



Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Le suivi obstétrical des femmes en situation de grande précarité primo-arrivantes en France : organisation de la PASS, parcours de soin et perspectives.

Laure MORIN
Née le 9 Avril 1999

Mémoire de

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Sous la direction de Mathieu Azcué

Présenté et soutenu publiquement le 12/06/2024

Promotion 2019-2024

MOULINIER Marie-Cécile, sage-femme et docteure en psychologie, présidente du jury
AZCUE Mathieu, sage-femme enseignant à la faculté de médecine et maïeutique de Lyon sud et sociologue, maître de mémoire
BOURGEAY Marine, sage-femme enseignante à la faculté de médecine et maïeutique de Lyon sud, référente pédagogique

Le suivi obstétrical des femmes en situation de grande précarité primo-arrivantes en
France : organisation de la PASS, parcours de soin et perspectives.

Une étude mixte menée avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de
l'hôpital Edouard Herriot et les maternités de Lyon.

Remerciements :

Je remercie sincèrement l'ensemble de l'équipe de la PASS de l'hôpital Edouard Herriot de m'avoir réservé un accueil aussi chaleureux et de m'avoir ouvert la porte de leur service pour la réalisation de ce travail de recherche. L'énergie que vous mettez dans votre travail est merveilleuse et si importante pour les femmes. Merci à l'ensemble des personnes qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mes questions : Madame Pic, Madame Vey, Madame Andrès et Madame Piégay.

Merci à Monsieur Azcué d'avoir encadré ce mémoire.

Un immense merci à mes parents de m'avoir soutenue durant ces 7 années d'étude supérieure et dans toutes les aventures qu'elles ont comporté. Merci d'avoir relu, plusieurs fois, l'intégralité de ce mémoire et de m'avoir apporté tous vos conseils de rédaction et de réflexion. Merci d'être des parents aussi soutenant, quel que soit le chemin que l'on emprunte. Un merci tout particulier aussi à mes petits frères qui sont fantastiques.

Il est impossible de finir ces années d'étude sans avoir un mot pour l'incroyable réseau associatif étudiant lyonnais qui a été une véritable bouée de sauvetage pour moi durant ces années d'étude si difficiles. Je n'aurais sûrement jamais fait un tel mémoire sans ces années d'engagement à défendre les étudiants et étudiantes du territoire.

Enfin, à mes amis, mes petits rayons de soleil au milieu de ces longues années, sans qui je n'en serais pas là. Merci de m'avoir suivie de partout, en asso, dans mes études et au quotidien. On ne pouvait pas rêver meilleure équipe pour traverser ces années et entamer à pleines dents la vie de jeune professionnelle.

Je souhaite une bonne lecture à toute personne qui ouvre ce mémoire et espère surtout apporter une réflexion autour de la question des migrations des femmes et de leur prise en charge médicale une fois arrivée en France, véritable question de santé publique.

Sommaire

I-	Etat de l'art	9
a)	Le métier de sage-femme face à la précarité des femmes	9
b)	Définitions des concepts et présupposés utilisés	10
c)	Les migrations et la précarité en France	12
d)	Le dispositif des Permanences d'Accès aux Soins de Santé	14
Définition	14	
Financement des PASS.....	15	
Répartition sur la région Auvergne Rhône Alpes.....	16	
e)	Questionnements et problématique.....	18
II-	Méthodologie.....	19
III-	Présentation générale de la PASS de l'hôpital Edouard Herriot.....	21
a)	L'ouverture de la PASS en 2021	21
b)	La PASS au moment de l'étude en août 2023	22
c)	Présentation socio-démographique des femmes de la PASS	23
IV-	Parcours de vie et vulnérabilités des femmes.....	27
a)	Homogénéité des parcours	27
b)	Des vulnérabilités qui s'additionnent.....	28
c)	L'accueil des femmes immigrées précaires enceintes dans les structures de soins en France.....	29
d)	L'adhésion des patientes au parcours de soins proposé	32
V-	Les liens entre la PASS et les maternités – protocoles	35
a)	Création d'un formulaire	35
b)	Fonctionnement de l'Hôpital Femmes Mères Enfants.....	36
c)	Fonctionnement de l'Hôpital Lyon Sud.	37
e)	Fonctionnement de l'Hôpital de la Croix-Rousse	38
f)	Efficacité du système.....	39
g)	La question du suivi post-natal des femmes	40
VI-	Conclusion et perspectives.....	43
	Bibliographie	45
	Annexes	48
1)	Tableaux	48
2)	Formulaire d'inscription en maternité	51
3)	Grille d'entretien avec les professionnelles.....	54
4)	Tableau d'analyse des entretiens	55

I- Etat de l'art

Afin de bien comprendre notre sujet, nous commencerons par décrire la relation entre précarité et métier de sage-femme, l'histoire des migrations en France et les différents dispositifs mis en place pour que les PASS existent.

a) Le métier de sage-femme face à la précarité des femmes

Les études suivies pour obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme sont composées de très nombreux stages dans des maternités de différents types : I, II, IIa, IIb, III, dans différentes régions de France jusqu'aux maternités d'Outre-Mer. Le Rhône est le deuxième département métropolitain avec la plus forte natalité – 11.9% de natalité en 2022 selon l'INSEE - et compte 13 maternités qui font la richesse de notre parcours étudiant. Dès la deuxième année, nous sommes confrontés à une multitude de patientes sur des périodes de trois semaines dans l'ensemble des services où peuvent pratiquer les sage-femmes et en service de néonatalogie.

Le rôle de la sage-femme au cours de la grossesse et en post-partum est, entre autres de détecter, analyser et prendre en charge les vulnérabilités des femmes enceintes et des couples. Ces femmes, repérées comme vulnérables, sont un public encore plus fragile et sensible aux bouleversements hormonaux de la grossesse et du post-partum. Elles sont plus à risque de situation de précarité ou de violence soit par leur histoire personnelle (parcours migratoires, addictions, violences psychologique/physique/économique), soit par leur statut socio-économique précaire. Une fois repérée, la vulnérabilité et/ou la précarité seront prises en charge par l'équipe médico-sociale de la maternité d'inscription. Un relai pourra être fait à différentes équipes notamment aux professionnels de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) qui travaillent directement avec les maternités pour ces patientes. L'objectif est de créer un maillage pluriprofessionnel autour de la femme enceinte afin que la naissance de son enfant se passe dans les meilleures conditions sociales, psychologiques et médicales possibles malgré les difficultés.

En tant qu'étudiante sage-femme, nous prenons en charge au même titre que les sage-femmes diplômées ces patientes précaires. Nous nous retrouvons souvent seules face à elle, la sage-femme qui nous encadre étant occupée avec une autre

patiente ou à faire de la logistique au sein du service. Les premières fois face à des patientes aux histoires traumatiques et/ou ne comprenant pas le français sont complexes. On ne sait pas comment s'y prendre ni ce que l'on a le droit de dire ou ne pas dire alors que ces patientes méritent de savoir exactement les mêmes choses que la patiente du box voisin qui est avocate, enseignante ou musicienne. C'est à la fois particulièrement déstabilisant et embarrassant de devoir expliquer à une patiente que l'on va devoir faire un geste supplémentaire : rupture artificielle des membranes, pose d'un STAN, injection de syntocinon lorsque celle-ci ne comprend pas le français ou qu'elle a un regard apeuré et que nous ne sommes qu'en troisième ou quatrième année d'étude. Alors, comme beaucoup, on sort nos téléphones et on discute avec la dame via un logiciel de traduction en essayant de réduire cette barrière soignant/soignée. C'est tout ce concept de barrière entre le soignant et la soignée qui est intéressant et qui interroge sur notre modèle médico-social actuel et sur notre capacité à prendre en charge les patientes en situation de grande précarité de la même manière que les autres femmes.

b) Définitions des concepts et présupposés utilisés

Le mot « précarité » est dérivé du mot « précaire » lui-même issu du latin « precarius » qui signifiait « obtenu par la prière ; qui dépend du bon vouloir d'autrui ; mal assuré » selon le Dictionnaire de l'Académie Française. La « précarité » est définie comme « [Ce] qui est incertain, mal assuré ; dont on ne peut garantir la permanence ». Aujourd'hui, on entend plutôt parler de « situation de précarité » voire de « situation de grande précarité » pour représenter une accumulation de précarité financière, alimentaire, sociale, par non accès aux soins de santé etc.

Le mot « vulnérabilité » est dérivé du mot « vulnérable » lui-même issu du latin « vulnerabilis » signifiant « qui peut être blessé » selon le CNTRL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Marie Liendle décrit la vulnérabilité : « communément, la vulnérabilité traduit une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée » (*Les concepts en Sciences Infirmières, Marie Liendle et al., 2016*). En santé, la vulnérabilité peut s'apparenter à un risque plus important de développer certaines pathologies.

