Et j'ai mesuré cette solitude quand même. Quand vous êtes à domicile seule avec une femme et puis qu'il y a quelque chose qui ne se passe pas bien ou vous vous questionnez, il y a personne on ne peut pas ouvrir la porte et dire « tiens qu'est-ce que tu en penses ? » et puis c'est quand même une solitude aussi dans le sens où on a plusieurs centres de PMI mais on est un peu dans chaque et on n'est pas, il y a pourtant un gros travail d'équipe à faire mais c'est de l'énergie à mobiliser. Et comme on est beaucoup à l'extérieur parce qu'on est beaucoup à domicile il faut aussi le temps qu'on soit repérés par les équipes et qu'on arrive à s'insérer dans les équipes. C'est un autre exercice. En Seine-Saint-Denis j'avais deux PMI. Et il y avait une demi-journée de consultation dans chaque PMI et tout le reste c'était du travail à domicile. Donc on est peu présents quoi auprès des équipes.

Il y a des horaires pour les visites à domicile ?

Oui c'est cantonné à des horaires, j'allais dire de fonctionnaire que je suis, c'est à dire 9h 17h. On n'intervient pas dans l'urgence. La PMI ce n'est vraiment pas un travail dans l'urgence. Si y a souci, si y a besoin, si y a urgence, une femme nous appelle et est dans l'inquiétude etc. on ne peut pas arriver comme ça donc on envoi sur les urgences hospitalières. On est vraiment sur un travail de fond, de prévention, d'accompagnement mais pas sur un travail d'urgence.

Dans la PMI le travail était différent dans quel sens par rapport à l'hôpital ?

Déjà le temps qu'on peut allouer à chaque consultation permettait de vraiment rencontrer les patientes. Là aussi en PMI on travaille beaucoup avec les interprètes. Moi je connaissais déjà puisqu'à V. j'avais eu l'occasion de travailler avec l'interprétariat et là c'était pareil, j'ai continué à travailler beaucoup avec les interprètes. Les valeurs, si on peut dire les valeurs, la PMI c'est quand même au départ l'idée d'accueillir des gens de tous horizons et que ça soit une santé qui soit possible pour tout le monde. A l'hôpital aussi mais on ne rencontre pas les gens de la même façon parce que c'est beaucoup plus haché la façon dont on les voit. Alors ce que j'ai apprécié en PMI c'est la continuité déjà auprès d'une femme. C'est à dire que quand on la rencontre en début de grossesse et qu'on va se voir régulièrement on va faire tout ce chemin là avec elle jusqu'au moment où elle va avoir accouché et on va la voir encore une ou deux fois et ou après on va se dire au revoir mais il y a vraiment un travail de continuité que je n'ai pas connu à l'hôpital. Donc c'est ce qui fait partie d'une rencontre, il y a vraiment quelqu'un qu'on va accompagner comme ça sur plusieurs mois. Alors qu'à l'hôpital comme on était 3,4 mois en consultation puis 3, 4 fois ailleurs, il se pouvait que par chance je revoyais deux trois fois la même dame mais après voilà on ne se revoyait plus. Ce travail de PMI il permet vraiment ça. Vraiment cet accompagnement. Qui est intéressant parce qu'en plus la grossesse c'est quand même un temps particulier. Il y a des choses qui peuvent émerger dans la tête d'une femme quand elle y sera à 6 mois de grossesse et qui sont pas du tout présentes au tout du début. Ça permet un peu de suivre ça, cette temporalité de la grossesse avec tout ce qui fait que bah tiens petit à petit ce qui va se passer, le bébé, commence à apparaître dans la tête d'une femme, parce qu'une femme enceinte au début quand elle arrive qu'elle est enceinte, j'allais dire elle est enceinte mais elle a des préoccupations qui sont plus sur elle-même, sur son corps, sur tout ça. Mais la PMI c'est intéressant de voir comment ces 9 mois permettent que petit à petit le futur bébé il émerge, ils se construisent, ou pas parce que des fois c'est un peu plus tard. Donc déjà moi la continuité c'était un truc important en PMI.

Les femmes elles arrivent à quel moment de leur grossesse en général en PMI ?

En Seine-Saint-Denis elles arrivaient assez tôt parce qu'en fait il y a une espèce d'organisation qui était faite dans la ville qui faisait qu'elles n'étaient pas prises en charge à l'hôpital avant le 6^e mois. Maintenant c'est comme ça à Paris aussi. Du coup on les voyait assez tôt, je dirais vers le 2^e, à 2 mois. En fait il y avait une organisation en Seine-Saint-Denis qui faisait qu'on les voyait après l'échographie de 12 semaines, donc ça c'est 2 mois et demi, parce qu'on n'arrivait malheureusement pas à les voir plus tôt. C'était pas qu'on voulait pas mais c'est qu'en fait, des fois il y avait des demandes mais en fait on ne pouvait pas répondre à la demande. Donc on les voyait, elles avaient fait leur échographie souvent ou elles allaient la faire, c'était autour de 2 mois, 2 mois et demi.

L'échographie elles l'avaient fait avec qui ?

L'échographie, alors justement l'organisation en Seine-Saint-Denis était telle que une femme appelait par exemple « je suis enceinte, je veux me faire suivre » et bien les secrétaires étaient formées entre autre par la médecin PMI qui avait mis en place, elle était médecin référent des suivis de grossesse sur la ville, pour les PMI. Et donc rapidement elle a mis en place ce truc-là de dire donc quand une femme appelle on peut quand même lui dire qu'on lui donne une ordonnance pour qu'elle fasse son écho dans les temps, les secrétaires savaient calculer le temps où il fallait faire cette première écho, la dame venait chercher une ordonnance que le médecin avait faite. Elle faisait son écho et nous on l'a voyait juste après. Elle la faisait dans les adresses alentours, il y avait des centres d'échographies. S'il y avait

des difficultés, parce qu'il y a aussi ça dans la PMI, tout le côté prise en charge de gens qui n'ont pas de droits ouverts. Il y a ce qu'on appelle les formulaires qui sont les prises en charge du département, le Conseil général, donc on peut faire des examens sanguins ou échographie à une femme enceinte qui n'a pas de droits ouverts en lui remettant ce type de prise en charge. Et en fait c'est le département qui paie pour ces gens-là. Donc après nous on prenait les rendez-vous en échographie, on expliquait à la dame « vous allez faire une échographie, est ce que vous voulez qu'on vous prenne votre rendez-vous ? » on prenait le rendez-vous, si besoin d'une prise en charge on donne la prise en charge et on les revoyait après avec cette première échographie. Donc c'est ça vers 2 mois et demi trois mois.

C'était un pourcentage important les personnes sans droit ouverts ?

Ah ouais en Seine-Saint-Denis c'était très important. Je ne me rappelle plus, j'ai honte, elle m'entendrait dire ça, la médecin PMI co-animatrice du Groupe 2, elle me dirait « comment ? tu ne sais pas ! ». Je croyais qu'il y avait presque, je ne sais plus, au moins 30, 35% de personnes ou 38% de personnes sans couverture sociale. Au moins 1/3 voir un peu plus. Qui n'avaient pas de couverture sociale. Donc c'est aussi le travail de la PMI de leur expliquer comment ouvrir leurs droits, les adresser, alors ça fait 4,5 ans que je ne travaille plus là-bas alors c'est un peu loin, du coup je suis un peu troublée parce qu'ici c'est une organisation un peu différente, mais les adresser je crois qu'à Saint-Denis il y avait un service avec des gens qui les recevaient exprès pour les aider à l'ouverture de leurs droits, ça c'était mis en place au niveau de la mairie. On pouvait les envoyer et ils étaient accompagnés dans l'ouverture des droits. Nous on leur expliquait où aller mais il y avait quelqu'un, qui devait être assistante sociale de formation, qui les recevaient pour les aider à ouvrir leurs droits. Nous on orientait sur le service social. Dans la PMI on délivrait des soins, des orientations mais il n'y avait pas d'assistante sociale au sein de la PMI. Des fois on pouvait dépanner, aider à remplir un papier mais voilà ce n'était pas notre job, enfin on ne savait pas faire surtout.

Vous pouvez me raconter comment s'est monté le groupe ?

Alors justement vous me disiez tout à l'heure les valeurs de la PMI, effectivement je vous parlait de la continuité ce n'est pas en soi une valeur mais après c'était vraiment l'idée de pouvoir, moi ce que j'y ai trouvé, c'était vraiment l'idée de pouvoir rencontrer la personne dans sa globalité. Elle n'est pas réduite à sa grossesse. C'est quelqu'un qui en dehors de ça à un tas d'autres choses qui font sa vie et je trouve que la PMI ça permet ça. Les temps suffisamment long de consultation ils permettaient vraiment d'être dans cet échange-là. Et cette idée de groupe c'était une idée de la médecin PMI animatrice du Groupe 2, c'était vraiment son idée, parce qu'elle avait repéré, et j'avais repéré aussi, que dans les patientes qu'on suivait, il y avait beaucoup de femmes très isolées. Et on se disait, justement parce qu'on avait le temps de parler un petit peu, comment vous êtes ? Comment ça se passe ? C'est quoi un petit peu vos conditions de vie ? Du coup les patientes elles se livrent quand même finalement assez facilement et donc on avait repéré l'une et l'autre que les femmes étaient très isolées et que quelque part ça pouvait avoir des retentissements aussi sur la façon dont elles étaient pendant cette grossesse. Bien, pas bien, triste, voilà. Et donc du coup c'est elle qui a eu l'idée, qui s'est dit tiens ça serait sympa de monter un groupe sur : qu'est-ce que c'est d'accoucher en terre étrangère. On l'a appelé comme ça au début effectivement et on l'a toujours appelé que comme ça. Parce que c'était l'idée de, qu'est-ce qui vous manque de votre pays ? Qu'est-ce que ça fait de se retrouver dans un autre pays en train d'attendre un bébé où il y a peut-être d'autres représentations ? D'être mis dans un système de santé français complètement différent de celui que vous avez connu quand vous étiez chez vous ?

D'être dans une médicalisation aussi quand même de la grossesse assez importante. Voilà. Et c'est comme ça un peu que l'idée est venue. Au début on était trois il y avait un psychologue avec nous et puis ça s'est arrêté à la fin parce que c'était un peu compliqué dans l'équipe.

Il était ethnopsy ?

Il avait une vision plus ethnopsy que la médecin PMI animatrice du groupe et que moi bien que moi je n'ai pas de vision précise. Mais en tout cas c'était un peu compliqué. Ils avaient deux visions un peu différentes. Et lui il était beaucoup justement, les quelque temps de groupe qu'on a fait, dans tout ce qui pouvait manquer entre autre au niveau alimentaire. C'était un truc... c'était pas obsessionnel un peu mais voilà lui il trouvait que c'était vachement important. Qu'est-ce qui vous manque ? Qu'est-ce que vous aimeriez qu'on vous envoie ? Je ne sais pas. Et puis ça s'est scindé parce que ça ne se passait pas comme il faut. Et donc on a continué que la médecin PMI et moi. En fait au début on l'a ouvert ce groupe je dirais à toutes les femmes en situation d'étrangère en France et finalement ce qu'on a repéré, donc il est arrivé qu'il y ait quelque fois des interprètes qui viennent, au tout début. C'était souvent soniké, walof, pour des gens qui étaient plutôt originaires du Sénégal, Mali. Et finalement ce qui s'est passé c'est que ce groupe il a continué à fonctionner avec des femmes qui n'étaient pas... ça c'est quelque chose qui s'est vraiment déterminé là en fait, il y avait un peu deux types de migration. Justement toutes celles qui étaient plutôt Sénégal Mali, certaines d'Afrique du Nord qui étaient arrivées plutôt dans le cadre du regroupement familial retrouver un mari qui était là, une communauté qui était là, dans quelque chose de plus organisé, finalement ce n'est pas celles qui ont continué dans le groupe. Et celles qui ont continué dans le groupe c'est plutôt des femmes qui étaient souvent arrivées toutes seules, d'autres pays, Congo, Cote d'Ivoire, quelques-unes des pays de l'Est, quelques-unes du Maghreb mais qui étaient plutôt des femmes qui n'arrivaient pas, qui arrivaient et qui avaient déjà fait des choix, qui transgressaient des choses, qui n'étaient pas dans un système si organisé que le regroupement familial. Qui arrivaient toutes seules souvent. Qui avaient déjà été en rupture peut-être avec leur famille. Ou qui n'étaient pas en rupture avec leur famille mais qui étaient en rupture avec des choses qui se passaient avec leur pays. Et en fait c'est elles qui ont constitué ce groupe. Essentiellement.

Votre rôle dans ce groupe qu'est-ce que c'était ?

En fait on était vraiment je dirais l'une comme l'autre des écoutantes au début. Alors ce qui était intéressant c'est que quand même ce groupe il était proposé soit par la médecin PMI soit par moi mais c'était toujours proposé, ce n'était pas une affichette à la PMI. Ce n'était pas un groupe, c'était personnalisé la proposition. « Bah tiens vous venez me raconter tout ça, je sens que pour vous c'est pas facile, est ce que ça vous intéresserait, on fait un petit groupe une fois par semaine », je ne me rappelle plus de la régularité, c'était pas une fois par semaine ça devait être une fois par mois, on fait un groupe avec une de mes collègues, j'expliquais avec ma collègue médecin, et on vous propose de venir sur un temps d'échange sur qu'est ce qui fait que ce n'est pas facile de vivre cette grossesse ici en France. On le présentait comme ça. Mais c'était toujours dans un colloque individuel que c'était présenté. Et elles savaient qu'on y serait aussi, donc il y avait souvent un côté pas sécurisant mais elles savaient où elles arrivaient quand même. C'était un groupe assez petit. 4, 5, 6, 7 maximum, souvent moins, souvent plutôt 4, 5 patientes.

Vous proposiez à qui en particulier ? Vous avez changé ?

Oui mais en même temps il a pu m'arriver de continuer à proposer à des femmes que j'avais l'impression qui étaient arrivées dans un truc pourtant bien structuré bien sécurisant mais qu'elles n'étaient pas bien dedans. Parce qu'il y a aussi des femmes qui sont arrivées par regroupement familial, finalement je pense à quelque patientes maghrébines, qui étaient finalement pas si bien que ça dans ce qu'elles étaient en train de vivre et qui avaient rejoint leur mari mais qui n'étaient pas bien, qui restaient dans une sorte d'isolement. C'était vraiment, au bout d'un moment, c'est l'isolement, cette sensation d'isolement qui a fait qu'on propose. Alors on peut être isolée même quand on est entourée. Voilà. C'est ce sentiment. Alors il y en a qui étaient beaucoup isolées, isolées mais il y en avait quand même quelques-unes dont on aurait pu penser qu'elles étaient entourées mais qu'on sentait pas bien. Et je me souviens avoir proposé moi à ce moment-là.

Les critères c'est l'isolement et le fait qu'elles ne se sentent pas bien...

Oui l'isolement, un isolement mal vécu qui pouvait donner le sentiment que c'était douloureux et qu'il pouvait y avoir besoin peut-être aussi, je pense que le groupe il a pu avoir une fonction un peu d'une espèce d'une mini communauté de femmes qui vivaient toutes la même chose. Et donc quelque chose d'assez soutenant pour une femme qui par exemple se sentait isolée parce qu'elle était enceinte et qu'elle avait l'impression par exemple que son mari ou les gens de sa communauté qu'elle ne connaissait pas plus que ça, il y avait des choses qu'elle ne pouvait pas échanger avec ces gens-là voire qui ne comprenaient pas, je pense que certaines ont recherché ça dans le groupe. Cette communion, j'aime pas forcément ce mot là mais c'est ça quand même, une communion d'échanges avec des femmes qui étaient finalement toutes dans cette situation d'être enceinte et de se sentir isolée et d'avoir je pense ce besoin d'échanger avec leurs pairs, des femmes qui vivaient la même chose qu'elles.

En général quand vous proposiez vous aviez quel type de réaction ?

Alors il y a des réactions très spontanées, « ah oui ». Je pense qu'il y a des femmes c'était un vrai, tout d'un coup elles avaient le sentiment que tiens elles allaient avoir quelque chose qui allait pouvoir je ne vais pas dire les sauver parce que ça serait bien prétentieux mais en tout cas voilà ça correspondait, tout d'un coup elles se disaient « ah vraiment je vais pouvoir aller déposer des choses dans ce groupe là ou être dans tel échange dans ce groupe-là ». Soit c'était « non » d'emblée, peut-être alors parce que c'était des gens qui n'étaient pas prêts à cet échange, parce que c'était quand même un groupe où forcément elles s'exposaient un peu. Même si elles parlaient pas. Je me rappelle d'une patiente qui est venue mais qui a mis extrêmement longtemps à prendre la parole. Plusieurs séances, plusieurs groupes. Au début elle était prostrée comme ça, c'est une dame qui avait vécue des choses, une histoire assez dure donc je pense qu'elle avait vraiment le souhait de venir, parce que certainement qu'elle sentait que ça allait pouvoir l'aider quand même à se libérer de choses. Mais ça a mis très longtemps. Et c'était difficile d'accepter de venir. Parce que je pense que c'était une dame très timide ou très réservée. Mais globalement les réponses elles étaient plutôt positives. Je pense quand on les proposait c'est qu'on sentait vraiment qu'il y allait avoir une demande. Parfois il y a des replis comme ça. La dame elle vient te confier tout un tas de trucs, on se dit « ah ça pourrait vraiment lui convenir » et en fait non. C'est arrivé. Alors je ne pourrais pas dire en terme de pourcentage. Mais c'est arrivé des fois. « Ah non non » « bah je réfléchirais » mais on sent que ce n'est pas... on sent que ça ne va pas le faire, qu'elle ne viendra pas. Il a pu arriver que je repopose, si j'accompagnais une dame sur plusieurs mois

et qu'à chaque fois elle pouvait être dans cette plainte. Je peux dire « n'hésitez pas, vous savez qu'il y a ce groupe, ça pourrait vraiment vous aider, vous faire du bien ». Après la démarche c'est chacun qui l'a fait. Il a fallu quand même... des fois je ne veux pas dire qu'on a poussé à ce qu'elles viennent mais il faut quand même vachement accompagner. Parce qu'on sentait que des fois elles avaient très envie mais on allait les chercher en voiture, on leur filait des rendez-vous, parce qu'en même temps c'était des dames souvent qui étaient dans des situations de vie compliquées. Elles oubliaient pas forcément le rendez-vous mais ça pouvait être galère. Peut-être au moment que ça pouvait être le groupe et bien il y avait un autre truc plus important à faire. Certaines elles galéraient quand même matériellement parlant. Des fois aller au groupe de parole quand il s'agit de résoudre des choses qui relèvent plus de la survie, de se dire qu'est-ce que je vais manger ce soir, ça pouvait paraître... mais je me rappelle qu'on faisait une sorte de ramassage, moi je ne devrais pas le dire mais je prenais ma petite voiture du département et on se donnait rendez-vous au métro et comme ça on partait à la PMI où ça avait lieu, c'était un peu éloigné des transports. Et on les rappelait. C'était une fois par semaine. Et le début de semaine on se répartissait avec la médecin PMI, on les rappelait « vous vous souvenez qu'il y a le groupe et tout ». Donc c'était quand même un investissement parce qu'il pouvait y avoir aussi des lachages quoi. Elles pouvaient se dire « ah bah non je laisse tomber ». Et je dirais que pour tous les groupes en PMI, j'en ai pas fait beaucoup mais à un moment, peu de temps après on a fait un truc autour de l'allaitement, et bien il faut être présent, le professionnel, il ne faut pas forcer bien sûr, mais il faut vraiment soutenir le truc. Parce que parfois sinon elles disent « bah non quoi ». Et là dans ce groupe là on a aidé, je veux dire que c'était une aide qu'on proposait pour les véhiculer parce qu'on sentait quand même que c'était important mais que ça pouvait être compliqué pour elles de venir par leurs propres moyens.

Pour revenir sur votre rôle pendant le groupe...

