



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Ecole de sages-femmes de Metz

*Suivi des femmes enceintes sans couverture
sociale en France*

*Quelle prise en charge par les sages-femmes de Protection Maternelle et
Infantile et les sages-femmes de Médecins du Monde ?*

Mémoire présenté et soutenu par

LARIETTE Auriane

Née le 21 février 1990

Promotion 2010-2014

Université de Lorraine
Ecole de sages-femmes de Metz

*Suivi des femmes enceintes sans couverture
sociale en France*

*Quelle prise en charge par les sages-femmes de Protection Maternelle et
Infantile et les sages-femmes de Médecins du Monde ?*

Mémoire présenté et soutenu par

LARIETTE Auriane

Née le 21 février 1990

Promotion 2010-2014

Cet écrit n'engage la responsabilité que de son auteur.

Remerciements

Je souhaite remercier Alice Pinson d'avoir accepté de me guider et pour son aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire. Je lui souhaite bonne chance pour son aventure débutante en Centre Afrique.

Je souhaite également remercier tout le personnel du CASO Médecins du Monde de Bordeaux, salariés et bénévoles, pour m'avoir fait explorer leur quotidien au sein de la structure ainsi que pour m'avoir épaulée et accompagnée tout au long de ce stage ; et plus particulièrement Vanessa et Perrine pour avoir lu cet écrit avant son impression.

Dans la même lancée, je voudrais remercier les sages-femmes qui ont participé à mes entretiens pour avoir répondu à mes questions, notamment Madame Parmentier qui a également accepté d'intervenir en tant qu'experte à ma soutenance, remplaçant ainsi ma directrice de mémoire.

Je souhaite adresser un grand merci à toutes les personnes qui ont lu et donné leur avis sur cet écrit.

Pour finir, j'aimerais remercier ma famille et mes amis, pour m'avoir supportée et soutenue tout au long de mes années d'étude de sage-femme. ; notamment ma mère, Christine, et mon frère, Geoffrey ; je vous aime fort...

Bonne lecture !

Code de déontologie des sages-femmes ;

Article R.4127-305 du code de la Santé publique :

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

... ou sa couverture sociale.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 2 |
| PREMIÈRE PARTIE : Vivre une grossesse sans couverture sociale en France..... | 3 |
| 1- Le système de protection sociale Français..... | 4 |
| 1-1- Le système de protection sociale actuel | 4 |
| 1-2- Les couvertures sociales en France..... | 7 |
| 1-3- Émergence d'une population vivant en dehors de toute couverture sociale..... | 10 |
| 1-4- Les femmes enceintes qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale..... | 12 |
| 2- Les différentes structures médicosociales de droit commun en France..... | 13 |
| 2-1- La Protection Maternelle et Infantile (PMI)..... | 14 |
| 2-2- Autres structures médicosociales..... | 16 |
| 3- Les ONG en France..... | 17 |
| 3-1- Les ONG | 17 |
| 3-2- Une ONG présente en France : Médecins du Monde (Mdm)..... | 19 |
| DEUXIÈME PARTIE : L'enquête : Méthodes et résultats..... | 24 |
| 1 Présentation de l'étude..... | 25 |
| 1-1- Problématique..... | 25 |
| 1-2- Objectifs..... | 25 |
| 1-3- Hypothèses..... | 25 |
| 2- Méthodologie de l'enquête..... | 26 |
| 2-1- Déroulement de l'enquête..... | 26 |
| 2-2- Population..... | 27 |
| 2-3- Présentation de l'outil..... | 27 |
| 2-4- Limites et biais..... | 27 |
| 3- Résultats | 29 |
| 3-1- Pratique générale des sages-femmes interrogées..... | 29 |
| 3-2- Pratique sage-femme confrontée aux femmes enceintes sans couverture sociale..... | 32 |
| 3-3- Analyse de cette pratique..... | 39 |
| 3-4- Questions personnelles..... | 45 |
| TROISIÈME PARTIE : Analyse et discussion..... | 49 |
| 1 Analyse et discussion des résultats..... | 50 |
| 1-1- Pratique générale des sages-femmes interrogées..... | 50 |
| 1-2- Pratique sage-femme confrontée aux femmes enceintes sans couverture sociale..... | 51 |
| 1-3- Analyse de cette pratique..... | 58 |
| 1-4- Questions personnelles..... | 66 |
| 2- Propositions..... | 68 |
| 2-1- Suivi médical des grossesses des femmes sans couverture sociale par la sage-femme de PMI.. | 68 |
| 2-2- Traductions de la conduite à tenir et de l'explication du déroulement de suivi de grossesse ... | 69 |
| 2-3- Annuaire des associations messines..... | 70 |
| Conclusion..... | 71 |
| Glossaire des différentes associations citées | 72 |
| Bibliographie..... | 73 |
| Annexes..... | 78 |

Introduction

Avec la crise économique, le chômage et la précarité augmentent en France, c'est un sujet 100% d'actualité, sur lequel les médias aiment débattre. Peu de reportages rapportent cependant, que dans cette population grandissante de personnes en situations précaires, il se trouve des femmes enceintes, et que le vécu de leur grossesse passe au second plan face aux problèmes de la vie quotidienne auxquels elles sont confrontées pour survivre.

L'idée de réaliser mon mémoire sur cette thématique m'est venue en assistant à une conférence sur le sujet des sages-femmes humanitaires exerçant sur le territoire français, lors d'un week-end de formation organisé en 2013 par l'ANESF (association nationale des étudiants sages-femmes).

En effet, j'ignorais qu'il existait des sages-femmes exerçant des actions humanitaires en France, en vue d'améliorer la prise en charge de ces femmes, en complémentarité des sages-femmes de droit commun. Il en était de même pour mon entourage.

En tant que future sage-femme, je serais confrontée à des femmes enceintes sans couverture sociale, et comprendre les rouages permettant leur prise en charge de manière optimale, me semble indispensable. C'est donc l'objectif que je me suis fixée dans la réalisation de cet écrit.

Tout au long de ce mémoire les modalités françaises du suivi de grossesse, concernant ces patientes, seront détaillées et les prises en charge proposées sur Metz et sur Bordeaux seront comparées. J'ai choisi cette comparaison car, inversement aux sages femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Bordeaux, les sages-femmes de PMI de Metz ne disposent pas de sages-femmes bénévoles dans une Organisation Non Gouvernementale (ONG) pour les aider à suivre ces femmes.

Tout d'abord, cet écrit comportera une présentation du système de santé français concernant la protection sociale, ainsi qu'une visualisation des structures médico-sociales en France et plus particulièrement de la PMI, et enfin une exposition des ONG présentes sur le territoire français, en prenant l'exemple de Médecins du Monde.

Ensuite, l'étude menée proposera une comparaison d'actions et de prises en charge entre les sages-femmes de PMI de Metz, les sages-femmes de PMI de Bordeaux et les sages-femmes bénévoles à Médecins du Monde sur Bordeaux.

Enfin nous débattons sur l'analyse de ces résultats et sur la possibilité d'un suivi conjoint entre sages-femmes bénévoles d'une ONG et sages-femmes de PMI.

1^{ère} Partie :

**Vivre une grossesse sans
couverture sociale
en France
métropolitaine.**

1- Le système de santé français

1-1- Le système de protection sociale actuel

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), être en bonne santé se définit comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [Annexe I].

Cependant un accès aux soins implique des dépenses liées à la santé. Comme le dit l'adage « la santé n'a pas de prix », en revanche elle a un coût.

Le rôle de la société française est de prendre en charge les citoyens qui la composent, en répondant au mieux à leur besoin. Pour cela de nombreux dispositifs existent. La justice pour assurer la sécurité de la population, les mesures sociales pour aider les plus démunis à vivre convenablement, et le système de soins pour couvrir les besoins de santé de chaque individu.

1-1-1 Généralités

Un système de santé est composé des organisations de protection sociale, d'une gestion précise de la délivrance des soins, des modalités de leur financement et de l'assurance elle-même, ainsi qu'un système de gouvernance.

Tout cela fait corps pour définir le système de soins qui intervient dépendamment du contexte dans lequel se trouve le pays, autant au niveau politique qu'aux niveaux culturel, social et institutionnel.

Les systèmes de santé se différencient par son modèle de financement des assurances maladies et par son degré de décentralisation dans la gestion de ce système.

1-1-2 Financement

En matière de protection sociale, on retrouve deux types de financement : public avec protection sociale obligatoire, comme en France ; ou privé par le biais d'assurances facultatives, notamment comme aux Etats-Unis.

Pour le financement public, il existe deux modèles : beveridgien et bismarckien. **Le modèle beveridgien** se base sur un système de santé universel, géré par l'État et financé par les impôts. On le retrouve au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne, au Portugal, et en Grèce.

Le modèle bismarckien est fondé sur des solidarités professionnelles. Le système est géré par des caisses, ou régimes, segmentés par catégories de professions. Une part des cotisations, calculées en fonction des salaires, est à la charge des employeurs, l'autre à la charge des salariés. C'est le cas de l'Allemagne, les Pays-Bas, le Luxembourg, et la Belgique.

Le système sanitaire français, quant à lui, est un système mixte. À ses origines, il a suivi le modèle bismarckien, mais l'augmentation des coûts, due à l'évolution de la technicité médicale, ainsi que le vieillissement de la population, a nécessité un remodelage du système de soins, les cotisations seules ne suffisant plus. Des impôts ont été mis en place: la Contribution Sociale Généralisée (CSG) depuis 1990 et la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) depuis 1996. Cette dernière, comme son nom l'indique, contribue au remboursement du déficit social, ce n'est pas un financement à proprement parler.

Ainsi le système français est un système financé par les cotisations sociales des travailleurs/employeurs et par les impôts.

1-1-3 Décentralisation

La décentralisation est une politique de transfert des attributions de l'État vers des collectivités territoriales ou des institutions publiques. Dans le domaine de la santé, elle concerne la gestion et le financement du système de santé. En France, la gestion des soins est décentralisée régionalement et le financement est centralisé au niveau national.

Son but est de définir les rôles respectifs de l'État et du département.

1-1-4 Composition du système de protection sociale

Au système sanitaire de base (qui comprend sécurité sociale et assurance chômage), couvrant plus de 80% des prestations, viennent se rajouter deux autres types de protections : la protection complémentaire et les prestations de solidarité.

☒ La sécurité sociale

La protection sociale est un droit fondamental de la République Française, qui assure à tous ses citoyens le droit de vivre dignement, grâce aux prestations sociales versées en cas de besoin à l'individu par la collectivité. Elle se résume à l'ensemble des mesures mises en place pour protéger les citoyens des conséquences des risques sociaux, en leur apportant une garantie minimale de prise en charge. Certains de ces risques sont universels et induisent la notion de survie avec la santé ou la vieillesse, ou la notion de famille avec la maternité... D'autres ne concernent qu'une partie de la population comme le chômage, la précarité et l'exclusion sociale.

Elle répond aux principes d'universalité, de répartition et de gestion par les partenaires sociaux sous contrôle de l'État. Elle est le fondement même de notre système sanitaire. Elle se décompose en différents régimes. Chaque citoyen appartient à une catégorie socioprofessionnelle et est affilié au régime qui y correspond, il en est de même pour ses ayants-droits.

☒ La protection complémentaire

Elle est assurée par des organismes privés ou publics de protection complémentaire ; comme les mutuelles ou les compagnies d'assurance privées. Ils assurent une prévoyance légalement obligatoire ; par exemple les régimes de retraites complémentaires ; et une prévoyance légalement non obligatoire collective (mutuelles relevant du code de la Mutualité, institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale) ou individuelle. Dans ce cas la personne s'assure grâce aux mutuelles ou aux compagnie d'assurance privées.

À la charge de l'individu, elle est facultative, cependant certaines entreprises obligent leurs employés à y adhérer, de façon collective. Ces organismes versent à leurs adhérents 5% des prestations sociales en complément des prestations de base.

☒ Les prestations de solidarités

L'Etat et les collectivités territoriales gèrent l'aide sociale ou financent certaines prestations dont les plus importantes sont régies par le code de l'action sociale et des familles. Ainsi les prestations de solidarité sont des aides versées par les pouvoirs publics aux personnes dont la situation ou l'état (vieillesse, handicap, chômage,...) donne droit à une aide financière supplémentaire.

En conclusion, les patients sont remboursés soit totalement, soit partiellement par la sécurité sociale et par les organismes complémentaires. Le ticket modérateur est la somme qui reste à la charge des assurés après le remboursement de l'assurance maladie. Son montant varie en fonction des actes et médicaments, de la situation de l'individu et du respect ou non du parcours de soins coordonnés avant de consulter chez un médecin spécialiste. Il peut être majoré ou exonéré.

Au-delà du soin, le système sanitaire français s'intéresse également à la Santé Publique, qui vise à améliorer la santé des individus dans son ensemble. Son but étant de réduire les risques sanitaires, de garantir la qualité des soins, et d'assurer la plus grande égalité possible en matière de santé.

1-2- Les couvertures sociales en France

1-2-1 Un petit tour dans l'histoire...

. [11] [2] [12] [13] [14]

La législation sur l'assurance sociale débute avec la loi du 8 avril 1898. Elle concerne la protection contre les accidents du travail. De nombreuses lois suivront, permettant une amélioration progressive de la qualité de vie de chaque citoyen. C'est le début de la protection sociale en France.

La Sécurité sociale n'est créée qu'en 1945 par les ordonnances du 4 et du 19 octobre. Il en est de même pour notre système d'assurances sociales et le rôle des mutuelles complémentaires.

La loi du 22 mai 1946 accorde le droit à la Sécurité sociale à tous les citoyens français, et le préambule de la constitution de la IV^{ème} République du 27 octobre 1946 assure le droit de tous à l'accès à une protection pour sa santé, à une sécurité matérielle, aux repos et aux loisirs.

Depuis, les lois se sont succédées pour permettre à notre système de santé de s'articuler au mieux entre gestion du système et état de santé de la population.

1-2-2 Les couvertures sociales actuelles en France

[15] [16] [17] [18] [19] [9] [20]

▣ La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Depuis son application le 1^{er} janvier 2000, la CMU permet la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie pour toute personne résidant en France de manière régulière et stable.

Elle fait partie d'un processus de généralisation de la Sécurité sociale.

Les conditions d'attribution sont : résider en France depuis plus de 3 mois, ne pas avoir droit à un régime d'assurance maladie ou avoir un salaire qui ne dépasse pas le plafond de 8500 euros de revenus environ sur les 12 derniers mois.

▣ La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc)

Pour les personnes aux revenus les plus faibles, la CMU fournit l'accès à une couverture maladie complémentaire gratuite : la CMUc (Couverture Maladie Universelle complémentaire).

La CMUc prend en charge le ticket modérateur et accorde une dispense d'avance des frais (tiers payant) pour les personnes y ayant droit (mêmes conditions que pour l'accès à la CMU). Le 23 septembre 2013, Marisol Touraine, ministre de la Santé, a annoncé une généralisation du tiers payant. Cela concernerait les soins de ville et serait effectif pour 2017. [Annexe II]

Pour les personnes dont le salaire dépasse le seuil d'accès à la CMU-c de moins de 35%, et qui remplissent les autres conditions d'accès à la CMU-c, il existe une aide financière pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé.

▣ L'Aide Médicale d'État (AME)

L'aide médicale est une forme d'aide sociale qui prend en charge de manière totale ou partielle les soins médicaux de son bénéficiaire lorsque ses ressources sont insuffisantes pour assurer ces dépenses.

L'aide médicale de l'État existe pour les personnes ne pouvant pas bénéficier de la CMU. Ce sont essentiellement des personnes de nationalités étrangères, en situation « irrégulière ». Elle permet une dispense d'avance des frais et assure les dépenses de soins dans les limites des tarifs de responsabilité des organismes d'assurance maladie.

Pour en bénéficier, certains critères sont requis : posséder une pièce d'identité avec photo, résider de manière stable en France depuis au moins 3 mois (avec documents à l'appui) et avoir des ressources inférieures au plafond de 8500 euros sur les 12 derniers mois. Les personnes sans domicile fixe doivent se faire domicilier auprès d'un organisme agréé.

L'AME peut être accordée avec une décision du ministre chargé des affaires sociales pour état de santé nécessitant des soins urgents et pour les mineurs. Dans ce dernier cas, l'AME est accordée d'emblée sans la condition de 3 mois de présence.

Depuis la loi du 17 janvier 2002 sur la modernisation sociale, les personnes en garde à vue sur le territoire y ont droit également. De plus toute personne à charge du demandeur de l'AME peut en être bénéficiaire à condition de justifier d'une résidence en France.

Les dossiers de demande d'AME sont gérés par la Sécurité sociale, mais les budgets sont différents.

En cas de refus d'attribution de l'AME, un recours à la commission départementale d'aide sociale, ou un appel à la commission centrale d'aide sociale sont possibles.

▣ Régime général

Le régime général concerne la majeure partie de la population (80%). Il est aussi le régime de rattachement des personnes bénéficiant de la CMU.

L'organisation du régime général est régie par les ordonnances de 1967 et 1996, et se divise en 5 branches : maladie, familiale, retraite, accident du travail et recouvrement, elle-même divisée en 3 niveaux : national, régional et local.

La gestion des caisses est réalisée de manière paritaire entre représentants des employeurs et représentants des salariés.

La région de l'Alsace et le département de la Moselle sont dans un cas de figure particulier : ils bénéficient d'un régime local. Les remboursements se font à 90%.

▣ **Les autres régimes**

Des organismes de sécurité sociale des salariés, qui appartenait à une protection sociale organisée, se sont opposés à leur fusion dans le régime général lors de la création de la Sécurité Sociale française en 1945, donnant ainsi des régimes spéciaux ou particuliers. . Les régimes spéciaux couvrent la totalité des risques, en revanche les régimes particuliers ne couvrent que certains risques et pour les autres, leurs bénéficiaires sont assurés au régime général.

Ils sont gérés par des organismes particuliers, cependant ils donnent accès aux mêmes droits par rapport à la Sécurité sociale. Actuellement, on en compte plus de 200.

Ces régimes spéciaux proposent des prestations plus élevées que le régime général, mais leur équilibre financier est précaire surtout en ce qui concerne le risque vieillesse, l'État leur accorde donc d'importants transferts de budget.

1-3- Émergence d'une population vivant en dehors de toute couverture sociale

[8] [21] [22] [23] [24] [2] [10]

L'État français est qualifié d'État Providence. Pourtant, l'accès aux soins demeure inégalitaire. C'est un problème de Santé Publique. L'OMS a publié en 2008 un rapport sur les déterminants sociaux de la santé. [Annexe III] Michael Marmot, coordinateur de ce rapport affirme que « réduire les inégalités en matière de santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue les gens à grande échelle. [...]» [8]

D'après ce rapport, les inégalités d'accès aux soins se retrouvent en France, et sont d'ordre territoriales ou sociales.

▣ **Inégalités territoriales**

Les inégalités territoriales montrent que les taux de mortalité diffèrent en fonction des régions, des contextes socio-économiques des personnes qui y résident, et surtout de l'accessibilité aux centres de soins. Les professionnels de santé se concentrant dans les zones urbaines, l'accès aux soins est plus difficile dans les régions rurales. Ces zones, où la densité des professionnels de santé est faible, sont appelées « désert médicaux ». Elles concernent toutes les populations, même celles ayant une couverture sociale.