Pierre Aïach, sociologue français du XIX^{ème} siècle décrit dans son livre, *Inégalités Sociales de Santé*, qu'il existe une multitude de vulnérabilités qui peuvent toucher aussi bien les classes socio-économiques dites « supérieures » que les classes les plus pauvres de la société. Cela peut aller de la vulnérabilité la plus simple : « je suis un grand fumeur depuis 30 ans, cadre dans une entreprise, je sais que je m'expose à un risque de cancer du poumon mais je ne peux arrêter ma consommation. » ; à la précarité la plus complexe : « nous sommes un couple immigré, vivant à la rue, attendant un bébé, sans aucune ressource financière et ne parlant pas français ».

Pierre Aïach explique que trop souvent les personnes en situation de précarité voire de grande précarité ne s'estime toujours pas suffisamment en difficulté pour mériter l'aide qu'on leur propose. Le professionnel doit alors entrer en négociation avec le patient et lui montrer l'intérêt que peut avoir la prise en charge pour l'amélioration de ses conditions de vie et de santé.

Anselm Strauss, sociologue aux Etats-Unis a écrit de nombreux ouvrages de sociologie médicale. Il définit le concept de trajectoire médicale en ces termes :

« le terme de trajectoire, (...) fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (La négociation de l'ordre social, Anselm Strauss, 1978).

Cette définition introduit le fait que sans l'aval du patient, le maillage médico-social que nous proposerons ne sera pas fonctionnel. Il faut que les professionnels de santé et le patient travaillent ensemble pour que la prise en charge fonctionne. Au cours de la prise en charge, les professionnels de santé déterminent alors un « arc de travail » qui sera amené à évoluer en fonction des souhaits et de l'accord du patient.

On en conclut que les travaux sur les inégalités sociales de santé de Pierre Aïach rejoignent le fait que les patients ne se sentent pas toujours légitimes de recevoir l'aide proposée par les professionnels médico-sociaux et qu'il faut entrer en « négociation » avec le patient comme le décrit Anselm Strauss, postulats très importants pour la suite de notre recherche. Nous étudierons ces deux affirmations sur le public des femmes enceintes immigrées primo arrivantes en France.

c) Les migrations et la précarité en France

La France est le premier pays d'immigration en Europe depuis le XIX^{ème} siècle. Gérard Noiriel, historien Français du XXI^{ème} siècle et pionnier de l'histoire de l'immigration en France l'a défini ainsi : « *l'immigration implique un double processus : un déplacement dans l'espace, mais aussi le franchissement d'une frontière* » (*Regards croisés sur l'économie, Une histoire du modèle français d'immigration, Gérard Noiriel, 2010*).

Trois vagues d'immigration sont observées depuis le XIX^{ème} siècle et présentées au Musée de l'histoire de l'immigration de Paris. Une première pour combler les pénuries de main d'œuvre à la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, une seconde pour reconstruire le pays après la première guerre mondiale et enfin, une troisième pendant les Trente Glorieuses. Chacune de ces vagues d'immigration suit des événements politiques et économiques majeurs : la révolution industrielle et la fin des deux guerres mondiales. Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle c'est une majorité d'hommes venant de pays voisins, Belgique, Italie et Espagne qui arrivent en France pour le travail, l'accès à l'emploi dans leur pays d'origine étant impossible. En 1931, c'est une seconde vague d'immigration où les femmes sont proportionnellement les moins nombreuses à immigrer en France mais représentent quand même 40% des flux migratoires essentiellement composés d'hommes polonais, russes et arméniens. La troisième vague d'immigration est constituée par une grande majorité de personnes issues du continent africain : Maghreb et Afrique sub-Saharienne ainsi que des pays frontaliers qui viennent profiter des opportunités d'emplois favorisées par les Trente Glorieuses. C'est en 2008 que les femmes deviennent majoritaires et représentent 51% des personnes immigrants en France. La migration des femmes suit la conjoncture politique du pays d'origine alors que les vagues migratoires des hommes ont principalement suivies l'état du marché du travail du pays. (*Une histoire du modèle français d'immigration, Gérard Noiriel, 2010*)

L'enquête Trajectoires et Origines de l'INED-INSEE de 2008 montre que les migrations avec la plus grande proportion de femmes sont celles avec des départs autonomes de femmes célibataires. Ces femmes célibataires viennent de plus en plus souvent pour finir leurs études, faire de la recherche ou espérer améliorer leurs conditions de vie et moins souvent avec le projet d'être rejointe par leur conjoint plus

tard. Très peu d'entre-elles migrent dans le cas d'un regroupement familial avec un conjoint déjà en France. Ces femmes viennent majoritairement d'Afrique Centrale et du Golfe de Guinée : 57% dont 53% de femmes seules. (Chapitre « *Les immigrés en France : en majorité des femmes* », *Cris Beauchemin et al.*, revue *Population et Société*, 2013 à partir de l'enquête *Trajectoires et Origines de l'Ined-Insee*, 2008).

Le groupe de Lyon-Métropole de la CIMADE, Comité Inter-Mouvements Auprès des Evacués, dans son rapport de 2018 se focalise sur l'accompagnement des femmes migrantes. Le groupe indique avoir reçu en 2017, 450 femmes dont 40 femmes enceintes soit 8,8% d'entre-elles. Cinquante nationalités étaient représentées dont les plus représentées, par ordre décroissant de proportion, sont : l'Algérie, le Cameroun, le Congo, l'Albanie, la Tunisie, le Niger, le Maroc, l'Angola/Kosovo/Sénégal/Congo-Brazzaville. Le rapport indique aussi que la majorité des femmes reçues sont dans des situations de précarités extrêmes et ont subi des violences sur leurs parcours migratoires avant d'arriver en France. La plus grosse difficulté que rencontre la CIMADE et, plus généralement les acteurs sociaux du territoire de la métropole de Lyon, est le manque d'infrastructure d'hébergement d'urgence. En effet, bon nombre d'immigrés se retrouve à la rue, hommes, femmes, femmes enceintes comme enfants. (*Rapport annuel du groupe local, Lyon Métropole, CIMADE, 2017*)

Ces femmes migrantes en France conçoivent-elles des enfants sur leur parcours migratoire ou en arrivant sur le territoire avant de leur donner naissance dans une de nos maternités ?

Selon l'INSEE, en 2018, 7,7% des naissances en France étaient d'une mère de nationalité étrangère et d'un père français et 10,3% des naissances étaient de deux parents de nationalité étrangère. Deux parcours sont possibles avec une proportion assez semblable. Soit au cours de leur migration plus ou moins compliquée, chaotiques, traumatiques, les femmes rencontrent un homme avec qui elles auront une relation peut-être plus stable qu'avec l'homme qu'elles ont laissé aux pays et feront un enfant. Soit Alain Thalineau, Professeur en sociologie à l'Université de Tours écrit : « *A la différence des hommes, les femmes ne restent pas à la rue. (...) Elles souhaitent surtout un « chez soi », sans nécessairement s'installer en couple (...) pour les plus jeunes, cela donne l'espoir de trouver un « chez soi » pour avoir un bébé.* » (Chapitre : *Être femme à la rue, Alain Thalineau dans Femmes et Ville, dirigée par Sylvette*

Denèfle, 2004). Alors les femmes immigrées arrivant en France rencontre un homme à la gare, directement dans la rue, sur le lieu où elles dorment pour ensuite essayer d'avoir un « chez soi » et font un enfant avec lui sur le sol français.

D'autre part, si on prend l'indice de fécondité, l'INSEE rapporte qu'en 2016 le nombre d'enfant par femme immigrée n'ayant jamais travaillé serait de 4,17% contre 2,37% pour les femmes non immigrées n'ayant jamais travaillé. Ces femmes migrantes n'ont pas la possibilité d'avoir un travail régulier, bien souvent leur conjoint n'en ont pas non plus. Le contexte migratoire est alors croisé à la précarité financière.

d) Le dispositif des Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Définition

En France il existe des PASS, Permanence d'Accès aux Soins de Santé depuis 1998 qui permettent d'accompagner toute personne précaire. La DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins, décrit les PASS de cette façon :

« La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est un service hospitalier destiné aux personnes en situation de précarité. La PASS propose notamment des consultations programmées, facilite l'accès au système de santé à ces personnes et les accompagne, notamment par un appui aux démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits à l'assurance maladie ». U02 – Permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) DGOS

Pour accompagner les patientes immigrées et enceintes dans leurs démarches administratives et de prise en charge obstétricale des PASS périnatalités existent.

L'objectif des PASS est de regrouper offre de soin et accompagnement social dans l'ouverture des droits à l'AME du patient. On trouve dans les PASS généralistes des médecins, des infirmiers et des assistants de service social, ainsi que des sage-femmes dans le cas de PASS périnatalité. Selon la revue de la Caisse d'Allocations Familiales : *« En 2009, des PASS dites « spécialisées » ont ainsi émergé en psychiatrie, ou en médecine dentaire, des secteurs où l'accès aux soins est particulièrement difficile. »* De plus, l'article de la revue dit :

« Bien qu'elle soit par définition un dispositif hospitalier, une PASS peut intervenir à l'extérieur de l'hôpital et aller à la rencontre des personnes les plus isolées et des plus exclus, en particulier les sans-abri : on parle alors de « PASS mobiles » qui se déplacent au moyen de véhicules aménagés ». (Revue Informations sociales, CAF, 2014)

Pour rendre le plus accessible possible les soins et réduire les inégalités d'accès au système de santé, des dispositifs mobiles ont été créés et vont à la rencontre directe des patients en situation de grande précarité. Cette offre est alors complémentaire des différentes maraudes menées par des organismes comme Médecins sans frontières, la Croix-Rouge ou autres.