Je dirais qu'au départ on s'était vraiment placées en tant qu'écoutes. Donc on connaissait toutes les patientes. Soit c'est moi qui les connaissait, soit c'est la médecin PMI, donc dans le groupe il y en avait toujours, on les connaissait. Donc ça c'était intéressant parce que ça permet aussi. Quand on démarre un groupe comme ça des fois il y a du silence. C'est pas facile. Alors on lançait un peu le troupe, en reprenant ce qu'on avait présenté dans le cadre de la consultation. Qu'on avait proposé ce groupe pour qu'elles puissent venir échanger sur ce qu'elles vivaient pendant cette grossesse avec des femmes qui vivaient la même chose qu'elle. Mais il y avait des temps de silence, il y avait des fois ça ne démarrait pas tout de suite. Et puis ça finissait toujours par démarrer, il y en a toujours une qui se jetait à l'eau mais le fait de les connaître individuellement auparavant, ça pouvait permettre aussi de les resolliciter. C'est à dire de dire « ah bah tiens » il y en avait une qui disait un truc, ça faisait écho, on disait « bah tiens madame elle vit un peu une situation similaire parce qu'elle me l'a raconté l'autre jour en consultation » donc on pouvait dire « bah tiens Mme ça rejoint des choses que vous avez peut-être vécues ». Donc ça pouvait amener à prendre la parole. Il pouvait y avoir cet aller-retour qui était intéressant entre le travail en groupe et le travail en consultation dans un colloque individuel. Pour nous soignants c'était vraiment super intéressant. Parce qu'il y a des choses qui se disent en groupe qu'elles ont pu dire dans le groupe qu'elles nous auraient peut-être pas dit seules, parce qu'elles ont peut-être dit aux autres femmes qui étaient là et nous on était là pour entendre aussi mais elles ne l'auraient peut-être pas dit toutes seules en consultation. Et inversement. Donc il y avait vraiment...

Est-ce que vous vous rappelez de sujets précis ?

Je réfléchis... Oui peut-être qu'elles s'autorisaient plus... Je me rappelle d'un groupe, je ne me rappelle plus du film mais à un moment il y a tout un truc sur les hommes. On parle des hommes. Je ne sais pas quelle version elle vous a donné parce que dans ce film il y a plusieurs versions, il y a un moment où elle l'a fait par chapitres, à un moment c'est continu.

Là c'est continu...

Et bien il me semble que dans la version continue il y a un moment où elles se sont autorisées à parler des hommes, en l'occurrence c'était tout un débat sur les hommes africains. Qu'est-ce qu'ils font les hommes africains, est-ce qu'ils sont là, est-ce qu'ils assurent, est-ce qu'ils sont présents. Et bien ça je ne suis pas sûre que c'est un truc qu'elles s'autoriseraient. Je ne me souviens pas qu'elles se soient autorisées à en parler autant en consultation. Là elles étaient parties dans leur truc. Il y en a une qui est partie dire « ah bah oui ça les hommes africains » et donc du coup ça a fait un peu un effet rebond parce que chacune se sont mis à discuter de l'homme, de l'homme africain, de qu'est-ce qu'elles attendaient, finalement qu'elles étaient enceintes mais que même s'il n'était pas là bah c'est pas grave elles allaient se débrouiller. De leur rapport à l'homme quoi. Et au père de l'enfant qu'elle portait. Ça c'est un sujet qui ne s'aborde pas si simplement en consultation, je trouve.

Pourquoi à votre avis ?

Bonne question. Peut-être que parce qu'on ne le suscite peu en fait dans le cadre des consultations. Alors je parle vraiment pour moi, peut-être parce que finalement dans le temps de suivi de grossesse on est très tourné vers la femme, enfin moi en tout cas, vers comment elle se sent, et comme souvent ce sont des femmes qui viennent seules en consultation, parce que souvent elles sont seules ou l'homme il n'est pas toujours présent ou il n'est pas hébergé au même endroit qu'elle. Donc de fait un peu bêtement, et bien sans s'en rendre compte, on le gomme un petit peu. Moi ça c'est un truc que j'ai repéré aussi en PMI et sur lequel je me questionne un peu, de c'est quoi la place du père et de l'homme, et je ne sais pas si finalement on lui laisse tant de place que ça. Même soi en tant que soignant, pourtant moi j'ai rien contre, mais je me dis finalement on est tout le temps dans une relation avec une future mère, donc c'est assez riche cette relation qu'à deux. Pourtant il faut savoir faire de la place au père de ce bébé et dans une relation plutôt triangulaire mais en tant que sage-femme on est pas tellement formées à ça. Parce que souvent on ne voit que la femme. Et encore plus pour ces femmes-là qui étaient souvent seules et s'il y avait un père présent soit il bosse, enfin le père vient peu en PMI pendant le temps de la grossesse. Il vient peut-être plus en PMI quand l'enfant est là. Mais pendant le temps de la grossesse très peu. Peut-être que du coup c'est pour ça que ça a pu s'aborder plus dans le groupe que dans la consultation.

C'était des discussions plutôt critiques ?

Ça avait été un peu... oui un peu critiques mais en même temps c'était intéressant parce qu'il y avait quand même de la bienveillance par rapport à ces hommes et que finalement, ça avait été lancé dans le film il me semble que le sujet il est lancé par une des femmes qui s'avère être une dame qui avait des soucis de violences conjugales. Et donc du coup ça...

C'est une femme qui raconte qu'elle est obligé de chez elle...

Exactement. Elle dit « on est obligées de subir ». C'est elle qui lance cette discussion.

Elle parlait de la dépendance envers quelqu'un qui les accueille...

Voilà. Qui les fait vivre. Exactement. Voyez elle avait pourtant un conjoint mais finalement elle n'était pas bien et elle se sentait assez... Et effectivement c'est elle qui lance ce sujet et après ça déclenche un débat et il y a une autre dame qui est un peu couchée comme ça, une grande dame, et qui commence à réagir là-dessus et qui dit « ah bah ouais mais les hommes africains ils sont comme ça » et elle raconte elle dit « moi j'ai déjà un enfant, bah là je me suis dit j'ai 36 ans j'ai envie d'en faire un autre. Bon voilà. A un moment j'ai croisé l'homme avec lequel j'avais envie de le faire. Et puis bon. Il m'a promis monts et merveilles et puis finalement monts et merveilles je ne les ai pas », mais elle conclut en disant « c'est comme ça je vais me débrouiller aussi ». Et elle dit d'ailleurs « il ne faut pas que les services sociaux ou que les services qu'on rencontre de santé pensent qu'on a rien dans la tête et qu'on fait un enfant avec le premier homme qui passe. Nous aussi on le fait parce qu'on a un désir d'enfant avec cet homme-là et puis après finalement en gros il n'assure pas il va faire autre chose mais c'est pas grave on va s'en débrouiller ». Et puis il y en a une autre dans le film en même temps qui raconte, qui est Josette, qui est une femme qui démarre le film où elle raconte, c'est une femme qui a vécu, qui a déjà eu des enfants en Afrique qui est venue en France après et on la voit dans le film elle a son bébé. Et bien Josette elle démarre en disant quand même qu'elle a galéré quand elle est arrivée tout ça, qu'elle a une cousine qui a voulu la mettre dans la prostitution, enfin elle ne le dit pas comme ça mais on comprend ça. Et elle dit et j'ai rencontré un homme, je ne sais plus comment elle dit, mais en gros qui m'a sauvé. Donc c'est ça qui est intéressant aussi, c'est de voir que finalement, qui m'a sauvé parce qu'il m'a donné un petit logement, elle dit c'est pas grand chose c'est pas le grand luxe mais j'ai au moins ça. Et le père de l'enfant qui est avec elle. Donc en même temps quand vous me demandez si c'est un regard critique, c'est pas tant critique que ça, c'est chacune qui amène un petit peu son expérience. Alors justement ça n'avait pas été très bien perçu ça c'est entre nous, ça n'avait pas été très bien perçu par le psychologue de la PMI qui avait dit « olala mais ça c'est le procès de l'homme africain ». alors que nous on avait pas eu ce sentiment. On avait plus eu le sentiment que chacune avait amené ce qu'elle avait à dire de son vécu avec les hommes ou avec l'homme qui était le père de l'enfant qu'elle portait.

Pourquoi vous pensez qu'il dit ça ?

(rires) Je ne sais pas. C'est parce que ça a dû le questionner sur sa place d'homme. Lui il n'était pas africain mais il était d'Afrique du nord. Est-ce que du coup il s'est senti atteint par ce truc-là. Parce que nous on avait vraiment pas mesuré ça. On l'a regardé plusieurs fois après parce que ça nous a questionné quand même. Ouais je pense qu'il s'est senti atteint dans sa position d'homme. Parce que c'était un espace quand même où il y avait une liberté de parole donc elles s'autorisaient à dire des trucs qui restaient, c'était clair, c'était dit dès le début du groupe que ça restait dans le groupe. Lui il l'a vécu comme une attaque. Moi je ne l'ai pas perçu comme ça. Je pense que c'est en tant qu'homme que ça l'a dérangé. Et peut-être en tant qu'homme africain parce que finalement il était aussi originaire d'Afrique du nord. Alors il y a peut-être des représentations culturelles homme/femme, il a peut-être été dérangé là-dedans. Et puis parce que je pense aussi, et pourtant il avait bien cette conscience là, ce qu'on découvre quand même chez ces femmes qui sont souvent dans des situations de galère, c'est qu'elles ont des forces de survie incroyables. Et seules parfois, parce que justement, madame qui est au fond allongée elle dit « bah non voilà il m'avait promis monts et merveilles et finalement je ne l'ai pas mais je m'en sort ». Et bah voilà. Peut-être que ça ça l'a dérangé le psychologue. Parce que de fait c'est vrai. Du coup c'est des battantes ces femmes.

C'était un groupe pensé que pour les femmes ?

Oui c'est vrai. On ne l'a ouvert qu'aux femmes. On ne l'a jamais proposé que ce soit un groupe pour les couples.

C'était quelque chose de réfléchi ?

Non je pense que ça ne se met même pas mis en question. Je pense qu'on a vraiment eu le sentiment qu'elles avaient besoin d'un espace uniquement pour elles. Qui est important aussi pendant la grossesse. Parce qu'une femme enceinte elle est rapidement vue par l'entourage comme une femme qui porte un bébé et je ne vais pas dire que du coup ça lui enlève la possibilité à elle-même je ne vais pas dire d'être dans la plainte mais je pense que ce groupe il avait un petit côté peut-être à pouvoir accueillir des trucs qui étaient vraiment de ce qui les traversent elles. Je ne sais pas j'avais une idée, la grossesse c'est une période qui peut être un peu régressive. Psychologiquement parlant. Le besoin d'être chouchoutée, on a besoin, ça c'est quand même très décrit même si moi je ne suis pas hautement calée sur tout ce qui est psychanalyse et psycho mais c'est quand même une période de retour en arrière sur sa propre enfance, la femme elle est traversée par tout ça et dans ce sens un peu régressif parce que bien souvent elles ont besoin de cet espèce de contenant, d'enveloppe un peu contenante. Une femme enceinte même si elle ne le dit pas souvent elle va justement profiter de ce qu'elle a, des gens bienveillants autour d'elles qui vont l'entourer. Souvent on dit que c'est la mère. Mais ces femmes-là qui étaient souvent sans leur mère ou sans leur famille c'est aussi ça qui pouvait faire leur isolement. Parce que c'est compliqué la mère aussi pendant la grossesse. On dit qu'elle manque mais des fois elle ne manque pas tant que ça, parce qu'on est aussi content de s'en éloigner un peu mais en tout cas elles sont traversées par tout ça. Et je pense que le groupe il avait aussi cette fonction un peu contenante comme ça. Et du coup je ne sais pas si c'est quelque chose qui aurait pu être évoqué dans un groupe mixte. Pas de la même façon. Mais ça ne s'est pas posé. On ne s'est pas posé la question. On a vraiment pensé le groupe pour les femmes.

Le fait que vous deux vous soyez des femmes ça joue un rôle ?

C'est intéressant mais j'en sais rien.

Est-ce que c'était différent quand le psy n'était pas là ?

Il n'était pas là longtemps mais effectivement peut-être le fait qu'on soit aussi des femmes ça a pu permettre des thématiques qui seraient peut-être pas dit sous le regard d'un homme. Mais c'est difficile parce qu'à ce moment-là ça voudrait dire par exemple quand on est une femme et qu'on va voir un psychologue on ne va voir qu'un psychologue femme alors que pas forcément. Je ne pourrais pas trancher sur cette question.

Est-ce que vous avez parlé de votre expérience de maternité ?

Non. Du tout. Alors c'est en ça que je vous dit qu'on était vraiment écoutantes. C'est à dire écoutante et tenter de faire circuler la parole. Je pense qu'on était là, on a pu être là aussi, quand il y avait des choses livrées qui nous paraissaient extrêmement lourdes, pour pouvoir après reposer en consultation un accompagnement par un psychologue ou une psychologue. On était là pour accueillir peut-être des choses qui allaient se dire et pour

pouvoir orienter sur le professionnel qui pourrait mieux aider. Mais on n'intervenait pas du tout sur notre propre expérience. On était très neutres par rapport à ça.

Et quand vous proposiez d'aller voir un psy, c'était celui du groupe ?

Non non. Pas forcément. On a pu peu de groupes avec le psychologue, on a du faire 3, 4 fois et puis en fait après ça s'est arrêté. Parce qu'en fait ça s'est arrêté au moment du film. Parce qu'en fait, entre autres il y a eu cette histoire de l'homme africain, ça s'est passé comme ça. Finalement je ne me souviens pas bien des premiers groupes. Déjà je me demande si on était pas trop d'écoutants, trois. Alors que des fois il n'y avait pas plus de monde. Ça c'est important. Et puis je crois qu'il faut qu'il y ait une alchimie entre les deux personnes, entre les deux écoutants accompagnateurs du groupe et ça c'est un truc qu'on a trouvé spontanément avec l'autre animatrice. Moi j'ai vachement aimé ce groupe, ça fait 5 ans que je suis partie de là-bas, donc je ne travaille plus avec elle, je me suis souvent dit que j'aimerais refaire un travail de groupe, pas forcément le même et bien pour l'instant je n'ai pas encore fait la démarche. Ce n'est pas rien d'animer un groupe. La façon dont on va justement l'une l'autre être attentive au groupe, aux femmes, leur renvoyer des choses, faire circuler la parole mais aussi je pense qu'on était chacune a une place différente, puisqu'on est pas la même personne, et qu'il y avait un truc qui se passait bien. Quand il y avait des fois où c'était moi qui resollicitait des femmes, il y avait d'autres fois où c'était elle, elle a un regard quand même et une formation quand même costaud en terme de psychologie psychanalyse donc ça lui permettait aussi de resolliciter, ce que moi peut-être je ne pouvais pas faire. Donc ça se distribuait vachement bien et c'est un truc qui ne s'explique pas. Et je pense que c'était ce qui était compliqué aussi avec le psychologue, déjà le fait d'être trois et pas tant d'être trois mais je crois qu'on a eu du mal, peut-être parce qu'on en avait pas assez discuté avant, avec la médecin PMI ça s'est fait spontanément, c'était une chance, sinon c'est un vrai boulot d'accompagner un groupe. Et en fait à chaque fois après le groupe on se posait, on prenait un temps pour essayer de.. parce qu'il y a des fois on sortait de là on était quand même secouées parce qu'il y a des fois il y a des choses livrées qui étaient quand même lourdes. Toutes les deux on se faisait un peu un debriefing pour voir un petit peu qu'est ce qui avait bien fonctionné. Et il y avait besoin de ce temps-là d'ailleurs. D'ailleurs on aurait eu besoin de le faire plus souvent. Et peut-être même accompagné par quelqu'un d'extérieur qui aurait pu nous soutenir là-dedans parce que c'est vrai que c'est éprouvant, c'est très riche et en même temps c'est éprouvant parce qu'il y a énormément de choses qui sont livrées et voilà. En tout cas ça se passait bien entre nous deux.

Vous dites qu'il y a des choses lourdes, c'était plus lourd qu'en consultation ?

Parce que des fois elles en parlaient de choses plus lourdes. Dans le film vous le voyez. C'est un des exemples. Ce que raconte à la fin une jeune femme qui raconte une partie de son histoire avec son beau-père etc. et bien ça c'était un truc qui n'a pas été confié, c'était moi qui l'avait rencontré en consultation, elle m'a dit tout de suite quand je lui ai proposé « ah oui » d'ailleurs elle le dit dans le film « j'ai pensé tout de suite que j'allais pouvoir déposer quelque chose ». Bon bah des fois il y avait des aveux de ce type-là. Je dis des aveux parce que c'est des trucs quand même de violences subies extrêmement lourdes, ça c'était dur des fois à reprendre. Dans le film on le voit à un moment à la fin, l'animatrice reprend d'ailleurs, elle dit Mme on pourra vous aider à travailler un peu sur votre histoire. Je crois qu'elle dit ça à la fin. Mais c'est vrai que parfois il pouvait y avoir des aveux comme ça de trucs très durs. Et parfois il peut aussi y avoir une sorte de mutisme. Il y a eu des groupes comme ça, je me souviens d'un autre groupe où elles étaient 3 et on sentait une telle souffrance mais

sans qu'il y ait de mots de dits. C'était un groupe, on a jamais réussi ni l'autre animatrice ni moi à ce qu'il y ait quelque chose. Tout restait avec des bribes de mots, de phrases dites, on sentait qu'il y avait une lourdeur et puis en fait bah quand même on continuait le groupe mais je me rappelle qu'on était sorties rincées, et là il n'y avait rien qui avait été finalement dit si clairement mais il y avait justement quelques phrases sans que les patientes concernées, c'était une dame dans le groupe qui va pas bien, j'allais dire qu'elle peut plomber. Et je me rappelle de ce groupe où on s'était dit « alala qu'est ce qui fait qu'on a pas pu faire que ça soit pas plus léger mais qu'il y ait quelque chose qui circule de façon ». Il y a avait eu énormément de temps de silence. Et après ça dépend des gens qui sont là, il y a des gens qui rebondissent. Dans le groupe qu'on voit dans le film ce qui est assez intéressant c'est qu'en fait il y a quand même, elles sont assez nombreuses le jour où ça a été filmé, plutôt plus nombreuses que d'autres fois, et en même temps on sent qu'il y a une espèce d'entraide spontanée. Au début il y a Josette qui dit à Nadege « oui tu dis que tu n'as pas de famille, mais c'est nous ta famille » elle insiste là-dessus, etc. Et c'est là qu'on voit aussi que dans un groupe il pouvait y avoir des femmes qui étaient plus.. pas plus solides mais qui avaient déjà traversé des trucs qui pouvaient redonner du courage à celles qui étaient plus dans une phase de creux mais ça ça n'a pas eu lieu dans tous les groupes. Parfois il y avait des groupes où tout était lourd. Et parfois il y avait des groupes où ça s'équilibrait comme ça et où entre elles, elles arrivaient à se soutenir.

Comment s'est arrivé l'idée du film ? Est ce qu'elles ont accepté facilement ? Pourquoi avoir choisi de filmer ce groupe-là ?