▣ Inégalités sociales

D'après le rapport annuel de 2012 du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), il existe en France d'importantes inégalités sociales de santé. Ce rapport distingue les facteurs liés au système de soins et au mode de vie, mais le lien entre inégalité de santé et inégalité financière manque de précisions.

Pourtant d'après l'enquête SPS datant de 2010 de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) le taux de personnes sans complémentaire et ayant renoncé à se soigner pour raison financière augmente. Il est passé de 25,1% en 2002 à 32,6% en 2010. [23]

Ce pourcentage en hausse inquiète les professionnels. Dans La Gazette santé-social de juin-juillet 2013, traitant des inégalités sociales de santé en matière de cancer, trois spécialistes témoignent. D'après Guy Launoy, professeur et directeur de l'unité de recherche « cancer et prévention » de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) de Caen, « La France présente une particularité : c'est l'un des pays du monde où les indicateurs globaux de santé sont les meilleurs, mais en Europe, où les inégalités sociales de mortalité sont parmi les plus fortes. ». Le professeur Laurent Zelek, cancérologue, affirme qu' « en France, le corps médical sous-estime à quel point la situation sociale est importante dans le processus de guérison. [II] rencontre des femmes qui ne suivent pas leurs traitements ; [il a] peu à peu compris que la maladie est le cadet de leurs soucis par rapport à leurs difficultés quotidiennes. » Selon Lucien Piana, président de l'association Arcades de Marseille qui lutte pour le dépistage du cancer du col de l'utérus « près de 40% des femmes n'effectuent pas de dépistage régulier tous les deux ans (...) Le cancer du col de l'utérus est pourtant le seul qui pourrait être éradiqué grâce au dépistage. Or, depuis dix ans, nous voyons resurgir des maladies à un stade très avancé et contre lesquelles il n'y a plus rien à faire. » [24]

1-4- Les femmes enceintes qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale

1-4-1 Quelques chiffres

[25] [26]

D'après l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France paru en octobre 2013, sur l'année 2012 : 39% des patients venant consulter dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde (MdM) sont des femmes, 95% d'entre elles sont étrangères.

Elles viennent pour 30% d'Afrique subsaharienne, 22% de l'Union Européenne, 15% du Maghreb et 15% d'Europe hors Union Européenne. 8% sont sans domiciles fixes et 20% sont accompagnées de mineurs. Parmi elles, 4% sont enceintes (362 femmes enceintes ont ainsi été vue en consultation dans un CASO en 2012), dont 9% sans domicile et 46% présentent un retard dans le suivi de leur grossesse. Pourtant 73,3% de ces femmes enceintes devraient théoriquement bénéficier de la couverture maladie.

58% sont seules, 42% sont en couple, 56% ont d'autres enfants mineurs et 47,2% sont en situation irrégulière.

Selon une autre revue publiée par Médecins du Monde, en mars 2008, sur les femmes Roms en France, seulement 8,3% des femmes enceintes étaient suivies pendant leur grossesse. Les moyens contraceptifs étaient connus et utilisés uniquement par 10% d'entre elles. Ces femmes ont eu 4 grossesses en moyenne, une grossesse sur deux a aboutit à la naissance d'un enfant vivant et viable (taux important d'accouchements prématurés ou fausses couches plus ou moins tardives liées au faible suivi de grossesse et à la précarité).

1-4-2 Qui sont-elles ?

Ces femmes qui sont demandeuse d'une couverture sociale sont classées en différentes catégories : les femmes possédant un visa touristique, les femmes en situation irrégulière, les femmes appartenant aux gens du voyage, les femmes en demande d'asile, et les femmes migrantes.

1-4-3- Suivi de grossesse classique et prise en charge par la Sécurité sociale en France

[27] [28] [29]

Le suivi de grossesse en France se compose de sept consultations médicales mensuelles avec ses examens complémentaires, trois échographies, un entretien précoce individuel et sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Cet entretien a pour objectif de dépister les éventuelles situations à risques médicaux, psychologiques et sociaux. Ce suivi est ensuite adapté en cas de pathologies ou de risques psychologiques ou sociaux importants.

Les femmes affiliées au régime général de la sécurité sociale sont prises en charge à 100% à partir du 6^{ème} mois. Ce qui signifie que jusqu'à ce terme, la patiente ne peut être remboursée que partiellement de ses dépenses de santé liée à sa grossesse particulièrement si elle n'est affiliée à aucune mutuelle, par exemple les deux premières échographies ne sont prises en charge qu'à 70% par la Sécurité sociale.

1-4-4 Risques associés aux grossesses en milieux précaires

[28]

Les situations de précarité influent directement sur la grossesse.

Tout d'abord, au niveau du suivi de la grossesse lui-même : on peut observer une carence en matière de suivi médical ou un suivi tardif. En effet, les besoins vitaux sont prioritaires.

Ensuite l'absence de prise en charge précoce de la grossesse entraîne la méconnaissance de facteurs de risques qui peuvent décompenser, l'absence de mesures préventives, un manque d'information, l'absence de dépistage de pathologies fœtales ou maternelles. Cela entraîne une absence de traitement et un retard dans la prise en charge de ces pathologies qui peuvent avoir des répercussions néfastes tant sur la santé de la mère que sur l'enfant en devenir.

2- Les différentes structures sociales et médico-sociales en France

Il existe un nombre important de ces structures qui travaillent conjointement, chacune ayant des missions et des objectifs propres. En raison de leur nombre, il ne sera développé dans ce mémoire que celle qui a fait l'objet de mon étude.

2-1- la Protection Maternelle et Infantile (PMI)

[30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [9] [20] [37] [29]

2-1-1 La Protection Maternelle et Infantile d'hier à aujourd'hui

▣ Cadre législatif

La PMI a été créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. C'est un service public départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général depuis la loi de décentralisation du 22 juillet 1983. Chaque département a une manière particulière de fonctionner ainsi que des priorités différentes.

Elle est régie par le Code de la Santé Publique et a subi de nombreuses évolutions depuis sa création.

▣ Fonctionnement et missions

Chaque département a son fonctionnement et ses priorités qui dépendent des spécificités socio-économiques du département, mais également de l'existence et de l'importance de populations vulnérables.

Les services de PMI établissent une liaison avec le service de santé scolaire et le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) pour le suivi des enfants ; avec la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) et avec les maternités pour le suivi des grossesses et des nouveaux nés.

Les services de PMI sont composés d'une équipe pluridisciplinaire. Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin. Les consultations se font au centre médico-social (CMS) ou à domicile.

L'accès aux consultations des services de PMI est gratuit. Elles sont financées par le département.

Ses missions sont d'organiser des consultations en direction des futurs parents et futurs conjoints, des consultations pré et postnatales ainsi que des actions de prévention médicosociales en direction des femmes enceintes.

Elle propose aussi des consultations médico-sociales en faveur des enfants de moins de 6 ans, comme la surveillance de la croissance et du développement de l'enfant, ou les vaccinations. Un bilan de santé des enfants de 3-4 ans est pratiqué dans les écoles maternelles dans le cadre de cette surveillance médico-sociale.

La PMI assure des actions de prévention à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans dont les situations requièrent une attention particulière, ainsi que des actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités. Elle organise le dépistage des handicaps chez les enfants de moins de 6 ans et conseille les familles pour la prise en charge de ces enfants, voire les oriente vers un Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) spécialisé dans ce domaine.

Elle a également une mission de diffusions d'informations relatives à la grossesse, à l'éducation sanitaire, aux problèmes de Santé publique, à la sexualité et à l'éducation familiale.

2-1-2- Les Sages- femmes de PMI ou Sages femmes territoriales

[38] [29]

Elles effectuent un suivi global, tant sur le plan médical que sur les plans psychologique et social. Leur rôle est essentiellement un rôle de prévention. Elles sont en lien permanent avec les différents professionnels de santé qui peuvent intervenir lors d'un suivi de grossesse, pour répondre au mieux aux besoins des patientes qu'elles prennent en charge. (CAF, ASE, maternités).

La CAF envoie aux sages-femmes de PMI, les déclarations de grossesses réalisées dans leur secteur. Toutes les femmes enceintes ayant déclaré leur grossesse reçoivent une mise à disposition. La sage-femme propose un rendez-vous, par courrier, à toute femme présentant un ou plusieurs facteurs de risque.

Le lien avec les maternités s'effectue dans les deux sens lorsqu'une potentielle situation à risque est repérée ; par exemple lors de grossesse pathologique, de problèmes sociaux-économiques, ou de difficultés dans l'élaboration du lien mère-enfant ; cela permet de prendre en charge la patiente et son enfant de manière optimale.

Leurs missions sont multiples. Elles protègent les femmes enceintes et adaptent leur prise en charge par rapport à leur état, leur situation matérielle ou morale. Elles veillent à la santé médicale, psychologique et sociale des femmes enceintes et des enfants à naître. Elles interviennent dans la diminution de la mortalité maternelle et périnatale, ainsi que la morbidité néonatale. Elles participent aux actions de planification et d'éducation familiale en matière de grossesse, d'IVG ou de dépistage et de prévention des IST. Elles assurent des consultations prénatales à domicile ou dans les CMS. Elles organisent des séances d'informations et de préparation à la naissance et à la parentalité, et participent à la prévention et au dépistage des maltraitances.

2-2- Autres structures médico-sociales et sociales :

[20] [37]

☒ Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) :

Créés par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, leur rôle est de dispenser des conseils et de donner des consultations en matière de régulation des naissances et d'IVG. Ils sont gérés le plus souvent par le département dans le cadre de la PMI, ou par un établissement de santé, une commune ou une association. On y retrouve des Sages femmes, une conseillère conjugale et familiale et un médecin gynécologue.

☒ Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)

Ce sont des établissements, publics ou privés, qui prennent en charge, avec ou sans hébergement, les personnes ou familles sans ressources et en grande difficulté de par leur situation, afin de les aider à accéder ou à récupérer une autonomie personnelle et sociale. Ils sont sous la compétence de l'État, et financés par le budget d'Aide sociale de l'État sous forme de dotation globale annuelle. Les structures privées signent une convention avec l'État.

☒ Centres maternels

Ils proposent un hébergement, un accompagnement, et une aide matérielle, éducative et psychologique pour les femmes enceintes et les mères isolées en difficulté. Une crèche est prévue pour les enfants, permettant ainsi aux mères de reprendre une activité professionnelle ou des études. Ils sont publics ou privés, et dépendent des conseils généraux qui les financent et sont gérés par les services d'aide sociale à l'enfance ou par des associations. La durée d'accueil varie selon les situations, 6 mois renouvelables ne pouvant dépasser 3 ans. Une participation financière est demandée aux mères si cela est possible.

☒ Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)

Ils exercent 3 fonctions en lien avec les autres partenaires de la vie sociale locale. Ils établissent des demandes d'aides sociales et médicales et transmettent des dossiers aux autorités compétentes. Selon la loi du 2 janvier 2002, ils peuvent créer et gérer sous forme de services non personnalisés des établissements et services médicosociaux. Ils coordonnent l'action sociale : liaison avec les services locaux. Ils sont régis par le Code de l'action sociale et des familles.

▣ Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA)

Créés en 1991, ils hébergent et accompagnent au niveau social les demandeurs d'Asile, pendant la durée de la procédure de reconnaissance du statut de réfugié.

▣ Centres Provisoires d'Hébergement (CPH)

À partir des années 70, ces réseaux d'accueil, réservés aux réfugiés, proposent des accompagnements dans la recherche de logement et d'emploi pour faciliter une première insertion en France aux personnes accueillies sur une période de six mois renouvelable. Le statut de réfugié est délivré par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) ou la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

▣ Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

C'est une cellule de prise en charge médicosociale destinée à faciliter l'accès au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'aide sociale aux personnes démunies. En effet, elle propose des consultations médicales, sociales, psychologiques, de dépistage ou de prévention, ainsi que les examens complémentaires nécessaires au suivi des patients ou dispense des médicaments gratuits. Elle peut être implantée à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, et constitue un mode d'accès pour tous aux services de droits communs.

3- Les ONG en France

3-1- Les ONG

3-1--1 Une Organisation Non Gouvernementale (ONG) qu'est ce que c'est ?

[20] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47][48] [49]

L'ONG est un concept politique. En effet, aucune base juridique ne permet de dire si une organisation est une ONG ou non. Utilisé pour la première fois en 1946 par l'Organisation des Nations Unies (ONU), le terme d'ONG vise initialement à distinguer les organisations gouvernementales et non gouvernementales. Souvent le public associe le terme d'ONG et avec l'humanitaire, or les États mènent eux aussi des actions humanitaires.

Une ONG est donc, au sens large du terme, une organisation émanant de la société civile, ne relevant ni d'un État, ni d'une organisation internationale ; et développant des actions de solidarité de caractère transnational, c'est-à-dire qu'elle dépasse le cadre d'une nation.

Elles sont de plusieurs types : ONG humanitaires et d'aide au développement, ONG de défense des droits de l'Homme, ONG de défense de l'environnement et ONG à forte dominante culturelle.

La perception française la plus répandue reste celles des structures non lucratives, émanant d'une mobilisation militante et citoyenne à caractère privé, et agissant pour des causes sociales dans une dimension internationale.

La traduction juridique du concept d'ONG varie d'un État à un autre. En France, les ONG sont régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, loi sur la création des associations, dont certains aspects ont été modifiés avec la loi du 9 octobre 1981. [Annexe IV]

Les acteurs français préfèrent les termes d'Association de Solidarité Internationale (ASI) ou d'Organisation de Solidarité Internationale (OSI), mais le terme d'ONG reste prédominant.

Pour bénéficier d'avantages financiers ou de reconnaissance par le public, toute organisation non lucrative agissant pour une cause sociale peut demander à être reconnue en tant qu'organisation d'utilité publique.

Les ONG sont caractérisées par la notion d'association avec la double précision de comporter un certain caractère de permanence et de constituer un projet au bénéfice, non pas de ses membres, mais d'autrui : but non lucratif de ses actions. La forme juridique particulière des associations et des organismes non lucratifs doit dépendre des droits nationaux. Elles sont indépendantes financièrement et politiquement. Leurs actions sont bénévoles dans une visée de solidarité. Leur organisation est indépendante de l'État et l'origine de leur création est privée. L'action menée a un caractère transnational. La gestion des dons et la qualité des actions menées doivent être transparentes. Leur financement se fait grâce à la générosité du public, à des bailleurs et à des subventions. L'ONG est sous le contrôle de la Cour des Comptes et des différents donateurs (si son financement inclut des dons ou legs, suite à un arrêté paru en 1993)

L'essentiel des ressources des ONG provient de donateurs privés sous forme de dons ou de legs.

Elles proposent 3 types de statuts : le bénévolat, le salariat et le volontariat.

Un bénévole s'engage librement, sans contrat de travail. Non rémunéré, il exerce en dehors de son temps professionnel, peut se retirer quand il le désire, et fournir sa prestation sans obligation de fréquence, de qualité ou de quantité. Mais de plus en plus de bénévoles sont soumis à une convention d'engagement réciproque.

Un salarié signe à l'embauche un contrat. Il est rémunéré, son salaire dépend de sa compétence, de la profession exercée au sein de la structure et de l'ONG qui l'emploie.

Le volontariat se situe entre le bénévolat et le salariat. Le volontaire s'engage pour une durée plus ou moins longue, de six mois minimum, dans le cadre de la coopération non gouvernementale, c'est-à-dire dans une organisation sans but lucratif. Les frais de son séjour sont indemnisés, il n'a pas de salaire et ne peut cotiser, notamment pour le chômage. En revanche, son statut lui donne une couverture sociale. Les associations qui les embauchent sont dans l'obligation de former les volontaires avant leur départ et des les accompagner à leur retour.

3-1-2- Quelques exemples d'ONG présentes sur le territoire français

En France, de nombreuses associations ou ONG engagent des actions à but humanitaire ou caritatif, telles que Médecins du Monde, le Secours catholique, l'Armée du salut, le Secours populaire, la Fondation de l'Abbé Pierre, Handicap International, Action contre la faim, les Restaurants du Cœur ou encore la Croix Rouge française.

3-2- Une ONG présente en France : Médecins du Monde (Mdm)

[50] [51] [52] [25] [54]

3-2-1 Cadre légal et missions de Médecins du Monde en France

Médecins du Monde est une association de solidarité internationale, une ONG, créé en 1980.

Comme toute ONG, elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. [Annexe IV]

Elle soigne les exclus des soins, les populations défavorisées ou marginalisées, témoigne des entraves à l'accès aux soins et des atteintes à la dignité des personnes ou aux droits de l'Homme ; et obtenir des améliorations durables des politiques de santé.

Les missions françaises de l'organisation MdM sont d'accueillir toute personne sans distinction, de soigner les plus démunis : migrants, sans domicile fixe, enfants, personnes se prostituant, usagers de drogue,... Elle les accompagne dans les démarches à réaliser pour faire valoir leurs droits à une couverture maladie. Elle les réoriente vers le système de droit commun (PMI, médecins traitants, cabinets de ville). Ces missions sont exercées par des actions mobiles de proximité, des actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues, des parrainages d'enfants hospitalisés, des actions auprès de personnes se prostituant et l'existence de Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation.

3-2-2 Fonctionnement de Médecins du Monde en France

La mission France de MdM a vu le jour en 1986, lors de la création du premier Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Paris. Depuis, l'importance de cette mission a grandi.

Un CASO est un centre où les personnes en situation précaire, sans couverture sociale, peuvent avoir accès à des consultations médicales, dentaires ou sociales, grâce à des bénévoles qui y assurent des permanences.

D'après l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France publié en octobre 2013, MdM comptait, en 2012, 20 CASO au sein de toute la France et menait 98 programmes dans 30 villes françaises grâce aux 1971 bénévoles et 69 salariés travaillant pour l'ONG. Pendant cette seule année, les CASO ont vu 30560 personnes différentes, dont 2993 mineurs, lors de consultations médicales (médecins généralistes, sages-femmes), dentaires, avec une assistante sociale, pour une prise en charge psychologique, ou pour recevoir des soins infirmiers.

L'organisation de MdM est particulière. Elle se répartit entre instances décisionnelles, structure associative consultative, structure opérationnelle permanente, instances paritaires, délégations régionales et comité des donateurs.

Tous les ans, une Assemblée Générale réunit les adhérents. Elle élit pour 3 ans les 12 membres et 3 suppléants du Conseil d'Administration ; qui lui-même élit pour un an le président et le bureau de l'association. Ces derniers, lors des réunions mensuelles, prennent les décisions liées à l'orientation de l'association. L'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration forment les instances décisionnelles.

La structure associative consultative est formée de groupes continentaux et de groupes thématiques qui proposent ou émettent un avis sur le continent ou le thème dont ils ont la charge. Un seul de ces groupes concerne exclusivement la France avec les comités de la Mission France et Réduction des risques (liés à l'usage de drogue et à la précarité).

La structure opérationnelle permanente comporte les différentes directions, une par grande mission, telles que la direction des missions France, la direction juridique ou encore la direction de la communication et du développement.

Les instances paritaires sont composées du comité de direction qui réunit hebdomadairement les dirigeants associatifs et salariés pour prendre les décisions stratégiques en rapport avec les missions, le témoignage, la communication et le lobbying politique. De plus la politique des ressources humaines est définie mensuellement lors d'une réunion avant d'être validée par le conseil d'administration.