L'objectif premier des PASS et de leurs équipes est d'aller vers les plus démunis et de les aider à avoir un lien avec le monde médico-social pour les sortir de la précarité. Les soins ne sont alors pas soumis à un paiement pour les patients qui n'ont pas encore accès à leurs droits sociaux à la sécurité sociale. C'est donc un dispositif qui a pour objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Financement des PASS

Depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2012 dans laquelle est créée le Fond d'Intervention Régionale, FIR, les Agences Régionales de Santé, ARS, ont plus de liberté en ce qui concerne leur gestion financière des projets de santé inhérents à leur politique de territoire. Depuis le 1^{er} janvier 2015, les ARS ont la totale gestion financière et comptable du FIR. Ce Fond d'Intervention Régionale provient d'une dotation de l'Etat, d'une partie des cotisations du régime obligatoire de base de l'assurance maladie et d'une dotation de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, CNSA. Le FIR peut financer cinq types d'actions ou d'expérimentations choisies par l'ARS et qui s'inscrivent dans une Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens, CPOM :

- Des projets de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- L'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés et la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.

- Les permanences de soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire.
- L'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels.
- Le développement de la démocratie sanitaire.

Toutes sortes d'établissements peuvent être bénéficiaires du FIR : établissements publics ou privés, établissements et services sociaux et médico-sociaux, réseaux de santé, maisons de santé, associations... Selon le ministère de la santé les PASS sont financées au titre du FIR en 2020 à hauteur de 70,4 millions d'euros pour les 359 établissements ayant un dispositif PASS, tout type confondu. La DGOS indique que les frais liés à l'hospitalisation d'un patient dans un service de médecine préalablement accueilli à la PASS ne relève pas de la dotation du FIR mais que la dotation du FIR intègre le financement du pilotage, de la coordination régionale et de l'évaluation des PASS. Les professionnels de la PASS sont eux employés par la structure de santé dans laquelle ils sont et sont rémunérés par cette même structure de santé. (Note : U02 – *Permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS), DGOS*).

Répartition sur la région Auvergne Rhône Alpes

Comment sont répartis les PASS sur le territoire ? Est-ce que tous les territoires et donc toutes les personnes en situation de précarité ont accès de manière égale à ces permanences ? Est-ce que des PASS périnatalités sont présentes dans tous les départements pour accompagner les femmes enceintes, primo-arrivantes en France dans leur suivi de grossesse et leur ouverture de droits sociaux ?

Grâce aux échanges avec Elisabeth Piégay, coordinatrice Régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, on peut présenter les tableaux de répartition des PASS pour la région AURA (Tableau 1 en annexe). En analysant cette répartition, on constate que sur les cinquante-six PASS présentes dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, seules huit sont des PASS spécifiques à la périnatalité (= 14,20%) la moitié de celles-ci sont concentrées dans le Rhône. L'ensemble des départements ont une PASS généraliste, voire plus d'une, ce qui

permet, malgré tout, une prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité.

En parallèle de cette première série de tableaux et avec les données de l'INSEE, on peut répartir les départements de la région selon leur pourcentage de population immigrée en 2020-2021 et leur population totale (tableau 1 en annexe). Les départements avec la plus forte immigration, c'est-à-dire, une immigration supérieure ou égale au pourcentage national en 2020 (10,2% - INSEE) sont : la Haute-Savoie, le Rhône, l'Ain et l'Isère. Le Rhône compte quatre PASS périnatalité, la Haute-Savoie compte une PASS périnatalité alors que ce département détient le plus fort taux d'immigration de la région, l'Ain n'a pas de dispositif PASS périnatalité et l'Isère compte une PASS périnatalité dans la petite ville de Bourgoin-Jallieu et non pas à Grenoble, chef-lieu du département, où l'immigration est pourtant plus forte (Grenoble : 7423 femmes immigrées de 25 à 54 ans ; Bourgoin-Jallieu : 5120 femmes immigrées de 25 à 54 ans en 2020 – INSEE 2020). Le Puy-de-Dôme et la Drôme compte aussi des PASS périnatalité avec un taux d'immigration respectivement de 7% et 8,1%. Une question se pose : pourquoi la Savoie et la Loire n'ont pas de PASS périnatalité alors que ces deux départements ont une population d'immigrés sensiblement identique à ceux de la Drôme et du Puy-de-Dôme et que le département de la Savoie a, proportionnellement, beaucoup plus d'immigrés que ces départements. La répartition des PASS périnatalité sur la région Auvergne Rhône Alpes semble relativement inégale, la possibilité d'avoir accès à un suivi obstétrical pour les femmes enceintes immigrées et précaires paraît compliquée.

e) Questionnements et problématique

Ma problématique est ainsi formulée :

Comment, sur le territoire de Lyon, les femmes enceintes primo-arrivantes en France construisent leur parcours de soins avec les professionnels de la PASS de l'hôpital Edouard Herriot, entre inégalité sociale de santé et trajectoires de soin négociées ? Concrètement, quels sont les dispositifs mis en place pour que les femmes immigrées s'inscrivent dans notre parcours de soins ?

Face à la répartition inégale des PASS dans la région Auvergne-Rhône-Alpes nous chercherons à savoir si les PASS spécifiques à la périnatalité sont des modèles pérennes et si elles sont vraiment accessibles pour les femmes. Nous chercherons à savoir si ces modèles d'accueil des femmes fonctionnent vraiment et permettent une prise en charge globale et efficace des patientes qui réduirait les inégalités sociales de santé.

Nous nous questionnerons aussi sur l'efficacité du maillage médico-social entre la PASS et les hôpitaux du territoire dans leur prise en charge des femmes.

Pour cela nous ferons une étude socio-démographique des femmes venant consulter à la PASS. Nous étudierons leurs parcours de vie et les vulnérabilités qui les caractérisent. Enfin, nous analyserons le lien entre la PASS et les maternités du territoire.

II- Méthodologie

Pour répondre à notre problématique, nous avons fait le choix de faire une analyse mixte. D'une part qualitative grâce aux observations des consultations des sage-femmes de la PASS de l'hôpital Edouard Herriot. Ces consultations durent une heure et ont lieu dans les locaux de la PASS à l'hôpital. Ces observations nous ont permis de recueillir des bribes de parcours de vie des femmes. Il faut savoir que quand on parle de parcours traumatiques, de prise en charge de situation de grande précarité, recueillir des témoignages n'est pas une tâche aisée. Les femmes ne parlent pas de leur vécu, à la fois par pudeur, parfois parce qu'on leur a demandé déjà plusieurs fois de raconter leur histoire ou alors pour ne pas ressasser des souvenirs horribles. L'ensemble des témoignages des femmes a été anonymisés pour préserver leur intimité. Dans le cadre de la rédaction qualitative de ce mémoire nous avons également eu la possibilité d'interroger via des entretiens semi-directifs (grille en annexe) les professionnels qui gravitent autour de la PASS et au sein des parcours obstétricaux des femmes. Nous sommes allés à la rencontre des coordinatrices des services de consultations des hôpitaux de Lyon SUD et de l'HFME seule la coordinatrice de l'hôpital de la Croix-Rousse ne nous a pas répondu, et d'une sage-femme de la PMI. Au sein de l'équipe de la PASS nous avons pu discuter avec l'ensemble des professionnels prenant en charge les patientes : assistante de service social, sage-femme, sage-femme échographiste, assistante de direction. Nous y avons été particulièrement bien reçue. Les professionnelles étaient ravies que nous nous intéressions à leur service, son fonctionnement et à leur travail. Nous avons pu visiter les locaux et communiquer à tout moment avec elles par mail notamment, ce qui a grandement facilité ce travail de recherche. Les entretiens avec les professionnels étaient tous d'une durée comprise entre vingt minutes et une heure trente, nous avons pu y comprendre leur rôle dans le parcours de soins des femmes en situation de grande précarité, les missions qui leur incombent (inscription en maternité, ouverture des droits, communication avec les maternités et la PMI...) et les relations avec les patientes au moment des consultations.

D'autre part, une analyse quantitative de nombreuses enquêtes et de rapports a été faite afin de présenter des données socio-démographiques claires et précises sur la migration en France et à Lyon, sur la natalité chez les patientes immigrées et précaires.

Nous avons largement pioché dans les données de l'INSEE pour illustrer nos propos en matière de natalité et d'immigration. L'enquête nationale de périnatalité de 2021 a été un réel appui pour rendre compte de ce qui est mis en place dans les maternités pour réduire les inégalités sociales de santé et donner quelques chiffres supplémentaires autour de la natalité et la migration.