Et bah ce n'était pas calculé. L'idée du film c'était l'autre animatrice parce qu'elle trouvait que c'était intéressant, et je partageais son idée, pour les autres professionnels, de pouvoir se rendre compte que ces femmes, qui étaient souvent dans des difficultés sociales, qui pouvaient se présenter au service social, qui n'avaient rien, qui pouvaient paraître dans une demande, et puis des fois c'est difficile, les assistantes sociales elles sont soumises à tant de demandes des fois il y a un peu une réaction de « pff » de rejet, et la médecin PMI animatrice du groupe elle trouvait ça intéressant de pouvoir montrer aux autres professionnels que c'est des gens qui ont une histoire et qui ne sont pas là par hasard. Qu'ils ont un parcours. Donc c'est comme ça qu'est venue l'idée du film. C'était pour les faire connaître un petit peu ces femmes-là. Pour qu'on ait un autre regard sur elle. Pour qu'on puisse poser un autre regard sur elles. Et quand on a commencé le film, on avait bien dit aux femmes qu'elles seraient filmées. Moi j'avais très peur, je pensais que ça allait figer complètement la parole. Et bien pas du tout. C'était impressionnant comme au contraire ça a presque libéré la parole. C'était vraiment une grande surprise. Donc on leur avait dit, la cinéaste elle venait, on avait dit on tente une première fois, on filmera le mois prochain. Et en fait elle a filmé ce premier groupe et ça a été d'une richesse incroyable et du coup je crois qu'elle est revenue filmer deux trois fois mais que finalement elle ne s'est pas servie, alors que c'était avec les mêmes femmes, elle n'est pas revenue si longtemps parce qu'elle s'est dit que là il y avait toute la matière nécessaire à finalement ce qu'on veut transmettre. Moi j'étais vraiment inquiète, je me disais « est ce qu'elles vont oser parler ? » et en fait elles disent, parce qu'après on en a reparlé un peu avec les femmes, elles disent qu'au contraire, pas toutes, mais elles ont l'impression qu'on leur donnait une visibilité. Parce qu'en fait après dans la foulée la cinéaste elle avait proposé à certaines femmes du groupe de faire ce qu'elles appelaient une lettre ouverte et donc elle les a rencontré quelques-unes individuellement et elle les a filmé sur le sujet qu'elles voulaient, et où en fait ces femmes ont fait un témoignage d'un truc qu'elles avaient envie de dire, un témoignage à leur enfant, un témoignage à leur mère. Et en fait avec l'une ou l'autre on avait discuté qui disaient que finalement c'était bien pour elles de pouvoir

prendre la parole et en plus une sorte de visibilité, d'être entendue, d'être vue, mais c'est vrai que ça nous a questionné, on était vachement surprises que ça ait à ce point fonctionné.

Le groupe qui a été filmé c'est celui qui a le mieux fonctionné dans l'histoire du groupe ?

Moi je dirais quand même que oui. C'est d'ailleurs surprenant. Il y a une période où je me suis dit, est-ce qu'on retenterait pas un film à nouveau. Je pense qu'on pourrait dire ça. Il y a un truc aussi qui s'est passé dans ce groupe très particulier qui fait, alors je ne sais pas si c'est le fait qu'elles aient été filmées toutes en même temps et qu'elles partageaient cette expérience ensemble et avec nous aussi, après il s'est lié des liens entre ces femmes, elles sont allées se voir à la maternité, donc il y a vraiment eu quelque chose qui s'est installé, d'un soutien, d'une relation entre elles. Ça s'est peu fait dans les autres groupes. Moins en tout cas. Parce qu'elles se sont données les numéros de téléphone. Et justement quand Nadège a accouché, qui était très isolée, et bien, les autres elles sont allées la voir à la maternité. Alors que souvent c'est des femmes elles ont peu de visites.

Ces femmes-là elles sont revenues dans les autres groupes ?

Non parce que ça c'est terminé... ce groupe il s'est un peu terminé ensemble. Parce qu'elles n'étaient pas toutes au même terme. Il y en a qui ne sont pas revenues. Il y en a quelques-unes qui sont venues qu'une fois et qui ne sont pas revenues. Il y en a une à un moment qui raconte des trucs sur la façon dont sa mère s'occupe des copines sur des rituels qu'on fait du bain, et bien par exemple cette jeune femme elle n'est pas revenue, et puis sa voisine non plus n'est pas revenue. Et puis il y a une jeune femme aussi dans ce groupe qui vient de Roumanie, je crois qu'elle est revenue une fois et puis après elle n'est pas revenue. Par contre elle avait été très, ça lui avait beaucoup permis de choses, d'avancer, ce groupe. Je crois qu'elle est venue une fois ou deux. Parce qu'après elle en a reparlé avec la médecin PMI. Ça a ouvert aussi. Justement le fait qu'elle se soit autorisée à dire un truc dans le groupe, quand elle nous revoyait après seule, elle savait qu'on savait ça donc ça leur permettait d'en reparler. Et donc je sais que cette dame roumaine, elle a beaucoup reparlé avec la médecin PMI après de son trajet, de ce qui la faisait souffrir. C'est une dame qui n'avait pas élevé beaucoup son premier enfant. Tout ce qui était la difficulté de devenir mère et comment on prend sa place et tout.

Vous en reparliez après dans la consultation ?

Ça pouvait. C'était pas obligatoire. Ça pouvait être « bah tiens comment ça va depuis la dernière fois ? bah oui lorsqu'on s'est vus dans le groupe vous avez livré ça est ce que ça va mieux ? comment vous avancez avec ça maintenant ? » mais c'était discret quoi. De toute façon elles savaient qu'on savait donc je pense que du coup elles savaient que c'était possible d'en reparler. On ne le resollicitait pas forcément à chaque fois.

Vous avez quel type de retours des femmes ?

Elles étaient plutôt contentes. En tout cas je pense à ce groupe là parce que c'est vrai que c'était marquant...

Elles ont l'air d'être secouées, c'est intense...

C'est vrai que c'est intense. Celui-là c'est vrai qu'il était impressionnant, assez intense. Il n'y avait pas tout le temps des retours. Ça c'était peut-être nous qui les sollicitions les retours « alors qu'est-ce que vous en avez pensé ? ». Mais par exemple Nadege quand je l'ai revue après, la première consultation où on s'est revues après, elle m'a dit « alala qu'est-ce que ça m'a fait du bien d'aller au groupe ». Mais sinon c'était plutôt nous qui sollicitions. « alors est ce que vous étiez contente d'être revenue ? Est-ce que vous allez revenir la prochaine fois ? ». Je pense que de fait quand elles ne s'y étaient pas senties bien du coup ça s'étiolait. Il y a des femmes qui venaient qu'une fois et qui se sont dit bah non tiens. Soit c'est trop violent. Parce que je pense que des fois c'était trop intense pour certaines. Justement, je pense aussi à un autre groupe où c'était très plombé. Elles étaient trois ce jour-là et je crois qu'après c'est plus ou moins parti en sucette, il y en a peut-être une qui est revenue mais du coup il en y avait d'autres qui s'étaient rajoutées dans ça y était mais il y avait des fois je pense que c'était trop lourd. C'était aussi compliqué parce que justement on s'était questionnées sur comment faire pour qu'il y ait un équilibre dans le groupe. Pour qu'on sente qu'il y ait des femmes suffisamment solides, qui pouvaient porter un peu les autres aussi, mais voilà on ne le décidait pas, donc c'est pour ça que des fois on se retrouve avec des groupes très plombés. Et on se disait même nous professionnels on était parfois sidérées avec peu de possibilités de rebondir. Il y avait des fois où je pense pour certaines c'était trop dur. Et même par rapport aux femmes qui se sont saisies du groupes. Je pense qu'au tout début elles étaient toutes mélangées, et je pense que certaines dont je parlais qui étaient venues dans le cadre du regroupement familial dans un environnement plus tranquille, sécurisé, elles ont dû sentir que c'était trop dur ce qui était dit là, et elles se sentaient moins concernées par cette problématique-là. Donc du coup ça s'est fait comme ça elles ne sont pas revenues quoi.

Est-ce que quand vous avez monté le groupe est ce qu'il y avait des gens dans la PMI qui n'étaient pas d'accord ? ça s'est inscrit dans les controverses sur est ce qu'on fait quelque chose de spécifique pour les patientes étrangères ?

C'est intéressant comme question. Non. Je dirais que non. Mais je pense que c'est intéressant. Je pense que ça n'a pas été dit clairement mais peut-être que ça a traversé certaines personnes de la PMI. Plus effectivement comme une idée de « pourquoi vous vous occupez tant d'elles ? ». Parce que c'est vrai que c'était un des souhaits de l'autre animatrice et moi, je pense qu'on avait un souci particulier autour de ces femmes qui étaient très isolées. Et ça pouvait peut-être susciter comme ça une espèce de jalousie, de se dire pourquoi vous vous occupez tant d'elles ? En dehors de ça, moi je sais qu'il y avait des fois où j'avais des femmes dans la galère, que je faisais venir régulièrement en dehors du groupe avec un interprète et qu'une fois ou deux je me suis pris une réflexion « mais t'arrêtes pas de la voir ! pourquoi tu la vois tout le temps ? » j'ai dit « bah parce que je pense que c'est nécessaire, je pense qu'elle en a besoin ». Une sorte d'incompréhension comme ça. Après qu'est ce qui se joue, je ne sais pas si c'est le fait de s'occuper des femmes étrangères. Des fois ça peut être le professionnel, sans s'en rendre compte, qui se dit moi quand j'étais enceinte on s'est pas tant occupé de moi. Ouais je pense qu'il peut y avoir un truc plus personnel. Parce que quand même je dirais globalement dans la PMI où on faisait le groupe il y avait quand même, on était dans un travail d'équipe sur le fond où on était tous très proches de ces patientes étrangères. Je dirais que c'était plus, tiens pourquoi elles ont droit à ça et pas moi et pas les autres, et pas celles qui sont peut-être moins dans la difficulté.

Vous avez eu des réflexions ?

Non je ne me souviens pas de réflexions sur le groupe. Mais l'autre animatrice elle s'en souviendrait parce qu'il me semble qu'elle m'a déjà livré des trucs où elle sentait qu'il fallait quand même batailler un peu pour qu'ils acceptent. Pas pour qu'ils acceptent. Il y a eu peut-être quelques réflexions mais je ne m'en souviens pas. De se dire ah bah elles en font beaucoup quand même pour ces dames-là. Même si dans le fond il y avait quand même de la bienveillance de la part de tous les professionnels auprès de cette population. Mais c'était peut-être aussi parce que pour nous aussi c'était un temps privilégié avec ces patientes. Donc c'est pour ça je vous dit je ne sais pas où la jalousie se situait. Parce que ça peut être aussi tiens pourquoi elles ont le droit de partager tout ça avec elles. Après c'est peut-être de mon fantasme, j'en sais rien, mais je pense qu'il y a un peu de ça. Pourquoi elles ont le droit de partager tout ça et avoir autant d'intimité avec les patientes et pas nous. Parce que ça cela dérange parfois.

Parce qu'il n'y avait que vous qui pouviez proposer ce groupe ?

Oui c'était que la médecin PMI et moi qui animions le groupe et qui le propositions en plus. Sur les deux PMI il n'y avait que nous, il ne pouvait pas y avoir d'autres sage-femme ou un autre médecin qui aurait pu avoir envie de faire de ce truc parce qu'il y avait que nous. Mais les autres professionnels, auxiliaires...

Elles ne proposaient pas...

C'était notre idée entre guillemets et puis l'idée c'était que ça soit proposé par nous et animé par nous. Du coup c'est vrai ça amenait un niveau d'intimité dans la rencontre avec ces femmes que peut-être les autres professionnels n'avaient pas. Et ça c'est pas toujours facile. Moi il m'est arrivé de le repérer. Même en dehors du groupe. Quand on a un lien assez particulier avec une patiente, parfois les autres professionnels qui ne l'ont pas, ils peuvent avoir un peu de mal à le comprendre. Par exemple, j'arrive en salle d'attente, j'ai suivi une femme pendant toute sa grossesse, je l'ai vue à domicile, ça crée aussi quelque chose le domicile, j'arrive elle a accouché, elle est là avec son bébé, il se trouve que je passe à la PMI, elle me dit « ahh » elle m'embrasse. Et bien moi je n'ai pas trop subi ça mais j'ai des collègues qui racontent que oui les autres professionnels sont choqués de ce lien, ou dérangés ou un peu jaloux de cette connivence. C'est pour ça que je questionnais si par rapport au groupe il y avait peut-être un peu d'envie. Ce qui pourrait s'entendre parce que c'était une super expérience. Donc c'était peut-être plus ça. Plus que l'idée que ouais pourquoi on fait un truc spécial pour elles parce qu'elles sont étrangères. Parce que je pense que quand même dans les PMI où on était tout le monde travaillait un peu, on était tous sur la même longueur d'ondes.

Plus de la moitié des personnes étaient étrangères ?

Ah oui c'était plus de la moitié, je dirais 60, 70% à la PMI. Après comment on définit l'étranger ?

Des personnes qui ont migré...

Oui mais il y en a qui ont migré depuis longtemps, déjà depuis 10 ans, et puis il y en a qui viennent d'arriver, je dirais 70% au moins.

Combien de temps il a duré ce groupe finalement ?

Alors c'est pas simple parce qu'il y a eu des interruptions parce que moi j'ai été en congés maternité. Je pense que le groupe il a dû démarrer un an ou deux avant le film, le film il doit être de 2005 un truc comme ça.

Le groupe date de 2002 et le film plus tard...

Oui je dirais 2004 ou 2005. Le groupe a démarré en 2002 et s'est arrêté en 2008. Donc ça a duré longtemps. Mais ce n'était pas continu. Parce qu'il y avait des moments, c'était pas toujours aussi facile, aussi fluide, il y avait des jours où on proposait et ah il n'y avait qu'une femme et on était deux alors on ne faisait pas le groupe, on prenait de ses nouvelles mais on ne pouvait pas parler de groupe dans ces cas-là. Donc il y a eu des moments où ça fonctionnait bien sur quelque mois et puis il y avait des moments où ça capotait, parce que soit elles ne venaient pas les femmes, on avait eu pourtant le sentiment que ça les intéressait mais la sauce ne prenait pas. Donc c'était jamais quelque chose de continu. On ne peut pas dire que pendant 7 ans on a vu des femmes régulièrement tous les mois, non. C'était avec des creux et des vagues. Ça dépendait vachement de la composition de chaque groupe. Et puis après il y a eu des questions de locaux. A un moment on ne le faisait plus là, on est allés à l'autre PMI en centre-ville mais on ne peut pas dire que ça a duré 7 ans non-stop. Je pense que si j'étais restée là-bas on aurait continué mais c'était quelque chose qui demandait énormément d'énergie à faire vivre. Des fois on se demandait aussi pourquoi ça fonctionne pas. Est-ce que justement... on ne présente moins bien ou est ce qu'on est moins porteur du truc... ou c'est aléatoire c'est simplement parce qu'en ce moment il n'y a pas de femmes qui sont suffisamment accrochées au truc pour ça fonctionne. Ça c'est un peu dur en PMI pour ça, les actions de groupe, parce que autour de l'allaitement c'est pareil, il y a des moments où on met beaucoup d'énergie et il y a parfois peu de gens qui viennent. Et on se questionne toujours. On dit c'est bien pour les gens qui sont venus mais un groupe en même temps il faut qu'il y ait un minimum de gens pour qu'on parle d'un groupe. Et quand on est deux professionnels à l'animer, même quand on était deux, si il y avait deux femmes il y avait forcément un déséquilibre. Et c'est arrivé. Après on s'était dit on fait un groupe que si il y a un minimum trois femmes. Donc si elles venaient à deux, j'essaie ne pas me tromper, si il y a que deux femmes on prenait un temps pour discuter avec elles un peu mais c'était rapide quoi. On ne prenait pas le même temps. Souvent si elles étaient deux on se mettait dans le cabinet de consultation et on discutait 30 minutes avec les deux. Sinon ça durait je dirais 1h30-2h. je ne me rappelle plus. C'est déjà long. Moi je trouve que c'est une expérience super mais difficile, difficile à faire perdurer aussi. Ça mobilise beaucoup d'énergie.

Est-ce que vous vous êtes posé la question du besoin, est ce qu'il y a un réel besoin ?

Oui on s'est posé la question du besoin. Je pense qu'il y a un besoin, mais je pense qu'il faut arriver à entendre, en tant que professionnel, c'est que soit c'est quelque chose qui peut faire peur, le groupe à certaines, là c'est mon avis personnel, soit en venant, en disant oui pour venir elles savent qu'elles vont forcément être un peu exposées et être un peu remuées. C'est ça qui peut faire peur. Ce n'est pas tant ce qu'on peut dire de soi mais c'est aussi ce que les autres vont pouvoir dire, comment ça va faire écho à des trucs qui nous traversent, déjà ça peut faire peur. La première chose qui peut faire peur c'est « est ce que je vais devoir parler ? » il y en a qui disaient ça « mais si je ne veux pas parler je peux quand même venir ? » bah oui bien sûr. Et puis après si je parle je suis sous le regard d'autres, ça peut faire peur aussi. Et puis ce que les autres disent comment ça résonne avec ma propre histoire, ça aussi ça peut faire peur. Et je pense aussi qu'il faut aussi accepter ça en tant que

professionnel, c'est que parfois qu'il y a des femmes qui ne sont pas prêtes à ça, à faire résonner des choses avec leur propre histoire. Et que donc la grossesse même si c'est une période qu'on appelle de transparence psychique, ça veut dire les femmes elles sont très en lien avec leur propre histoire, ça peut leur faire peur aussi, et donc il y a des fois une réaction de protection quoi. Et nous en tant que professionnel il faut aussi accepter que bah tiens elle m'a confié tout ça à la consultation mais voilà c'est tout ça va en rester là, et elle ne veut pas creuser plus loin parce que c'est pas le moment, elle n'en n'est pas là. Et peut-être qu'une autre grossesse bah tiens dans 5, 4 ans on lui proposerait le même groupe elle s'en saisirait parce que peut-être qu'elle aura fait un chemin suffisant pour se dire « bah tiens je peux aller dire ça ou je peux entendre ça ». Moi je pense que bien sûr il y a un besoin. Je pense que c'est toujours riche un groupe pour les femmes enceintes. D'ailleurs qu'elles soient étrangères ou pas étrangères. Après il y a le chemin de chacune qui fait que qu'est-ce que c'est que venir s'exposer et entendre l'histoire des autres dans un groupe. Ce n'est pas si facile. C'est peut-être pour ça qu'il y a eu des moments plus durs pour le groupe. Parce que je le vois même maintenant en consultation, je ne propose plus de groupe mais il n'y a pas longtemps j'ai reçu une patiente très très ébranlée, qui arrivait je ne sais plus si c'est du Congo ou d'un autre pays, mais qui avait vécu des trucs terribles et en fait je ne lui ai pas proposé le groupe, je lui ai dit « vous savez que je suis à l'écoute de ça et si c'est vraiment trop dur » parce qu'elle a raconté qu'elle avait beaucoup d'insomnies, qu'elle revivait des scènes de violence, et elle me livre tout ça et en fait je lui propose peut-être un peu trop tôt d'être accompagnée éventuellement par le psychologue si vraiment c'était trop envahissant, et bien en fait ça s'est refermé et elle m'a dit non. On continue de se voir et je pense qu'elle a bien entendu que je pouvais être dans cette écoute, mais on en parle la deuxième fois et je lui ai dit « vous vous souvenez que c'est possible ? » et elle en reparle plus. Il y a des femmes enceintes qui ouvrent une brèche, qui vont livrer un truc parce que c'est quand même un peu important qu'elles en disent un minimum mais après qui ne veulent pas... et je pense que le groupe ça expose quand même à ça. Et elles le sentent certainement. Quand on leur propose ça elles doivent sentir que forcément ça ne va pas être anodin, ça va être vachement remuant. Donc c'est peut-être ça qui fait qu'il y a des périodes où ça fonctionne difficilement.

Dans le groupe on parle beaucoup de violence, c'est quelque chose qui revient beaucoup dans les consultations ?

Si assez souvent. Ça dépend... il y a des femmes qui ont vécu des violences de guerre, donc ça cela revient, quand elles viennent de pays en guerre civile ou en guerre depuis des années, c'est vrai que ça revient beaucoup, des femmes qui ont perdu des membres de leur famille. Je ne pourrais pas vous donner de pourcentage. Après il y a toutes les violences intrafamiliales qui je pense sont moins dites. Sont encore moins dites que les violences de guerre parce qu'il y a peut-être plus de tabous. Ce qu'on peut ressentir c'est que des fois ça va être l'occasion de la grossesse, peut-être avec un professionnel qui va avoir une écoute un peu particulière, qui va permettre à ce que ça soit dit pour la première fois. Mais j'allais dire pour une étrangère ou pas. Je ne pourrais pas dire si je sens qu'il y a plus de violences non dites dans la population étrangère que dans la population qui ne l'est pas, je ne suis pas sûre. En dehors des violences de guerre.

Ou pendant la trajectoire de migration ?