Les délégations régionales permettent de représenter la vie associative régionale grâce à des collègues régionaux élus tous les 2 ans. Trois fois par an, un conseil consultatif national a lieu, durant lequel les missions internationales et régionales de chaque délégation sont discutées. Il réunit le conseil d'administration, les cadres associatifs, les chargés de missions, les responsables de groupe et les délégués régionaux.

Comme son nom l'indique, le Comité des Donateurs représente les donateurs grâce à des membres cooptés qui donnent leur avis sur les missions, les ratios et la communication directement auprès du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale. Ainsi, il veille au bon usage des dons privés, ce qui permet à l'ONG de garder une indépendance politique et financière.

Les ressources financières de MdM proviennent en majeure partie du financement privé (dons, legs, donations, cotisations des adhérents, participations locales, mécénats d'entreprises,...). L'autre partie du financement appartient à l'institutionnel (subventions nationales ou locales).

Pour faciliter la prise en charge des personnes se présentant aux CASO, MdM travaille en partenariat avec des sociétés d'interprétariat. Les interprètes interviennent par téléphone ou sur place. Dans ce cas, un rendez vous est pris à l'avance avec la société d'interprétariat. Cette traduction est indispensable à la réalisation d'une anamnèse complète lors de la première consultation et à la compréhension des modalités de prise en charge (papiers à remplir, conduite à tenir, précautions à prendre, délais à respecter...)

De plus, MdM doit entretenir les liens avec les différentes structures ou associations présentes dans la région pour garantir la meilleure prise en charge possible pour les personnes en situation précaire qui font appel à ses services. Ainsi chaque CASO fonctionne indépendamment dans chaque région, même si leur but est commun, car les institutions de chaque région possèdent une organisation qui leur est propre, les représentants de MdM doivent donc s'y adapter.

C'est ainsi que MdM peut mener ses programmes d'actions en France, que ce soit de manière mobile (visites sur squattes, accompagnements aux rendez vous médicaux, réalisation d'examens complémentaires, bus de préventions,...) ou fixe (consultations dans les CASO), permettant de ce fait aux populations les plus marginalisées d'accéder aux soins nécessaires.

3-2-3 Le rôle de la sage-femme au sein de Médecins du Monde sur le territoire français

[41] [53] [54]

La majorité des sages-femmes de MdM sont bénévoles, il existe peu de postes de sages-femmes volontaires ou salariées en France.

Les compétences pratiquées par les sages-femmes au sein de l'ONG sont définies par leur code de déontologie et elles se doivent d'en respecter l'éthique.

MdM définit les missions des sages-femmes. Elles assurent des actions de formation, de prévention et d'éducation liées à la santé sexuelle et reproductive, sur le terrain, à l'international ou en France. Elles appuient les missions France ou Internationales pour la méthodologie, la planification ou la mise en œuvre de ces missions, au siège de l'ONG.

Sur le terrain, la sage-femme entre dans le programme de santé sexuelle et reproductive au sein de l'équipe médicale. Concernant la mission France, elle s'occupe des diagnostics de grossesse, assure le lien entre les femmes et les associations ou structures compétentes pour les différentes facettes du suivi de grossesse, ainsi que le lien avec les centres de planification en cas de désir d'IVG.

Lors de la première consultation, la sage-femme réalise une anamnèse complète tant sur le versant médical que sur le versant social pour cibler d'éventuelles situations à risque. Elle effectue une consultation prénatale classique et en rapport avec l'âge gestationnel présumé, souvent calculé d'après la date des dernières règles. Elle prescrit les examens complémentaires nécessaires au bon suivi de la grossesse, puis elle prend les rendez-vous adéquats. Elle téléphone ensuite à la sage-femme de PMI de secteur concernée, lui expose la situation de la patiente, détaille son anamnèse, puis convient d'un rendez-vous avec la future mère. Elle s'arrange pour que ce rendez-vous ait lieu après celui pris d'échographie et le bilan sanguin afin que la sage-femme de PMI ait toutes les données nécessaires au suivi de la grossesse. Elle propose enfin à la patiente de l'accompagner lors de ses premiers rendez-vous et lui donne les explications pour qu'elle puisse savoir où se trouvent les structures et les associations partenaires de MdM qui assurent la gratuité de leurs services en attendant leur régularisation.

La sage-femme peut également être amenée à prendre en charge des activités de gestion ou de logistique, ou encore à être responsable de la coordination d'un projet.

Certains diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) peuvent être un atout car ils apportent des spécialisations qui sont parfois recherchées par l'ONG (santé publique, santé communautaire, maladies tropicales,...). Cependant, l'obtention d'un DU ou DIU n'est pas obligatoire. Toute sage-femme diplômée peut déposer un curriculum vitae auprès de MdM et être engagée bénévolement par la suite.

2^{ème} Partie :
L'enquête :
Méthode et résultats.

1- Présentation de l'étude

1-1- Problématique

Face à la paupérisation de plus en plus importante de la population française, quelles prises en charge les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile, et les sages-femmes bénévoles dans une ONG (Médecins du Monde), proposent-elles pour les femmes enceintes sans couverture sociale ?

1-2- Objectifs

Les objectifs de cette étude sont :

- Définir la fréquence des consultations des femmes enceintes sans couverture sociale auprès des services médicosociaux.
- Montrer à la fois les incidences de la précarité sur le suivi des grossesses, mais aussi les difficultés de leurs prises en charge.
- Expliciter les différentes prises en charge : celles proposées par un service de PMI sans ONG consultant dans son secteur, celles proposées par un service de PMI possédant une ONG (Médecins du Monde) qui organise des consultations médicale, et celles proposées par l'ONG en question.
- Comparer ces prises en charge, ainsi que leur association ou leur non association.

1-3- Hypothèses

Ma première hypothèse est que le système sanitaire et social français actuel essaie de répondre au mieux aux besoins de santé de la population, cependant une population marginale, consécutive à une inégalité sociale, persiste. Les services médico-sociaux se retrouvent confrontés à cette population, qui compte des femmes enceintes.

Ma seconde hypothèse est que les femmes en situation précaire ont régulièrement un retard dans leur suivi de grossesse et leurs prises en charge présentent des spécificités et des difficultés, du fait de leur non couverture sociale.

Ma troisième hypothèse est qu'il existe une organisation complexe entre les différentes structures médico-sociales, qui doivent agir en partenariat pour permettre une prise en charge optimale des femmes enceintes qui sont sans protection sociale.

Enfin ma quatrième hypothèse est que les prises en charge par la PMI et par une ONG (MdM) peuvent être complémentaires.

2- Méthodologie de l'enquête

2-1- Déroulement de l'enquête

J'ai commencé mon enquête lors de mon stage au CASO de MdM de Bordeaux, où ma directrice de mémoire exerce : la validation de l'enquête et l'abord des points négatifs et positifs avec elle ont pu être faits en direct.

J'ai opté pour une enquête par entretiens oraux [Annexe V]. J'ai ainsi interrogé des sages-femmes de PMI de la communauté urbaine de Bordeaux, des sages-femmes travaillant bénévolement au CASO de MdM de Bordeaux et des sages-femmes de PMI de la communauté de Metz.

J'ai commencé par un entretien test auprès d'une sage-femme de PMI de Bordeaux. Cet entretien m'a permis de tester, puis de modifier la trame utilisée pour ne pas perdre de vue la problématique de ce mémoire. Il ne sera donc pas utilisé dans l'exposition des résultats et l'analyse, puisqu'il n'est pas comparable aux autres.

Je notais les réponses par écrit, et par mots clés, tout au long de l'entretien grâce à la trame que j'imprimais au préalable. Et je retranscrivais l'entretien dans sa globalité sur ordinateur le soir même de chaque entretien pour me souvenir des phrases exactes exprimées.

Les questions exploraient le côté qualitatif de ces prises en charge.

Les entretiens se sont déroulés face à face, lorsque cela était possible, ou par téléphone à cause de la distance ou faute de temps.

Pendant l'entretien, elles devaient me présenter les prises en charges qu'elles proposent aux femmes enceintes qui n'ont pas de couverture sociale, avec leurs spécificités et/ou leurs difficultés ; ainsi que les conditions globales dans lesquelles elles les reçoivent.

On peut donc qualifier l'enquête menée comme étant prospective, ponctuelle, pluricentrique et qualitative.

2-2- Population

La population interrogée se compose de 14 sages femmes :

- cinq sages-femmes de PMI sur les différents secteurs de Bordeaux,
- cinq sages-femmes de PMI sur les différents secteurs de Metz,
- quatre sages-femmes bénévoles au CASO de Mdm de Bordeaux.

Pour que l'enquête soit la plus représentative possible, je voulais interroger le même nombre de sages-femmes dans chaque catégorie. Je me suis basée sur cinq sages-femmes par groupe, car il y a six exerçant en PMI sur Bordeaux qui ont répondu à ma demande d'entretien ; un ayant servi d'entretien test, il me restait donc cinq entretiens analysables. Cependant je n'ai pu rencontrer que quatre sages femmes de Mdm.

Les entretiens se sont déroulés entre le 18 novembre 2013 et le 4 mars 2014.

2-3- Présentation de l'outil

Les entretiens réalisés répondaient à une trame comportant 20 questions ouvertes, [Annexe V] que j'ai posées oralement.

Les questions étaient regroupées par thème : leur secteur pour les sages-femmes de PMI, leur pratique de sage-femme, l'analyse de cette pratique et leur positionnement personnel.

2-4- Limites et biais

Le choix des villes où j'ai déroulé mon enquête a été simple : je voulais explorer et comparer les prises en charge des femmes enceintes n'ayant pas de couverture sociale entre PMI travaillant avec une ONG et une PMI ne le faisant pas. Je voulais également comprendre en quoi consistait le travail bénévole des sages-femmes humanitaires en France métropolitaine. Pour cela, mon stage optionnel s'est fait au CASO de Mdm de Bordeaux. Faisant mes études à l'école de sage femme de Metz j'ai donc décidé de comparer les prises en charge entre ces deux villes, ainsi qu'entre sages-femmes de PMI et sages-femmes de Mdm.

Cependant, les entretiens sont à remettre dans le contexte de chaque ville : la population de personnes sans sécurité sociale connues par les services médico-sociaux semble plus importante à Bordeaux qu'à Metz, ce qui entraîne un biais dans la comparaison entre ces deux villes. On peut rajouter que la population générale de Bordeaux est également plus nombreuse qu'à Metz. De ce fait, l'importance des personnes en situation précaire est proportionnelle à la densité de la population générale.

De plus, la distance entre Metz et Bordeaux a entraîné certaines difficultés de communication, n'ayant pas réussi à réaliser la totalité des entretiens lors de mes deux semaines de stages sur place, ceux qu'il me restait à faire ses sont déroulés par téléphone. Cela s'explique notamment par l'emploi du temps très chargé des sages femmes de PMI, dont les missions multiples les font se tenir à disposition de leurs patientes à tout moment. J'ai retrouvé ce problème sur Metz, pour obtenir des rendez-vous dans des délais brefs. Ainsi, les entretiens téléphoniques étant plus facile à organiser, c'est l'option que nous avons choisie dans certains cas.

3- Résultats

Pour plus de compréhension, le lecteur trouvera un glossaire des différentes associations citées lors des entretiens.

3-1- Pratique générale des sages femmes interrogées

3-1-1 Vision personnelle de leur place de sage femme au sein de leur structure (PMI ou MdM)

PMI de Metz (n=5):

Les cinq sages-femmes définissent leur priorité comme étant les actions de préventions auprès des femmes enceintes, des enfants à naître, des adolescents et des familles. Une d'elles précise que cette priorité est définie par la loi de 1989.

Deux d'entre elles disent assurer le suivi des femmes enceintes en complémentarité du suivi médical grâce aux liens avec les hôpitaux, les médecins et les sages-femmes libérales.

Deux sages-femmes évoquent les missions de protection et d'accompagnement des femmes enceintes et de leur famille.

Une autre met en exergue que leur place est particulière : elles interviennent en début de grossesse et sont la porte d'entrée dans les familles pour toutes les actions à mener et pour le suivi de grossesse.

PMI de Bordeaux (n=5):

Deux d'entre elles se situent au niveau de tout ce qui touche au prénatal.

Une d'elles évoque le soutien médicosocial auprès des femmes enceintes.

Une se présente comme faisant partie du service de direction des actions de santé et deux autres comme la première interlocutrice de ces femmes dans le service de PMI.

Une autre parle des missions de prévention primaire et secondaire.

Deux sages-femmes relatent mettre en œuvre toutes les compétences des sage-femme sur le terrain.

La dernière étant la coordinatrice de PMI, situe son travail autrement : animation du groupe par rapport aux missions des services d'actions de santé, lien avec la part institutionnelle et coordination du réseau périnatal d'Aquitaine.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Trois affirment accueillir au CASO toutes les femmes enceintes qui en ont besoin et qui sont demandeuse d'une consultation sage femme.

Deux précisent qu'elles travaillent en lien avec les autres bénévoles ou salariés du CASO et avec les structures de droit commun.

Une première déclare que son rôle est de faire en sorte que leur grossesse soit aussi bien suivie que pour toute autre patiente et que pour cela les sages femmes sont parfois amenées à faire de l'accompagnement physique si les femmes se sentent isolées.

Une autre qualifie sa présence à MdM d'engagement militant et politique.

Une dernière ne participe généralement pas aux consultations du CASO car elle est détachée à l'équipe « Roms » qui assurent des visites sur squats. Elle s'occupe de l'information contraception et du suivi de grossesse et du post partum sur place. C'est avec elle que le poste de « sage femme Roms » a été créé sur Bordeaux, et deux de ses collègues sages-femmes se déplacent également sur les squats.

3-1-2- Leurs principales activités

PMI de Metz (n=5):

Toutes comptent parmi leurs quatre activités principales, les séances d'éducation à la sexualité et à la contraception dans les collèges. Une d'elles ajoute qu'elle réalise également des séances dans les centres d'hébergement (AIEM, CADA).

Trois sages-femmes évoquent les visites à domicile.

Deux sur les cinq relatent un accompagnement du suivi médical de grossesse et surtout psychosocial.

Trois sages-femmes parlent des entretiens précoces individuels, deux des actions de prévention (par exemple de la maltraitance), dont deux des synthèses au niveau des partenaires sociaux du réseau prénatal, une première du soutien à la parentalité, une deuxième d'information contraception aux femmes et une dernière de permanence dans les maisons maternelles.

PMI de Bordeaux (n=5):

Toutes évoquent le suivi de grossesse.

Deux d'entre elles différencient le suivi à domicile et le suivi au CMS. 1/5 parle des consultations en CPEF.

Quatre sages-femmes relatent la notion d'accompagnement : une sage femme le qualifie de psychosocial qu'elle différencie des missions de prévention, une autre de soutien à la parentalité, la troisième d'accompagnement global et physique pour évaluer leur autonomie, et la dernière ne précise pas cette notion mais l'associe à la prévention. La 5^{ème} sage femme ne parle pas d'accompagnement mais parle d'actions collectives.

Deux sur cinq parlent d'entretiens précoces individuels, une autre de soutien à l'allaitement maternel, une troisième d'articulation pluridisciplinaire, et une dernière de prévoir le post natal.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Toutes déclarent orienter les patientes vers la PMI, l'hôpital ou d'autres associations pour une prise en charge optimale.

Une sur les quatre précise l'importance du lien entre professionnels dans l'orientation.

Toutes parlent également des consultations : une différencie les consultations médicales et les consultations sociales, une autre différencie cette fois les consultations des femmes enceintes et celles des nourrissons, la 3^{ème} associe accueil et consultation, et la dernière développe sur les consultations réalisées sur squat permettant l'orientation des femmes enceintes après les avoir repérées et s'être renseignée sur leur suivi.

Trois d'entre elles évoquent l'importance de l'accompagnement de ces femmes tant sur le plan psychologique que physique, surtout pour leurs premiers rendez-vous.

Toutes relatent la prise des rendez-vous en question : des examens paracliniques, de consultations médicales avec la sage-femme de PMI ou dans les hôpitaux, sociaux avec l'assistante sociale de MdM ou de la PASS ou avec le représentant de la Sécurité sociale.

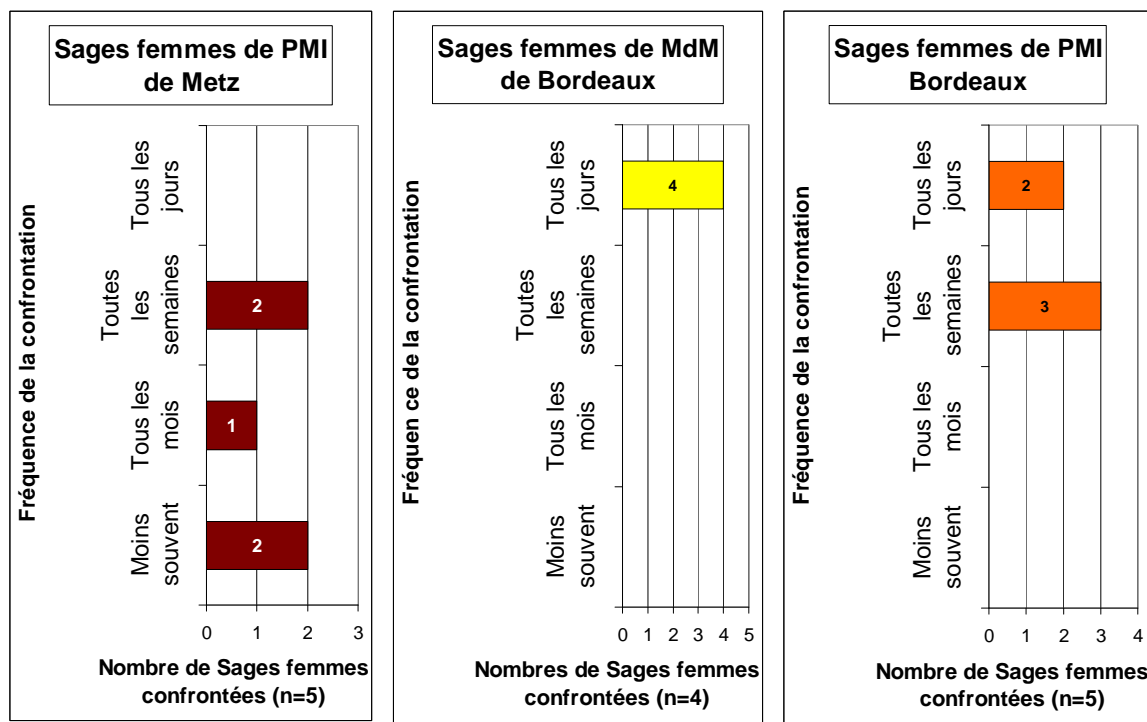
Deux sages-femmes déclarent aider dans l'ouverture des droits à l'AME ou à la CMU.

Une dernière insiste sur l'importance de parler et de rassurer ces femmes.