Figure 1 : salle d'attente et couloir d'arrivée de la PASS périnatalité de l'hôpital Edouard Herriot – Lyon. Cette salle d'attente est souvent le 1^{er} lieu de soins où les femmes sont prises en charge une fois arrivée sur le territoire français.

III- Présentation générale de la PASS de l'hôpital Edouard Herriot

Tout d'abord, nous nous attacherons à décrire la PASS périnatalité de l'hôpital Edouard Herriot à sa création et au moment de notre étude ainsi que les origines et motifs de migration des femmes qui y consultent.

a) L'ouverture de la PASS en 2021

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé axée périnatalité de l'hôpital Edouard Herriot à Lyon voit le jour le 11 octobre 2021. Une sage-femme de PMI, une sage-femme des hospices civils de Lyon, une Assistante de Service Social et une secrétaire administrative sont à l'ouverture du projet. La mission : « *Coordonner le parcours médical et social pendant la grossesse et assurer l'inscription en maternité des femmes majeures ou mineures, en situation de vulnérabilité, sans couverture sociale* » (plaquette PASS périnatalité, 2023). Le montage est complexe : le fonctionnement du service et la prise en charge des patientes sont financés par le FIR de l'ARS comme présenté précédemment, la sage-femme des HCL a un poste rattaché aux hospices avec une coordinatrice des hospices, la sage-femme de la PMI a un poste rattaché à la métropole de Lyon avec une coordinatrice de la PMI et à l'origine avec 50% de temps de travail à la PASS et 50% de temps de travail à la PMI. L'assistante de service social a un poste rattaché aux HCL avec une coordinatrice propre aux assistants de service social. Plus concrètement, Valérie Andrès, sage-femme de PMI qui était à la création de la PASS explique que :

« *La difficulté et le challenge c'est qu'on a tout mis en place tant au niveau de la gestion des plannings et des rendez-vous, les consultations, l'orientation sur les plateaux techniques de l'HFME. On a créé la possibilité d'orienter les patientes sur des plateaux pour des soins dentaires, des soins psy, des soins ophtalmo, il y avait un réel besoin et c'était un vrai plaisir de travailler avec le personnel de HEH.* » Valérie Andrès, sage-femme, 23 novembre 2023.

Les patientes à leur arrivée à la PASS ont une consultation avec l'assistante de service social, une consultation avec une sage-femme et une première échographie. A l'issue de cela, elles sont inscrites dans une maternité, si possible la plus proche de leur lieu d'habitation au moment de la consultation, via un formulaire spécifique créé par

la PASS (en annexe de ce mémoire) qui est envoyé à la coordinatrice de la maternité. En théorie, après ces trois rendez-vous elles ne sont pas censées revenir à la PASS. Dans certains cas, des exceptions sont faites et plus de trois rendez-vous ont lieu à la PASS car les femmes migrantes sont vouées à changer de très nombreuses fois de lieu d'habitation et cela peut compliquer la prise en charge à la maternité. Un lien à la PMI du secteur de résidence est mis en place pour que le suivi social soit assuré.

Est-ce que la PASS périnatalité de l'hôpital Edouard Herriot a rencontré son public dès la première année d'ouverture ?

Valérie Andrès explique : « *Et puis sur notre année de création on a quand même vu un peu moins de 400 personnes avec ces consultations qui sont à 99,9% complexes et lourdes de tous les points de vues.* » (V. Andrès, sage-femme, 23 novembre 2023). Il semblerait que la communication entre les différentes associations d'accueil de migrants (forum réfugiés, CIMADE...), les différents services des hôpitaux et les partenaires sociaux à propos de la création de ce nouveau service a été efficace et a permis l'orientation d'un certain nombre de femmes enceintes migrantes.

b) La PASS au moment de l'étude en août 2023

Au moment de notre étude, la PASS est toujours composée de la même assistante de service social et de la même secrétaire administrative mais les deux sage-femmes ont changé. La sage-femme de PMI est à 50% présente sur le site de la PASS et la sage-femme échographiste des hospices est présente à 80%. Le souhait de l'équipe serait d'ouvrir un nouveau poste à temps plein de sage-femme pour compléter l'équipe.

Chacune des professionnelles a son bureau, avec pour les sage-femmes une partie pour l'examen obstétrical et l'échographie. Le couloir fait office de salle d'attente et il existe une salle de réunion/détente pour l'équipe.



Figure 2 : bureau de consultation des sage-femmes de la PASS

c) Présentation socio-démographique des femmes de la PASS

Nous avons demandé à Louise Dacoury-Tabley, assistante de service sociale à la PASS depuis sa création, qui sont les femmes qui viennent consulter à la PASS :

« On accueille des patientes enceintes, toutes, on ne fait pas d'anté-natale, on ne fait pas de post-partum non plus et on ne fait pas de consultation pour les petits bébés même si on s'appelle périnat... à voir dans le futur. Les dames qu'on accueille doivent être enceintes et ne doivent pas avoir de droit à la sécurité sociale ou une couverture sociale incomplète. » Louise Dacoury-Tabley, ASS, 27 septembre 2023.

Deux conditions donc pour être accueillie à la PASS : être enceinte et ne pas avoir de droit à la sécurité sociale. En terme géographique, Louise nous dit : *« 90% de guinéennes parce que la condition de la femme y est dramatique »*. On retrouve donc un des motifs de migration dont on parlait précédemment : l'amélioration des conditions de vie et le lien avec la situation politique (guerre, coups d'Etat...) du pays d'origine. Pour le même motif, la PASS accueille un grand nombre de femmes venant de Côte d'Ivoire, du Nigéria, du Soudan, du Congo, d'Afghanistan et au début du conflit avec la Russie, des femmes ukrainiennes qui, par la suite, ont été prises en charge par d'autres dispositifs que celui de la PASS. Pour certains pays d'Afrique subsaharienne où ont eu lieu des coup d'Etat récemment (Congo, Nigéria) le départ des femmes est aussi lié à la situation géopolitique du pays et à la guerre dans le but d'un regroupement familial avec leur conjoint quand celui-ci a déjà quitté le pays parce

qu'il y était menacé. Les femmes migrantes des pays du Maghreb rejoignent la France la plupart du temps pour un rapprochement familial. Un dernier pays d'origine interroge Louise :

« Beaucoup de femmes Algériennes en situation irrégulière et là on se demande beaucoup pourquoi elles viennent. Qu'est-ce qu'il se passe vraiment entre ce qu'elles nous disent de leur vie en Algérie et les conditions dans lesquelles elles sont ici ensuite... elles avaient souvent un travail en Algérie et leur mari là-bas, elles quittent tout, arrivent et n'ont pas de papiers, rien... on ne comprend pas bien. » Louise Dacoury-Tabley, ASS, 27 septembre 2023.

Donc, on peut distinguer trois profils de femmes avec trois motifs différents de migration et d'arrivée à la PASS :

- Les femmes qui migrent pour améliorer leur condition de vie suite aux violences faites aux femmes dans leur pays d'origine et/ou à cause de la guerre.
- Les femmes qui migrent pour rejoindre leur conjoint déjà en France dans le cadre du regroupement familial.
- Un groupe de femme qui migre sans raison identifiée actuellement.

Sur la durée de nos observations, du mois d'Août 2023 au mois de Décembre 2023 nous avons suivi dix rendez-vous de consultation avec les deux sage-femmes de la PASS.

Avec :

- Trois patientes venues d'Algérie chacune avec un motif d'immigration différent : rapprochement familial, migration en couple car leurs familles étaient contre leur union, migration d'une femme seule ayant laissé son conjoint et son premier enfant au pays.
- Une patiente venue du Soudan dans le cadre d'un rapprochement familial.
- Trois patientes venues de Guinée, une ayant fui la guerre, une ayant fui des violences indescriptibles dans un contexte de mariage forcé et la troisième venue consulter pour son second enfant après avoir été déboutée de sa demande d'asile lors de la première grossesse déjà suivie à la PASS.
- Une patiente congolaise ayant fui la guerre et les violences faites aux femmes.
- Une patiente roumaine dont on ne connaîtra pas réellement l'histoire, le beau-père ayant refusé que nous fassions l'examen.

- Une patiente venue de Côte d'Ivoire, fuyant la guerre.

Les patientes, leurs origines et motifs de migration rencontrés lors de nos observations sont donc en corrélation avec la description des patientes venant à la PASS quotidiennement depuis son ouverture que nous fait Louise Dacoury-Tabley.

Suite à cette description du fonctionnement de la PASS au moment de notre étude et à l'analyse socio-démographique des différentes patientes que nous y avons rencontré nous pouvons décrire leur parcours de vie et les différentes vulnérabilités auxquelles elles font face au quotidien.