Oui dans la trajectoire de migration effectivement mais ça elles ne racontent pas toujours. Moi j'ai eu peu de gens qui ont raconté leur parcours de migration. Elles racontent avant, ce qui s'est passé avant mais elles racontent très peu ce qui s'est passé, comment elles en sont

arrivées là. Peut-être que c'est trop violent pour être redit. J'allais dire que peut-être que de se rencontrer pendant ce temps de grossesse, est-ce que du coup où c'est un moment où elles n'ont pas envie de l'évoquer, ou elles voient plus devant, j'en sais rien. Il y a peut-être des gens qui l'évoquent mais moi j'ai eu peu d'histoire sur le parcours de migration et tout ce qu'il a fallu faire, les passeurs, etc. Alors peut-être je ne creuse pas beaucoup aussi. Des fois on se rend compte on tire une certaine ficelle c'est une pelote qui vient, on tire une autre c'est celle-ci qui vient, là l'année dernière j'ai eu une jeune fille qui avait un parcours de migration assez difficile, ce n'est pas à moi qu'elle l'a raconté. Il s'avère que c'était une jeune fille mineure donc ça a été raconté à quelqu'un de l'ASE. Il a dû la questionner dans ce sens. Alors que moi après je la rencontre enceinte, j'ai pas requestionnée la dessus. Donc ça dépend de ce qu'on suscite.

Quand vous dites qu'avec cette médecin PMI vous avez un souci particulier pour ces femmes-là, d'où il vient pour vous ?

J'en sais rien mais je me suis déjà posé la question ! Parce qu'on en a pas mal parlé avec la médecin PMI, je ne sais pas figurez-vous ! J'en sais rien ! Elle, elle y répond assez facilement parce que c'est quelqu'un qui est d'origine arménienne et je pense qu'elle pense qu'il y a quelque chose en lien avec son histoire, mais ce n'est pas mon cas et donc je ne saurais pas forcément expliquer, je n'ai pas encore assez réfléchi ou travaillé là-dessus pour arriver à donner une réponse. Du pourquoi ça ! (rires)

Avec la médecin PMI on a beaucoup parlé de l'ethnopsychiatrie, vous avez un avis là-dessus ou...

Pas aussi tranché, pas aussi éclairé qu'elle. Parce qu'elle est beaucoup plus branchée sur tout ce qui est psy, elle a plus de connaissances et de pratiques je pense que moi.

(téléphone sonne, répond)

Vous avez été confrontée dans votre pratique professionnelle à ce psychologue par exemple ?

Oui mais c'était pas non plus un... un... enfin on pouvait aussi discuter et lui dire qu'on n'était pas d'accord avec cette vision. Ce que je trouve important, parce que moi je ne suis pas du tout contre l'ethnopsychiatrie, je pense qu'il faut se méfier de ne pas être réducteur juste par rapport à l'ethno et qu'un être humain il est ce qu'il est avec sa culture, avec son origine géographique, avec son origine ethnique, mais il est aussi avant tout un être humain. Donc c'est pour ça que je trouve que l'ethnopsychiatrie peut parfois, certainement résoudre un tas, aider beaucoup de gens mais attention à ne pas être trop réducteur et à ne pas réduire un individu qu'à ça. Parce que je pense qu'avant tout il a une histoire individuelle singulière qui lui est propre et moi je pense que c'est celle-là qu'il faut écouter en premier. En tout cas en plus moi je ne suis pas formée en ethnopsychiatrie, donc c'est celle-là que je peux réussir. En plus je ne suis pas psychologue. Mais de ma place de sage-femme avec cette écoute particulière, peut-être que c'est celle-là que je peux réussir à entendre plus facilement. Et puis j'ai quand même eu une expérience en ethnopsy avec l'autre animatrice qui m'avait un peu refroidi. On avait une femme qui avait vécu des trucs super durs, son mari avait été, pas assassiné devant elle mais on lui avait tiré dessus à la carabine. Je ne me rappelle plus si le monsieur était vivant. C'était un truc super violent. Et cette dame elle était arrivée en France, il se trouve qu'elle était en France, elle-même je crois qu'elle avait plus ou moins perdu un

œil. Et on lui avait proposé à cette femme, je ne sais plus trop comment, mais peut-être que parce qu'elle était allée voir le psychologue à la PMI et du coup il avait pensé que c'était une bonne proposition d'aller faire un entretien en ethnopsy. A l'université il y a tout le service de Devereux qui est dédié à ça, Tobie Nathan qui a commencé à faire l'ethnopsy, et bien ils se sont tous inspirés un peu de ça, et alors on était allés là-bas et en fait il y avait eu un entretien avec plein de co-écoutants. Alors je ne me rappelle plus s'il y avait que la dame ou s'il y avait le couple, avec tous ces gens autour, qui sont censés je crois représenter quelque chose de l'écoute communautaire, qui avaient écouté le truc, l'histoire de ces gens. Et j'avais trouvé qu'il y avait une insistance, c'était mon ressenti, à vouloir expliquer ce qui c'était passé pour ces gens et comment ça se fait qu'elle s'en sortait pas cette dame et qu'elle était en dépression profonde, à vouloir absolument expliquer les choses avec des repères liés à de la culture. Je me rappelle, il y avait la médecin PMI avec moi, on étaient ressorties de là moi j'avais trouvé que c'était limite violent. D'insister à ce point alors que cette dame essayait de dire « mais non » je ne me rappelle pas des détails alors ce n'est pas très illustré. Alors qu'absolument tous les pys écoutants disaient « mais est-ce que vous pensez pas que c'est les Djinn ? Les esprits qui ont fait qu'il s'est passé ci ça ça ? Est-ce que quelqu'un aurait pu vous en vouloir dans l'entourage ? » Et je me souviens de cette dame qui disait « non » et que ce n'était pas entendu. C'est pour ça que moi je dis qu'il n'y a pas qu'une seule bonne voie, je pense qu'au contraire des fois ça peut être complémentaire l'ethnopsy et la psychologie plus classique, mais il faut se méfier à ne pas réduire les gens rien qu'à leur culture. Je ne suis pas assez calée.

Vous dans votre pratique quelle est la place pour vous de la culture ?

Moi elle est importante, ça dépend de la place que j'ai en face de moi lui a donné dans cette culture justement. Elle comment elle gère ça. Comment elle gère la culture, sa culture d'origine, comment elle gère le fait d'être dans un pays qui n'a pas la même culture qu'elle. Et du coup c'est à ça que je vais être attentive. Parce que je pense que ce n'est pas la même histoire pour tout le monde. Du coup je pense que je ne réduis pas la personne à sa culture. Tout va dépendre ce qu'elle m'en raconte. D'ailleurs, par exemple dans le groupe on a pu voir des femmes qui avaient vraiment eu besoin de transgresser des choses de leur propre culture et c'est comme ça qu'elles étaient arrivées en France. Par exemple, il y a une dame, ce n'est pas qu'une question de culture, mais il y a une dame dans le film qui raconte qu'elle s'est convertie. Toute sa famille était musulmane, elle est catholique et elle est reniée par sa famille. Mais en même temps après dans les entretiens individuels elle explique que voilà c'était son choix et on sent qu'il a fallu qu'elle se démarque parce qu'elle était sous l'emprise d'un truc, elle le vivait comme si elle était sous une emprise. La culture ça peut aussi être ça. Ça peut aussi être un truc qui enferme des fois. Et dont on a besoin de se distancer. C'est pour ça que la culture elle n'est pas toujours que tout bon, la culture d'origine. Parce que des fois on a tendance à se dire justement quand on voit une femme qui est ici étrangère, on dit « olala » nous aussi on a tous été traversés par ces idées-là, de se dire « alala justement est ce que ça ne lui manque pas ci ça ça qu'elle avait chez elle ? » Mais il y en a des fois qui disent mais non, oui ça me manque mais ça me manque pas tant que ça, et j'ai aussi eu besoin de prendre de la distance par rapport à tout ça. C'est pour ça que je vais faire avec ce qu'elles m'en raconte, sans forcément penser, sans la limiter à ça. Parce que je pense qu'il y a des femmes qui ont besoin de prendre de la distance par rapport à leur propre culture.

C'est même la cause de leur migration...

Bah voilà, c'est ce que j'allais dire. C'est pas un hasard si elles sont là. Pourquoi ce sont elles qui sont là et pas d'autres. Et dans les femmes des groupes souvent c'est des femmes qui avaient justement du mettre une distance par rapport à leur culture. Ou même on parlait tout à l'heure de la mère, par rapport à la mère et ce que représente la mère. Il y a des femmes dans les groupes qui disaient mais il a fallu que je parte parce qu'il y avait quelque chose de plus possible avec ma mère. C'était pas dit comme ça.

Il y en avait une dans le film qui disait que sa mère avait éduqué leur enfant...

C'était ce que disait Mme, la dame des pays de l'Est, et que c'était insupportable de s'être fait volé à ce point sa place de mère.

Il y avait aussi d'autres femmes qui avaient un peu toutes le même discours...

Oui oui ! Elles le disent, il y a tout un débat autour de ça. Elles disent que celles que j'appelle maman ce n'est pas ma mère c'est ma grand-mère. Parce qu'elles ont été élevées parfois par leur grand-mère.

Elles n'avaient pas l'air si d'accord que ça...

Exactement. Ça questionne tout ça. C'est pour ça que voilà j'ai rien contre l'ethnopsy mais il faut faire avec ce que les gens nous apportent de leur ressenti et de leur histoire sans les réduire à tient vous ferez tel pays, c'est comme ça dans ce pays-là, qu'est-ce que j'en sais en tant que tel.

Au niveau de la question économique, c'était essentiellement des femmes en situation de précarité économique que vous aviez ?

Ah ouais. Essentiellement.

Et en PMI en général ? Vous sélectionnez plutôt les femmes précaires ?

Non on sélectionnait personne mais les femmes qui sont en situation de migration récente, et c'était le cas de celles qui se sont emparées du groupe, et bah bien souvent elles étaient précaires économiquement parce qu'elles arrivaient elles étaient sans titre de séjour. A moins d'arriver en France dans le cadre du regroupement familial où là vous avez tout de suite accès à des droits, si vous arrivez en France et que vous êtes étrangère vous n'avez rien. Et donc et bah toutes les portes se ferment, sans titre de séjour. Alors heureusement qu'il y a l'aide médicale qui existe parce qu'on peut au moins se soigner. Même si des fois c'est de plus en plus difficile. Par exemple, ça ferme les portes à un travail déclaré, ça ferme les portes aux logements, donc forcément que du coup vous vous retrouvez dans une situation avec un effet boule de neige. C'est à dire que si je ne peux pas travailler je ne peux pas me payer un logement, si je ne peux pas payer un logement je me retrouve à être hébergée, donc un coup là un coup là un coup là donc oui c'était des femmes qui étaient précaires économiquement. Pas toutes dans celles du film justement, il y a une jeune fille qui raconte qu'elle a sa maman. Il y a ça aussi finalement, celles qui se sont saisies vraiment du groupe c'est celles qui se sont retrouvées autour de ces difficultés économiques et de ces précarités et peut-être que pour d'autres ça a été dur à entendre. De se dire olala elle est hébergée mais ça se trouve elle est mise à la porte. Souvent quand même les groupes c'était des gens... Parce que quand on faisait la proposition parce qu'on percevait que c'était des gens étrangers

dans une situation d'isolement, et bien c'était souvent des gens qui étaient dans une situation de précarité, c'est clair. Et à la PMI c'est mélangé la population qui consulte, il y a aussi plein de gens qui sont là, soit des gens qui ne sont pas d'origine étrangère, soit des gens qui sont étrangers mais sont là depuis des années donc ils sont insérés en France et ils vont devenir français parce qu'ils vont demander la nationalité ou qui ne vont pas demander la nationalité et qui sont en France depuis des années et donc qui sont insérés en France, ont un travail, ont un titre de séjour. C'est quand même le problème de ne pas avoir de titre de séjour qui fait qu'on est exclu. Après beaucoup de portes se ferment pour vous. Et vous installent dans cette précarité. Même si vous essayez avec courage de faire des petits boulots au noir, etc.

Et ça elles en en parlent la question des titres de séjour dans le groupe ou pas trop ?

Non elles ne parlent pas trop de ça. En consultation on en parle parce que nous on les questionne. En général moi je leur dis « pour qu'on se connaisse un peu dites-moi un peu dans quelles conditions vous êtes arrivée ? Sans vouloir de détails mais voilà depuis combien de temps ? Et comment vous vous en sortez ? Parce que du coup vous n'avez pas de titre de séjour, bah comment vous faites pour vivre ? » parce que c'est quand même une question qu'il faut leur poser pour savoir un petit peu dans quelles conditions elles sont. Alors parfois elles vont nous dire « je suis hébergée », elles restent très... elles parlent mais c'est difficile. Je crois qu'il y a quelque chose du sentiment de honte aussi qui n'est pas facile pour ces femmes. Mais il y en a des fois on apprend, par exemple justement quand elles sont hébergées, elles doivent partir le matin, elles sont toute la journée, elles trainent dans les magasins parce qu'en fait elles ne peuvent pas rester chez l'hébergeant, elles doivent attendre le soir pour rentrer. Donc des fois il y en a qui arrivent à dire ça. Mais c'est vachement difficile de dire ça. Ça veut dire qu'il faut déjà un lien de confiance suffisant avec la personne qui vous soigne pour oser dire « vous savez je suis en errance ». Donc elles ne le disent pas toutes au même moment. Du coup dans le groupe elles en parlent peu des titres de séjour, c'est peu revenu je pense finalement, alors que dans la consultation elles peuvent être parfois dans la plainte, la plainte peut être un mot qui peut paraître péjoratif, mais elles vont nous livrer parce qu'on leur demande, elles vont nous livrer des difficultés, je trouve que dans le groupe souvent c'est peu évoqué, elles sont plus dans le soutien des unes des autres, ah si elles en parlent, il y en a une qui va dire « ah bah tiens moi je suis hébergée, voilà ce qui m'est arrivé ». Nadège elle raconte très bien qu'elle était chez son oncle qui l'a mis dehors, qu'elle a cherché, mais elle ne s'étale pas et elles ne le disent pas sur le ton de la plainte. Et je pense à une autre dame du groupe Mme qui elle vivait dans des conditions de logement extrêmement précaire. Moi je suis allée la voir plusieurs fois à domicile. Et bien elle ne le dit pas. Elle dit « oui c'est pas simple ». Mais c'est pas larmoyant du tout. Et elles vont plutôt dire « de toute façon j'ai pas de choix donc j'ai déjà ça j'avance avec ça ».

Au niveau de l'interrogatoire, la question sur les conditions de vie est ce qu'il y un intérêt médical ou c'est plus pour connaître la personne ?

Non moi au début c'est plus pour connaître la personne et me dire bah tiens dans quelles conditions elles vivent ce temps particulier qui est le temps de la grossesse. Qui est quand même un temps fragile. Il y a une fragilité de la femme quand elle est enceinte. Une fragilité psychologique connue. D'ailleurs je leur présente comme ça. Je leur dit « vous n'êtes pas obligée de me répondre, faut pas que vous sentiez que c'est de la curiosité », je ne dis pas ça mais je dis « vous me répondez que ce que vous voulez mais c'est pour qu'on fasse un peu connaissance il faut que je me rende compte dans quelles conditions vous êtes » et parfois je

leur demande, même à des femmes qui ne sont pas étrangères, je dis « comment ça se passe ? est-ce que vous avez de la famille autour de vous ? Votre maman elle vit où ? » Des fois elles sont un peu... « mais je vous demande ça pour savoir comment vous êtes entourée. Vous savez la grossesse c'est une période où souvent on a besoin d'être un peu entourée, coucounée ». D'ailleurs quand on leur dit ça souvent il y en a qui se mettent à pleurer. Parce que justement elles sentent ça au fond d'elles et elles mesurent à ce moment-là que voilà. Moi j'en parle dans la 1^{ère} ou 2^e consultation pour savoir comment elles sont entourées. Et à ce moment-là je ne suis pas du tout, par rapport aux conditions d'accueil de l'enfant. C'est trop tôt. Après de fait comme ça a été confié et bien on va avancer ensemble là-dedans et il y a un moment je dirais « bah tiens comment vous envisagez par rapport au bébé ? Est-ce qu'il y a des besoins ? » mais au départ c'est vraiment pour savoir dans quel climat affectif elles sont pendant la grossesse. Si elles sont très seules, si elles ont quelqu'un avec qui elles peuvent parler. Si elles disent j'ai personne, je n'ai pas ma famille, je vais leur dire « est-ce que vous avez une copine ? Est-ce que vous pouvez parler avec le papa du bébé même si vous ne vivez pas ensemble ? » c'est plus pour ça. Qu'est-ce qu'elles ont comme contenant pendant cette grossesse. Parce que des fois elles ont le contenant communautaire, des fois le contenant familial, des fois elles n'ont pas de contenant.

Comment vous faites pour les personnes qui sont sans logement, vous êtes déjà allée dans les squats ? dans les hôtels sociaux ?

Oui oui. Pas beaucoup d'hôtel social. Parce que j'en avais pas... Enfin si des hôtels 115 souvent. Et puis des fois, par contre il y a des femmes qui sont hébergées et qui ne peuvent même pas nous recevoir chez l'hébergeant. Donc elles viennent à la PMI. On leur propose de venir à la PMI. C'est pas la même chose parce qu'on ne les voit pas dans leur cadre de vie mais c'est pas grave. Mais sinon le domicile ça amène à travailler beaucoup dans les lieux de vie où elles sont. Ça permet de mesurer le dénuement dans lesquels elles vivent. Quand on est à l'hôtel avec le 115 on ne peut pas se faire à manger, on a une toute petite chambre, ce n'est pas facile quand même. Déjà pour la notion de ne pas pouvoir se faire à manger. Parce qu'il y a des femmes à qui on dit « vous devriez faire attention vous prenez trop de poids », sauf que pas pouvoir se faire à manger, devoir aller s'acheter un sandwich ou un fast food tous les jours forcément... donc ça permet de voir ça. Et puis ça parle beaucoup le logement. Parce que des fois même si c'est tout petit c'est super bien rangé, c'est organisé. D'autres fois c'est tout petit ou c'est plus grand mais c'est un bordel monstrueux et c'est pas propre, ça permet aussi d'aborder avec délicatesse, qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi vous n'arrivez pas ? Qu'est-ce qui fait que c'est trop difficile d'arriver à ranger ? Des fois il y a des patientes qui sont vachement déprimées qui du coup, il y a un laisser-aller total sur le logement. Alors que à côté de ça, je pense à Mme qui vivait dans des conditions vraiment précaires, c'était super, c'était un petit logement mais elle se chauffait avec un poêle à mazout, ça sentait le mazout dans tout son logement mais en même temps il fallait bien qu'elle se chauffe il n'y avait pas de chauffage. Mais en même temps il y avait des espaces même dans ce petit logement ça parle aussi de la personne quoi. De comment elle va, de comment elle est un minimum structurée, donc c'est important. Ça permet de la comprendre un peu mieux. Je me rappelle d'une dame qui n'était pas spécialement dans une situation de précarité, j'étais allée chez elle c'était un bordel monstrueux, il y avait des poubelles, ça dégueulait partout, et là on se dit il y a quelque chose qui ne va pas. Cette dame elle ne va pas bien pour en arriver là. Donc ça permet aussi de mieux soigner d'une certaine façon. En tout cas de pouvoir faire des propositions de soin ou d'aide.

Est-ce que ce sont les mêmes thèmes qui sont abordés en Visite à domicile (VAD) ou en consultation ?

Ouais mais justement... le domicile rajoute toujours un plus pour rencontrer les gens mais c'est déjà... parce qu'ils acceptent de nous ouvrir quelque chose de leur intimité quand on va au domicile. Ce n'est pas rien d'ouvrir sa porte à un professionnel qui peut être quand même dans le regard... Donc ça permet des fois d'aller plus vite. Enfin d'aborder des choses qu'on aurait peut-être pas abordé si on s'était vues qu'en consultation.

Vous restez combien de temps ?