3-2- Pratique sage-femme confrontée aux femmes enceintes sans couverture sociale

3-2-1- Fréquence de confrontation à ces femmes

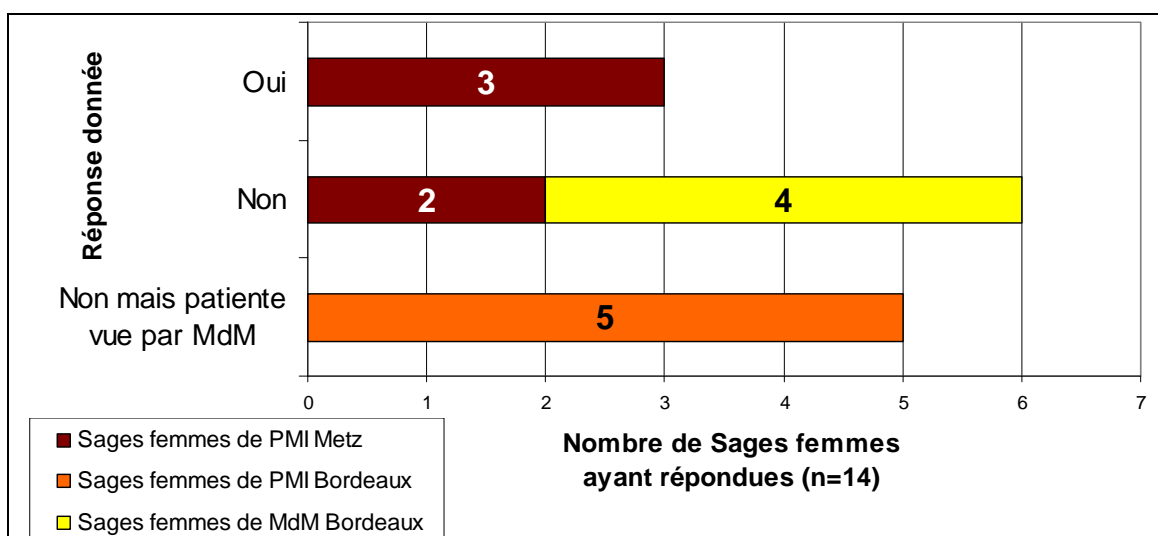
Comparaison entre les différents groupes interrogés (n=14)



3-2-2- Conditions préalables de la première consultation

✕ Prise en charge préalable

Prise en charge préalable de la grossesse par un autre organisme (n=14)



Les sages-femmes de PMI de Bordeaux précisent que les femmes ont été majoritairement vues par MdM avant cette première consultation, mais que cela ne rentre pas dans cette notion de prise en charge préalable.

Les sages-femmes de PMI de Metz ayant répondu oui, déclarent que les services concernés sont : la PASS pour deux d'entre elles et des associations sociales locales pour la troisième.

⌘ Orientation vers la structure (PMI ou MdM) réalisée par :

PMI de Metz (n=5):

Trois sur cinq parlent de l'assistante sociale du secteur,

Deux sages-femmes du réseau associatif local (service social, AIEM, associations de quartier),

Deux autres du bouche-à-oreille,

Une du relais par les sages-femmes ou assistantes sociales de l'hôpital,

Et une dernière d'un rendez-vous fixé après mise à disposition.

PMI de Bordeaux (n=5):

Toutes évoquent le CASO de MdM en majeure partie, puis le bouche-à-oreille, une d'entre elles précisant que c'est plus rare.

Une ajoute l'assistante sociale de secteur, une autre l'hôpital suite à des complications, une troisième les travailleurs sociaux et une dernière parle d'une association sociale pour l'hébergement : le CAIO.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Toutes déclarent que la majorité de ces femmes ont connaissance du CASO par le bouche-à-oreille ou par les associations non médicales (hébergement, réseau de demandeur d'asile).

Deux d'entre elles ajoutent la PMI, surtout pour les ordonnances d'échographies, et une les assistantes sociales de l'hôpital ou de PMI et les services de sécurité sociale.

3-2-3- Les différentes prises en charges proposées :

☒ Prises en charge relatives à la grossesse

PMI de Metz (n=5):

Toutes parlent d'une orientation vers la PASS pour que la patiente voit une assistante sociale et puisse accéder aux examens paracliniques et aux consultations médicales sur les sites de Bel Air (hôpital public de Thionville) et de Mercy (hôpital public de Metz).

L'une d'elles précise que c'est la politique du Conseil Général de la Moselle qui l'impose car il ne prend pas en charge les examens complémentaires au suivi de grossesse.

Une autre annonce qu'avec ses collègues sages-femmes de PMI des alentours, elles ont déjà émis l'idée de mettre en place un accès aux soins pour tous, où la PMI assurerait le suivi médical de ces femmes enceintes sans couverture sociale. Cependant elle souligne le fait qu'il manquerait un réseau pour tous les examens complémentaires. Elle précise que son rôle actuel est un accompagnement qui ne se substitue pas au suivi médical.

Une troisième dit assurer le suivi de la grossesse chez les femmes qui le désire, en complément du reste.

Une quatrième déclare qu'elle rend visite aux patientes dans cette situation une fois par mois même après la prise en charge par la PASS.

La dernière fait remarquer qu'en l'absence de prise en charge sociale, elle réalise le diagnostic de la grossesse, elle-même, grâce à la clinique, la grossesse étant souvent déjà sus pubienne lors de la première visite chez ces femmes. Elle écoute également le rythme cardiaque fœtal et fait un entretien complet pour comprendre la situation avant d'orienter la patiente vers la PASS.

PMI de Bordeaux (n=5):

Tous les entretiens menés avec les sages femmes de PMI de Bordeaux amènent au même constat :

Si la grossesse est physiologique, le suivi se fait par la sage-femme de PMI si il n'y a pas d'AME.

Une d'elles informe qu'elle est en liaison constante avec l'assistante sociale de secteur ou de l'hôpital via le staff médicopsychosocial.

Une enveloppe est mise à disposition par le Conseil Général pour les bilans sanguins.

Pour les échographies, elles les envoient à MdM. Les sages-femmes qui y exercent font les ordonnances adéquates et adressent les femmes à leurs partenaires pouvant les réaliser, généralement il s'agit de Bagatelle (clinique privée d'intérêt collectif).

La plupart du temps, les femmes sont d'abord vues par les sages-femmes de MdM qui s'occupent des rendez-vous et ordonnances des examens complémentaires et qui planifient ensuite un rendez-vous avec la sage-femme de PMI.

Si une demande d'AME a été posée, la sage-femme de PMI prend rendez-vous pour la prochaine consultation auprès de l'hôpital public (Pellegrin), car la prise en charge de l'AME est rétroactive. Quoiqu'il en soit, elle l'oriente vers l'hôpital où la patiente désire accoucher à partir du 6^{ème} mois de grossesse.

Si la grossesse est pathologique, la sage-femme oriente directement la patiente vers l'hôpital pour mettre en place une prise en charge par la PASS et que la femme soit suivie par un médecin gynécologue. Une sage-femme met en avant que si c'est pour une simple consultation de gynécologie, elle l'oriente plutôt vers le CPEF.

Si des médicaments sont nécessaires, l'assistante sociale de la PASS reçoit la patiente et l'envoie vers la pharmacie de l'établissement gratuitement. La deuxième solution est d'envoyer la patiente vers MdM qui possède également une pharmacie privée.

Une sur les cinq tient à préciser que l'accompagnement de la grossesse se fait en réseau.

Une autre met en exergue le problème d'une situation nécessitant un suivi par une sage-femme libérale : ces dernières ne sont pas prises en charge par la PASS.

Une troisième ajoute que parfois les femmes, ne connaissant ni la PMI ni MdM, vont à l'hôpital directement, et par conséquent doivent payer les soins.

Trois sur cinq mettent en exergue que le Conseil Général de la Gironde a réalisé un listing de toutes les conduites à tenir liées au suivi de la grossesse et aux précautions d'usage, traduit en turc, roumain, bulgare, anglais, allemand et arabe.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Toutes les sages-femmes interrogées affirment que si la grossesse est physiologique, elles orientent les femmes vers les sages-femmes de PMI, et que dans le cas où elles décèleraient un risque, une pathologie ou si la consultation est tardive, elles les orientent plutôt vers l'hôpital public (Pellegrin) ou clinique privée avec une notion de service public (Bagatelle). Pour le déterminer, elles réalisent une première consultation de grossesse concordant avec l'âge gestationnel calculé à partir des dernières règles.

Elles font une ordonnance pour une échographie, une autre pour un bilan sanguin, prennent les rendez-vous permettant leur réalisation. Elles donnent à la patiente toutes les informations pour se rendre dans les structures partenaires : le laboratoire pour les bilans, et les hôpitaux Bagatelle ou Pellegrin pour les échographies. Elles font une anamnèse complète et fixent un rendez-vous avec la sage-femme de PMI du secteur concerné, en s'arrangeant pour qu'il survienne après les examens paracliniques. Elles proposent aux patientes de les accompagner lors de leurs différents rendez-vous et demandent, si besoin, la présence d'un interprète auprès de leur partenaire spécialisé dans l'interprétariat.

L'une d'elles annonce que si la femme souhaite une IVG, elle l'oriente directement vers l'hôpital public et prend le rendez-vous d'échographie nécessaire pour répondre à sa demande.

La moitié d'entre elles déclare que si la patiente désire un accouchement sous X, le relais se fera par la pouponnière de la maternité et le Conseil Général.

Une dernière sage-femme met en exergue que l'importance du suivi de la grossesse est expliquée, car souvent les pays d'origine des immigrantes ne fonctionnent pas de la même manière.

✕ Prises en charges sociales liées à leur non couverture sociale

PMI de Metz (n=5):

La totalité du groupe parle d'une orientation vers l'assistante sociale de secteur ou de la PASS.

L'une d'elles cite également la CAF et l'AIEM, en précisant que l'orientation se fait en fonction de la problématique et des droits de chaque patiente.

Une deuxième précise que l'assistante sociale de la PASS agit régulièrement dans l'urgence car les retards de suivis sont fréquents et que la réalisation d'une échographie dans les plus brefs délais est nécessaire. Elle insiste sur l'importance de la liaison avec l'assistante sociale de secteur pour faire une estimation des difficultés et des forces de chaque situation.

Une troisième réalise une liaison écrite avec la puéricultrice de secteur pour assurer la poursuite de la prise en charge dans le post partum.

Une quatrième insiste sur le fait que si il y a un retard dans la prise en charge par la PASS, ou une absence de cette prise en charge, les examens complémentaires ne sont pas réalisés, et le suivi est donc incomplet.

PMI de Bordeaux (n=5):

Deux sur cinq orientent les femmes vers les assistantes sociales, soit de la maternité, soit de Mdm, soit du CAIO.

Deux autres choisissent de les envoyer vers l'assistante sociale de leur secteur si la patiente possède une adresse avec attestation d'hébergement. Au contraire, si elle est en errance elles l'orientent vers le CAIO.

L'une d'elles met en avant que les assistantes sociales ne peuvent pas donner d'aides financières mais qu'elles abordent toujours la question de l'orientation, de l'ouverture d'un dossier d'AME et des associations caritatives locales existantes.

Une autre dirige les patientes vers la CPAM après leur avoir donné les informations relatives à la création d'un dossier.

CASO Mdm de Bordeaux (n=4):

Tous les entretiens concordent : les sages femmes expliquent à la patiente les conditions d'obtention et les papiers nécessaires pour ouvrir un dossier de demande d'AME. Elles orientent les femmes soit vers les consultations de la CPAM organisées tous les jeudis matins au CASO, soit directement à la CPAM, soit vers les associations locales (COSPADA, CAIO), soit vers les assistantes sociales de PMI ou de Mdm.

L'une d'elles indique que si la patiente a besoin de prouver son identité, elle l'oriente vers les associations juridiques locales : ASTI, COSPADA.

Une autre précise que pour que la patiente puisse justifier d'une adresse nécessaire aux demandes, elle l'envoie au CCAS.

Une troisième insiste sur le fait que la plupart de ces femmes obtiendront leur assurance maladie avant d'accoucher et que dans le cas contraire c'est l'assistante sociale de l'hôpital qui se charge du dossier.

▫ **Autres prises en charge proposées**

PMI de Metz (n=5):

Deux sur les cinq affirment que tout dépend des besoins et de la problématique de la femme, c'est une prise en charge au cas par cas, comme pour toute autre patiente.

Sur les deux, une évoque un partenariat avec l'AIEM ; l'autre un lien avec les assistantes sociales, les éducateurs ou les associations locales.

Trois sages-femmes citent l'association les p'tits bouts qui fournit le matériel nécessaire au trousseau du futur enfant.

L'une d'elles parle du problème du l'hébergement.

Une deuxième met en exergue que la PASS ne permet pas l'accès aux séances de préparation à la naissance.

Pour finir, trois sages-femmes insistent sur le besoin d'interprète, dans certains cas. La demande est faite auprès du Conseil Général.

PMI de Bordeaux (n=5):

Le recours à l'association MANA revient dans deux entretiens : si besoin d'accompagnement psychologique et parce qu'elle propose des séances de préparation à la naissance en langues étrangères pour une des deux sages femmes l'ayant citée.

Une autre aborde la question du droit des étrangers : elle oriente si besoin vers les associations locales spécialisées : ALIFS, ASTI ou AMI.

Toutes orientent les femmes en situations précaires vers les associations caritatives locales pour les besoins quotidiens.

Une première se met en lien avec le 115 ou le CAIO pour l'hébergement d'urgence, voire avec les centres maternels ou les unités d'hébergement mère-enfant.

Une deuxième exprime que si elle a besoin d'une consultation de diététique, elle s'adresse à la diététicienne du CMS.

Enfin, une troisième affirme que si besoin il y a possibilité de faire appel à un interprète.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Une sage-femme précise que cela dépend des demandes.

La moitié d'entre elles oriente les femmes ayant des problèmes de logement vers les assistantes sociales de MdM ou de PMI.

Une autre se réfère à ses collègues présents au CASO pour répondre au mieux aux besoins de la femme.

Deux sur quatre citent l'association MANA pour le côté psychologique et trois sages-femmes parlent d'orientation vers les associations caritatives locales.

La quatrième révèle que le suivi du post partum sur squat est courant.

Une sur quatre oriente vers l'association CACIS si une contraception est désirée.

Et une dernière dirige la patiente vers l'association GAPS en cas de contexte de séropositivité.

3-3- Analyse de cette pratique

3-3-1- Spécificités de prise en charge

PMI de Metz (n=5):

L'une d'elles déclare que c'est la situation de précarité de la patiente qui est spécifique, avec tout ce qu'elle induit, dont le fait qu'elle soit sans couverture sociale.

Une autre met en avant le contexte de vulnérabilité de ces femmes, souvent primo arrivante.

Une troisième pointe les problèmes qui se surajoutent : addictologie, situation irrégulière, ainsi que la vigilance nécessaire au suivi de cette grossesse et à la mise en place de la parentalité, qui nécessite un accompagnement poussé.

Une dernière affirme qu'elle se situe toujours avec sa place de sage-femme, faisant le lien avec la maternité, soutenant la famille dans sa préparation avant la naissance et orientant vers le réseau d'entraide caritatif.

PMI de Bordeaux (n=5):

Deux sur cinq pointent du doigt le retard de suivi fréquent chez les femmes enceintes en situation de précarité. Elles insistent sur le fait qu'à cause de cela certaines pathologies sont non dépistées ou dépistées tardivement, parfois surajoutées. Elles donnent toutes deux en exemple le suivi échographique et le dépistage du risque de trisomie 21 souvent non réalisé.

Deux autres parlent des incidences directes de la précarité : une insiste sur le logement : déplacements constants et manque de repos pouvant induire une menace d'accouchement prématuré ; l'autre sur l'isolement et le bouleversement psychologique lié à la situation instable dans laquelle se trouve la patiente.

La dernière expose toutes les pathologies induites par la précarité et mettant en danger le devenir materno-fœtal. Elle les classe, selon son expérience, par ordre de survenu : anémies, diabète gestationnel, pathologies psychiatriques, menace d'accouchement prématuré, infections sexuellement transmissibles, toxémie et hypertension.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

L'une d'elles évoque la situation de migration de ces femmes et tout ce que cela implique : isolement, précarité administrative, précarité financière, changement de culture difficile à vivre et incompréhension face à la complexité du système socio-sanitaire français. Elle insiste sur le fait que ces femmes sont fragiles et que le lien mère-enfant est à surveiller.

Trois sur quatre parlent des examens paracliniques.

La première met en avant un suivi moins bon, des examens plus espacés et la difficulté de faire comprendre l'importance d'un suivi de grossesse chez des femmes qui ne consultent que si elles sont malades.

La deuxième appuie sur l'importance de la gratuité des examens et des nombreux partenaires y contribuant.

La troisième insiste sur le fait que ces femmes ne peuvent pas financer elles-mêmes leurs examens et que, de ce fait, leur orientation vers les structures adaptées est primordiale.

3-3-2- Difficultés exprimées

PMI de Metz (n=5):

Trois sages-femmes émettent des difficultés. Elles pointent du doigt la difficulté pour ces femmes d'être constamment obligées de passer par la PASS pour chaque examen et chaque consultation : soucis de transport, coût du trajet, éloignement, délais de rendez-vous longs. Or si il n'y a pas de prise en charge par la PASS, la patiente doit assumer ses dépenses de santé.

La première affirme qu'à cause de cela, il sera parfois plus facile pour ces femmes de se rendre dans une pharmacie de ville, quitte à payer ses médicaments, plutôt que de se déplacer sans être sûre d'être reçue.

La deuxième précise que les urgences sont le dernier recours pour ces patientes car la PASS ne prendra pas en charge l'hospitalisation.

La troisième met en avant le problème du logement qui va de paire avec la précarité, notamment dans le post partum.

Deux sur ces trois sages-femmes insiste sur les difficultés liées à la barrière linguistique.

La troisième parle de situations souvent inextricables, et du fait que la grossesse impose un délai de prise en charge assez court : les neuf mois sont vite passés ! Cette même sage-femme avoue que sa plus grosse difficulté est le manque d'autonomie dans le suivi de ces patientes: sans examens complémentaires, la clinique seule n'évince pas tous les risques liés à une grossesse.

Les deux dernières sages-femmes affirment ne pas avoir de difficultés particulières, toutes deux appartenant à un secteur bien desservi par les transports en commun.

PMI de Bordeaux (n=5):

Trois sages-femmes évoquent des difficultés dans la prise de rendez-vous, notamment d'échographie : seul MdM peut en obtenir grâce à ses contacts et aucun cabinet libéral n'a accepté de faire partie de ces partenaires. Cela mène parfois à un dépistage du risque de la trisomie 21 non fait par impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans les délais.

Une d'entre elles parle de situations chronophages.

Les deux autres pointent le soucis de l'hébergement : les foyers maternels ne prennent que les mères souffrant de troubles d'attachement et il existe une carence en lieux d'hébergements adaptés. De plus le service social de secteur renvoie vers les associations de proximités qui sont surchargées de demandes.

Une quatrième met en exergue que pour faire une demande d'AME il faut une adresse, et le suivi par un obstétricien au sein de l'hôpital ne peut se faire que si une demande d'AME est posée. Or certaines patientes présentant une pathologie gestationnelle sont sans domiciliation. Ces femmes sont donc contraintes de demander une fausse adresse au CCAS pour que l'hôpital est une adresse postale où communiquer les factures.

La cinquième émet les difficultés rencontrées face à un suivi qui nécessiterait une surveillance par sage-femme libérale à domicile. Celles-ci ne sont pas prises en charge par l'AME. De plus, la sage-femme PMI ne possédant pas de monitoring, elle ne peut pas assurer ce suivi elle-même.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

La moitié d'entre elles évoque la barrière linguistique et la difficulté de se procurer un interprète qui accompagnerait les patientes à leurs rendez-vous.

Une parle des délais des rendez-vous souvent trop dans des situations qui nécessiteraient d'être traitées dans l'urgence à cause du terme avancé de la grossesse.