IV- Parcours de vie et vulnérabilités des femmes

Trois des questions que nous nous sommes posées pendant cette recherche portaient sur le caractère homogène ou non du parcours des patientes, leur accueil et les dispositifs mis en place pour leur prise en charge et leur entrée aisée ou non dans le parcours de soin qu'on leur propose.

a) Homogénéité des parcours

En ce qui concerne le parcours de vie des femmes, elles ont toutes vécu la même histoire épouvantable : les femmes fuient les conditions de vie de leur pays d'origine (premier motif d'immigration). Louise ajoute :

« Les dames ont quasiment toutes la même histoire : excisée à 3 ans, mariée à 11 de force, 4 enfants à 14 ans et on ne sait pas combien de viols entre temps et elles partent seules avec un parcours migratoire traumatique et arrivent ici seule, elles rencontrent un homme à la gare qui apparemment est gentil et elles font un bébé. On espère que ce n'est pas un viol, elles disent que non mais leur histoire est tellement violente qu'on ne sait pas trop. » Louise Dacoury-Tabley, ASS, 27 septembre 2023.

Les patientes qui immigreront pour améliorer leurs conditions de vie ont quasiment toute la même histoire :

Madame D. a fui la Guinée à cause de violences conjugales suite à un mariage forcé. Cette patiente avait été excisée pendant son enfance. A l'examen gynécologique, on voit de nombreuses marques de cicatrices sur les cuisses et le bas du ventre de la patiente. La sage-femme prendra rendez-vous pour elle, selon son souhait, avec l'association Les Orchidées Rouges, spécialisée dans l'accompagnement des femmes qui ont subi des violences et qui travaille avec la PASS au quotidien. Le couple vit chez un ami qui les héberge pour le moment.

Madame E. a quitté le Soudan pour rejoindre son conjoint, déjà présent en France. Leur famille était recherchée pour s'être opposé au gouvernement du pays. Elle restera très discrète lors de la consultation, c'est son mari qui traduira pour elle. Ils ont déjà un petit garçon de 5 ans, né au Soudan, qui les a suivis en France lors de la migration de Madame. Ils vivent à trois dans un petit T1 à Vénissieux.

Madame M. guinéenne a fui le coup d'Etat et vit aujourd'hui dans un logement d'urgence dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon sans savoir combien de temps elle pourra y rester. Lorsque la sage-femme demande si elle a des antécédents particuliers la patiente ôte son voile et nous montre une immense cicatrice qui commence au-dessus des sourcils jusqu'au milieu du crâne : elle et sa mère ont été agressées quand elle avait 8 ans par des militaires. Aujourd'hui, elle a de gros problèmes de vue et de maux de tête surtout lorsqu'il y a beaucoup de soleil.

Madame K. congolaise, infectée par le virus de l'hépatite B sur son trajet migratoire répondra : « c'est commun les violences en Afrique sur les femmes. » lorsque la sage-femme lui demandera si elle a déjà été victime de violence. Elle a été excisée enfant. A l'examen gynécologique, on constate que ses lèvres internes sont quasiment jointes sur toute la longueur et elle a de très nombreuses marques et cicatrices sur les jambes. On lui donnera les contacts des Orchidées Rouges. Cette femme et son conjoint vivent dehors à la gare de Perrache.

Madame Y. est venue d'Algérie avec son conjoint et leur première fille car leurs deux familles étaient contre leur union. Aujourd'hui, ils dorment chez des amis à Vaulx-en-Velin et emmène à pied tous les jours leur petite fille à l'école dans le 7^{ème} arrondissement de Lyon. Ils passent la journée entière dehors puis ils rentrent le soir pour dormir car les personnes qui les hébergent ne sont pas d'accord pour qu'ils passent la journée chez eux.

Ces parcours témoignent des souffrances subies par les femmes lors de leur migration.

b) Des vulnérabilités qui s'additionnent

En prenant en charge des patientes immigrées on pense tout de suite à leur situation irrégulière sur le territoire et donc l'impossibilité de trouver un emploi stable et d'avoir un revenu. Pourtant, la question des vulnérabilités est bien plus complexe et large. Louise Dacoury-Tabley, assistante de service social à la PASS explique que : *« dans la majorité des cas, ce sont des vulnérabilités qui s'entassent et qui font des situations de très grandes vulnérabilités au-delà de la seule précarité financière »*. (Louise Dacoury-Tabley, ASS, 27 septembre 2023). Il y a une autre dimension à cette

vulnérabilité administrative, celle de la barrière de la langue. Beaucoup de femmes ne parlent pas français ou très peu or l'ensemble des démarches de régularisation sur le territoire, les rendez-vous à la préfecture sont à faire en français ce qui est un frein au parcours d'intégration des femmes dans la société. Dans les parcours migratoires traumatiques, les dames qui arrivent à la PASS en provenance d'Afrique sont toutes passées par la Méditerranée, avec des transits par des pays comme la Libye ou la Syrie où la violence règne. Ces parcours ont un impact psychologique qui les rendent vulnérables. Une fois arrivées en France, les femmes se retrouvent à dormir à la rue ou dans une gare où il y a encore une autre forme de vulnérabilité et de violence. Toutes les femmes précédemment citées sont vulnérables pour de multiples raisons : barrière de la langue pour la plupart, absence de logement pérenne, irrégularité sur le territoire, absence de revenu, difficulté pour se nourrir et dépendance aux aides des associations/maraudes/samu social, vécu traumatique et donc vulnérabilité psychologique.

Le rôle de ces trois rendez-vous à la PASS et de la suite de la prise en charge sociale avec les vingt sage-femmes de la PMI de la Métropole de Lyon c'est ça : « *Il y a une sorte de toile d'araignée autour d'elles de vulnérabilité qu'on essaie de dénouer en passant par l'urgence. Répondre aux besoins primaires et on essaie de les protéger avec les moyens du bord.* » - Louise, ASS, 27 septembre 2023. Pour répondre à ces besoins primaires, les professionnelles de la PASS communiquent avec la PMI et les différentes maternités partenaires par différents moyens.

c) L'accueil des femmes immigrées précaires enceintes dans les structures de soins en France

En France, nous accueillons et soignons les personnes qui en ont besoin. Nous l'avons fait à Lyon depuis 542 à l'Hôpital Notre-Dame de Lyon sur les bords de Saône, puis à l'Hôtel Dieu en 1184, Hôtel Dieu qui prendra sa forme finale en 1493. François Rabelais y travaillera de 1532 à 1534 (*source : aucoeurdelyon.fr*). Ces lieux de soins reçoivent sans distinction orphelins, pauvres et étrangers pour des soins de santé.

Des années plus tard, en 1893 et jusqu'en 1993, les personnes les plus pauvres pouvaient avoir recours à l'Aide Médicale Départementale, délivrée par les départements de résidence sans condition de régularité sur le territoire. Cette aide leur

permet d'avoir accès à des soins de santé gratuits. La loi 93-1027 du 24 août 1993 modifie les conditions d'entrée et d'immigration sur le territoire et impose, entre autres, la régularité du séjour des demandeurs de l'Aide Médicale Départementale. Les personnes immigrées sans papiers, n'ont donc plus aucune protection sociale et donc plus aucune possibilité d'avoir accès à des soins de santé remboursés. Il faudra attendre la loi 99-641 du 27 juillet 1999 qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2000 pour que l'Aide Médicale d'Etat, AME, voit le jour. Cette AME permet aux personnes sans papiers de bénéficier des soins les plus élémentaires avec une prise en charge à 100% sans avance de frais. Ils concernent : les soins médicaux et dentaires, les médicaments remboursés à 100%, 65%, 30%, les frais d'analyses, les frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale, les frais de certaines vaccinations et certains dépistages, les frais liés à la contraception, à l'IVG et les soins obstétricaux. Certains soins sont soumis à un délai d'ancienneté de 9 mois. A noter que l'AME est attribuée sans conditions aux enfants de moins de 18 ans dont les parents sont immigrés et en situation irrégulière sur le territoire français. Aujourd'hui, pour qu'un ressortissant étranger accède à l'AME, il faut remplir plusieurs conditions :

- Justifier de son identité et éventuellement de celle des personnes à charge.
- Résider depuis plus de 3 mois en France sans interruption : métropole et départements d'outre-mer à l'exception de Mayotte où l'AME n'est pas applicable. Pour cela, un visa ou le tampon mis sur le passeport au passage de la frontière est suffisant. Cependant, rares sont les immigrés qui traversent la frontière de cette manière-là. Ils peuvent alors fournir une attestation d'hébergement établie par l'hébergement d'urgence, la quittance de loyer de la personne qui les héberge à titre gratuit, une attestation de domiciliation établie par un organisme social si la personne vit à la rue.
- Les ressources du demandeur ne doivent pas dépasser un certain plafond défini en fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence. Pour une personne résidant en France le montant du plafond annuel ne doit pas dépasser 9718,71€ en prenant en compte l'ensemble des ressources perçues sur les 12 mois précédents la demande.
- Le conjoint/conjointe lié par un PACS peut bénéficier de l'AME du demandeur.
- Les enfants à charge de moins de 16 ans et jusqu'à 20 ans s'ils font des études.

On note que les explications des démarches pour obtenir l'AME sont disponibles en 7 langues différentes sur le site de l'assurance maladie. Pour une première demande d'AME, le formulaire à remplir est à déposer avec les pièces justificatives auprès de l'Assurance Maladie, ce document fait 3 pages et n'existe qu'en langue française sur le site internet de l'Assurance Maladie...