A domicile ça peut être une heure. Alors qu'on vient on ne parle pas du domicile bien sûr mais on repère des choses dans la façon de nous accueillir. Il y a beaucoup de choses qui parlent. Et ça amène quand même une rencontre un peu différente. Parce que le fait d'être reçu chez les gens c'est qu'ils nous ouvrent quelque chose d'eux même. Alors que la consultation ça peut rester plus anonyme en fait. Encore que je trouve que finalement même pour des femmes qui ont été hébergées et que je n'ai jamais pu voir à domicile, dont certaines du groupe, finalement le temps de la consultation il a aussi été important pour qu'elles puissent livrer des choses. Je pense aussi que ce qui est important c'est ce qu'on fait sentir de sa propre disponibilité à la patiente. Moi pour avoir fait des consultations hospitalières où j'avais pas le temps parce qu'il fallait que je vois 12 femmes dans la matinée, pourtant je pense que j'étais une sage-femme correcte, mais voilà il y avait un petit temps de disponibilité mais il était cadré. Donc du coup les gens ils prennent par rapport à ce qu'ils sentent qu'on leur donne. Donc en fait en PMI je pense que même si on ne se voit pas à domicile il y a une disponibilité du soignant qui va faire percevoir au patient et qui fait que le patient va pouvoir s'autoriser à parler un peu plus de lui. Et ça je pense que les gens le sentent.

Les femmes à domicile elles parlent plus ?

C'est variable. Pas forcément. Bien que je pense que la VAD c'est un vrai atout. Et j'ai eu plein de femmes que j'ai suivi qu'en consultation pour lesquelles ça a quand même permis un vrai échange.

Pour une même femme elle se comporte différemment en consultation ou en VAD ?

En fait pour une même femme je la rencontre d'abord en consultation et quand elle va partir pour son suivi hospitalier souvent je lui propose de continuer à l'accompagner à domicile. En fait on se connaît déjà un peu et forcément le domicile va rajouter quelque chose, dans les entretiens à domicile on va encore mieux faire connaissance. Mais il y a déjà une confiance. De toute façon quand la femme accepte qu'on vienne à domicile il y a déjà une confiance qui est instaurée. Et effectivement qui va permettre qu'elle livre plus de choses, mais je ne sais pas.

Est ce que vous connaissez l'existence d'autres groupes de parole ?

Pas bien

En PMI ?

Si j'ai des collègues en PMI qui en font, mais ce n'est pas vraiment un groupe de parole, c'est un mélange entre le groupe de parole et la préparation à l'accouchement. Et je ne peux pas dire que je les connais bien ça serait mentir. Mais j'ai des collègues qui font des petites séances où on parle de la grossesse, on parle de l'accouchement et forcément c'est quand même un groupe de parole puisqu'on y parle et il n'y a pas qu'un enseignement qui est délivré par la sage-femme. Mais il n'est pas présenté comme tel. Il est présenté comme de la préparation à l'accouchement. Il faudrait que vous passiez par la responsable des sage-femme de PMI du 93, contactez là de ma part, et elle vous dira si il y a des filles qui font des trucs de groupe. Il y a une sage-femme qui a fait un groupe sur l'allaitement pendant longtemps. Je ne sais pas si c'était à visée des femmes étrangères mais en PMI on voit beaucoup de femmes étrangères. Et puis des collègues qui font des cours de préparation. Après il y a des hôpitaux sur lesquels, il y avait à la maternité A., ils ont fait le Groupe 1, c'est un truc qui est ancien. Mais moi je ne les ai jamais rencontré mais on en entendait pas mal parler. Quand je travaillais à V. c'était quand même... pas les premiers mais des gens qui se sont intéressés à justement proposer des temps de groupe de parole à des femmes issues de pays étrangers. Avec peut-être quand même une vision un peu plus ethnopsy j'imagine, dans l'idée que j'en ai c'était très culturel. Mais après je ne suis jamais allée donc je ne connais pas personnellement. Mais c'est vrai que c'était connu, quand je travaillais à V. c'était connu. Mais par exemple à V. on n'a jamais eu ce type de projets, on ne faisait pas de groupe de parole.

C'était vu comme quelque chose de positif ?

Oui tout à fait. Mais là je me dit « tiens pourquoi on ne l'a pas fait ? » je me questionne tout d'un coup. C'était vu comme quelque chose de très positif. Moi j'avais des collègues qui étaient bien plus âgées que moi, dont une collègue qui était mariée à un africain, qui était très engagée, qui maintenant fait un truc au Sénégal, qui a monté une association. Ça devait être par elle qu'on en a entendu parler. Mais par exemple elle ne s'était jamais mobilisée pour faire un truc comme ça à V.. Sinon non je n'ai pas connaissance d'autres groupes.

Ça fait combien de temps que vous travaillez ici ?

5 ans. J'ai quitté la ville où j'étais depuis 10 ans parce que je voulais me rapprocher de chez moi. La population est un peu différente. Il y a moins de femmes comme les femmes du groupe. Beaucoup moins de femmes issues de l'immigration récente. C'est une population installée depuis plus longtemps. J'en ai de temps en temps sans titre de séjour mais beaucoup moins que là où j'étais. L'organisation est assez semblable. Sauf que là-bas c'est des PMI municipales donc ils avaient une organisation avec plus de puéricultrices. Parce que dans une PMI il y a plusieurs professions dont les auxiliaires de puériculture, les puéricultrices, les médecins, les sages-femmes, les psy, les éducatrices de jeunes enfants. Et à là où j'étais ils ont un pool de puéricultrices plus important. C'est une décision de municipalité. Ici il y a plutôt moins de puéricultrices mais après en terme de travail c'est assez semblable. Ici j'ai bien découvert le travail d'équipe avec d'autres gens. Finalement on peut quand même s'appuyer sur les équipes qui vont après travailler dans cette continuité parce que finalement nous on va voir la femme pendant qu'elle est enceinte mais après les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture elles vont la voir quand elle a des enfants et elles vont les connaître des fois beaucoup mieux que nous au bout d'un certain moment et finalement elles vont réattendre une autre grossesse donc finalement on finit par connaître des familles. On essaie, si la patiente est d'accord, mais en même temps des fois on dit « je pense que je vais parler de vous à la puéricultrice » sans lui demander forcément son accord mais en l'informant parce

qu'on pense que c'est nécessaire. Pour permettre cet accompagnement un peu contenant même après la naissance du bébé. Parce que je pense que c'est un moment difficile l'après. Donc c'est pas à ce moment-là qu'il faut les lâcher. Il faut qu'on puisse être dans sa fidélité. Après elles vont renouer une relation avec quelqu'un d'autre. Ça se fait assez bien le tuilage.

Vous travaillez sur plusieurs PMI ?

Trois centres de PMI. Trois demi-journées de consultation. Et le reste en VAD. Moi je fais toujours une proposition de suivi à domicile quand elles vont à l'hôpital, qui va être accepté ou pas. Je vais insister plus ou moins. Il y a des femmes à qui je dis « l'hôpital vous savez ça va être beaucoup plus speed, les consultations c'est plus rapide donc si vous avez le sentiment que vous avez besoin d'un temps d'échange un peu plus important vous pouvez me resolliciter. » et puis il y en a d'autres elles vont me resolliciter tout de suite. Et d'autres je vais leur dire « on va continuer » sans trop laisser le choix. Enfin on laisse toujours le choix, si elles me disent non je vais dire ok mais il y en a certaines ça va être plus dirigées « je pense que ça serait bien qu'on continue à domicile ». C'est rare que je dise qu'il y a pas le choix. C'est proposer de façon plus ou moins dirigée. Si je sens une grande fragilité, un grand isolement, une grande fragilité psychologique, des femmes qui ont fait part de choses difficiles qu'elles traversent.

Ça ne serait pas sur l'aspect pathologie de la grossesse ?

Si il y a une pathologie ça va se faire spontanément. Si l'hôpital m'a dit il faut que je me repose parce que mon col est modifié et bien là je vais dire, des fois l'hôpital va leur demander, ou faire un lien directement avec la PMI. En fonction du besoin, ça va être nous ou une sage-femme libérale si il y a besoin de quelqu'un avec un monitoring pour écouter le cœur du bébé parce que nous on n'a pas ça. Sur les pathologies c'est l'hôpital qui nous appelle ou c'est nous en lien avec l'hôpital qui proposons un suivi. Là par exemple j'ai une dame qui a un gros diabète, qui n'accepte pas très bien sa maladie. L'hôpital m'a rappelé l'autre jour mais moi aussi je voudrais bien que cette femme... mais elle fuit un peu. Mais ça serait bien que je puisse aller la voir régulièrement pour aller faire la surveillance de ses glycémies.

Quel hôpital ?

Nous on travaille pas mal avec l'hôpital T.. C'est là où la plupart des femmes vont. C'est un gros hôpital. 2000, 2500 accouchements par an. Type 3. Soit on reçoit des déclarations de grossesse de toutes les patientes, ça fonctionne comme ça pour les sages-femmes de PMI. Quand vous êtes enceinte vous allez voir le médecin ou une sage-femme et il vous fait pour la Sécurité sociale une déclaration de grossesse et c'est un papier après qui est envoyé à la sécu et à la CAF et ce papier il est rebasculé au département, là où il y a la sage-femme référente. Et après toutes les sage-femme de PMI reçoivent les déclarations de grossesse des patientes qui sont enceintes sur leur secteur géographique. Là je suis toute seule dans le secteur. Je reçois toutes les déclarations. Après ça ne veut pas dire que je vais voir tout le monde, c'est impossible. Il y a 900 naissances par an donc je ne peux pas m'occuper de tout le monde. Mais après sur la déclaration de grossesse le service du conseil général de la Seine-Saint-Denis a déterminé ce qu'on appelle des facteurs de vulnérabilité sur lesquels on peut proposer une VAD. Qui sont ces facteurs : l'âge, donc les âges extrêmes, par exemple si c'est une mineure ou une dame qui a plus de 40 ans en gros c'est ça. Ensuite il y a le fait que ça soit une dame qui a déjà des enfants ou pas. Si elle est primipare ça peut être intéressant

de se proposer parce que c'est peut-être un peu inconnu pour elle. Mais on propose aussi aux grandes multipares, c'est à dire aux femmes qui ont déjà 4, 5 enfants. On se dit qu'elles auront besoin d'un peu d'aide, qu'on leur explique un peu les possibilités d'être accompagnées pendant cette grossesse en terme de garde d'enfant, en terme de soutien, parce qu'il existe des gens qui interviennent à domicile pour aider pour les femmes qui ont beaucoup d'enfants ou des grossesses rapprochées. Pour les aider dans le quotidien. Il y a le fait que la grossesse ait été déclarée dans les 3 premiers mois. Une déclaration tardive de grossesse, par exemple une femme qui est enceinte et qui déclare sa grossesse qu'à 6 mois ça peut être un facteur qui fait qu'on propose nos services. Parce qu'on se dit tient c'est quand même étonnant ça veut dire que la grossesse elle n'est pas bien acceptée, pourquoi ? Et puis il y a le fait, ça c'est un facteur plus aléatoire, mais de voir s'il y a des ressources, si salariée ou pas de ressources, une femme qui a zéro ressource. Et puis là est ce qu'il y a un numéro de sécu, là ça permet de voir s'il y a des droits ouverts ou pas et si on a des droits aux allocations familiales. Alors après on n'est pas obligés d'être strict. Et moi je regarde aussi si elles sont hébergées. Parce que des fois l'adresse elles mettent chez quelqu'un donc voilà une situation d'hébergement c'est pas forcément anodin. Au départ le département les directives c'était que si on trouvait des facteurs de vulnérabilité un ou plusieurs on propose une VAD systématique. On envoie un courrier en disant je viendrais tel jour à telle heure. Mais on fait un peu à notre sauce. Moi je fais très peu ça. Parce que je trouve ça assez intrusif. Donc moi je propose plutôt une visite du style je vous propose une rencontre dans la semaine du tant au tant rappelez-moi pour qu'on prévoit un rendez-vous. Mais j'ai des collègues qui viennent d'emblée chez des gens. Qui vont leur ouvrir ou pas. Ça se défend, j'ai une collègue avec qui je suis sur la même longueur d'onde, je pense qu'on fonctionne de façon assez semblable mais elle va comme ça elle fait des visites systématiques, et elle dit que heureusement parce qu'elle a pu trouver des femmes qui n'avaient même pas ou le courage ou les repères pour se déplacer jusqu'à la PMI. C'est aussi une façon d'aller au-devant des gens. Et parfois chez les femmes étrangères, des fois elles vont être un peu paumées dans la ville pour se repérer ou elles vont avoir la crainte de faire cette démarche dans un lieu inconnu. C'est peut-être parce qu'on va aussi vers eux que parfois on va pouvoir rentrer dans un processus de soin. Donc c'est pour ça j'ai pas un avis tranché sur la question. Moi je suis un peu gênée de m'imposer.

Il y un taux de non réponse...

Ah oui. Mais c'est pas grave elle prend le risque. Elle dit que ça a quand même de l'intérêt pour les quelques-unes. Et je la crois. Et pour l'instant nos supérieurs ils nous obligent à rien, il n'y a pas de règles. Déjà j'ai pas tout le temps le temps d'envoyer un courrier et donc je dirais que quand on envoie les courriers on a à peu près 10% de réponses. A peu près. Sachant que j'en envoie pas souvent. Après il y aussi des femmes avec qui on est mis en lien par d'autres services. Par les services sociaux. Il n'y a pas que l'hôpital qui peut nous envoyer des patientes, il y a aussi les services sociaux qui vont avoir repéré que ce sont des gens qui sont dans une difficulté et qui vont dire « ça serait peut-être bien que vous preniez contact avec une sage-femme de PMI ? ». Il y a des périodes où on est débordées et puis il suffit d'une situation un peu lourde avec quelqu'un qui a beaucoup de difficultés qui se cumulent aussi bien médical que social et bien des fois ça prend une énergie. Là j'aurais plutôt de la place d'ici 15 jours 3 semaines. C'est rare que je puis prendre quelqu'un du jour au lendemain. Sauf si c'est la dimension de la protection d'enfance, parce que la PMI elle a aussi ce regard-là. Si on me signale une dame dont la situation paraît dangereuse pour elle-même ou pour ses enfants et bien là on va se mobiliser, on va essayer de dégager des créneaux. Mais ce n'est pas le plus souvent non plus. Moi l'enfant il n'est pas encore là donc

c'est pas quelque chose qui me concerne beaucoup mais ça peut arriver chez une femme qui a déjà des enfants, pour qui c'est compliqué. Il y a 2 ans j'avais une dame qui avait une grave pathologie psychiatrique et qui ne voulait pas se soigner. Forcément pendant le temps de la grossesse, on n'est pas dans la protection de l'enfance parce que l'enfant n'est pas là. Mais on commence à questionner, à réfléchir sur comment on pourrait accompagner cette dame, dans quel type de structure éventuellement. Déjà est ce qu'on pense qu'elle pourrait être seule avec son bébé à la maison ou est ce qu'il faut lui proposer une structure mais c'est compliqué. Moi ce n'est pas mon quotidien et heureusement parce que c'est pas pour ça que j'ai été sage-femme. Et je trouve que c'est une dimension très difficile à travailler. Il faut être vigilant. Au départ on est vraiment dans l'accompagnement et dans la prévention et dans quelque chose de bienveillant. En tout cas c'est comme ça que je vois mon travail. Je ne suis pas dans quelque chose de prédictif. Mais malheureusement quand on est professionnel et qu'on travaille en PMI on doit aussi avoir un peu ce regard-là. Moi je dis que tant que l'enfant n'est pas là on peut rester dans l'accompagnement. On ne peut pas faire de prédictions, il ne faut surtout pas. Moi ça me va quand le bébé il est encore dans le ventre.

Est-ce que vous êtes en lien avec des associations de patientes ou de femmes migrantes ?

Il y a l'association R. Au départ c'était sur la prostitution mais maintenant ils ont ouvert une antenne dans la ville où j'étais qui propose aussi des temps d'accueil adulte enfant pour les parents en errance. Après sur la cité où je travaillais il y avait un groupe de femmes relais où il y avait des gens qui aidaient les gens dans leurs déplacements, les accompagnements à l'hôpital mais je ne me souviens pas du nom. Ici je suis peu en lien avec les associations. C'est plus les services sociaux. Il y a une association je crois que c'est un truc un peu proposé pour les femmes africaines mais je ne me souviens plus. Je n'ai pas fait la démarche d'aller les rencontrer. Ici il y a aussi des centres sociaux qui sont pas mal qui proposent des trucs mais on est peu en lien. On oriente on fait ce qu'ils font. Mais c'est plus le service social qui nous envoie des femmes. En même temps il n'y a que quand on se connaît qu'elles orientent parce qu'on sent qu'on oriente à quelqu'un qu'on connaît. Après nous on travaille avec les associations de travailleuses familiales et d'aide à la personne, d'aides ménagères. Ça ça fait pleinement partie du boulot de la sage-femme de PMI, on propose, si on sent une famille en difficulté, soit pour gérer des jeunes enfants qui sont pas encore scolarisés pendant que la dame est enceinte soit pour gérer la maison parce qu'elle est débordée et il faut qu'elle se repose et que ça fait trop les charges de ménage, on met en lien avec les associations. Et il y a même le département de la Seine-Saint-Denis propose une prise en charge, normalement c'est payé par la CAF, c'est pas des services gratuits, il y a une participation de la CAF et il reste une participation à la charge des familles calculé en fonction du quotient familial. Mais le département de la Seine-Saint-Denis pour certaines situations, quand il y a des antécédents médicaux lourds ou des situations de fragilité vraiment particulières peut payer une partie de cette participation. Sur l'hôpital de Montreuil on travaille avec les AS, les psychologues et aussi avec une unité de pédopsychiatrie qui est en face de l'hôpital T.. On se rencontre une fois par mois pour parler justement des patientes qu'on suit en commun ou on pourrait penser que ça serait intéressant de s'adresser. Olala je suis en retard (appelle la PMI de décaler la patiente qui attend)

Je vous enverrais un mail merci beaucoup.

--- Fin entretien ---

3. Retranscription intégrale d'un groupe de parole

Groupe 5 : Retranscription

29 septembre 2015

Thème : Addictions

Locaux : Accueil de jour Seine-Saint-Denis

Animatrice : Sage-femme à la maternité B., Seine-Saint Denis

5 personnes :

1 Leila. (Algérienne) enceinte

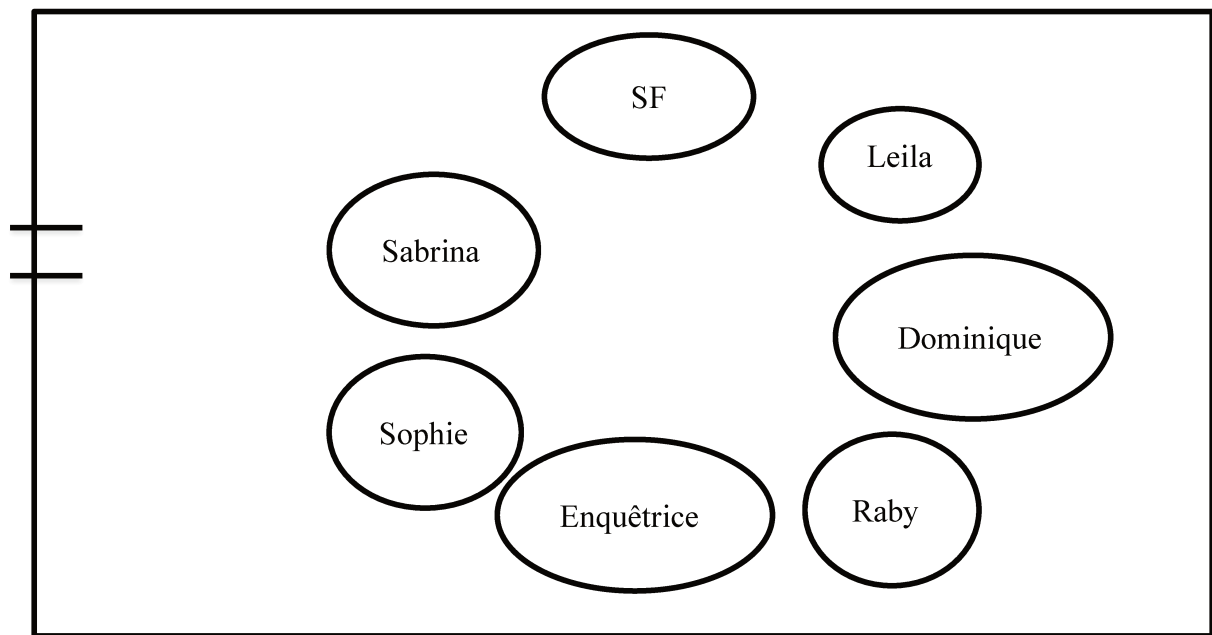
2. Dominique. (Sénégalaise) enceinte

3. Raby. (originaire d'Afrique subsaharienne) pas enceinte

4. Sophie. (originaire d'Afrique subsaharienne) pas enceinte

5. Sabrina. (originaire d'Afrique subsaharienne) vient d'accoucher

3 enfants dans la salle



Sage-femme. Même pour l'avenir, pour savoir concrètement quelles sont les conséquences, vous pouvez en parler autour de vous aussi. Et après dans un 2^e temps, si vous avez des questions sur la grossesse et aussi sur l'alimentation, sur maintenant le lien avec votre bébé maintenant, il n'y a aucun souci. D'accord.