Une deuxième déclare ne pas pouvoir mettre en œuvre tous les soins nécessaires car il n'y a pas de prise en charge possible. Elle souligne aussi le manque de volonté au niveau de l'administration, une barrière raciste grandissante et un manque d'hygiène lié à la précarité.

Une troisième insiste sur les difficultés d'hébergement et le non respect des rendez-vous chez des femmes qui ne comprennent pas l'intérêt d'un suivi de grossesse médicalisé.

La quatrième soutient que la formation de sage-femme n'inclut pas assez de social pour pouvoir répondre dès le départ à toutes les demandes, elle s'est formée par expérience et par les informations données par MdM.

3-3-3- Besoins supplémentaires qui amélioreraient la prise en charge de ces femmes

✕ D'un acteur

PMI de Metz (n=5):

Quatre sur cinq affirment avoir des besoins pour améliorer leur suivi, la 5^{ème} sage femme appartenant à un réseau bien desservi n'a pas d'autre besoin.

Trois sages-femmes aimeraient avoir les moyens de suivre ces patientes elles-mêmes. Deux d'entre elles émettent une idée : une propose un système de conventions avec le Conseil Général et l'autre d'un système de bons avec des partenaires libéraux ou d'une décentralisation de la PASS. Cette dernière souligne que « cela coûterait moins cher à la société. »

Une sur ces quatre sages-femmes parle d'un manque de psychologue pouvant apaiser ces femmes redoutant l'expulsion et venant parfois de pays en guerre, cependant elle pointe le problème de la barrière linguistique.

PMI de Bordeaux (n=5):

Deux sages-femmes souhaiteraient de meilleures solutions vis-à-vis des hébergements.

Deux autres soulignent le problème de l'échographie et des délais de rendez-vous trop long : une voudrait travailler avec le Conseil Général de la même manière que pour les bilans sanguins, l'autre souhaiterait un appareil d'échographie au sein du CMS.

La cinquième réclame trois choses : un médecin référent en PMI pouvant la renseigner sur les conduites à tenir en cas de résultats pathologiques : la solution actuelle étant d'en référer à un interne de garde à l'hôpital public ; une personne spécialisée dans la transculturalité pouvant se déplacer contrairement à l'association MANA ; et une meilleure articulation entre PMI et hôpital public pour éviter des retards de prise en charge dans les situations pathologiques.

Une sur les cinq voudrait un monitoring.

Toutes précisent que MdM est utile, chacune donnant un exemple particulier : les échographies, le soutien, l'orientation, les médicaments et l'équipe pluridisciplinaire du CASO.

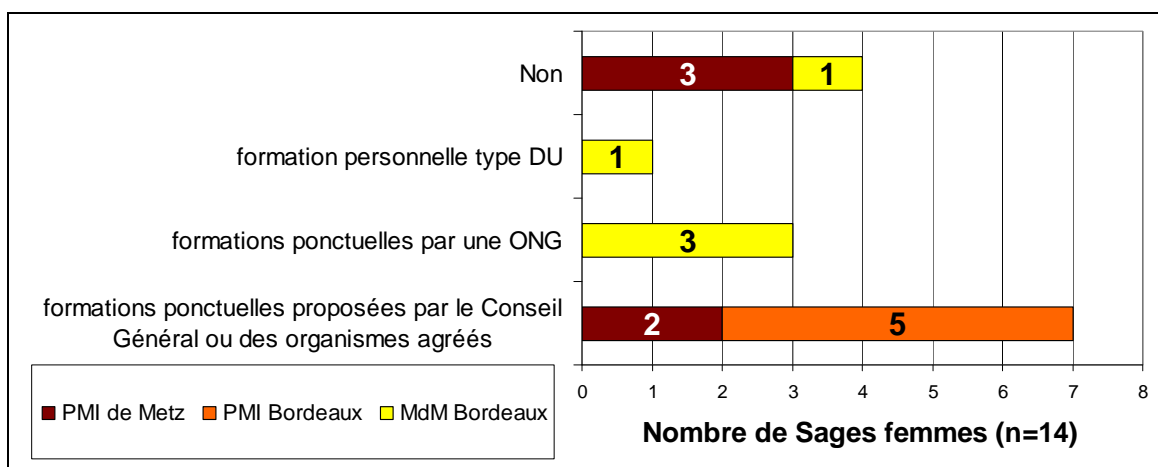
CASO MdM de Bordeaux (n=4):

La moitié d'entre elles dit n'avoir besoin de rien.

Les deux sages femmes restantes soulignent le manque d'interprètes et une d'elles parle du manque de préparation à la naissance en langues étrangères.

▣ De formations

Formations réalisées spécifiques à cette prise en charge (n=14)



Une sage-femme de PMI de Metz met en exergue la difficulté d'être bien formée : les situations diffèrent et les droits d'accès sont en constantes modifications.

Les sages-femmes de PMI de Bordeaux reçoivent des formations par les associations de secteur ou lors de groupes de travail.

Les ONG organisent des formations pour leurs bénévoles, y compris MdM. Sur ce graphique, une sage-femme apparaît deux fois : elle a à la fois bénéficié de formations ponctuelles par une ONG, mais également réalisé un DU Santé Précarité.

▣ Sujets que les sages-femmes voudraient aborder lors de formations supplémentaires

PMI de Metz (n=5):

Une d'entre elles affirme ne pas avoir besoin de formation supplémentaire.

Sur les quatre sages-femmes restantes, trois pointent leurs lacunes sur les accès au droit. Une d'entre elles émettant l'idée d'un annuaire des personnes à joindre suivant les situations.

La quatrième aimerait une formation sur la transculturalité.

PMI de Bordeaux (n=5):

Deux sages-femmes parlent de formations en langues étrangères.

Deux autres évoquent le sujet de la transculturalité.

La cinquième souhaiterait une formation sur le droit des étrangers.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

L'une d'elles ne ressent pas la nécessité d'une formation supplémentaire.

Une autre aborde le sujet du vécu de l'immigration et une troisième d'une formation en anthropologie.

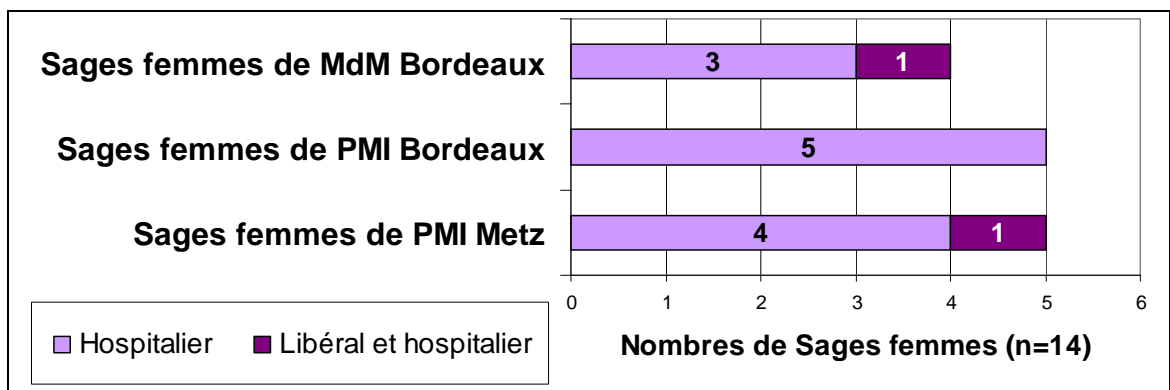
La dernière évoque le DU santé et précarité qu'une de ses collègues a obtenu et qui lui semble utile.

3-4- Questions personnelles

3-4-1- Parcours professionnel

▣ Antérieur

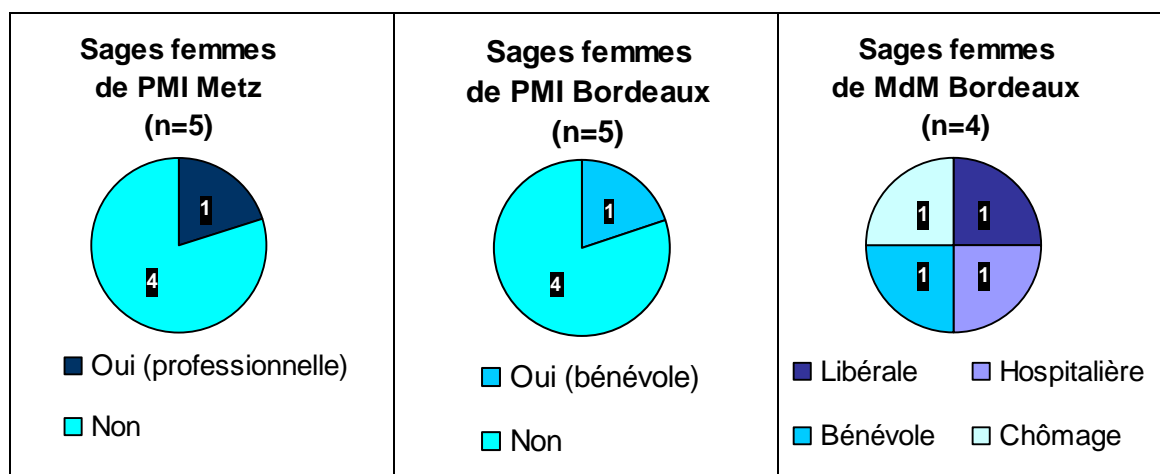
Types d'exercices professionnels avant de travailler au sein de la structure (n=14)



Deux sages-femmes apparaissent deux fois dans ce graphique, car toutes deux ont exercé auparavant en hospitalier et en libéral.

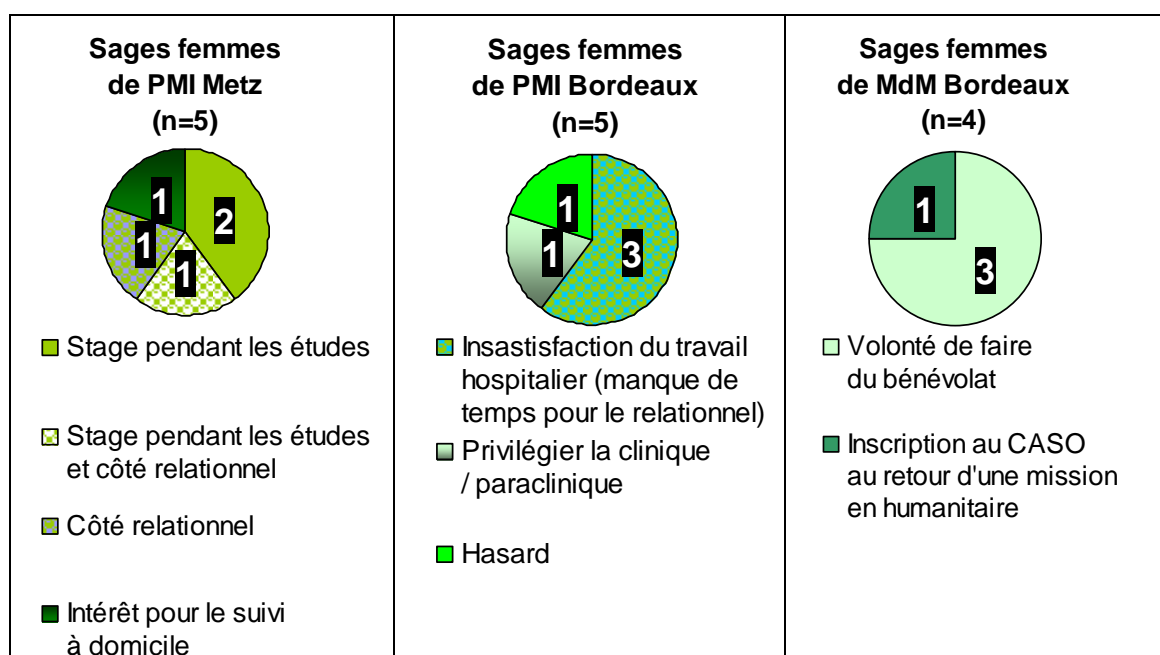
☒ Autre activité actuelle

Autre activité professionnelle ou bénévole exercée actuellement (n=14)



3-4-2- Motivations ayant mené à leur emploi actuel

Les différentes motivations exprimées



3-4-3- Points positifs dans cet exercice

PMI de Metz (n=5):

Deux sages-femmes évoquent le relationnel avec les femmes et les familles.

L'une d'elles parle de liberté professionnelle.

Deux autres insistent sur le fait que c'est un travail enrichissant.

La dernière aime le métier à multifacettes qui la confronte à son humilité et à sa fragilité car elle doit être à disposition des femmes. Elle s'est « enfin sentie sage-femme ».

PMI de Bordeaux (n=5):

Toutes parlent du contact privilégié avec les patientes.

Trois sur cinq affirment avoir plus de temps qu'à l'hôpital pour chaque patiente.

Une quatrième apprécie l'évolution du travail de sage-femme.

La dernière aime le travail en équipe et son autonomie d'exercice.

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Trois d'entre elles parlent de l'aide qu'elles apportent en milieu précaire.

Deux sur quatre pensent améliorer les conditions de la grossesse et de survenue de l'enfant. Les deux autres évoquent un apprentissage constant.

La moitié d'entre elles aime le travail en équipe.

Une sur quatre apprécie sa liberté d'agir.

Et enfin, une dernière voulait travailler avec des enfants.

3-4-4- Points négatifs

PMI de Metz (n=5):

L'une d'elles évoque l'administratif.

Deux sages-femmes pointent la non réponse des patientes et une ajoute être parfois dans une impasse dans certaines situations.

La quatrième parle de son isolement car elle est la seule sage-femme dans la structure.

La dernière dénonce le regard parfois méprisant de ses pairs sur le médicosocial.

PMI de Bordeaux (n=5):

Trois sages-femmes sont satisfaites de leur travail.

Parmi les deux sages-femmes restantes, une parle de l'isolement médical sans référent pour les situations pathologiques. L'autre relate le manque de moyens donné par l'Etat avec la politique actuelle basée sur les budgets, mais tempère en disant que le service d'action de santé de la Gironde est un bon service, où la PMI est reconnue, « ce qui n'est pas partout pareil »

CASO MdM de Bordeaux (n=4):

Une seule sage-femme dit avoir un point négatif à exposer : elle déplore le fait que l'existence de MdM en France soit nécessaire et avoue ne pas apprécier les querelles associatives au sein même de l'organisme. Les trois autres sages-femmes n'ont aucune remarque négative à formuler concernant leur bénévolat.

3^{ème} partie :
Analyse et discussion.

1- Analyse et discussion des résultats

1-1- Pratique générale des sages-femmes interrogées

1-1-1- Vision personnelle de leur place de sage-femme au sein de la structure

Les missions des sages-femmes de PMI sont définies au niveau national, on observe donc des concordances de réponses entre les sages-femmes de PMI de Metz et de Bordeaux : prévention primaire et secondaire, première interlocutrice de la PMI auprès des femmes enceintes, porte d'entrée au sein des familles...

Cependant chaque Conseil Général inclut des spécificités dans les prises en charge, c'est pour cela que l'on note également une différence de place au sein des suivis de grossesse : à Metz, le suivi est plutôt psychosocial en complémentarité du suivi médical réalisé par un médecin gynécologue ou une sage-femme, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux ; alors qu'à Bordeaux, les sages-femmes de PMI s'occupent à la fois du suivi médical et psychosocial.

Le rôle des sages-femmes bénévoles de MdM est totalement différent. Il se situe dans l'accueil et l'orientation vers le droit commun des femmes enceintes qui sont encore exclues du système de soins français. Elles sont le premier recours de ces femmes et assurent un véritable tremplin pour une prise en charge rapide et optimale de ces patientes.

1-1-2- Leurs principales activités

Les activités découlent des missions des sages-femmes. Ainsi on retrouve de nouveau des concordances entre les sages-femmes de PMI de Metz et de Bordeaux comme par exemple les entretiens précoces individuels, les visites à domicile, le soutien à la parentalité ou encore l'accompagnement psychosocial.

La différence dans le suivi de grossesse est elle aussi de nouveau perçue puisque toutes les sages-femmes de PMI de Bordeaux comptent le suivi médical de grossesse parmi leurs principales activités. En parallèle une action est citée par toutes les sages-femmes de PMI de Metz, alors qu'aucune sage-femme de PMI de Bordeaux n'y fait allusion : les séances d'informations à la sexualité et à la contraception dans les classes de collègues.

A MdM, les femmes enceintes vues par les sages-femmes sont toutes en situation de précarité. Ces dernières travaillent en complémentarité des sages-femmes de PMI bordelaises : elles réalisent des consultations de grossesse, orientent les patientes en adéquation avec leur problématique et accompagnent les femmes aux rendez-vous qu'elles ont pris au préalable.

1-2- Pratique sage-femme confrontée aux femmes enceintes sans couverture sociale

1-2-1- Fréquence de confrontation à ces femmes

Si on compare les différents groupes interrogés, on remarque que les sages-femmes sont confrontées à des femmes enceintes sans couverture sociale de manière régulière que se soit sur Bordeaux ou sur Metz mais que les sages-femmes messines le sont moins souvent plutôt toutes les semaines que tous les jours.

On peut expliquer cela soit par le fait que la population de ces femmes est moins importante sur Metz, soit qu'elles ne sont pas toutes connues, soit par la prise en charge médicosociale par la PASS qui est par conséquent sollicitée en premier lieu si la femme a besoin de soins ou si elle a des questions sur les démarches administratives.

Mon expérience personnelle lors de stages sur les hôpitaux de Metz m'a permis de remarquer qu'un nombre important de femmes venait consulter directement aux urgences, souvent à un terme tardif, et que la PASS était la première instance prévenue.

Les sages-femmes de MdM ne sont confrontées qu'à ce type de patientes.

1-2-2- Conditions préalables à la première consultation

☒ Prise en charge préalable de la grossesse :

Sur Metz, les réponses sont mitigées : trois sages-femmes déclarent que les patientes ont été prises en charge par un autre organisme (PASS, associations locales) avant leur premier rendez-vous avec elles ; tandis que les deux sages-femmes restantes affirment être les premières à les voir dans le cadre de la grossesse.

Les sages-femmes de PMI de Bordeaux sont unanimes : les patientes n'ont pas eu de prise en charge de leur grossesse avant leur première consultation à la PMI, mais

elles ont toutes été vues par les sages femmes de MdM et elles ont eu, à cette occasion, des prescriptions pour une échographie et un bilan sanguin et les rendez-vous correspondants. On peut donc nuancer cette réponse : les patientes sans couverture sociale sont bien vues par un autre organisme avant leur premier rendez-vous, mais pour les sages-femmes de PMI il s'agit d'orientation et non pas de prise en charge de la grossesse. Tout dépend de la définition que l'on donne à « prise en charge »

Les sages-femmes de MdM sont également unanimes : elles interviennent en première ligne. Cela rejoint donc le discours de leurs collègues bordelaises de PMI.