Plusieurs autres dispositifs ont été mis en place en France ces dernières années pour accompagner les femmes, les couples et leur nouveau-né lorsqu'une situation de précarité est détectée.

Selon l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2021 les services de maternité ont plus facilement accès à des assistants de service social qu'en 2016. Ils sont présents dans 54,1% des maternités contre 39,9% en 2016. Toujours selon l'Enquête Nationale de Périnatalité, les accès aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé n'ont pas significativement augmentés entre 2016 et 2021. Leur accès concerne 35% des maternités. En revanche, parallèlement aux PASS, les staffs pluridisciplinaires se sont renforcés, passant de 36,5% à 52% avec des passages des professionnels de la PMI au moment de ces staffs pour coordonner l'ensemble des prises en charge entre milieu hospitalier et ville. Les échanges entre la maternité et la PMI sont formalisés par des conventions dans 50,7% des maternités. Toujours dans le but de faciliter les prises en charge des patientes immigrées et ne parlant pas français, l'Enquête Nationale de Périnatalité relève que 90% des maternités mettent en place des dispositifs variés pour prendre en charge ces patientes comme par exemple, 40% des maternités utilisent un système d'interprète soit en référant les professionnels bilingues dans les services soit en faisant appel à des organismes comme ISM-Corum à Lyon pour faciliter les prises en charge de ces patientes. On constate que beaucoup de dispositifs sont mis en place pour que les professionnels accompagnent au mieux ces patientes précaires.

Pourtant, Priscille Sauvegrain, sage-femme et sociologue explique que les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne sont le groupe qui « *présente les indicateurs de santé maternelle et périnatale les plus préoccupants* » et que « *de nombreux soins différenciés* » leurs sont prodigués non seulement parce qu'elles ont un accès différent au soin par rapport à la population générale mais aussi par une hausse ou un abaissement de la norme de prise en charge par le professionnel pour ces populations-là. Les enjeux obstétricaux et de réduction des inégalités face aux soins

de santé pour ces femmes sont donc de tailles. (Revue *Santé Publique*, chapitre « *Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France* », 2021, Priscille Sauvegrain).

d) L'adhésion des patientes au parcours de soins proposé

Au commencement de notre recherche, nous sommes partis du postulat que les patients en situation de précarité ou de grande précarité avaient tendance à négocier leurs trajectoires de soin ne s'estimant pas suffisamment dans le besoin pour prétendre à l'ensemble des aides proposées. Après quelques entretiens, nous nous sommes rendus compte du contraire pour ce qui était des femmes enceintes précaires venant à la PASS. Toutes les professionnelles rencontrées dans le cadre de cette recherche diront que les femmes viennent quasiment toujours à leur rendez-vous. L'obstacle principal à leur assiduité est l'hébergement, très précaire à Lyon, qui les font se déplacer de très nombreuses fois et les éloigne de leur lieu de prise en soins. A la question « est-ce que les femmes qui sont inscrites dans votre maternité viennent aux consultations qui leurs sont proposées ? », Corinne Pic, coordinatrice de la maternité de Lyon Sud, répond :

«Elles rentrent dans le schéma qu'on leur propose (...), elles viennent au rendez-vous, elles sont à l'heure, je crois qu'elles sont contentes qu'on les prenne en charge. D'une manière générale hein bien sûr, il y en a peut-être une ou deux qui échappent au suivi parce qu'elles sont logées dans un CADA à Villefranche sur Saône et que le relai est pris ailleurs mais en général elles adhèrent. » Corinne Pic, coordinatrice de la maternité de Lyon Sud, 3 octobre 2023.

Elles viennent aux rendez-vous, elles acceptent les aides, même ponctuelles, qu'on leur propose. A la PASS, l'ensemble des professionnelles a une heure d'entretien avec la patiente et prend le temps d'expliquer en détail et de s'assurer que les patientes ont compris l'importance du rendez-vous et le lieu de celui-ci. L'assiduité, la ponctualité et l'adhésion au parcours de soin se ferait grâce à une communication efficace, des explications claires et l'instauration d'une relation de confiance entre le professionnel et la patiente. A ce sujet, Louise Dacoury-Tabley explique :

« Je pense que la clé c'est vraiment de leur expliquer et de prendre le temps (...) le temps qu'on passe à expliquer 4-5 fois c'est hyper important et c'est du temps gagné parce que les patientes vont comprendre pourquoi c'est important pour elles et si elles ne comprennent pas, elles vont pouvoir le dire. A ce moment-là on va pouvoir les entendre et rendre les gens autonomes en laissant des coordonnées. Donc je suis assez d'accord avec ça oui. » Louise Dacoury-Tabley, ASS, 27 septembre 2023.

Les femmes enceintes précaires et immigrées semblent alors porter leur attention sur leur futur bébé ce qui les pousse à entrer dans les schémas médico-sociaux qu'on leur propose sûrement plus pour l'enfant qu'elle porte que pour elle-même. Cette adhésion au parcours est renforcée par le fait que les professionnelles de la PASS ont le temps d'expliquer pourquoi les rendez-vous sont importants pour elles et pour le futur bébé. Lorsqu'un patient comprend et est rendu pleinement acteur de son parcours de soin, il est plus observant. C'est ce que nous disions en introduction de ce travail de recherche avec les propos de Anselm Strauss et Pierre Aïach.

Il y a tout de même une ombre au tableau, ce que dit Corinne Pic rejoint ce qui a été sous-entendu plus haut : les populations migrantes sont vouées à beaucoup se déplacer dans l'espace, allant d'hébergement d'urgence, en nuit d'hôtel et en squat ce qui complique le suivi des assistants de service social des PMI mais aussi rallonge leur trajet jusqu'aux hôpitaux ce qui peut les mettre en très grande difficulté. Malheureusement, le manque cruel d'hébergement d'urgence dans le Rhône et sur la Métropole de Lyon ne permet pas de prendre en charge toutes les personnes demandeuses. Valérie Andrès, sage-femme à la PMI complète le propos de Corine Pic :

« Celles qui sont dans le cadre d'un regroupement familial [sortent plus souvent du dispositif, ndlr]. Elles arrivent, même si elles n'ont ni droit ni titre elles ont un maillage autour et donc un certain équilibre dans leur vie. Mais les femmes qui sont isolées, qui ont des problèmes psy voire d'addiction ce sont des femmes invisibles qui sont dans l'insécurité de leur avenir et du lendemain donc la PASS et la PMI c'est une bouée de sauvetage pour elles.» Valérie Andrès, sage-femme, 23 novembre 2023.

Madame B. patiente de 18 ans, d'origine roumaine était dans ce cas-là. Arrivée en France peu de temps avant sa consultation à la PASS, elle est accompagnée par le père de son compagnon mineur et absent ce jour-là. La patiente ne parle pas français du tout, un traducteur avait été demandé pour la consultation et attendait notre appel.

La patiente, son beau-père et sa belle-mère arrivent avec plus de 40min de retard au rendez-vous et refuse que leur belle-fille soit vue en tête à tête avec la sage-femme et le traducteur. Après une tentative de négociation entre la sage-femme et le beau-père pour que vingt minutes de consultation se déroule sans sa présence, le beau-père refuse et quitte la PASS en disant : « *On va aller ailleurs !* ». Le drame de cette situation est qu'on ne sait pas où sont réellement les violences subies par cette femme : pourquoi a-t-elle quitté son pays et sa famille aussi jeune pour vivre avec la famille de son conjoint qui est mineur ? pourquoi le beau-père avait-il aussi peur que sa belle-fille reste seule avec nous pendant vingt minutes ? La patiente sera rappelée par la secrétaire administrative pour fixer un nouveau rendez-vous afin de tenter de comprendre cette situation préoccupante. Dans ce cas-là, la PASS arrive au bout de ses capacités pour raccrocher la patiente au système de soin français.

Donc les femmes qui immigreront pour fuir leurs conditions de vie ont quasiment toutes le même parcours migratoire traumatique et n'ont pas pour seule vulnérabilité leur irrégularité sur le territoire mais une multitude de fragilités complexes qui s'additionnent. Malgré ces difficultés, elles adhèrent aux prises en charge qu'on leur propose en venant au rendez-vous contrairement au postulat de départ. Nous verrons par la suite que chacune des maternités des Hospices Civils de Lyon a une sorte de parcours pour les femmes enceintes issues de la PASS avec des consultations spécifiques supplémentaires plus ou moins prévues de manière systématique.