Toutes ensemble. D'accord

Sage-femme. Alors on va voir d'abord l'alcool. Est-ce que vous consommez de l'alcool en dehors de la grossesse ? un petit peu ?

Sophie. Moi je vais dire vrai, il y a des moments où au début de temps en temps j'achetais une bière. Mais c'est après deux semaines après... surtout quand j'ai la tête pleine. Quand on a la tête bourrée il faut soulager (rires) même ici au début je m'achète. Parce que les petites 1664 là ! (rires) Et le soir j'en prends un petit peu. Mais après quand je me réveille j'ai des maux de tête. Après ça me soulage vraiment. Mais j'ai arrêté.

SF. Et ça c'était quand vous étiez enceinte ou c'était avant ?

Sophie. Non pendant la grossesse je n'ai pas osé.

SF. D'accord.

Sophie. Mais quand j'allaitais si. Ça me trottait dans la tête. Parfois le soir je prends deux petites 1664 là et puis je m'endors bien. (rires)

Sabrina. Normalement ça marche si on est sage. Pour le bébé.

SF. De quoi boire de la bière ça aide pour avoir du lait c'est ça ?

Sabrina. Oui c'est ce qu'on nous dit

SF. C'est ce qu'on nous dit mais ce n'est pas vrai, d'accord ?

Sabrina. C'est pas vrai ? ça ne marche pas ?

SF. C'est pour ça que c'est important on va voir la grossesse et l'allaitement parce que c'est vrai que ça on l'entend. De dire boire surtout de la bière ça aide. Non c'est pas vrai, d'accord. Il faut vraiment éviter, même pendant l'allaitement de boire parce qu'en fait on va voir que la bière passe dans le lait maternel. Du coup on va voir un petit peu tout ça.

Sophie. Après moi j'avais envie de boire !

SF. Oui quand on a l'habitude de boire un petit peu, pas beaucoup mais régulièrement, et bien ça manque

Sophie. ah oui ça m'a manqué

Leila. Moi j'ai jamais consommé l'alcool.

SF. C'est vrai qu'il faut vraiment éviter de boire quand on est enceinte. Je vais vous expliquer pourquoi. L'alcool c'est vraiment des molécules d'éthanol qui sont contenues dans plein d'alcools, des alcools forts, dans le vin, dans la bière, dans vraiment tous...

(une femme n°7 entre : ah désolée ça a commencé. On rajoute une chaise)

Enquêtrice. En fait je ne me suis pas présentée. Je m'appelle Louise, je suis étudiante et je travaille sur la grossesse et les femmes étrangères. L'idée c'est de voir comment les femmes étrangères sont prises en charge dans les maternités, dans les PMI, je ne sais pas si vous avez toutes accouché en France et de voir en gros si elles sont bien prises en charge, comment ça se passe la relation avec le médecin, la gynécologue et les sages-femmes. Et de voir qu'est

ce qui marche bien, qu'est ce qui marche pas, qu'est ce qu'on pourrait améliorer. C'est pour ça que je suis venue aujourd'hui. La sage-femme m'a dit que c'était d'accord après je voulais vous demander à vous si c'est d'accord pour que j'assiste à ce groupe. Je ne participe pas, je prends des notes sur ce qui se passe. Tout est anonyme. L'idée de voir ce qui se passe pendant ce groupe. Les questions qui sont posées.

SF. Vous êtes d'accord ?

Sophie. oui bien sûr moi je suis d'accord. C'est une bonne étude. C'est juste qu'il n'y a pas beaucoup de monde pour en parler mais sinon il y a beaucoup de choses à dire quand même.

Leila. Surtout pour la femme étrangère. C'est difficile ici.

Enquêtrice. Si vous acceptez peut-être une autre fois on pourra discuter de votre expérience à vous, de votre grossesse, un entretien à deux, tout est anonyme.

Leila. Moi de mon côté je ne promets rien, je ne peux pas venir.

SF. Donc l'alcool il est contenu dans l'alcool fort, le whisky tout ça mais aussi la bière, le vin. Et donc l'alcool c'est quelque chose qui est tératogène c'est à dire qui provoque des malformations sur le fœtus. Et c'est toxique pour le fœtus. Il y a des conséquences via l'alcool. Donc quand on consomme de l'alcool quand on est enceinte ça passe rapidement, très rapidement dans la circulation fœtale. Pourquoi. Et bien parce que, on l'a vu, on en a déjà parlé, ça va dans le placenta, et donc il y a votre circulation sanguine qui est filtrée par le placenta et qui passe dans le bébé et donc ce placenta c'est un très bon filtre pour plein de choses mais pas pour l'alcool. Il ne filtre pas du tout. C'est à dire que tout l'alcool qui est consommé il arrive dans la circulation sanguine du bébé et dans le liquide amniotique. Vous savez que le bébé il baigne dans du liquide amniotique et donc ce liquide il commence à se gorger d'alcool et c'est vraiment important, ça veut dire que le bébé il baigne dans l'alcool. Et en plus l'élimination de l'alcool au niveau du bébé est plus lente. Parce que son foie au bébé. Notre foie élimine l'alcool mais son foie à lui n'est pas très performant. Donc ça élimine beaucoup moins rapidement l'alcool. Et donc dans la circulation sanguine du bébé l'alcool se dirige vers, comme on a dit, c'est un toxique cérébral, donc il se dirige vers le cerveau du fœtus. Et donc ça a des conséquences au niveau cérébral. Et donc sur la grossesse l'alcool ça augmente le nombre d'avortements spontanés. C'est à dire qu'on peut perdre des bébés du à l'alcool. Et il y a un risque important de retards de croissance intra-utérins, c'est à dire que le bébé il a du mal à se développer, surtout au 3^e trimestre. Donc c'est vrai qu'une consommation régulière d'alcool au 3^e trimestre de la grossesse et bien ça fait des bébés qui sont souvent plus petits. Et pour le bébé on peut même voir un syndrome d'alcoolisation fœtale. C'est à dire que le bébé a vraiment un physique particulier et il a un retard mental du à l'alcool. Et ça c'est pour des mamans qui ont consommé plus de trois verres par jour pendant leur grossesse. Donc c'est quand même une consommation régulière. Mais même une seule fois suffit. C'est à dire que si on consomme plus de trois verres une fois pendant la grossesse. Si ça tombe mal ça peut provoquer ce syndrome donc c'est pour ça qu'on parle de tolérance zéro parce que si on ne boit qu'une fois mais à un moment important du développement du bébé et bien ça peut avoir de graves conséquences. Ces conséquences c'est quoi ? C'est un retard mental pour le bébé. On a dit un retard de croissance pour le bébé. Il a du mal à grandir et il a vraiment un visage particulier avec une fente comme ça, un peu boursoufflé, il peut avoir un problème au niveau du palet, tout ça ça peut être provoqué

par l'alcool. D'accord ? Il faut savoir que l'alcool c'est la première cause de retard mental non génétique dans notre pays.

Leila. C'est méchant pour l'enfant. La maman qui consomme de l'alcool c'est méchant pour l'enfant.

SF. Faut juste penser à ça. Quand nous on est enceinte on consomme c'est vrai que le bébé il consomme pas plus mais c'est vrai que tout est dirigé vers le fœtus et dans le liquide amniotique et donc ça peut provoquer des graves conséquences. Et donc les effets de l'alcool sur le fœtus, il peut y avoir après des troubles après dans le neuro-développement. Il peut être hyper excité quand il grandit, il peut avoir des difficultés scolaires, il peut avoir une diminution de la mémoire ou des troubles d'attention sans avoir le syndrome qu'on voit vraiment. Mais avec une consommation régulière pendant la grossesse il peut avoir tous ces problèmes. Donc il faut faire attention. Et aucunes lésions ne sont visibles à l'échographie. Même si comme je vous ai dit il y a cette phase du syndrome d'alcoolisation ça ne se voit pas à l'échographie. Et donc c'est pour ça qu'on parle de tolérance zéro c'est à dire de ne pas boire pendant la grossesse. Et donc une fois qu'on a accouché on se dit voilà c'est bon le bébé il est né donc je peux consommer l'alcool. Donc si vous ne l'allaiter pas, oui. Si vous allaiter par contre il faut faire attention parce que l'alcool passe aussi dans le lait maternel. Et donc pareil il faut éviter de consommer de l'alcool pendant l'allaitement. Parce que votre enfant va consommer. Si jamais vous êtes amenée à boire un verre, parce que bon après il y a ce qu'on dit du point de vue du professionnel et puis la vraie vie comme par exemple on fête la grossesse, on fête l'accouchement, si jamais vous devez boire très occasionnellement il faut consommer de l'alcool après la tétée, juste après la tétée. Il ne faut pas boire et après donner le sein. Il faut plutôt boire un peu après. Mais vraiment normalement on ne boit pas !

(rires)

Leila. Pendant la grossesse et après pendant l'allaitement c'est un enfant pas poli ! Moi je ne veux pas élever ce bébé-là. C'est méchant.

SF. Comme vous avez dit, ce n'est pas vrai que la bière c'est bon pour l'allaitement.

Leila. Chez nous c'est interdit !

SF. Oui mais c'est la religion.

Leila. Chez nous c'est interdit !

Dominique. Chez nous aussi c'est interdit.

Ruby. Il y a le fait que c'est interdit pour les femmes enceintes.

Leila. Chez nous on dit que c'est interdit mais c'est ma grand-mère qui n'est pas entrée à l'école mais elle connaissait ça, elle disait que ça marche, tout ce que tu manges va dans les seins, tu vas le donner pour le bébé

SF. C'est vrai que si vous voulez aider pour l'allaitement et bien il y a des tisanes pour l'allaitement, des choses comme ça, mais la bière non, d'accord. C'est pas vrai et il ne faut pas. Et pour avoir du lait la meilleure chose c'est de mettre son enfant au sein

régulièrement. Ça ne sert à rien de prendre des tisanes, des choses si on ne met jamais son enfant au sein. On aura pas de lait. D'accord. Pour l'alcool est ce qu'il y a des questions ?

Non

SF. Au niveau du tabac est ce que vous fumez ?

Dominique. Jamais.

SF. Non ?

Sabrina. Je n'ai jamais fumé.

Ruby. Moi une fois ou deux.

SF. On va voir, parce que le tabagisme il peut être actif.

Sabrina. Ca tue, c'est écrit que ça tue.

SF. Être à côté de quelqu'un qui fume, c'est un peu comme si on fumait. Ça a des conséquences sur votre santé et sur la grossesse. Et donc la microcyte dans la cigarette il y a plein de produits et il y a de la nicotine (bébé pleure) et donc la nicotine c'est ça qui provoque la dépendance au tabac. Qui provoque un manque quand on ne l'a pas. Et donc la grossesse c'est le bon moment pour se dire bon bah j'arrête de fumer parce que ça met en jeu votre santé et puis aussi la santé de l'enfant et du fœtus. Comme je vous ai dit, le tabagisme passif c'est vraiment l'inhalation passive de fumée et ça aussi c'est considéré comme du tabagisme. Donc quand on est enceinte ou avec des enfants de bas âge il faut vraiment éviter ce tabagisme passif c'est à dire d'être dans des environnements de fumeur. Fumer c'est vraiment mauvais. Pendant la grossesse et juste après l'accouchement, les trois premiers mois, je ne sais pas si vous avez entendu parler du risque de mort fœtal, de mort subite du nourrisson. Ça c'est quelque chose de très très rare mais ça c'est vraiment favorisé par le tabac. Et donc d'être dans un environnement fumeur c'est un risque pour l'enfant en bas âge. Donc le tabagisme il peut être occasionnel, c'est à dire quelques cigarettes régulièrement occasionnellement et il peut être journalier. Les consommations varient. Donc pendant la grossesse (bébé hurle) il y a plein de risques. La cigarette c'est la première substance qui affecte la reproduction humaine. Ça veut dire que fumer régulièrement déjà ça diminue la fertilité. C'est à dire qu'on a moins de chance d'avoir des enfants au niveau de la fertilité, chez l'homme ça peut diminuer la qualité des spermatozoïdes. Même avant d'avoir des enfants ça peut avoir des conséquences sur la fertilité.

Leila. La partie de l'homme ça peut faire ?

SF. Oui un homme qui fume beaucoup ça peut avoir des conséquences sur ses spermatozoïdes, sur la qualité des spermatozoïdes et nous pareil, c'est pour ça qu'on dit que ça diminue la fertilité. C'est pour ça que des fois vous avez des problèmes pour avoir des enfants, c'est quelque chose qui abime un peu le corps, même au niveau reproduction ça ralentit le phénomène.

Sabrina. Je ne sais pourquoi ils continuent à fumer

Dominique. Ton mari ?

Sabrina. Non ce n'est pas mon mari, c'est les copains de mon mari.

Leila. Pardon de vous couper la parole. J'ai vu aussi à la télévision qu'au niveau de l'audition quand on fume ça ralentit l'audition, c'est ça ?

SF. Exactement sur l'audition je ne suis pas, je ne sais pas mais en tout cas les cellules vieillissent plus vite, il y a un vieillissement prématuré des tissus de la peau. (N3 rentre avec son bébé) Et du point de vue gynécologique ça augmente le risque de grossesses extra utérines. Normalement j'ai un petit schéma. Vous savez que nos organes, il y a le vagin et au fond du vagin il y a l'utérus. (montre une photocopie en noir et blanc schéma). Donc il y a le vagin et puis il y a l'utérus avec les trompes et les deux ovaires. Et donc c'est dans l'utérus que se passe une grossesse, d'accord ? Et c'est à l'intérieur que l'uterus que le bébé va grandir. Les grossesses extra-utérines c'est que au lieu de s'accrocher dans l'utérus la cellule œuf elle reste ou dans les trompes ou même à l'extérieur. Et donc il y a un développement mais qui ne pourrait jamais aboutir à un accouchement. Parce qu'il n'y a pas de place dans les trompes pour que le bébé il se forme et donc à un moment donné on va avoir mal, même on va saigner et on va aller aux urgences et on va voir qu'on avait une grossesse mais qui était placée à un endroit...

Sabrina. Mal placée...

SF. Voilà très mal placée et donc il faut l'éliminer cette grossesse, d'accord ? et en plus il y a des risques d'hémorragies, il y a plein de risques au delà de l'arrêt de la grossesse. Et donc ça ça peut être augmenté par le tabagisme. Et il y a aussi une augmentation des risques d'avortements spontanés. C'est à dire de fausse couche où on perd un bébé. Ça peut aussi favoriser le décollement du placenta. Donc ça c'est quelque chose d'assez grave comme on l'a dit le bébé il est dans le placenta et ce placenta il est collé dans l'utérus et il y a des choses qui passent de notre corps au placenta et qui retournent vers le bébé. Et donc ce placenta c'est aussi l'alimentation du bébé. C'est là où passe le sang donc l'oxygène donc les sels minéraux, donc ce dont il a besoin. Quand on fume, le tabac et les substances nocives elles ne passent pas au niveau du bébé parce que là le placenta joue un bon rôle et le placenta il bloque toutes ces mauvaises substances. Le problème c'est qu'en les bloquant elles restent accrochées au placenta. C'est à dire que ce placenta il devient vieux avant l'heure. Comme on l'a dit avant l'heure le tabac ça provoque un vieillissement des tissus et bien là aussi au niveau du placenta ça provoque un vieillissement et après l'accouchement quand on regarde le placenta d'une fumeuse on voit vraiment des calcifications, comme du calcaire, vous savez dans votre douche et bien c'est pareil, on voit des bouts de calcaire blancs sur le placenta, du au tabac. Et donc le problème c'est que ce placenta à un moment donné il est beaucoup moins efficace et donc le sang passe moins bien, l'oxygène passe moins bien et les risques...

Sabrina. Ca fait mal donne lui de l'eau, il a le hoquet (parle avec l'enfant)

Leila. Tire un fil du lavoir, tu le mets sur la tête ; ça marche contre le hoquet.

SF. Ça marche ?

Leila. Oui.

SF. Et donc le placenta il peut se décoller. Et si il se décolle c'est grave ça peut entraîner la mort du bébé. Pareil ça peut augmenter le risque de placenta qui se met aux mauvais endroits. Vous savez qu'il y a le col de l'utérus, d'accord, qui donne sur le vagin, et donc des fois le placenta il vient se mettre au-dessus du col et donc il y a un problème pour l'accouchement parce que le bébé ne va pas pouvoir passer par là. Et donc ça aussi, cette mauvaise localisation du placenta, qui normalement est plutôt localisé vers le haut de l'utérus, et bien c'est du au tableau. Et puis il y a aussi une augmentation du risque d'accouchements prématurés. C'est à dire qu'on accouche avant, on a des contractions. Donc c'est vraiment quelque chose où il y a plus de conséquences. Et c'est la principale cause de retards de croissance. Comme on l'a dit le placenta est moins efficace, il donne moins d'oxygène, il donne moins d'aliments pour le bébé et donc le bébé il est petit, il a du mal à se développer. Il faut savoir que plus on fume plus il y a des risques. C'est dose dépendant. C'est à dire que si on fume une cigarette par jour on a beaucoup moins de risques que si on en fume plus.

3. Lui donne le sein...

SF. Pour arrêter le tabac c'est un problème parce qu'il y a tellement une dépendance psychologique et physique au tabac. La dépendance psychologique c'est l'automatisme, c'est un mode de vie, on a l'habitude. C'est un moyen de gérer le détresse, la détente.

Dominique. Mais est-ce que ça c'est vrai ?

SF. Oui c'est vrai. Tout ça c'est une dépendance. Ce n'est pas une dépendance physique. La dépendance physique c'est la dépendance à la nicotine d'accord ? Le corps qui est en manque de nicotine. Mais il y a aussi la dépendance psychologique qui fait que rien que faire le geste, de se sentir stressée, tout ça c'est une dépendance

Dominique. Ca c'est pas vrai.

Sabrina. Ca fait du bien quand tu stresses tu fumes après il y en a qui disent que ça soulage.

Leila. Mais il y a des gens qui pensent ça.

Sabrina. Mais c'est pas vrai.

Leila. Ca ne soulage pas. J'ai ma copine qui m'a dit « j'ai mal à la tête donc je prends une cigarette » mais la cigarette ça n'arrête pas !

Sabrina. Je trouve que ça augmente en plus !

Ruby. Voila !

Leila. J'ai mal à la tête il faut que je prenne ma cigarette, ça ne soulage pas !

SF. Il y a cette dépendance qui fait que ça les soulage.