▣ Orientation réalisée par :

Sur Metz, les femmes enceintes sans couverture sociale sont orientées vers la sage-femme de PMI de différentes manières. Les acteurs cités sont : la PASS, le réseau associatif local, l'assistante sociale de secteur, le bouche-à-oreille, ou un rendez-vous fixé après mise à disposition. Dans ce dernier cas de figure cela suppose que la femme a fait une déclaration de grossesse auprès de la CAF, et donc qu'elle a déjà consulté dans le cadre de sa grossesse. Pour ce qui est des autres réponses données, les trois premières solutions laissent sous entendre plusieurs cas de figure : la femme a nécessité des soins et s'est rendue directement à l'hôpital où elle a été dirigée vers la PASS ; la patiente a demandé un rendez-vous avec l'assistante sociale de PMI et le contexte de grossesse a été découvert en cette occasion ; ou la future mère s'est dirigée d'elle-même vers les associations locales qui l'ont renseignée sur l'existence de la PMI. La dernière option citée ; le bouche-à-oreille ; paraît la plus importante : en dehors des patientes qui présentent une complication gestationnelle ou un problème de santé les amenant à consulter aux urgences de l'hôpital, les femmes n'ayant jamais eu de suivi de grossesse en France, ne savent souvent pas vers qui se tourner. Ce sont souvent leurs connaissances qui les renseignent sur les différentes associations locales qui existent ou sur la possibilité d'obtenir de l'aide auprès des assistantes sociales.

On retrouve cette notion de bouche-à-oreille dans les entretiens menés avec les sages-femmes bordelaises, que ce soit de PMI ou de MdM.

MdM est connu par les populations défavorisées sur le site de Bordeaux, elles savent qu'elles peuvent y trouver de l'aide et se transmettent ce message. La structure rencontre ainsi des personnes d'origines ethniques et de problématiques différentes. Parfois une femme enceinte viendra consulter l'assistante sociale ou le médecin pour une raison qui n'a rien à voir avec la grossesse et sera orientée en interne vers la sage-femme. On retrouve ce cas de figure avec les associations non médicales locales : la femme s'y rend parce qu'elle a eu connaissance de ces associations et que sa problématique rentre dans leurs champs de compétences. Souvent les premières associations concernées s'occupent de l'hébergement d'urgence, ou font partie d'un réseau d'entraide aux immigrés. Ces associations profitent alors de l'occasion pour les orienter vers les sages-femmes de MdM qui les renvoient ensuite vers la PMI.

Ainsi MdM et le bouche-à-oreille se retrouvent cités à la majorité par les sages-femmes bordelaises de PMI. Le cas de la patiente consultant en urgence à l'hôpital, étant envoyée à la PASS pour que les soins prodigués soient pris en charge et étant enfin orientée vers la sage-femme de PMI est également évoqué. Cependant, les femmes en questions sont en majorité déjà passée par MdM et un dossier de demande d'AME est en cours de traitement.

Que ce soit au cours des entretiens réalisés ou lors du stage que j'ai réalisé au CASO de Bordeaux, on peut constater que, quelque soit la ville, les femmes en situation précaire ne consultent pour leur grossesse qu'après avoir réglé les questions de l'hébergement ou de la nourriture. Ce n'est pas leur priorité.

1-2-3- Les différentes prises en charge proposées

▣ Prises en charge relatives à la grossesse

Sur Metz :

Tout le suivi médical de grossesse est réalisé au niveau de l'hôpital. La patiente est suivie par un médecin gynécologue ou une sage-femme qui y assurent des consultations, et les examens nécessaires se font au sein du service hospitalier d'échographie obstétricale et de son laboratoire.

Toutes les dépenses relatives à ce suivi sont prises en charge par la PASS.

Lors d'un rendez-vous pris avec la PASS de l'hôpital de Metz (Mercy), la secrétaire et l'assistante sociale y exerçant m'ont expliqué son fonctionnement : toutes les personnes sans couverture sociale et ayant besoin d'un suivi ou de soins particuliers s'y rendent. Ils s'entretiennent alors une assistante sociale qui se charge de leur ouverture de droits.

En attendant que ces droits soient effectifs ou que la demande soit réalisée, l'assistante sociale entreprend une demande d' « AME refus ». Ce cas de demande n'est réalisé que si la personne présente un critère d'urgence dans l'obtention de soins ou d'examens complémentaires. La grossesse fait partie de ces critères.

L'« AME refus » permet de couvrir les dépenses de soins médicaux grâce à une prise en charge par la PASS. Elle est nommée ainsi car elle concerne toutes les personnes ne pouvant pas accéder à une AME dans l'immédiat : délai de trois mois de résidence sur le territoire français non respecté, papiers nécessaires à la construction du dossier non fournis, ou encore dossier de demande non déposé auprès d'un service agréé.

Cette « AME refus » fonctionne grâce à une fiche de liaison avec les services de l'hôpital concernés justifiant d'une prise en charge par la PASS, et à des bons permettant de ne pas avancer les frais. Cependant, pour se faire, la personne doit repasser par la PASS avant chaque consultation ou examen complémentaire.

L'obtention d'une « AME refus » est soumise à certains critères. La patiente doit : présenter une attestation de domiciliation, justifier d'un rendez-vous à la préfecture ou un récépissé remis lors de ce rendez-vous, et fournir un extrait d'acte de naissance, un extrait d'acte de mariage ou son livret de famille si elle est mariée. Dans le cas où le dossier de demande est incomplet, la CPAM le refusera et la personne devra se charger de ses frais elle-même.

La PASS permet également un accès gratuit à la pharmacie de l'hôpital.

Un agent de la CPAM est présent tous les mardi après-midi et les jeudis matins pour répondre à toutes les questions en matière d'assurance maladie et aider les personnes à déposer leur demandes.

Dans le cas des personnes mineures, dont les nouveaux nés, la prise en charge s'effectue sur l'AME des parents ou sur demande d'« AME mineurs » si les parents n'ont pas encore de droits ouverts. L'« AME mineurs » ne demande pas de délai de résidence sur le territoire français.

La prise en charge médicale de la grossesse est donc ainsi réalisée.

Les sages-femmes de PMI s'occupent du côté psychosocial et jouent un grand rôle dans l'accompagnement des femmes enceintes en situation précaire. Le lien avec l'hôpital se fait grâce à des fiches de liaison et via les staffs médicopsychosociaux.

Cette manière de procéder est imposée par le Conseil Général de la Moselle qui ne prend pas en charge les examens complémentaires du suivi médical de grossesse, mais une des sages-femmes interrogées me confiait, lors de son entretien, qu'avec ses collègues sages-femmes de PMI de Metz, elles avaient émis l'idée de mettre en place un suivi médical des femmes enceintes sans couverture sociale. Leur principal obstacle étant qu'il manquerait un réseau pour tous les examens complémentaires.

Sur Bordeaux :

Le suivi médical et psychosocial de la grossesse est assuré par la sage-femme de PMI. Pour cela, elle travaille conjointement avec les sages-femmes bénévoles du CASO de MdM.

En majorité, les femmes enceintes sans couverture sociale sont d'abord vues en consultation par les sages-femmes de MdM, car le CASO est une entité bien connue par les populations défavorisées de la région bordelaise. La sage-femme assure une première consultation de grossesse en relation avec l'âge gestationnel calculé à partir de la date des dernières règles. Elle lui prescrit ensuite les examens complémentaires, prend les rendez-vous adéquats et lui donne un plan pour se rendre chez les différents partenaires de MdM. Elle réalise ensuite une anamnèse détaillée grâce à un service d'interprétariat téléphonique et prend ensuite rendez-vous avec la sage-femme de PMI du secteur concerné et lui détaille la situation de la patiente. Ce dernier rendez-vous est pris de manière à ce que la patiente ait déjà réalisé ses examens complémentaires, pour que la sage-femme de PMI ait toutes les informations nécessaires au suivi.

Le CASO fonctionne grâce à un système de dossier individuel. Chaque patiente est répertoriée selon son sexe et son année de naissance. Les dossiers sont rangés par ordre alphabétique.

Les personnes sont accueillies une première fois à l'entrée du CASO. C'est le pré-accueil. Le motif de leur visite, leur nom et leur date de naissance sont relevés par un premier bénévole chargé du pré-accueil. Il transmet ensuite ces informations à un autre bénévole qui cherchera le dossier personnel du patient et transmettra son nom et son motif de consultation à l'intervenant concerné : médecin, sage-femme, dentiste, assistante sociale ou représentant de la sécurité sociale. Après chaque consultation, l'intervenant remplit une fiche de suivi.

Les bilans sanguins sont pris en charge par le Conseil Général de la Gironde, les patientes peuvent ainsi faire leurs prises de sang dans le laboratoire de leur choix. Mdm propose également la prise en charge de ces bilans sanguins grâce à un partenariat avec un laboratoire de la ville.

Pour les échographies, la sage-femme de PMI renvoie les patientes auprès des sages-femmes de Mdm. Ces dernières les leur prescrivent et les échographies sont faites grâce à leur partenariat avec les hôpitaux Pellegrin (public) et Bagatelle (privé).

A partir du 6^{ème} mois de grossesse ou si la sage-femme de PMI détecte une pathologie, la patiente est réorientée vers l'hôpital où elle accouchera et c'est la PASS qui prend en charge les dépenses de soins qui suivent.

En cas de besoin de médicaments, la femme est orientée soit vers la PASS soit vers Mdm qui offrent tous deux l'accès gratuit à leur pharmacie. En ce qui concerne Mdm, ces médicaments proviennent de Nîmes, grâce à une plateforme spécialisée dans les ONG : Pharmacie Humanitaire Internationale. La pharmacienne réalise une commande mensuelle sur une liste de médicaments autorisés comprenant 520 spécialités, et la plateforme s'en charge.

On peut remarquer que le Conseil Général de la Gironde s'investit dans la prise en charge de la grossesse de ces femmes par la PMI grâce à l'enveloppe mise à la disposition des sages-femmes de PMI pour la prise en charge des bilans sanguins. De plus, il a créé un listing de toutes les conduites à tenir liées au suivi de la grossesse et aux précautions d'usage, traduit en turc, roumain, bulgare, anglais, allemand et arabe ; pour pallier au problème de la barrière linguistique.

Dans le cas d'une femme demandeuse d'IVG, c'est la sage-femme de MdM qui intervient en lui prescrivant un dosage de son taux de β HCG sanguin et l'échographie de datation nécessaire ou préalable à la réalisation d'une IVG, lui prenant ses rendez-vous avec le service d'orthogénie de l'hôpital ou le CPEF, et l'accompagnant à ces rendez-vous.

Ce type de prise en charge de la grossesse est possible grâce au réseau de partenaires liés à MdM et à la collaboration étroite entre les services de PMI et l'ONG.

▣ Prises en charge sociales liées à leur non couverture sociale

Si aucune prise en charge sociale n'a été faite au préalable, la sage-femme de PMI dirige la femme pour qu'elle reçoive l'aide adéquate. Elles sont orientées vers l'assistante sociale de la PASS, de PMI, voire de MdM, ou vers les associations locales qui sont spécialisées dans ce domaine : l'AIEM ou l'AMLI pour Metz, et le CAIO ou le COSPADA pour Bordeaux.

En ce qui concerne l'accès aux droits, les assistantes sociales s'occupent d'informer les patientes sur les droits auxquels elles peuvent aspirer et les démarches à mener pour se faire. Elles constituent le dossier de demande avec la patiente et se réfèrent en cas de besoin à des représentants de la Sécurité sociale. En effet, sur Metz, la PASS reçoit un agent de la CPAM tous les mardis après midi et jeudis matin ; et sur Bordeaux, un intervenant de la Sécurité sociale rencontre, tous les jeudis matins, les patientes qui le demandent.

▣ Autres prises en charge proposées

Pour l'hébergement les demandes se font auprès du 115 ou des associations locales qui ont leurs propres contacts : par exemple l'AIEM sur Metz ; et le CAIO ou le COSPADA sur Bordeaux ; les centres maternels, les unités d'hébergement mère-enfant, les CADA, les CPH, et les CHRIS sont également contactés dans les deux villes.

Pour les besoins de la vie quotidienne, les sages-femmes dirigent les femmes vers les associations caritatives locales : à Metz, par exemple l'association les p'tits bouts fournit du matériel et des vêtements pour l'enfant à naître ; à Bordeaux les restos du cœur sont très actifs, ils fournissent notamment des vêtements, de la nourriture, voire une poussette si ils en ont la possibilité.

Pour le soutien psychologique, les patientes sont orientées vers des associations spécialisées dans l'accueil des populations immigrées : l'AIEM sur Metz et l'association MANA sur Bordeaux.

La barrière linguistique reste un problème majeur dans la prise en charge de femmes immigrées. Pour y remédier, les sages-femmes peuvent avoir recours à des interprètes. Les demandes se font auprès du Conseil Général pour Metz et auprès d'un partenaire de MdM spécialisé en interprétariat pour Bordeaux.

D'autres associations existent sur Bordeaux, chacune spécialisée dans un domaine particulier : l'association CACIS pour la contraception et les consultations gynécologiques, l'association GAPS pour l'accompagnement des femmes séropositives, les associations ALIFS, ASTI et AMI pour le droit des étrangers.

1-3- Analyse de cette pratique

1-3-1- Spécificités de prise en charge

Une sage-femme de PMI de Metz résume bien cette question en affirmant que «c'est la situation de précarité de la patiente qui est spécifique, avec tout ce qu'elle induit. »

Les femmes en situation précaire sont exposées à plus de risques de développer des pathologies gestationnelles induites par les conditions de vie liées à cette précarité.

Les pathologies retrouvées sont soit préexistantes à la grossesse, soit induites par le contexte socioéconomique de la patiente, soit gestationnelles, mais à cause de leur mauvais suivi médical ces pathologies sont le plus souvent dépistées tardivement.

Dans les pathologies préexistantes à la grossesse, on peut retrouver par exemple la drépanocytose qui peut entraîner une anémie, un diabète, une hypertension ou une infection sexuellement transmissible.

Les pathologies induites par le contexte socioéconomique sont nombreuses : la menace d'accouchement prématuré due au stress ou au manque de repos ; l'anémie causée par une malnutrition ; ou encore une pathologie psychologique voire psychiatrique induite par l'isolement, la rupture avec sa famille, l'état de fragilité lié à la précarité, l'impression d'être seule face à tous ses problèmes, l'incertitude du lendemain ou la peur qu'on lui retire son enfant à la naissance.

Les pathologies gestationnelles peuvent être un diabète gestationnel pouvant entraîner une macrosomie, un hydramnios et donc une menace d'accouchement prématuré ou une hémorragie du post partum ; ou une hypertension gravidique pouvant induire une prééclampsie.

De plus, les femmes immigrées ont souvent des difficultés à comprendre l'importance d'un suivi de grossesse autant médicalisé, et leur priorité réside plutôt dans les besoins primaires nécessaires à leur survie : se nourrir, se loger, s'habiller. Cela explique pourquoi elles se soucient du suivi de leur grossesse tardivement et que l'observance en matière d'examen paracliniques soit faible. Cependant si l'importance de ce suivi et de ces examens leur est expliquée, les femmes s'y prêtent plus volontiers.

Le manque de suivi de grossesse et d'examen complémentaires peut entraîner la survenue d'une de ces pathologies ou de pathologies surajoutées.

Les conséquences du manque d'échographie peuvent avoir des répercussions sur le bien-être néonatal du nouveau-né : comme le non dépistage d'une malformation plus ou moins importante, voire d'un syndrome malformatif, d'une trisomie 21, d'une restriction de croissance in utero, d'une macrosomie, d'une mauvaise perfusion placentaire, ou une erreur de calcul de terme. Ce dernier cas de figure peut induire une mauvaise prise en charge de l'enfant à la naissance puisqu'elle dépend précisément du terme auquel a lieu l'accouchement.

En ce qui concerne les bilans sanguins, un défaut dans la surveillance d'une patiente pourrait empêcher le dépistage d'une infection sexuellement transmissible préexistante ou contractée pendant la grossesse ou encore d'une séroconversion pour la toxoplasmose ou la rubéole, entre autres. Or ces différents cas de figure nécessitent une conduite à tenir spécifique, non seulement pour la grossesse mais aussi pour la prise en charge de l'enfant à la naissance.

Une autre spécificité marquante concerne les femmes en situation précaire : leur instabilité en matière d'hébergement. Déplacements constants, manque de repos, isolement, bouleversement émotionnel, peur du lendemain... font que ces patientes se retrouvent fragilisées et vulnérables. Tout cela ne fait que renforcer l'importance de l'accompagnement psychosocial de ces femmes.

Cependant, la grossesse est parfois une échappatoire aux problèmes quotidiens. Lors de mon stage au CASO, une femme enceinte qui avait fui son pays d'origine car elle craignait pour sa vie me confiait « sans cet enfant, je ne suis rien. Je suis une femme pauvre toute seule. Alors qu'avec cette grossesse je suis maman. Je sais que des gens disent que je ne devrai pas garder un enfant sans argent pour le nourrir, mais sans lui je ne suis personne. Être maman c'est être quelqu'un. Pourquoi est ce que je n'y aurai pas droit ? Ce n'est pas pour ça que je ne l'aimerai pas ! »

1-3-2- Difficultés exprimées

Les difficultés rencontrées lors d'une prise en charge d'une femme sans couverture sociale sont nombreuses.

Certaines se retrouvent sur les deux villes, car elles sont directement liées à la situation précaire de ces femmes.

L'hébergement est la plus parlante. Malheureusement, les lieux pouvant accueillir des femmes enceintes ou sortant de la maternité sont peu nombreux et sont rapidement saturés. De plus les foyers maternels comportent des éducateurs car les patientes accueillies en leur sein, ont besoin d'apprendre leur rôle de mère et ont besoin d'aide pour se réintégrer dans la société avec leur enfant. Ils privilégient donc les femmes en rupture familiale, pour violences conjugales, mineures, souffrant de troubles d'attachement à l'enfant, ou présentant une addiction. Or les jeunes mères qui sont en situation précaire n'ont pas besoin de l'aide d'éducateur pour les aider à s'occuper de leur enfant, elles ont simplement besoin d'un toit. Le 115 ou les associations locales spécialisées dans ce domaine se chargent de trouver des solutions temporaires, mais les durées sont souvent courtes et la femme est obligée d'aller de lieu d'hébergement en lieu d'hébergement. Psychologiquement cela est déjà difficile à vivre, mais avec un nouveau né, la peur grandit : peur que les services sociaux lui retire son enfant.

Le plus gros problème, en rapport avec l'hébergement, est la sortie de la maternité : peut-on laisser sortir une patiente et son enfant si elle est contrainte de se loger au jour le jour, ou dans une habitation précaire sans chauffage et d'une propreté douteuse ?

Les assistantes sociales de la maternité se démènent pour trouver une solution pendant le séjour à la maternité de la jeune mère, ensuite ce sont les assistantes sociales de PMI ou de MdM qui prennent le relais.

Le deuxième point problématique avec le manque d'hébergement est que lors d'une demande d'AME, une adresse fixe est demandée à la patiente. Pour y pallier, certains organismes, tel que le CCAS, se chargent de fournir une adresse postale à ses futures mères.

Une autre difficulté commune est celle de la barrière linguistique. Etant donné qu'un grand nombre de ces femmes sans sécurité sociale sont des émigrées de pays non francophones. La possibilité de recours à un interprète est possible, pour les sages-femmes de PMI, comme celles de MdM, mais les traducteurs se font rares et peu sont ceux qui peuvent se déplacer à chaque rendez-vous de la patiente. L'interprétariat téléphonique semble une bonne solution subsidiaire, mais cela nécessite un partenariat ou un abonnement avec une société spécialisée.

Une troisième difficulté réside dans le retard ou le mauvais suivi de ces femmes. Plus la grossesse est prise en charge tardivement, moins d'exams sont réalisés et plus il y a de risque pour qu'une pathologie ne soit pas dépistée et induise un risque pour la future mère ou pour l'enfant, comme je l'ai développé au paragraphe précédent.