V- Les liens entre la PASS et les maternités – protocoles

Ici nous discuterons de la communication entre la PASS et les différentes maternités, les protocoles et le suivi des femmes dans chacune des maternités des Hospices Civils de Lyon et l'efficacité de ce système.

a) Création d'un formulaire

Lorsqu'une patiente est accueillie à la PASS, l'assistante de service social et la sage-femme qui a fait sa première consultation remplissent un formulaire qui sera transmis à la maternité dans laquelle la patiente sera inscrite. Nous l'avons dit, elles essaient au maximum d'inscrire les femmes au plus près de leur lieu de résidence. Ce formulaire a été conçu par les professionnelles de la PASS pour qu'il corresponde au maximum à la spécificité de la prise en charge de ces femmes (document ajouté en annexe). Il est divisé en cinq parties : une première administrative avec la date de la demande, la maternité souhaitée... une seconde partie sur l'identité de la patiente avec notamment la nationalité de celle-ci, la nécessité ou non d'un interprète pour la réalisation des consultations et le code de la PASS pour réserver un interprète chez ISM-Corum. En troisième partie on trouve les éléments médicaux de la patiente. Puis une quatrième partie sociale succincte qui trace la date du rendez-vous social à la PASS, la date d'arrivée de la patiente en France, son statut administratif, si elle a ou non une couverture sociale et si l'ouverture des droits a été faite. Une grande place est laissée au résumé de la situation de la patiente et une liaison plus détaillée est directement envoyée à l'assistante de service social de la maternité dans laquelle la patiente est inscrite. Enfin, une dernière partie est laissée à la consultation médicale du jour avec la possibilité de noter des informations à propos du suivi psychologique de la patiente et les prochains rendez-vous donnés à la PASS. Chaque année, le formulaire est revu, complété et amélioré pour convenir au maximum aux situations que les professionnelles de la PASS rencontrent.

Durant notre étude nous avons pu rencontrer les coordinatrices de la maternité de Lyon Sud et de l'Hôpital Femmes Mères et Enfant (HFME). La coordinatrice de la maternité de la Croix-Rousse ne nous a pas répondu mais lors d'un stage dans le service de consultation il a été possible de se renseigner directement auprès des

professionnels sur le parcours des femmes accueillies à la PASS et inscrites à la Croix-Rousse.

b) Fonctionnement de l'Hôpital Femmes Mères Enfants

Le fonctionnement de l'HFME est un peu particulier car Noélie Vey, coordinatrice de la consultation est également la coordinatrice de la PASS périnatalité au moment de notre étude. Elle a donc une double vision du fonctionnement de la PASS avec les maternités ce qui peut grandement contribuer à faire avancer la liaison entre la PASS et les maternités. Sa première mission en tant que coordinatrice des consultations à l'HFME est d'inscrire les patientes dont elle reçoit les dossiers à la maternité. On verra que Corinne Pic, à la maternité de Lyon Sud a le même rôle. A la question « est-ce que vous recevez beaucoup de patientes de la PASS ? » Noélie Vey répond : « *Oui beaucoup ! J'ai 84 places par semaine tout confondu et 3 sont réservées pour la PASS que ce soit une grossesse à haut risque ou à bas risque (...) la majeure partie du temps c'est complet.* » Selon la fiche d'inscription transmise, la patiente est inscrite dans une filière à bas risque ou à haut risque c'est-à-dire avec un suivi sage-femme dans le premier cas et une échographie par trimestre ou avec un suivi par un gynécologue-obstétricien dans le second cas et en fonction de la pathologie un plus grand nombre d'échographie et/ou d'autres rendez-vous spécialistes notamment un rendez-vous avec la pédopsychiatre dans le cas de migration avec des parcours traumatiques. Dans la population générale, les femmes enceintes sont suivies tous les mois par une sage-femme libérale, un gynécologue ou un médecin généraliste de ville et elles ont des consultations dans la maternité dans laquelle elles vont accoucher aux 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois. La particularité du suivi des femmes précaires qui ont été reçues à la PASS et qui sont inscrites à l'HFME est qu'elles ont la date de l'ensemble de leurs rendez-vous dès leur inscription sur le site de l'HFME. Elles ne retournent ni en ville ni à la PMI pour le suivi de grossesse ce qui évite des incompréhensions entre la patiente et les différents professionnels surtout dans le cas de patientes avec une barrière de langue. D'autre part, un Entretien Prénatal Précoce est systématiquement planifié pour ces patientes afin de prendre une heure complète pour faire le tour de leurs besoins et recueillir leur histoire de vie. La préparation à la naissance est aussi planifiée à l'HFME pour simplifier toute la prise en charge. Est-ce que ce suivi

personnalisé est facteur d'adhésion aux rendez-vous ? Madame Vey nous dit qu'en effet, l'absentéisme est la problématique de ces patientes migrantes car : *« leur préoccupation c'est leurs droits sociaux, trouver un logement, s'occuper des aînés si besoin. Et s'il faut choisir entre le rendez-vous à la préfecture et le rendez-vous médical ben, elles vont choisir la préfecture pour leurs papiers »*. Certains rendez-vous ne sont pas honorés par les patientes de la PASS, soit par incompréhension de l'importance du rendez-vous, soit parce qu'elles se sont perdues sur le trajet soit tout simplement parce qu'un autre rendez-vous social a été prévu sur le même créneau. Malheureusement pour notre recherche, il n'y a pas de chiffre précis des rendez-vous non honorés par les patientes qui viennent de la filière PASS. En revanche, le « protocole » de l'HFME indique que si une patiente « classique » ne vient pas à son rendez-vous, un mail lui est envoyé l'informant qu'elle a un délai de 48h pour reprendre un rendez-vous sinon elle est désinscrite. Pour les patientes de la filière PASS, elles ne sont pas désinscrites. Elles sont prises en rendez-vous lorsqu'elles se présentent aux urgences obstétricales ou avec les sage-femmes de consultation. Noémie Vey complète en disant :

« On informe la PASS quand elles ne sont pas venues. On redonne un rendez-vous nous-même à la dame et puis si elles ne viennent pas on redonne un rendez-vous jusqu'à ce qu'on arrive à les avoir. Après sinon, elles viennent aux UGO (Urgences Gynéco-Obstétricale, ndlr.) et on les prend en charge là. On ne les désinscrit pas. Souvent elles ne viennent pas au premier et ensuite elles viennent. Une fois qu'elles ont identifié la maternité, qu'elles ont vu la sage-femme ou le médecin elles reviennent plus facilement. » Noémie Vey, coordinatrice de l'HFME, 6 décembre 2023.

Donc, à l'HFME, les femmes issues de la PASS sont des femmes qui ont une prise en charge très encadrées avec un vrai suivi rapproché afin que le tissu médico-social soit le plus efficace et opérant possible sans demande de compliance.

c) Fonctionnement de l'Hôpital Lyon Sud.

Comme dit précédemment, les sage-femmes de la PASS contactent Corinne Pic, coordinatrice des consultations de la maternité de Lyon Sud, qui se charge ensuite d'inscrire les patientes de la PASS dans une filière à bas risque avec un suivi sage-

femme ou à haut risque avec un suivi par des gynécologues-obstétriciens. Là aussi, tous les rendez-vous sont donnés dès l'inscription. Sur le nombre de places réservées par semaine, Corinne Pic nous répond : « *On accepte 40 patientes par semaine (...). Même si je suis à 40 et qu'on me demande une inscription pour une patiente de la PASS parce qu'elle vit dans un squat à Oullins, je prends l'inscription. De toute façon elles vont venir accoucher ici. Je me débrouille tout le temps pour lui trouver un suivi de grossesse.* » Corinne Pic, coordinatrice de Lyon Sud, 3 octobre 2023.

La particularité de Lyon Sud est qu'il y a une sage-femme qui a un Diplôme Universitaire sur les violences faites aux femmes. C'est elle qui reçoit préférentiellement les femmes de la PASS en suivi de grossesse à bas risque. Si besoin les patientes pourront bénéficier d'une consultation avec une sage-femme tabacologue, la psychologue/psychiatre et/ou l'assistante de service social. La difficulté de Lyon Sud se concentre plutôt sur la barrière de la langue - surtout lorsque le conjoint ne traduit pas - et sur l'organisation de la suite quand les femmes quittent la maternité après leur accouchement. Souvent, elles sortent de la maternité avec quelques nuitées d'hôtel, sans beaucoup plus de moyens financiers qu'avant la naissance. Alors : « *[On] donne volontiers du lait, des couches, le service Happytal donne parfois des doudous et ça c'est réservé pour ces patientes. On a une grand-mère qui tricote bénévolement et qui donne des vêtements parfois. Et elles acceptent toujours !* », Corinne Pic. Il n'est possible que d'agir sur du court terme via des dons de matériels par-ci, par-là mais une fois que ces femmes ont quitté l'hôpital on ne sait pas ce qu'elles deviennent et comment grandi leur enfant.