Leila. C'est une maladie psychologique

SF. C'est pas une maladie, c'est une dépendance. Après il y a des conséquences physiques du tabac, c'est reconnu. Mais c'est vrai que des fois on a du mal à savoir si c'est psychologique ou physique, mais il y a les deux. Donc quand on arrête de fumer c'est important de se faire aider d'accord ? surtout quand on est enceinte il ne faut pas se dire du jour au lendemain j'arrête. Non. Il faut voir une tabacologue et être aidée et peut-être substituer la cigarette avec un substitut de nicotine. Parce qu'on a dit qu'il y a quand même la dépendance physique à la nicotine, des gommes, des chewing-gum, des choses comme ça qui doivent être prescrites. De faire les choses bien pour éviter de reprendre.

Dominique. Et ça c'est spécial pour les gens qui fument et qui veulent arrêter ?

SF. Oui il y a des médicaments, des chewing-gum ou des patchs, vous avez déjà vu des patchs ? qui vous fournissent de la nicotine. La dose et petit à petit on diminue la dose mais on donne la dose de nicotine parce que c'est la nicotine qui donne la dépendance physique. Donc quand on arrête de fumer on peut utiliser ce substitut pour vous aider. Bon à la fin il va falloir bien arrêter ça. Et après on arrête la nicotine. Mais c'est toujours mieux. Par contre quand on est enceinte il ne faut pas mettre de patch. Il faut mettre des gums ou des choses comme ça. De toute façon il faut voir un tabacologue.

Dominique. Ce genre de personnes travaillent dans les hôpitaux ?

SF. Oui. La tabacologue elle travaille dans les hôpitaux mais elle travaille un peu partout. Il y en a qui ont des cabinets, souvent si vous avez besoin d'aide au niveau du tabac déjà là il y a des numéros gratuits pour appeler. Et dans les centres de planning familiaux peut-être que vous pouvez vous renseigner pour vous ou de manière générale vous renseigner et ils vous donnent des adresses de tabacologues. Mais nous par exemple à la maternité B. on a une tabacologue si vous êtes enceinte. Voilà pour la cigarette. Et donc après on voit la toxicomanie et toutes les drogues. Ça je ne sais pas si ça vous concerne, je ne pense pas (rires)

Dominique. Pour savoir, on ne sait jamais

SF. Je vous donne des informations pour savoir

Dominique. Oui pour savoir

SF. Oui on ne sait jamais, c'est pour ça que c'est important d'avoir les informations. Donc qu'est-ce que c'est que la toxicomanie c'est l'intoxication ou par période ou de façon répétée engendrée par la consommation d'une drogue. Et ça s'accompagne d'une dépendance qui est physique et psychologique. (bébé pleure) La consommation d'une drogue et la drogue provoque une dépendance. Physique et psychologique. Et il y a un syndrome de sevrage. C'est à dire qu'il y a un manque. Dès qu'on ne consomme pas il y a un manque. Donc il y a des drogues qui sont licites, c'est à dire qui sont autorisées, par exemple le tabac ça provoque la dépendance. Le tabac ça peut être considéré comme une drogue. Les amphétamines, les somnifères, les barbituriques, le cannabis, c'est pas très licites mais dans certains pays c'est autorisé, la méthadone, l'alcool aussi c'est de la drogue. Et même la caféine, dans le café c'est une drogue sans grande conséquence mais c'est un produit qui provoque quand même une dépendance et qui excite. (bébé pleure)

Dominique. Il y a de la drogue dans le café ?

SF. Non il y a de la caféine. Si vous n'avez pas assez dormi c'est un produit qui excite et petit à petit il y a une dépendance. Après ce n'est pas quelque chose, ça a moins de conséquences que les barbituriques ou le méthanol. Et il y a des drogues qui sont illicites, comme l'héroïne, comme la cocaïne. Je ne sais pas si vous avez entendu parler...

Toutes. Oui oui.

SF. Ce sont des drogues qui ont beaucoup plus de conséquences. Il y a à peu près 5 à 10% des femmes enceintes qui sont toxicomanes. Donc c'est beaucoup, d'accord. C'est pour ça qu'on ne sait jamais. Même nous, quand on voit les femmes en consultation, des fois on ne sait pas, vous nous dites pas tout d'accord et donc c'est pour ça que c'est important qu'une grande partie des femmes, parce que les femmes peuvent tomber enceintes, soient au courant de ça. Parce que les drogues ça provoquent un passage dans le niveau placentaire, très important. C'est à dire que tout le placenta ne filtre pas les drogues. La plupart en tout cas. Il faut faire attention. Déjà il y a les stupéfiants comme l'héroïne, c'est une drogue très lourde, ça traverse beaucoup la barrière placentaire. C'est à dire que le taux sanguin d'héroïne du bébé et même supérieur au taux de la mère donc la drogue elle se dirige vraiment directement vers le bébé. Il n'y a pas vraiment de malformation due à l'héroïne pendant la grossesse au niveau du bébé mais ça augmente le risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, de retards de croissance, donc ça fait des petits bébés. Et puis il y a les problèmes infectieux maternels. Parce qu'une maman qui consomme de l'héroïne, souvent, peut-être qu'elle a d'autres problèmes, si elle se pique elle peut avoir des hépatites, le sida, voilà il y a aussi des problèmes dus aux autres maladies que la maman peut avoir du à cette consommation de drogue. Et une augmentation du risque de césarienne aussi. Et donc il faut savoir que...

Raby. Il va pleuvoir je dois y aller bientôt

SF. Il pleut ?

Sophie. Elle a pris son parapluie !

(rires)

SF. Il faut savoir qu'il y a un traitement de substitution. C'est à dire qu'on peut vous donner de la méthadone si vous prenez de l'héroïne et c'est un médicament, c'est un dérivé de la morphine, donc c'est presque pareil sauf que c'est médical, c'est contrôlé et ça permet même l'allaitement maternel, sous contrôle d'accord. Mais c'est quelque chose qui est vraiment préférable quand on est enceinte parce qu'il y a beaucoup moins de conséquences sur le bébé et sur la grossesse. C'est pour ça que si vous connaissez des gens qui sont toxicomanes ou si vous tombez dans la toxicomanie et vous êtes enceinte, il faut vous faire aider, d'accord ? il ne faut pas avoir honte d'aller voir des professionnels de santé parce que votre santé...

Raby. Mais si on ne prend pas de drogues ?

SF. Ah bah on ne va pas vous donner de la méthadone si vous ne prenez pas d'héroïne d'accord ! (rires) c'est vraiment des aides pour les femmes qui sont toxicomanes. Si vous n'êtes pas toxicomane

Dominique. Est-ce que vous avez rencontré des femmes qui sont comme ça ?

SF. Oui bien sûr. Comme je vous dit c'est 5 à 10% des femmes enceintes donc oui on en rencontre. Mais le problème c'est qu'il y a beaucoup de femmes qui nous le disent pas.

Dominique. Pourquoi ?

SF. Parce que des fois elles ont peut-être honte de dire qu'elles consomment de la drogue ou des fois elles n'ont pas envie.

Dominique. Mais par exemple si quelqu'un ne vous le dit pas...

SF. Des fois on passe à côté et des fois on le soupçonne mais de toute façon quelqu'un qui ne veut pas d'aide c'est difficile de l'aider. Après nous on donne des informations parce que aussi quand on sait les conséquences ça peut aider à arrêter. Pareil pour le tabac il y a plein de femmes qui fument et notre rôle c'est aussi de leur dire les conséquences d'accord. Notre rôle ce n'est pas de porter un jugement.

Dominique. Oui oui.

SF. Et de dire que c'est mal. C'est de dire « voilà les conséquences pour la grossesse. Est-ce que, vous prenez un petit temps, mais si vous voulez arrêter on est là ». Et il y a des femmes qui n'arrêtent pas parce que malgré les conséquences il y a cette histoire de dépendance. Et puis il y en a qui ont envie.

Dominique. J'ai vu une femme tellement elle fumait elle a eu un cancer. Après son opération elle continue à fumer. C'est grave hein. Comment tu peux laisser tes enfants.

Leila. C'est le suicide ça.

SF. Donc c'est vrai que c'est important d'être informée, après là c'est vrai que... c'est pour ça qu'il faut se faire aider. C'est difficile d'arrêter.

Leila. Mais il y a des moyens pour arrêter ?

Sabrina. C'est si tu veux arrêter. C'est surtout ça le problème. En plus si tu es malade tu n'as rien. Si tu n'a pas l'aide des gens tu ne vas pas t'en sortir. Des fois c'est beaucoup. Si tu as des enfants.

Leila. C'est du suicide

Sabrina. (tchip)

SF. Il y a des excitants comme la cocaïne et l'ecstasy. Ça va très très rapidement dans le placenta. La consommation de la cocaïne pendant la grossesse ça a des effets très importants sur les malformations. Il y a une très grosse altération du système nerveux central. Ça provoque des problèmes au niveau cérébral. Et sinon ça peut aussi augmenter les contractions. Ça peut faire des accouchements prématurés. Ça peut faire des menaces d'accouchements prématurés parce que la cocaïne augmente les contractions de l'utérus. Des fausses couches, des retards de croissance, des morts fœtales in utero, des problèmes de

malformation. Et là c'est vrai que le sevrage de la cocaïne est très difficile mais on peut se faire aider, avoir une substitution et diminuer petit à petit les doses enceinte. Après il y a les hallucinogènes comme le cannabis. Donc le cannabis il traverse aussi le placenta. Et en plus le cannabis se fume avec le tabac, donc il y a plus les risques du tabac. Donc il n'y a pas de malformations dus au cannabis mais il y a une diminution du poids de naissance. Donc il y a un retard de croissance du fœtus. De toute façon un bébé est habitué à avoir des drogues il va avoir lui un syndrome de sevrage. C'est à dire qu'il va avoir le manque de cette drogue au moment de l'accouchement. C'est à dire que cette drogue ne sera plus amenée par le placenta. Et donc lui il va être dans un état de drogue. Et donc on va devoir lui donner des traitements de substitution, au bébé. Pour petit à petit faire qu'il n'a plus besoin de cette drogue. C'est vraiment un enfant qui est habitué à avoir de la drogue même avant la naissance. Donc c'est pareil pour le cannabis. Il va être stressé, c'est un enfant qui ne va pas être bien.

Leila. C'est un bébé drogué.

SF. Et donc on a parlé de l'alcool, du tabac, mais il y a aussi des sédatifs comme les barbituriques, les médicaments qui traversent aussi la barrière placentaire et il n'y a pas de problèmes de malformation. Des fois au premier trimestre il peut y avoir une fente labiale donc ça peut au premier trimestre faire des malformations, mais sinon pareil il y a le syndrome de sevrage. C'est à dire qu'une maman qui a consommé des sédatifs parce qu'elle n'a pas pris son traitement, parce qu'elle était stressée, parce qu'elle n'était pas bien, un enfant qui va naître comme ça il va vraiment avoir un manque et donc il va devoir être suivi pour petit à petit diminuer cet apport. Donc c'est vraiment des choses qu'il faut éviter.

Dominique. On ne le fait pas mais on va donner conseil.

SF. Vous allez être le porte-parole.

Leila. Oui.

SF. Et bien c'est bien. C'est ce qu'il faut. Voilà nous notre rôle ce n'est pas de juger les femmes qui consomment, c'est de les aider. Donc ne pas hésiter à diriger vers nous.

Sabrina. S'il vous plaît j'ai une question. On mange des épices chez nous. Du piment, tout ça. Et ce que c'est mal pour l'enfant ? ça fait un enfant prématuré dans le 3^e trimestre ?

SF. Non l'alimentation, a part comme on l'a dit l'alcool, le tabac, vous pouvez manger de tout. il n'y a aucun souci. Après vous, des fois à la fin de la grossesse, des fois vous avez des brûlures.

Sabrina. Oui.

SF. Pourquoi et bien parce qu'avec les hormones le smecter, c'est à dire qu'il y a un petit muscle ici qui ferme entre l'œsophage et l'estomac. Normalement ce muscle il est bien serré et ça évite que tout remonte. Quand on est enceinte, avec les hormones, c'est beaucoup moins actif et donc il y a, ça remonte et ça brûle ici dans le nez. Vous avez ça ?

Sabrina. Moi je vomis. Parfois trois fois par jour. Quand je mangeais.

SF. Encore maintenant ?

Sabrina. Oui.

SF. C'est pour ça que l'alimentation pendant la grossesse ce n'est pas pour le bébé. Le bébé pour lui il n'y a pas de souci, il faut éviter le café, en boire un par jour, maximum deux, on boit pas 10 cafés quand on est enceinte.

Sabrina. J'ai une amie qui est tombée, alors je ne prends pas.

SF. C'est quelque chose qui excite mais le piment... pour éviter ces brûlures il faut peut-être éviter le jus d'orange, parce que les agrumes c'est quelque chose qui irrite. C'est acide les oranges, les citrons. Donc c'est vrai que quand on a vraiment des brûlures au niveau de l'œsophage on évite. Mais sinon le jus d'orange c'est très bon pour la santé. Après quand on est enceinte pas plus de trois fruits par jour, parce que c'est très sucré quand même. On mange comme une alimentation équilibrée, on ne mange pas plus de trois fruits, trois bananes, parce que c'est trop sucré.

Sophie. Moi je mangeais des bananes tout le temps (rires) !

Leila. Pendant ma première grossesse je mange beaucoup du piment et bien j'ai accouché prématuré. La prochaine je me suis dit pas de piment.

SF. Non ça n'a rien à avoir. Vraiment ne vous inquiétez pas vous pouvez manger. Ça n'a rien à voir. Par contre pour les vomissements il faut essayer de manger en petite quantité mais assez régulièrement. Et pas trop gras. Après ça c'est pour les vomissements, sinon manger trois fois bien équilibré.

Dominique. J'ai une question. Je ne sais pas si...

SF. Oui on est là pour toutes les questions, tant que je peux y répondre, il n'y a aucun problème.

Dominique. Le thème est fini ?

SF. Oui le thème est fini on peut parler d'autre chose

Dominique. Une femme qui met l'implant pendant un an et tu l'enlèves et tu fais un an sans avoir tes règles chaque mois. Est-ce que c'est normal ?

SF. Alors l'implant déjà on peut le garder plus d'un an. L'implant ça se garde trois ans. Ça se met là. Alors c'est un moyen de contraception. Donc c'est pour éviter d'avoir des enfants au moment où on le met.

Sabrina. C'est quoi ça ? C'est mieux que les comprimés ?

SF. C'est pas mieux c'est différent. Donc les implants c'est hormonal, c'est comme les pilules. C'est quelque chose qui diffuse les hormones régulièrement. Les hormones que ça diffusent c'est des progestérones.

(téléphone femme n°3 sonne. Répond et raccroche)

SF. Et ça diffuse en continu. Pourquoi il n'y pas les règles c'est parce qu'en fait les règles c'est quoi ? les règles c'est l'utérus qui pendant un mois se prépare et se gorge de sang pour être tout douillet et accueillir un bébé, c'est à dire une cellule œuf, la fusion d'un spermatozoïde et d'un ovule qui vient hop s'accrocher dans l'utérus qui s'est bien préparé. Et donc pendant un cycle si on ne prend pas de contraception hormonale l'utérus petit à petit il se gorge de sang et il devient tout prêt. Et l'ovule est libéré par l'ovaire et descend dans les trompes. Vous voyez un petit peu ou pas ?

Toutes. Oui.

SF. Et donc si jamais il y a fécondation, c'est à dire que l'ovule rencontre un spermatozoïde, ça fait une cellule œuf et ça va s'accrocher dans l'utérus. Et là bien sûr après on n'a pas nos règles et la grossesse débute. Si jamais il n'y a pas de spermatozoïdes et bien l'ovule il reste un petit peu et bon il y a personne donc il va être éliminé et toute la muqueuse de l'utérus qui s'était bien préparée pour une grossesse, comme il n'y a pas eu de grossesse tout ça va s'en aller et c'est ça qui fait les règles. C'est à dire que c'est tout le sang de l'utérus qui s'était gorgé de sang qui est éliminé et qui élimine l'ovule avec lui. Avec ces hormones tout ça ça ne se fait pas. C'est à dire que l'utérus il reste tout fin pendant un mois il ne se gorge pas de sang. Parce que les hormones font qu'il ne va pas y avoir de bébé. Donc le corps le sait et l'utérus reste fin et donc au bout d'un mois il n'y a rien à éliminer. Et donc c'est pour ça qu'il n'y pas de sang, on a pas nos règles, parce qu'il n'y a rien à éliminer.

Sabrina. Non ce n'est pas normal, c'est sans l'implant.

SF. Et bien il faut le temps que le corps se remette.

Dominique. Ca met beaucoup de temps

SF. Ça dépend des femmes mais une fois que l'implant est enlevé, ce n'est pas parce que vous n'avez pas vos règles que vous n'ovulez pas. Il faut faire attention parce que vous pouvez quand même tomber enceinte. C'est comme après la grossesse. Après la grossesse on a pas forcément les règles tout de suite mais ça ne veut pas dire qu'on ovule pas.

Dominique. Après le 5^e mois on voit. Pendant 4 mois pas de règles.

SF. Oui c'est sûr que le corps était sous hormones donc il faut le temps qu'il se remette.

Dominique. Pendant un an je ne savais jamais quand ils sont passés

SF. Oui pendant un an c'est beaucoup mais si vous ne prenez pas de contraception même si vous n'avez pas vos règles vous ovulez donc il faut vraiment faire attention et avoir un moyen de contraception pour ne pas tomber enceinte si vous ne voulez pas tomber enceinte.

Sabrina. Quelles sont les conséquences ?

SF. Les conséquences de l'implant ?

Sabrina. oui

SF. Les conséquences à long terme ?

Sabrina. oui.

SF. Et bien rien normalement quand on l'enlève ...

Sabrina. Moi j'ai grossi

Dominique. Oui c'est vrai

Sabrina. J'ai pris beaucoup de poids

Dominique. Oui moi aussi

SF. C'est pour ça qu'il y a plein plein de moyens de contraception qui existent. Il y a les pilules, le stérilet, l'implant, les patchs, les préservatifs, il y a plein de moyens de contraception. Et c'est pour ça que chaque personne va trouver son contraceptif idéal. Et c'est vrai que certaines femmes grossissent avec les hormones.

Sophie. Oui ma copine m'a dit « mais tu étais grosse ! tu as maigri ». oui j'ai maigri après. Je mangeais, je mangeais. Par contre j'ai vu des dames c'est la même chose, elles grossissent.

SF. Ça ce n'est pas normal... Le problème c'est qu'avec l'implant on ne choisit pas la dose et le type d'hormone. Donc c'est vrai qu'il y en a qui grossissent beaucoup. Et il y en a qui sont très contentes elles ne grossissent pas donc ça dépend.

Leila. Ca dépend de tout à chacun

SF. Si cela ne vous convient pas vous enlever et par exemple les pilules on peut adapter les doses. Il y a des pilules qui sont moins dosées. Avant il y a une dizaine d'années les pilules étaient très dosées et ça avait tendance à faire grossir mais maintenant beaucoup moins.

Sabrina. Moi j'ai pris la pilule pendant 5 ans. Ma fille elle avait l'âge de 5 ans. Après l'accouchement j'ai pris la pilule. 5 ans. Mais j'ai pris du poids. J'étais nerveuse.

Dominique. On tombe enceinte aussi sans le savoir. Même si on passe à l'hôpital. Moi ça m'est arrivé. Je ne savais pas. Pendant 4 mois.

SF. Il faut savoir qu'il n'y a pas que des contraceptions hormonales. Parce que c'est vrai que les contraceptions hormonales ça joue sur les hormones, des fois on est nerveuses, des fois on grossit donc il y a aussi autre chose, il y a le stérilet, il y a le préservatif. Il ne faut pas hésiter. Là il y a des préservatifs si vous voulez l'utiliser.

Sabrina. Moi je voudrais moins de conséquences.