Une quatrième difficulté se retrouve dans le fait que la PASS ne prend pas tout en charge. Notamment le suivi de grossesse par une sage-femme libérale.

Ainsi lorsqu'une future maman présente une grossesse pathologique nécessitant une surveillance à domicile par une sage-femme libérale, se pose le problème de remboursement si la femme est sans couverture sociale. Or, le statut libéral inclut que le professionnel de santé est à son compte, ce type de suivi serait donc une perte financière pour lui. Les sages-femmes libérales se retrouvent donc dans une véritable impasse en ce qui concerne le suivi de ces patientes. En conséquence, MdM n'a pas pu organiser de partenariats avec des sages-femmes libérales de la région bordelaise.

Certaines sages-femmes libérales, que se soit sur Metz ou sur Bordeaux, réalisent tout de même ponctuellement du suivi à domicile pour ces patientes. Ce suivi se fait en liaison avec la sage-femme de PMI. Elles ne seront pas rémunérées pour ces consultations, mais la surveillance sera ainsi réalisée, réduisant les risques pour la mère et l'enfant.

Le problème se règle avec l'ouverture des droits. L'AME permet à la sage-femme libérale d'être rémunérée pour ses actes, seulement elle doit mentionner sur la fiche de remboursement que la patiente est prise en charge par l'AME.

Les difficultés qui ne sont rencontrées que sur une des deux villes de l'enquête, dépendent en majeure partie des modalités de suivi définies par le Conseil Général. Sur Metz la principale difficulté est l'éloignement de la PASS. Les patientes sont dans l'obligation de repasser par la PASS pour obtenir un bon de prise en charge avant chaque examen ou chaque consultation, mais le déménagement sur le site de Mercy implique pour ces femmes, de se déplacer souvent grâce aux transports en commun payants. Elles préféreront donc, dans certains cas, se rendre directement dans une pharmacie de ville et payer un médicament qu'elles auraient eu gratuitement si elles étaient passées par la PASS.

Une sage-femme de PMI de Metz présente le fait de ne pas avoir les moyens de suivre médicalement la grossesse elle-même, comme une difficulté majeure dans le suivi de ces futures mères. En effet, cela simplifierait la prise en charge de ces patientes : elles seraient confrontées à un nombre moins important de professionnels à connaître, et le suivi pourrait se faire soit à domicile, soit au CMS. Cependant même si le suivi se réalise au CMS, il est tout de même plus accessible pour ces mères en devenir que l'hôpital de Mercy ; puisqu'il se situe dans le secteur correspondant au lieu d'hébergement de la famille. La facilité d'accès permettrait sûrement une meilleure observance dans les consultations de grossesse. De plus, la sage-femme de PMI crée un lien privilégié avec sa patiente et connaît toutes les facettes de sa situation, ce qui faciliterait également le suivi. Enfin, cela désamplifierait le service de la PASS déjà surchargé.

Cependant cela ne peut être réalisable pour l'instant, car la politique du Conseil Général de la Moselle, et le manque de partenaires, ne le permettent pas encore.

Sur Bordeaux, la principale difficulté se retrouve dans la prise des rendez-vous. Les délais sont parfois trop long et certains dépistages, ne peuvent pas, en l'occurrence, être réalisés.

Toutes les situations particulières de ces femmes sont chronophages. Régler tous leur soucis dans un délai minimal est un objectif primordial car la grossesse est un temps assez court, et plus la future mère se présente tardivement à un professionnel de santé pouvant prendre en charge sa grossesse, plus ce temps est raccourci. Tout est donc fait dans l'urgence.

1-3-3- Besoins supplémentaires qui amélioreraient la prise en charge de ces femmes

▫ D'acteurs

La plupart des propositions données par les sages-femmes pour répondre à cette question sont en rapport avec les problèmes qu'elles ont soulevés au cours des entretiens.

Les doléances exprimées pour améliorer le suivi de ces patientes, diffèrent selon les groupes interrogés. On peut expliquer cela par le fait que chacun de ces groupes a sa manière de travailler propre, même si ces manières de procéder gardent des points communs.

Les sages-femmes de PMI de Metz souhaiteraient dans leur majorité avoir les moyens de suivre médicalement ces grossesses. Mais pour cela, le problème de la prise en charge des examens complémentaires est posé. Il faudrait une solution qui permettrait à la sage-femme de PMI de faire les prescriptions elle-même et que les examens en question soient pris en charge autrement que par la PASS.

Deux sages-femmes émettent leur idée sur la question. L'une d'elles propose un système de convention avec le Conseil Général. L'autre pencherait plus pour un système de bons avec des partenaires libéraux, rejoignant ainsi le système de fonctionnement retrouvé sur Bordeaux ; ou une décentralisation de la PASS. En effet, depuis le déménagement sur le site de Mercy, les patientes ont encore plus de difficultés à se rendre à l'hôpital.

Les trois solutions peuvent être étudiées. La première obligerait un changement de politique au sein du Conseil Général. La deuxième prendrait un certain temps à se mettre en place, notamment le temps de trouver des partenaires libéraux, des fonds et des bénévoles réguliers pour assurer des permanences. A la longue, cela donnerait une modalité de fonctionnement sur le type de Bordeaux, exposé auparavant. La dernière permettrait une meilleure accessibilité de la PASS. Cependant le problème des déplacements sur Mercy demeurerait car les patientes seraient toujours dans l'obligation de s'y rendre pour bénéficier des consultations, des examens complémentaires ou de la pharmacie.

Une autre-sage femme émet le souhait d'une psychologue supplémentaire car la situation de ces femmes est dure à porter. Immigrer dans un pays différent du sien, dont les coutumes et parfois la langue sont inconnus et où il faut se battre pour sa survie au jour le jour, sans jamais vraiment être indépendante, expose à une détresse émotionnelle extrême ; surtout dans un contexte de grossesse où on ne peut plus penser qu'à soit, mais aussi à ce petit être en devenir. Une sage-femme bordelaise de PMI a également soulevé ce problème, demandant non pas une psychologue supplémentaire, mais une personne spécialisée dans la transculturalité pouvant aller à la rencontre des futures mères. Ce point semble important. Les femmes immigrées sont déjà obligées de multiplier les rendez-vous et les déplacements, ainsi que d'être toujours dans une démarche de demande ; cela les rassurerait sûrement que quelqu'un se déplace pour elles. Ces deux sages-femmes rentrent ainsi dans le vaste domaine des barrières culturelles et linguistiques. Ces barrières ne peuvent qu'augmenter encore plus le sentiment d'isolement ressenti par ces femmes.

Une sage-femme de MdM évoque lors de son entretien le problème que peu de séances de préparation à la naissance sont faites en langues étrangères. Or le fait de mettre en place ce genre de séances pourrait régler ces soucis de barrières et d'isolement. En effet des femmes partageant la même situation mais aussi la même langue et des cultures similaires, pourraient se retrouver en cette occasion, créer des liens et comprendre ensemble les modalités d'un suivi de grossesse français.

Sur Bordeaux, les vœux des sages-femmes de PMI sont plus hétéroclites : une possibilité d'obtenir des délais de rendez-vous moins longs, notamment pour les échographies, de meilleures solutions pour les hébergements, un monitoring, ou encore un médecin référent en PMI et une meilleure articulation entre hôpital et PMI.

Le problème de l'hébergement est également visible sur Metz, comme je l'ai décrit à la question précédente. Les solutions sont faibles. Un accès aux centres maternels pourrait être une solution, cependant ces centres sont déjà surchargés. L'idéal serait de disposer de nouveaux lieux d'hébergement. Sur Bordeaux, d'après une sage-femme de PMI, quelques bâtiments non habités pourraient être utilisés à cette fin. Sur Metz, cette solution a été suivie lors du déménagement de l'école de sage-femme : l'ancien internat, situé rue Drogon, est réservé à cet usage.

La demande d'un médecin référent et d'une meilleure articulation entre PMI et hôpital, est également avancée. En effet, les sages-femmes de PMI de Bordeaux s'occupant du suivi médical de la grossesse, les résultats des examens leur sont donc envoyés. Or lorsqu'un résultat est pathologique, aucun médecin gynécologue n'est affilié à la PMI. La sage-femme doit donc prendre contact avec l'interne de garde en hospitalisation de jour de l'hôpital public pour avoir une conduite à tenir concernant cette patiente, car cela dépasse le niveau de compétences de la sage-femme. L'interne contacté n'a parfois pas le temps de se pencher sur ce problème dans l'immédiat et ne rappelle que le lendemain voire plusieurs jours plus tard. La prise en charge est donc décalée. Or certaines situations nécessiteraient une prise en charge plus rapide. Bien sûr, cette sage-femme parle ici de pathologies n'engageant pas le pronostic vital, car dans ce cas elle envoie la patiente consulter aux urgences.

Cette même sage-femme pointe également une mauvaise articulation entre PMI et hôpital. Le problème cité ci-dessus en fait partie, entraînant ainsi un retard de prise en charge, mais on retrouve également une mauvaise communication lors d'hospitalisation en service de grossesses à hauts risques ou de mort fœtale. C'est souvent la sage-femme de PMI qui contacte l'hôpital pour avoir des nouvelles de la patiente, lorsque c'est elle qui l'a orientée vers les urgences ; ou qui découvre la situation en se rendant sur le lieu d'hébergement de la femme qui est alors absente puisqu'elle est toujours hospitalisée. Pour information, ce problème ne se retrouve pas qu'avec les sages-femmes de PMI, mais aussi lors de suivi de grossesse avec sage-femme libérale. De manière générale, les sages-femmes hospitalières assurent une liaison complète avec les sages-femmes de PMI à la sortie de la patiente, cependant une liaison supplémentaire à l'admission serait intéressante.

✎ De formations

La formation de sage-femme ne comporte pas assez d'items sur les différentes prises en charge sociales possibles, pour pouvoir être à l'aise dans la complexité du système de protection sociale. Cependant la profession de sage-femme est soumise à l'obligation d'une formation continue. Parmi les sages-femmes interrogées, certaines ont ressenti le besoin de se former par rapport aux conditions d'accès aux droits des personnes en situation précaire et aux différentes aides existantes.

Les autres sujets que ces professionnelles aimeraient aborder sont : la transculturalité, l'immigration, et les langues étrangères.

1-4- Questions personnelles

1-4-1- Parcours professionnel antérieur et activité actuelle

On remarque que toutes les sages-femmes interrogées ont exercé en structure hospitalière à la sortie de l'école. Deux d'entre elles ont également travaillé en libéral : actuellement, une est en PMI à Metz, l'autre est bénévole à MDM à Bordeaux. Cette tendance à commencer par de l'hospitalier peut s'expliquer par le désir d'acquérir plus d'expérience professionnelle avant de se lancer dans un autre type d'exercice où la possibilité de recours à l'opinion de ses collègues, en cas de besoin ou de doute, est plus ardue.

En ce qui concerne leur exercice actuel, seules deux sages-femmes de PMI, sur les deux villes, exercent deux activités : l'une ajoute des cours en école de santé sur Metz, l'autre cumule son exercice professionnel avec une action Bénévole auprès d'une association bordelaise : Promo femmes, spécialisée dans l'accueil des femmes en situation de migration.

Les sages-femmes de MDM sont bénévoles au sein de l'ONG. Parmi elles, une exerce en libéral, une autre en hospitalier, une est au chômage et la dernière est à la retraite et est bénévole au sein d'une autre association qui assure un soutien au peuple palestinien.

1-4-2- Motivations ayant menées à leur emploi actuel

Toutes les sages-femmes semblent en priorité motivée par le côté relationnel et humain, dans leur choix d'exercice professionnel en PMI ou en ONG.

1-4-3- Points positifs dans leur exercice

Le travail en tant que sage-femme de PMI semble être, d'après les entretiens réalisés, à la fois enrichissant par le contact relationnel créé avec une famille lors d'un suivi, mais également car il oblige la professionnelle à développer ses connaissances personnelles toujours plus loin pour assurer des prises en charge optimale. Cet exercice à multifacettes permet également une certaine autonomie qui n'est pas envisageable en hospitalier.

L'exercice bénévole en tant que sage-femme à MdM, paraît également être extrêmement intéressant. Le côté humain de la profession est mis en exergue. De plus, cet exercice est accompagné d'un sentiment d'être réellement utile en aidant ces femmes en situation précaire à améliorer les conditions de prise en charge de leur grossesse et de la naissance de leur enfant. Enfin le bénévolat permet un apprentissage constant, et un travail d'équipe tout en gardant son autonomie. Pendant mon stage au CASO, le côté chaleureux et agréable du travail en tant que bénévole m'a transporté. Chaque patient se présentait avec sa propre histoire et avait des choses à nous apprendre. Si l'on me demandait de décrire ce stage en un mot, « enrichissant » serait le terme approprié.

1-4-4- Points négatifs

Parmi les points négatifs auxquels sont exposés les sages-femmes de PMI, on retrouve l'administratif, le manque de moyens donnés par l'Etat avec la politique actuelle basée sur les budgets, l'isolement médical, la non réponse des patientes, et l'impasse de certaines situations. Une sage-femme avoue également que le regard parfois méprisant de ses pairs sur le médicosocial, est un inconvénient de sa profession.

Les sages-femmes bénévoles de Bordeaux sont satisfaites de leur expérience au sein de MdM, une seule d'entre elles, nuance en disant que le fait que MdM ait besoin d'exister en France est le seul point noir de son exercice et conclut en affirmant qu'elle ne se dira satisfaite que lorsque plus personne n'aura besoin d'une ONG sur le territoire français.

2- Propositions

Les propositions suivantes concernent exclusivement le site de Metz.

2-1- Suivi médical des grossesses des femmes sans couverture sociale par la sage-femme de PMI

Jusqu'au 1^{er} janvier 2014, des consultations gynécologiques étaient assurées par MdM, à Metz. La fréquentation à ces consultations était faible et le médecin gynécologue qui les assuraient est parti à la retraite, aussi ont-elles été abandonnées.

Cependant, d'après un sondage que j'ai réalisé lors de mes différents stages, peu de professionnels de santé connaissaient l'existence de ces consultations sur Metz.

Ma proposition principale serait de réhabiliter ces consultations et d'y ajouter des consultations assurées par des sages-femmes.

Afin d'aviser les professionnels de santé de la région de l'existence de ces consultations, un avis en annonçant l'ouverture devrait être envoyé par courrier à toutes les associations locales spécialisées dans l'aide aux plus démunis, et à tous les professionnels de santé de la région : PMI, médecins gynécologues, sages-femmes libérales, médecins généralistes, et hôpitaux. Ainsi dès qu'un professionnel sera face à une femme sans couverture sociale, et qu'il aura besoin d'aide pour assurer sa prise en charge, il pourra l'envoyer vers ces consultations pour qu'une demande d'AME soit déposée dans de brefs délais et que le suivi de grossesse puisse débiter.

Afin de le permettre, un système de partenariat avec des professionnels libéraux devra être mis en place : en priorité, un cabinet d'échographie, un laboratoire, et une société d'interprétariat.

Par conséquent, la ou les sages-femmes bénévoles exerceraient le même type d'actions que celles de Bordeaux : diagnostiquer la grossesse, évaluer le terme, prescrire et prendre les rendez-vous pour réaliser les examens complémentaires nécessaires, et enfin prendre contact avec la sage-femme de PMI concernée. Cette dernière pourrait alors réaliser le suivi médical des grossesses, en même temps que le suivi psychosocial de ces patientes. Elle n'aurait recours à la PASS qu'en cas de consultations aux urgences gynécologiques et obstétricales, ou de grossesse pathologique avec un suivi par un gynécologue hospitalier. De plus, ce type de fonctionnement ne nécessiterait pas de changement de politique au niveau du Conseil Général de la Moselle, puisqu'il n'entraînerait aucune subvention de sa part.

Malheureusement, cette proposition mettrait du temps à se mettre en place, notamment pour trouver des bénévoles pouvant assurer régulièrement des permanences et instaurer des partenariats.

Une deuxième proposition serait une PASS spécialisée en gynécologie et en obstétrique. En effet, lors de l'entretien réalisé à la PASS de Mercy, l'assistante sociale me confiait que dans certaines villes il existait des PASS spécialisées. On pourrait alors imaginer que cette PASS soit délocalisée en centre ville pour en faciliter l'accès.

Cependant, même si cette délocalisation permettait aux femmes sans couvertures sociales de s'y rendre plus facilement et de commencer les démarches pour bénéficier d'une AME ; les examens complémentaires et les consultations du suivi de grossesse devraient tout de même être réalisés sur le site de Mercy. Le problème des déplacements se poserait donc à nouveau.

2-2- Traductions de la conduite à tenir et de l'explication du déroulement de suivi de grossesse

Le listing des conduites à tenir relatives à la grossesse qui a été mis en place en Gironde, me semble une solution intéressante pour expliquer aux femmes, ne parlant pas notre langue, les modalités et l'importance d'un suivi de grossesse français, ainsi que les précautions qui l'accompagnent.

Ma deuxième proposition serait donc de mettre un listing similaire, à disposition des différents professionnels de santé : sages-femmes de PMI, gynécologues libéraux, sages-femmes ou médecins gynécologues hospitaliers, et sages-femmes libérales

Ainsi les informations pourraient être fournies à ces patientes, même si aucun interprète n'est présent lors de la consultation.

D'après les différents stages que j'ai réalisés sur Metz, je pense qu'il faudrait traduire ces fiches en turc, roumain, bulgare, polonais, russe, arabe, allemand, et anglais. En effet, lorsque j'ai été confrontée à une barrière linguistique en stage, il s'agissait principalement de ces langues.

Concernant les fiches, il serait intéressant qu'elles abordent les sujets suivants : toxoplasmose, listéria, règles d'hygiène et grossesse, déroulement d'un suivi de grossesse en France, circonstances devant amener à consulter aux urgences gynécologiques et obstétricales et matériel à se fournir pour la naissance de l'enfant.

2-3- Annuaire des associations messines

Lors d'un entretien, une sage-femme de PMI de Metz a émis l'idée d'un annuaire comportant les noms des associations pouvant apporter les informations nécessaires au suivi optimal des femmes enceintes sans couvertures sociales.

Cette idée semble intéressante.

Ma troisième proposition est donc de créer un annuaire répondant à ces critères, qui serait mis à disposition de tous les professionnels de santé de PMI, libéraux ou hospitaliers.

Conclusion

Face à la paupérisation de la population, chaque ville propose la prise en charge la plus optimale possible, avec les moyens disponibles, concernant les femmes enceintes sans couverture sociale.

Les modalités du suivi de grossesse bordelais, en rapport avec ces femmes, permettent aux sages-femmes de PMI d'assurer le suivi médical de ces grossesses, grâce à l'action, dans cette ville, des sages-femmes bénévoles à MdM.

A Metz, cela n'est pas encore possible, car les sages-femmes territoriales ne possèdent pas les moyens nécessaires permettant un tel suivi. Or, d'après les entretiens réalisés pour ce mémoire, la majorité d'entre elles souhaiterait s'en charger.

Cependant ; si les consultations gynécologiques réalisées par MdM sur Metz étaient réhabilitées en partenariat avec des SF bénévoles assurant des consultations de grossesse, ce souhait serait peut-être réalisable !

D'autres moyens facilitant la communication et la prise en charge de ces femmes pourraient être mis en place en attendant : par exemple un annuaire des associations messines spécialisées dans le domaine de l'immigration ou de l'aide aux plus démunis ; et un listing traduit des informations orales que les professionnels de santé français donnent actuellement à chaque femme enceinte.