SF. On ne peut pas faire un cours sur la contraception mais moi je suis là plus qu'une fois, la semaine prochaine et après c'est ma collègue qui est venue une fois qui va me remplacer et donc là je pense qu'elle va parler... moi la prochaine fois c'est pour la grossesse et comme la fois prochaine on parlera de la contraception, c'est intéressant. En tout cas je voulais juste

vous dire à toutes, pour la contraception vu qu'on en parle un petit peu, c'est pour savoir que si vous avez des rapports avec quelqu'un que vous ne connaissez pas, il faut privilégier le préservatif parce que c'est le seul, le préservatif, qui évite d'avoir des maladies sexuellement transmissibles. Donc c'est un moyen de contraception le préservatif, pour éviter la grossesse, comme la pilule, comme le stérilet, mais en plus il protège des infections sexuellement transmissibles. Ce que les autres moyens de contraception ne font pas. Même si vous prenez une pilule ou un stérilet, si vous avez des rapports avec quelqu'un, des rapports occasionnels ou avec quelqu'un que vous ne connaissez pas, rajoutez un préservatif.

Sabrina. Moi j'ai un problème de fissures qui coulent. Déjà j'ai opéré après la grossesse, j'ai opéré deux fois.

SF. Vous allez me montrer

Sabrina. Après pendant la grossesse j'ai eu un bout qui coule

SF. Vous avez été opérée ?

Sabrina. Oui du tissu ombilical

SF. Je vais voir ça

Sabrina. Toujours ça coule avec un sang, c'est pas bon

SF. Bah ça il faut aller voir un médecin

Sabrina. Ca ne le fait pas pour l'enfant, le liquide amniotique

SF. Ah non ça n'a rien à voir, ça n'a pas...

Sabrina. parce que c'est proche avec l'enfant.

SF. Là vous avez votre peau, et il y a plein de choses, et l'utérus est tout au fond...

Sabrina. c'est plus proche avec l'enfant

SF. Lui son ombilic c'est le cordon ombilical. Vous vous n'êtes pas reliée par l'enfant par l'ombilic. Il faut juste pas que vous ayez d'infection enceinte. C'est plutôt ça.

Sabrina. j'ai pris un rendez-vous avec le chirurgien

SF. Ah il a vu

(inaudible)

SF. Attendez je vais prendre vos noms, j'oublie à chaque fois, c'est pour l'éducatrice spécialisée.

(Disent leurs noms)

Dominique. allez bon courage !

Tout le monde part. Dominique reste avec la sage-femme qui regarde sa cicatrice qui coule. J'attends la sage-femme

Durée: 1h

Table des illustrations et encadrés

SCHEMA 1 : DISPOSITIF D'ENQUETE DES PARCOURS DE SOINS DES FEMMES ENCEINTES	29
ENCADRE 1 : ÉTRANGERES OU IMMIGREES ? GLOSSAIRE DES TERMES OFFICIELS	36
TABLEAU 1 : QUATRE PROFILS D'ENQUETEES, QUATRE COUVERTURES SOCIALES.....	106
FICHE DISPOSITIF DEDIE N° 1 : LES GROUPES DE PAROLE.....	172
FICHE DISPOSITIF DEDIE N° 2 : LA COORDINATION DU RESEAU DE SANTE.....	175
FICHE DISPOSITIF DEDIE N° 3 : LA PASS (PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS)	178
FICHE DISPOSITIF DEDIE N° 4 : LA PMI (PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE).....	182
TABLEAU 2 : DEUX MATERNITES, DEUX PASS (2014-2015)	200
FICHE DISPOSITIF DEDIE N° 1 (RAPPEL) : LES GROUPES DE PAROLE.....	318

Table des Matières

GROSSESSE ET RECONNAISSANCE DU SUJET. PARCOURS DE SOINS DE FEMMES ENCEINTES PRIMO-ARRIVANTES EN FRANCE.....	1
REMERCIEMENTS.....	5
RESUME ET MOTS CLEFS.....	7
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	8
SOMMAIRE.....	9
GLOSSAIRE DES SIGLES.....	10
GUIDE D'ECRITURE INCLUSIVE.....	11
INTRODUCTION.....	13
APPROCHE THEORIQUE.....	17
La fabrique du sujet.....	17
La reconnaissance du sujet.....	18
La résistance des sujets.....	19
ANNONCE DU PLAN.....	20
CHAPITRE METHODOLOGIQUE.....	23
I - ÉTUDIER LES PARCOURS DE SOINS.....	24
A. <i>L'entrée dans les dispositifs dédiés.....</i>	24
Un type de dispositif dédié collectif : le groupe de parole.....	24
Entrer dans les structures de soins : Seine-Saint-Denis et Paris.....	26
Un autre type de dispositif dédié : le Réseau de santé.....	27
B. <i>Cerner les parcours de soins des femmes enceintes.....</i>	28
Les observations directes.....	29
Les entretiens avec les patientes.....	31
Les entretiens avec les professionnelles.....	33
II — LES ENQUÊTEES ET LA SOCIOLOGUE.....	33
A. <i>Les femmes « primo-arrivantes ».....</i>	34
Profil des enquêtées.....	34
Nommer les enquêtées : les « primo-arrivantes ».....	36
B. <i>Les professionnelles du champ de la santé périnatale.....</i>	38
Profil des professionnelles de santé et du social.....	38
Attentes et déceptions des professionnelles.....	39
C. <i>Une sociologue engagée : retours réflexifs.....</i>	41
Profil de la sociologue : Un point de vue situé féministe.....	41
Être blanche, française et étudier les femmes primo-arrivantes.....	43
Subjectivité du chercheur et subjectivation.....	45
CONCLUSION CHAPITRE METHODOLOGIQUE.....	47
PARTIE I : PARCOURS DE GROSSESSE, PARCOURS DE GALERE.....	49
CHAPITRE 1 : LES PARCOURS DE GALERE DES FEMMES ENCEINTES PRIMO-ARRIVANTES.....	53
I – ARRIVER EN FRANCE : DE LA MIGRATION A L'EXCLUSION DANS LA SOCIETE D'ACCUEIL.....	54
A. <i>Trajectoires migratoires des femmes primo-arrivantes.....</i>	55
B. <i>Parcours d'errance résidentielle en France : « c'était la galère de changer ».....</i>	62
C. <i>Travailler en France : déclassement, travail non déclaré et exploitation.....</i>	69
II - LE BASCULEMENT DE L'ANNONCE DE LA GROSSESSE : PRECARISATION DES CONDITIONS DE VIE.....	75
A. <i>Reconfiguration familiale : rupture conjugale et familiale.....</i>	76
B. <i>Rupture d'hébergement : « Mais en plus on m'a tellement changé, changé ».....</i>	81
C. <i>Rupture du projet scolaire et professionnel.....</i>	91
CONCLUSION CHAPITRE 1.....	94

CHAPITRE 2 : LES MULTIPLES OBSTACLES DANS L'ACCES A UN SUIVI DE GROSSESSE.....	95
I - L'ENTREE DANS LE SUIVI DE GROSSESSE	96
A. <i>Comportements différenciés à l'entrée dans le suivi.....</i>	97
B. <i>Obtenir une couverture médicale : accès théorique, accès réel.....</i>	104
II — LA QUALITE DU SUIVI DE GROSSESSE	114
A. <i>Suivi irrégulier : l'effet de l'errance résidentielle.....</i>	115
B. <i>Accès limité aux cours de préparation à la naissance.....</i>	116
C. <i>Des femmes hospitalisées : l'urgence médicale.....</i>	119
III — AU SEIN DE LA RELATION DE SOIN	127
A. <i>Difficultés de compréhension : capital linguistique et relation de soin.....</i>	128
B. <i>Des attentes au rabais : la comparaison avec le pays d'origine.....</i>	134
CONCLUSION CHAPITRE 2	145
CONCLUSION PARTIE I.....	146
PARTIE II : DE LA FABRIQUE A LA RECONNAISSANCE DU SUJET: DISPOSITIFS DEDIES EN PERINATALITE.....	147
CHAPITRE 3 : UN NOUVEAU SUJET DANS LE CHAMP PERINATAL.....	151
I - DU SAVOIR EPIDEMIOLOGIQUE AUX POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE	153
A. <i>Le savoir épidémiologique sur la santé périnatale des femmes « immigrées ».....</i>	153
B. <i>Identification d'une population « à risque » périnatal.....</i>	156
Une population à risque périnatal : les femmes « originaires de pays d'Afrique subsaharienne »	158
Une population précaire et ségréguée	160
C. <i>Un nouveau public prioritaire des politiques périnatales : les femmes « en situation irrégulière ».....</i>	164
II – DISPOSITIFS DEDIES EN PERINATALITE : CIBLAGE OFFICIEL, CIBLAGE OFFICIEUX	169
A. <i>Un ciblage officiel hétérogène : des « migrantes » aux « vulnérables ».....</i>	170
Cibler les femmes « vulnérables »	179
B. <i>« Une dérive humanitaire du soins ».....</i>	185
Des dispositifs dérogatoires du droit commun.....	185
Dispositifs dédiés, dispositifs marginalisés ?	188
CONCLUSION CHAPITRE 3.....	190
CHAPITRE 4 : DISPOSITIFS DEDIES : UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE.....	191
I – L'ENTREE EN MATERNITE : LEVER LES FREINS.....	192
A. <i>Un accompagnement individualisé : Faire entrer les patientes dans le suivi.....</i>	193
Inscrire la patiente à la maternité à sa place : les permanences PMI	193
Supprimer les pièces justificatives à l'inscription.....	195
B. <i>Garantir l'accès gratuit aux soins.....</i>	197
Garantir l'accès gratuit au suivi de grossesse.....	198
Simplifier l'accès à l'Aide Médicale d'État.....	201
II – AMELIORER LA QUALITE DU SUIVI MEDICAL : UNE APPROCHE HUMAINE ET GLOBALE DE LA PATIENTE.....	203
A. <i>Une approche humaine : Écouter et informer les patientes.....</i>	203
Donner plus de temps à la parole de la patiente.....	204
Améliorer la prévention et l'éducation à la santé : informer les patientes	207
Traduire la parole des patientes : interprétariat et médiation.....	209
B. <i>Quand le médical intègre du social : l'approche holistique.....</i>	213
Approche globale de la patiente en consultation PMI.....	214
S'adapter aux caractéristiques sociales des patientes	218
Un difficile « entre-deux ».....	219
III – AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE POUR AMELIORER LA SANTE PERINATALE. COOPERATION DES PROFESSIONNELS DU MEDICAL ET DU SOCIAL.....	222
A. <i>Un suivi social adapté.....</i>	222
Besoins primaires : alimentation, vêtements, déplacements.....	223
Stabilisation de l'hébergement en <i>pré</i> et <i>post</i> natal : priorisation des femmes enceintes et sorties de maternité	224

Accompagner vers le titre de séjour.....	227
<i>B. Un travail en réseau autour de la patiente.....</i>	<i>232</i>
Travail en réseau : coordonner les professionnel.le.s autour de la femme enceinte.....	233
Coordonner sans se substituer : enjeu du Réseau de santé.....	237
CONCLUSION CHAPITRE 4.....	240
CHAPITRE 5 : SUIVI DE GROSSESSE DEDIE ET RECONNAISSANCE DU SUJET	241
I — RECONNAISSANCE DU SUJET DANS LE SOIN	243
<i>A. Reconnaissance intersubjective : le sujet face aux professionnelles de santé.....</i>	<i>243</i>
Humanisation : une reconnaissance du statut de personne.....	244
Les sujets pris en compte.....	245
L'égalité face aux soins : une forme de reconnaissance.....	248
<i>B. Une reconnaissance biologique : la légitimité du corps enceint.....</i>	<i>250</i>
La biolégitimité du corps souffrant.....	250
La biolégitimité du corps enceint.....	251
II — RECONNAISSANCE POLITIQUE DU SUJET	253
<i>A. La reconnaissance par la citoyenneté biologique.....</i>	<i>253</i>
<i>B. L'expérience de la reconnaissance politique.....</i>	<i>255</i>
<i>C. Reconnaissance du sujet et capacités d'agir.....</i>	<i>257</i>
Régularisation et augmentation des capacités d'agir.....	258
« Nous notre objectif c'est qu'elles deviennent pauvres».....	260
CONCLUSION CHAPITRE 5.....	262
CONCLUSION PARTIE II.....	263
PARTIE III : LES REVERS DES DISPOSITIFS DEDIES. ASSIGNATION, ALTERISATION ET RESISTANCE DU SUJET.....	265
CHAPITRE 6 : DE LA RECONNAISSANCE A L'ASSIGNATION RACIALISEE A LA MATERNITE : LE CORPS ENCEINT COMME RESSOURCE	269
I - LE CORPS ENCEINT COMME SURFACE D'INTERPELLATION DES PROFESSIONNEL.LE.S	272
<i>A. De la reconnaissance intersubjective à l'assignation à la maternité des femmes primo-arrivantes.....</i>	<i>273</i>
La femme enceinte vulnérable.....	273
Pas de grossesse, pas de légitimité.....	275
Quel sujet reconnaît-on ? « <i>Le véritable sujet social de la maternité est l'enfant</i> ».....	276
<i>B. Les tactiques des femmes primo-arrivantes : mettre en danger le corps enceint.....</i>	<i>278</i>
Un danger potentiel : le refus de changer de maternité.....	278
La menace du danger : accoucher à l'hôtel.....	280
La mise en danger immédiate : dormir dehors.....	284
<i>C. Contrôle et répression : Les tactiques de mise en danger retournées contre les femmes</i>	<i>285</i>
Faire à la place de ou inciter fortement au nom du risque médical.....	285
Mettre sur liste noire : « <i>c'est la responsabilité de ses actes</i> ».....	286
Protection de l'enfance et surveillance des mères : « <i>on ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants</i> »	289
II – LE CORPS ENCEINT POUR LA REGULARISATION.....	293
<i>A. De la reconnaissance politique à l'assignation racialisée à la maternité des femmes primo-arrivantes.....</i>	<i>294</i>
Les lois migratoires et l'assignation à la maternité.....	295
La figure de la femme primo-arrivante « <i>victime</i> »	297
<i>B. Stratégies juridiques : tactiques incorporées pour obtenir un titre de séjour.....</i>	<i>298</i>
La « <i>voie biologique</i> » pour la régularisation : reconnaissance paternelle et protection subsidiaire	299
« <i>Ce serait plus facile pour la régularisation</i> ».....	301
<i>C. Contrôle et réassignation : La reconnaissance juridique sous surveillance.....</i>	<i>303</i>
Le sujet sous (mauvaise) influence : Les professionnelles à la recherche de La vérité.....	303
Les trafics de paternité.....	305
Un contrôle qui renforce les rapports de domination de sexe et de race.....	308
Assigner sans promouvoir la natalité : le paradoxe.....	310
CONCLUSION CHAPITRE 6.....	314

CHAPITRE 7 : L'ALTERISATION DES FEMMES PRIMO-ARRIVANTES. LA PRODUCTION DE LA DIFFERENCE AU SEIN DE GROUPES DE PAROLE DEDIES.....	317
I – DU CIBLAGE A L'ETIQUETAGE ETHNO-RACIAL	320
A. <i>L'imposition d'une catégorie ethno-raciale : la racialisation par le recrutement des groupes.....</i>	321
De l'incitation à l'injonction d'entrer dans « les cases ».....	321
Refus de l'étiquetage ethno-racial.....	323
B. <i>Étiquetage ethno-racial et universalisme : « j'aime pas ces cases qu'on va se mettre »</i>	325
II— LES « CROYANCES CULTURELLES » FACE AU POUVOIR MEDICAL	327
A. <i>Dévaloriser les « croyances culturelles » : une approche assimilationniste de la médecine.....</i>	328
La dévalorisation culturelle : les « fausses croyances ».....	328
Assimiler la « médecine moderne ».....	331
B. <i>Valoriser les « croyances culturelles » : une approche interculturelle de la médecine.....</i>	333
Valoriser les pratiques culturelles.....	333
Négocier et combiner pratiques culturelles et savoir médical : « la pilule et le gri-gri »	336
III— DES FEMMES A EMANCIPER : L'ALTERISATION PAR LE GENRE.....	340
A. <i>« Nous les femmes » : tentatives de subjectivation collective.....</i>	340
« On est des femmes on se parle entre femmes » : la création d'un entre-soi féminin.....	341
La promotion de l'autonomie des femmes.....	343
B. <i>L'opposition entre les femmes émancipées et les autres : un maternalisme ethnocentré</i>	344
La « femme immigrée victime » d'une culture oppressive.....	345
La « femme française en avance de 50 ans »	350
Le maternalisme des professionnelles de santé.....	351
C. <i>Pour une autre émancipation : la critique intersectionnelle des participantes des groupes.....</i>	353
Les participantes face à la dévalorisation culturelle : des discours nuancés.....	353
La France Pays des Droits de la Femme... Française.....	357
CONCLUSION CHAPITRE 7	361
CONCLUSION PARTIE III.....	364
CONCLUSION GENERALE.....	365
I — <i>Grossesse et subjectivation.....</i>	366
Des femmes exclues : les sujets précaires de la République.....	366
II — <i>De la reconnaissance à l'assignation racialisée à la maternité.....</i>	370
La reconnaissance sous condition maternelle	370
<i>Perspectives de recherche.....</i>	377
BIBLIOGRAPHIE	379
ANNEXES.....	393
ANNEXE I : GUIDES D'ENTRETIENS.....	393
1. <i>Guide d'entretien femme primo-arrivante enceinte ou venant d'accoucher en Île-de-France.....</i>	393
2. <i>Guide d'entretien femme incluse dans le Réseau, réalisé avec Clélia Gasquet-Blanchard.....</i>	395
3. <i>Guide d'entretien professionnelle de santé.....</i>	396
4. <i>Guide d'entretien animatrice de groupe de parole.....</i>	397
ANNEXE II. OBSERVATIONS.....	399
1. <i>Structures observées.....</i>	399
2. <i>Grille d'observation de consultation obstétrique.....</i>	399
3. <i>Groupes de parole observés.....</i>	400
ANNEXE III. PROFIL DES ENQUETEES.....	401
1. <i>Profil des femmes enceintes ou venant d'accoucher interviewées.....</i>	401
2. <i>Profil des professionnelles en entretien.....</i>	403
ANNEXE IV. RETRANSCRIPTIONS INTEGRALES.....	405
1. <i>Retranscription intégrale d'un entretien avec une femme primo-arrivante.....</i>	405

2. <i>Retranscription intégrale d'un entretien avec une professionnelle de santé</i>	419
3. <i>Retranscription intégrale d'un groupe de parole</i>	449
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET ENCADRES	467
TABLE DES MATIERES	469

Louise Virole
École doctorale de l'EHESS

Grossesse et Reconnaissance du sujet.
Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France.

Résumé : Cette thèse étudie les formes de subjectivation produites au cours des parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes – étrangères arrivées depuis moins de cinq ans sur le territoire français. L'enquête de terrain s'appuie sur des observations au sein de structures de soins à Paris et en Seine-Saint-Denis, ainsi que sur une soixantaine d'entretiens semi-directifs menés avec des professionnelles de la périnatalité et des femmes primo-arrivantes enceintes ou ayant accouché récemment en Île-de-France. À partir de ce travail ethnographique, la thèse analyse de manière intersectionnelle les effets subjectivants de l'entrée dans des dispositifs médico-sociaux dédiés aux femmes enceintes primo-arrivantes. Alors que dans un premier temps, l'annonce de la grossesse fragilise les conditions de vie de ces sujets déjà exclus en France, les femmes primo-arrivantes acquièrent en revanche une légitimité auprès des institutions médicales du fait de leur grossesse. Identifiées comme public à risque prioritaire par les politiques de santé publique, ces femmes sont orientées vers des prises en charge spécifiques, qui participent à les reconnaître en tant que sujets. La thèse interroge les effets réifiant de cette reconnaissance : reconnues uniquement grâce à leur corps enceint, ces femmes connaissent une forme d'assignation racialisée à la maternité. Dans ce contexte, les femmes enceintes primo-arrivantes peuvent en venir à mobiliser leur corps enceint comme ressource pour limiter les effets de la domination. En définitive, la thèse donne à voir les mécanismes d'altérisation ethno- raciale opérés par les professionnel.le.s de santé et les pratiques de résistance des usagères au sein des dispositifs dédiés.

Mots clefs : grossesse ; primo-arrivantes ; intersectionnalité ; migration ; subjectivation ; maternité ; reconnaissance