Glossaire des différentes associations citées :

Associations messines :

- ✘ **AIEM : (Association d'Information et d'Entraide Mosellane)** soutient les primo arrivants, agit dans l'action contre l'exclusion et propose un accompagnement social. Elle est organisée en trois pôles : urgence, hébergement/logement, et asile.
- ✘ **AMLI : (association pour l'Accompagnement, le Mieux-être et le Logement des Isolés)** s'occupe de la gestion de foyers de travailleurs migrants, de foyers pour seniors, de centres d'accueil de demandeurs d'asile, de résidences sociales et d'un CHRS.
- ✘ **Les p'tits bouts** : fournit des vêtements et du matériel de puériculture.
- ✘ **Les restos du cœur** : distribution d'aliments adaptée pour les bébés de 0 à 12 mois, de poussettes, de parcs, de chaises hautes, de produits d'hygiène ou de puériculture, de jouets et de vêtements.

Associations bordelaises :

- ✘ **CAIO : (Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation)** assure l'accueil, l'orientation, l'insertion sociale et l'accès au logement des personnes en errance.
- ✘ **COSPADA : (Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile)** joue un rôle dans l'accueil des demandeurs d'asile primo arrivants et dans l'aide juridique des immigrés.
- ✘ **ALIFS : (Association du Lien Interculturel Familial et Social)** exerce des actions juridiques, sociales et culturelles auprès des migrants.
- ✘ **ASTI : (Association de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés)** lutte contre l'exclusion et aide à l'insertion des travailleurs immigrés et de leurs familles.
- ✘ **AMI : (Accompagnement psychologique et Médiation Interculturelle)** propose de consultations psychologiques, un espace d'écoute et une médiation familiale, scolaire ou juridique si besoin.
- ✘ **MANA : (terme polynésien traduit par « efficacité symbolique »)** actions de prévention des IST, de la santé des femmes et des enfants en bas âge, mise à disposition d'interprètes, et organisation de colloques et séminaire sur le thème des migrants.
- ✘ **CACIS : (Centre d'Accompagnement, de Consultation et d'Information sur la Sexualité)** assure des consultations gynécologiques ou contraceptives gratuites.
- ✘ **GAPS : (Groupe d'Aide Psychologique et Sociale)** soutient les personnes séropositives.
- ✘ **Les restos du cœur** : assure les mêmes actions qu'à Metz, comme partout en France.

Bibliographie

- [1] www.opsa.eu Site consulté le 19/09
- [2] www.ladocumentationfrancaise.fr Site consulté le 19/09
- [3] www.medecine.ups-tlse.fr Site consulté le 19/09
- [4] www.cap-concours.fr/ Site consulté le 19/09
- [5] www.ameli.fr Site consulté le 21/09
- [6] <http://www.marisoltouraine.fr> Site consulté le 03/10
- [7] REVUE : cahiers français n°373 mars-avril 2013 article systèmes fiscaux et prestations sociales dans les pays de l'OCDE par Isabelle Joumard, économiste principale au département d'économie de l'OCDE, pages 42 à 49.
- [8] REVUE : cahiers français n°369 juillet-août 2012 « La santé quel bilan ? », et plus particulièrement des articles suivants, présents dans la revue :
- les inégalités face à la santé en France de Gwenn Menvielle épidémiologiste des déterminants professionnels et sociaux de la santé.
 - les systèmes de santé occidentaux et leurs évolutions de Dominique Polton
 - la santé : un droit, un devoir, le salut ? de Pierre-Henri Tavoillot, maître de conférences en philosophie à l'Université Paris-Sorbonne et Président du Collège de philosophie.
 - la santé des français :quels résultats ? quelles réformes ? de Pierre de Montalembert, directeur adjoint d'hôpital.
- [9] LIVRE : Institutions sanitaires et sociales, éditions Foucher, Vanves, 2006, 159 pages.
- [10] COURS de Madame Catherine Morel sur le système sanitaire Français
- [11] <http://www.vie-publique.fr> Site consulté le 19/09

- [12] <http://www.fredericbizard.com> Site consulté le 22/09
- [13] <http://www.uvp5.univ-paris5.fr> Site consulté le 22/09
- [14] <http://www.dictionnaire.doctissimo.fr> Site consulté le 22/09/13
- [15] <http://www.vie-publique.fr> Site consulté le 22/09/13
- [16] <http://www.drees.sante.gouv.fr> « aides et actions sociales ». Site consulté le 22/09/13
- [17] <http://www.eurasante.com> Site consulté le 22/09/13
- [18] <http://vosdroits.service-public.fr> Site consulté le 03/10
- [19] <http://www.cmu.fr> Site consulté le 03/10
- [20] LIVRE : Dictionnaire de la santé et de l'action sociale, éditions Foucher, Paris, 2003, 428 pages.
- [21] REVUE : La gazette santé-social n°81 janvier 2012 article « le triste bilan de l'année des droits des patients » par Agnès Thouvenot.
- [22] <http://www.lagazettedescommunes.com> Site consulté le 03/10
- [23] <http://www.latribune.fr/> Site consulté le 19/09
- [24] REVUE : La gazette santé-social n°97/98 juin-juillet 2013 article « cancer : des inégalités sociales à combattre » de Caroline Coq-Chodorg.
- [25] REVUE : Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, rapport 2012 paru en octobre 2013, par Médecins du Monde, 207 pages.

[26] REVUE : Médecins du Monde auprès des femmes Roms, datant de mars 2008, par Médecins du Monde, 7 pages.

[27] http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes-recommandations_23-04-2008.pdf Site consulté le 24/02

[28] http://www.perinatfrance.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/MATERNET/journee/2007/MATERNET2007_B.pdf Site consulté le 24/02

[29] MÉMOIRE d'Aurélié Radigue, soutenu en 2012 à Metz, « Vivre sa grossesse pour les femmes du voyage. Comment améliorer le vécu et le suivi de la grossesse chez les femmes appartenant aux gens du voyage ? »

[30] <http://www.drees.sante.gouv.fr> Site consulté le 14/11

[31] www.uvmaf.org Site consulté le 14/11

[32] www.cg41.fr Site consulté le 14/11

[33] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> Site consulté le 14/11

[34] <http://www.petits-pieds.com> Site consulté le 14/11

[35] <http://sante-medecine.commentcamarche.net> Site consulté le 14/11

[36] <http://www.weka.fr> Site consulté le 14/11

[37] LIVRE : Guide du secteur sociale et médico-social de Marcel Jaeger, éditions Dunod, Paris, 2001, 256 pages.

[38] <http://www.ordre-sages-femmes.fr> Site consulté le 24/02/2014

[39] <http://humanitaire.revues.org/592> **François Rubio**, « Les paradoxes de l'humanitaire contemporain », *Humanitaire* [En ligne], numéro 23 décembre 2009. Article mis en ligne le 01 mars 2010. Site consulté le 17 novembre 2013.

- [40] www.orderofmalta.int Site consulté le 17/11
- [41] LIVRE : Les ONG, de Philippe Ryfman, éditions La Découverte, Paris, mai 2004, 107 pages.
- [42] <http://humanitaire.revues.org/182> **Denis Maillard**, « 1968-2008 : le Biafra ou le sens de l'humanitaire », *Humanitaire* [En ligne], numéro 18 Printemps 2008. Article mis en ligne le 06 octobre 2009. Site consulté le 17/11/13.
- [43] <http://www.stephanie.dupont3.free.fr> Site consulté le 17/11
- [44] <http://www.croix-rouge.fr> Site consulté le 17/11
- [45] LIVRE : Les ONG dans la tempête mondiale, ouvrage collectif sous la direction de Coordination Sud, éditions Charles Léopold Mayer, Paris, septembre 2004, 238 pages
- [46] <http://cipdh.fr/la-convention-europeenne-sur-la-reconnaissance-de-la-personnalite-juridique-des-organisations-non-gouvernementales> Site consulté le 17/11
- [47] <http://www.infirmiers.com/pdf/memoire-sandrine-combelasse.pdf> Site consulté le 17/11
- [48] <http://www.coordinationsud.org> Site consulté le 03/10
- [49] LIVRE : Les pousseuses s'engagent ! De Pauline Restoux, éditions Marabout, août 2006, 312 pages.
- [50] <http://www.medecinsdumonde.org/Medecins-du-Monde/Organisation> Site consulté le 24/02
- [51] <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption/les-operateurs-de-l-adoption/organismes-autorises-pour-l/article/medecins-du-monde> Site consulté le 24/02

[52] <http://www.ongconseil.com/accueil-france/qui-sommes-nous/18-ils-nous-ont-fait-confiance/38-medecins-du-monde.html> Site consulté le 24/02

[53] <http://www.medecinsdumonde.org/Agir-Donner/S-engager-avec-MdM/Nos-metiers-medicaux-et-paramedicaux> Site consulté le 25/02

[54] MÉMOIRE de Caroline Félix, soutenu en 2012 à Metz, « Exigences professionnelles et qualités humaines nécessaires à l'intégration d'une sage-femme au sein d'une équipe médicale dans une ONG »

Annexes

Annexe I

D'après le site : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, consulté le 14/03



Organisation mondiale de la Santé

La définition de la santé de l'OMS:

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La citation bibliographique correcte de cette définition est la suivante :

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

Annexe II

D'après le site : <http://www.marisoltouraine.fr/category/politiques-sante>, consulté le

14/03

Stratégie nationale de santé : Vers la refondation du système de santé français
– 23 septembre 2013



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et Geneviève Fioraso, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ont présenté aujourd'hui la stratégie nationale de santé (SNS) en présence de Dominique Bertinotti, ministre déléguée à la Famille, et de Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie.

Il est aujourd'hui indispensable de refonder notre système de santé, performant mais inéquitable. La SNS définit ainsi le cadre de l'action publique pour les années à venir, afin de mieux répondre aux défis majeurs du 21^{ème} siècle (vieillesse, maladies chroniques,...), de préserver le plus haut niveau d'excellence de qualité comme de sécurité dans les soins, l'enseignement, l'innovation et la recherche et de réduire les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Marisol Touraine a fixé trois axes prioritaires, s'appuyant sur le rapport d'Alain Cordier, remis ce jour :

1 – Miser sur la prévention : agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé [...]

2– Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du « premier recours »

Pour rétablir l'égalité d'accès aux soins :

D'ici 2017, le tiers payant sera généralisé, de sorte qu'il ne sera plus nécessaire d'avancer le prix de la consultation chez le médecin, comme c'est déjà le cas en pharmacie aujourd'hui. Une première étape, en direction des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, sera mise en œuvre dès la fin de l'année prochaine ;

* La part des dépenses de santé prise en charge par l'assurance maladie sera stabilisée, après la diminution observée depuis 2004 ;

* Complémentaires santé : dès la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, les critères des contrats solidaires et responsables seront renforcés. L'objectif de généraliser l'accès à une complémentaire santé d'ici 2017 est réaffirmé.

Pour organiser les soins autour des patients :

* Le médecin traitant sera le pivot du premier recours ;

* Des équipes de professionnels de santé seront constituées dans les territoires, avec de nouveaux modes de rémunération, sur objectifs de santé publique ;

* Le service public hospitalier sera refondé.

* Le dossier médical personnalisé sera relancé pour faciliter l'échange entre professionnels de santé , dans le cadre de parcours de soins pour les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes handicapées, en lien étroit avec les professionnels eux-mêmes.

3 – Un tournant majeur dans le renforcement de l'information et des droits des patients :
[...]

Geneviève Fioraso a réaffirmé que la recherche, la formation, l'innovation, la médecine et les soins doivent être pensés ensemble pour le bénéfice des patients.

Ces objectifs sont portés par les deux ministères comme en témoignent la réflexion commune et les actions engagées dans le domaine de la formation. [...]

La santé des Français est une priorité du gouvernement de Jean-Marc Ayrault. Un comité interministériel de coordination des politiques gouvernementales en faveur de la santé sera mis en place. Il se réunira dès le début de l'année 2014.

Marisol Touraine présentera en 2014 une loi de stratégie nationale de santé pour mettre en œuvre ces axes prioritaires. Sans attendre cette échéance, ces derniers trouveront une première traduction concrète dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui sera rendu public dans les prochains jours.

La SNS donnera lieu à l'organisation, par les agences régionales de santé (ARS), dans les prochains mois, de forums en régions afin de mobiliser les citoyens, les élus, les partenaires sociaux, et l'ensemble des acteurs du monde de la santé autour de la préparation de la future loi de 2014.

See more at : <http://www.marisoltouraine.fr/2013/09/strategie-nationale-de-sante-vers-la-refondation-du-systeme-de-sante-francais/#sthash.0GU895CV.dpuf>

Annexe III

D'après le site : http://www.who.int/social_determinants/fr, consulté le 14/03

Déterminants sociaux de la santé



Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.

Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.

Afin de répondre aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi en 2005 la Commission des déterminants sociaux de la santé pour les réduire.

Le rapport final de la Commission, rendu public en août 2008, formule trois recommandations fondamentales:

- 1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes
- 2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
- 3. Mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée

Annexe IV

D'après le site : <http://www.associations.gouv.fr>, consulté le 24/02/2014

La loi du 1er Juillet 1901 et la liberté d'association

Le 1er juillet 1901, Pierre WALDECK-ROUSSEAU fait adopter, au terme d'une longue bataille parlementaire, la loi "relative au contrat d'association", d'une portée considérable et qui garantit une des grandes libertés républicaines. Ainsi, tout citoyen dispose du droit de s'associer, sans autorisation préalable.

La loi "1901" fonde le droit d'association sur des bases entièrement nouvelles. Elle préserve la liberté et les droits des individus tout en permettant leur action collective. Elle met fin au régime restrictif et d'interdiction préventive de la loi "Le chapelier", de l'article du code pénal, de la loi de 1854. Elle ne restaure rien du droit corporatif d'antan et fonde le droit d'association sur les principes issus de la révolution de 1789 : primauté de l'individu, de ses droits et de sa liberté, liberté d'adhérer ou de sortir d'une association, limitation de l'objet de l'association à un objet défini, égalité des membres d'une association, administration de l'association par libre délibération de ses membres.

La loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août de la même année constituent les deux textes fondamentaux sur lesquels repose le fonctionnement des associations.

L'article 1er de la loi du 1er juillet 1901, définit ce qu'est l'association :

" l'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices...".

Dès le premier article de cette loi, le législateur fait connaître sa volonté d'inscrire le régime juridique des associations dans l'esprit et les principes de droit commun des contrats régis par le code civil. Ce cadre de droit commun réglera au-delà des seuls articles que comprend la loi du 1er Juillet 1901, la constitution, le fonctionnement et la dissolution de l'association.

L'association est " ... une convention... " Le législateur définit un cadre d'application de ce contrat tout à fait singulier et particulier, qui est le fondement même de cette spécificité associative et à laquelle sont attachés ses défenseurs.

La mise en œuvre de ce contrat à l'initiative de "... deux ou plusieurs personnes..." devra respecter trois caractéristiques.

L'apport de connaissances ou l'apport d'activités.

La volonté de " ... mettre en commun des connaissances ou une activité...", constitue l'un des éléments principaux du contrat d'association.

L'absence d'un tel engagement serait de nature à remettre en cause la qualification d'un tel regroupement d'individus.

Une mise en commun "permanente"

Cette précision met l'accent sur le caractère permanent qui lie les parties du contrat.

Les membres de l'association en échange de leur cotisation annuelle se réunissent pour une certaine durée... **"dans un but autre que de partager des bénéfices..."**

A travers cette définition, le législateur a laissé une grande liberté dans l'objet et le but que peuvent poursuivre les individus qui s'associent à ce contrat.

On déduit donc de ce texte, qu'il est possible qu'une association puisse réaliser des bénéfices et exercer une activité économique, mais elle ne peut distribuer ses bénéfices de quelque manière que ce soit.

L'association est l'expression d'une liberté publique

En France, une liberté à valeur constitutionnelle L. 1er juill.1901, art. 2 : "...les associations de personnes pourront se former librement sans autorisation, ni déclaration préalable..."

Ce caractère de liberté publique a été affirmé et reconnu par le Conseil constitutionnel dans une décision du 16 juillet 1971, laquelle stipule " ... Considérant qu'au nombre des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République et solennellement réaffirmés par le préambule de la Constitution il y a lieu de ranger le principe de la liberté d'association ; que ce principe est à la base des dispositions générales de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association... ". Pour mémoire, par cette décision, le Conseil constitutionnel a annulé une disposition législative qui prévoyait de soumettre à autorisation préalable de l'autorité administrative la création de certaines associations.

Le texte intégral de la loi du 1er juillet 1901 peut être consulté sur le site Legifrance

Le texte intégral du décret du 16 août 1901 peut être consulté sur le site Legifrance

Annexe V

Trame des entretiens

Vous êtes sage-femme de PMI ; quel secteur ?////////sage-femme à Médecins du Monde.

PRATIQUE SAGE-FEMME

1) Quelle est votre place de sage-femme dans la structure ?

2) Quelles sont vos principales activités ? Donnez m'en 4 (cs grossesse/gynéco, visites à domiciles, cs d'orientation,...)

3) Êtes vous confrontée à des femmes enceintes sans couverture sociale ?

OUI

NON

Si oui, à quelle fréquence?

Tous les jours

toutes les semaines

tous les mois

moins souvent

4) En majorité, quand ces femmes viennent vous voir ont-elles déjà eu une prise en charge de leur grossesse par un autre organisme ou une autre association ? Si oui le ou laquelle ?

5) Comment en arrivent-t-elles à consulter chez vous ?

6) Comment s'organise la prise en charge de la grossesse pour les femmes sans couverture sociale? Que faites-vous ? Vers quel(s) organisme(s) les orientez vous si besoin, et pour quelle(s) prise(s) en charge ?

7) Comment s'organise la prise en charge sociale liée à leur non couverture sociale ? Que faites-vous ? Vers quel(s) organisme(s) les orientez vous si besoin, et pour quelle(s) prise(s) en charge ?

8) Mettez vous en place d'autre(s) prise(s) en charge pour ces femmes enceintes sans couvertures sociales ? Lesquelles ? (Psy, familiale, domicile,...) Que faites-vous ? Vers quel(s) organisme(s) les orientez vous si besoin, et pour quelle(s) prise(s) en charge ?

9) Y-a-t-il des spécificités dans la prise en charge des femmes enceintes sans couverture sociale ?

ANALYSE DE LEUR PRATIQUE :

10) Rencontrez vous des difficultés particulières dans la prise en charge de ces femmes enceintes sans couverture sociale ? Si oui lesquelles ?

11) Vous manque-t-il un acteur qui améliorerait la prise en charge globale de ces femmes enceintes sans couverture sociale? (des structures, des professionnels supplémentaires)

12) Avez-vous fait des formations spécifiques pour optimiser la prise en charge de ces femmes ?

13) Quels étaient les thèmes principaux de ces formations ?

14) Quelle(s) formation(s) vous manqueraient pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes sans couverture sociale ?

QUESTIONS PERSONNELLES :

Quel est votre temps d'années d'exercice depuis votre diplôme ? en général :
dans la structure :

Quel a été votre parcours professionnel ?

Actuellement exercez vous une autre activité professionnelle en dehors de cette structure ? Si oui laquelle ?

Comment en êtes vous arrivée à exercer dans cette structure ?

Ce qui vous plaît dans cet exercice ?

Ce qui vous déplaît ?