e) Fonctionnement de l'Hôpital de la Croix-Rousse

La troisième maternité où nous avons pu avoir des informations sur le fonctionnement du suivi des femmes enceintes issues de la PASS est la maternité de la Croix-Rousse. Il n'a pas été possible de rencontrer la coordinatrice qui s'occupe de l'inscription des patientes de la PASS mais lors d'un stage nous avons pu poser quelques questions aux sage-femmes qui font de la consultation. Les femmes sont inscrites selon le niveau de risque de leur grossesse soit pour un suivi avec une sage-femme soit avec un gynécologue-obstétricien, de la même manière que dans les autres maternités. Cinq sage-femmes ont un Diplôme Universitaire précarité, santé périnatale

et maternelle et ce sont elles qui s'occupent des femmes issues de la PASS. Autant que possible, les rendez-vous sont prévus avec la même sage-femme tout au long de la grossesse afin que les patientes ne soient pas contraintes de répéter plusieurs fois leur histoire. Un Entretien Prénatal Précoce est aussi systématiquement proposé aux femmes afin de recueillir l'ensemble des besoins de la patiente et de planifier des rendez-vous spécifiques. Malheureusement nous n'avons pas pu avoir d'information sur les patientes qui n'honorent pas leurs rendez-vous, nous ne savons donc pas vraiment ce qui est mis en place pour ramener au sein du tissage médico-social ces patientes précaires. Nous pourrions alors seulement dire qu'à la Croix-Rousse, le suivi des femmes enceintes issues de la PASS est un peu plus spécifique que le suivi des patientes « classiques » sans forcément conclure quelque chose de précis sur le protocole mis en place.

f) Efficacité du système

Nous avons posé la question de l'efficacité du système et de ce qu'il y avait à améliorer à l'ensemble des professionnelles interrogées. Sur le sujet, Noélie Vey donne une réponse très complète grâce à sa double casquette :

« Comme tous les systèmes il pourrait être amélioré. Toute la collaboration avec les autres maternités partenaires (autres que l'HFME, ndlr) est à améliorer je pense. (...) toutes les maternités du territoire, privés ou publics. Une répartition avait été décidée où chaque maternité devait prendre 1,5% des accouchements. Toutes ne jouent pas le jeu. Le privé ne joue pas le jeu sauf le Médipôle. (...) Les délais de réponse peuvent être améliorés mais pour ça il y a des rencontres avec les cadres qui sont prévues. »

Sur ce premier point, les professionnelles de la PASS ont pu exposer leurs difficultés par rapport aux inscriptions dans les maternités lors du Comité de Pilotage à l'ARS de novembre 2023 sur la période d'octobre 2022 à octobre 2023. Une diapositive concernait les inscriptions (tableau suivant) et les refus d'inscription par les maternités.

	Natécia Lyon	Médipôle	St Luc St Joseph	Portes du Sud	Villefranche	Total
Patientes inscrites par la PASS	1 (0,37%)	10 (3,68%)	23 (8,46%)	37 (13,6%)	4 (1,47%)	75
Nombre de refus	1	1	3	8	0	13
Pourcentage de refus	50%	9%	11%	17%	0%	

	Givors	Croix- Rousse	Lyon Sud	HFME	Val D'ouest	Total
Patientes inscrites par la PASS	3 (1,1%)	57 (20,96%)	48 (17,65%)	88 (32,35%)	1 (0,37%)	197
Nombre de refus	0	22	17	33	0	72
Pourcentage de refus	0%	27%	26%	27%	0%	

Tableau 3 : Répartition des inscriptions présentées lors du CoPile 2023 de la PASS à l'ARS.

Lecture : 1 femme de la PASS a été envoyée à Natécia ce qui représente 0,37% des femmes suivies par la PASS.

Grâce à ce tableau on constate rapidement la difficulté des maternités à inscrire à la dernière minute les femmes issues de la PASS. En revanche, le tableau ne présente pas le nombre de tentative d'inscription avant réussite et n'indique pas que toutes les femmes reçues initialement à la PASS sont, à terme, toujours, inscrites dans une maternité. Pour améliorer ce point central, des concertations avec les différentes coordinatrices des maternités sont prévues courant 2024.

g) La question du suivi post-natal des femmes

Corinne Pic, soulève la question de la prise en charge et du suivi post-natal de ces femmes migrantes. Les assistants de service social réussissent à obtenir des nuits d'hôtel, de courtes périodes dans des foyers mais ce n'est que du palliatif et du temporaire. D'autant plus que les accueils en foyer sont très rares car ils acceptent très

peu les couples et/ou les femmes qui ont un nouveau-né. Pour le suivi en post-natal, nous avons posé la question à Valérie Andrès, sage-femme de PMI qui répond : « *Malheureusement [nous ne les revoyons, ndlr.] pas toutes parce que ce sont des populations qui bougent beaucoup, beaucoup mais c'est proposé systématiquement oui. Elles sont 10 jours à l'hôtel à Lyon 7, puis 10 jours à St Fons...* ». Elle souligne, un peu plus tard dans l'entretien : « [en réalité pour améliorer la prise en charge de ces femmes il faudrait améliorer les dispositifs d'hébergement d'urgence] *on a encore beaucoup à faire à ce niveau-là. Sécuriser la grossesse on le fait, il manque le fait de donner un hébergement à ces femmes pour compléter le boulot.* » Valérie Andrès, 23 novembre 2023.

Aujourd'hui, le fonctionnement entre la PASS et les maternités est efficace. Les patientes adhèrent au système de soins, au suivi qui leur est proposé et si certaines ne se présentent pas aux rendez-vous un protocole existe dans les services pour les raccrocher au parcours de soins français. En revanche, par l'absence d'un pédiatre au sein de la PASS de l'hôpital Edouard Herriot et de consultations de suivi post-natal, la PASS ne correspond pas entièrement à la définition de la périnatalité. Le manque cruel d'hébergement social de longue durée est aussi un frein à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'insertion dans la société de ces couples et de leur nouveau-né.

VI- Conclusion et perspectives

Nous partions du postulat que les personnes précaires avaient tendance à négocier leur parcours de soin et à refuser une partie des aides qu'on leur proposait ne s'estimant pas suffisamment précaires pour les mériter. Nous ferons plutôt la conclusion que le fait d'être enceinte fait entrer dans le système de soin plus facilement les femmes migrantes qui acceptent, la plupart du temps, toutes les aides qu'on peut leur proposer.

Lyon est la deuxième ville d'immigration de la région Auvergne-Rhône-Alpes, les femmes qui sont primo-arrivantes après des parcours migratoires traumatiques font suivre leur grossesse et leur dossier social entre la PASS, leur PMI de quartier et la maternité dans laquelle elles sont inscrites. Le maillage fort entre ces trois structures tend, au fil des années, à se renforcer pour que la communication soit la plus fluide possible et la prise en charge des femmes la plus complète. Le service de la PASS semble efficace et fonctionnel sur le temps court qu'est la grossesse dans la prise en charge des femmes enceintes primo-arrivantes en France et permet de réduire les inégalités sociales de santé sur le moment de la grossesse. D'autres part, les maternités développent et mettent en place des dispositifs pour faciliter les prises en charge de ces patientes.

Il reste encore de quoi améliorer le dispositif de la PASS après seulement trois ans d'existence. L'équipe en place a d'ailleurs quelques perspectives d'avenir pour faire évoluer ce service :

- Poursuivre les rencontres avec les partenaires internes et externes.
- Améliorer les liens et des partenariats avec les maternités. Ce que nous avons expliqué précédemment.
- Travailler une activité collective au sein de la PASS périnatalité (développé juste après).
- Construire des outils pour faciliter la compréhension des patientes : ce qui concerne notamment la révisions de la fiche d'inscription.
- Rechercher des dons de matériels auprès d'associations et de particuliers qui pourront ensuite être remis aux patientes les plus en difficultés.
- Collaborer avec le centre de prélèvements : ce qui est mis en place en octobre 2023, peu de temps après la rédaction du CoPile, et qui facilite grandement les

consultations car les sage-femmes n'ont plus à faire les prélèvements sanguins aux patientes, un rendez-vous est programmé quinze minute après la consultation au centre de prélèvement du bâtiment.

- La formation des équipes.

Marie-Marthe Decquidt, sage-femme de la PASS, parle de plusieurs projets qu'elle aimerait développer au sein de la PASS pour compléter les prises en charge des patientes. Notamment la création d'un « *projet d'atelier collectif autour de la contraception, de l'estime de soi, ce que sont les violences et faire plusieurs temps avec le même groupe de dames pour discuter de ce que c'est la grossesse, le suivi et puis la contraception et le retour de couche. Pour qu'elles partent avec un petit bagage et faire de la prévention et du lien entre elles.* » en binôme avec Louise Dacoury-Tabley. Cette idée est venue lorsque les premières patientes sont venues re-consulter à la PASS pour une deuxième grossesse en retour de couche. Le but serait donc de rendre autonome les femmes en matière de contraception une fois qu'elles ont accouché. L'équipe aimerait aussi pouvoir intégrer dans un futur plus ou moins proche une psychologue ou une professionnelle de la santé mentale au sein de la PASS pour prendre directement en charge les patientes qui ont des parcours traumatiques ce qui ferait un 4^{ème} rendez-vous, au moins, sur le site de la PASS.

Plusieurs ombres subsistent : les derniers rapports sur la mortalité maternelle en France indique qu'en dehors des décès par suicide, les femmes qui meurent sont les femmes immigrées d'Afrique. Comme l'a dit Priscille Sauvegrain (2021), c'est une population aux enjeux obstétricaux majeurs sans qu'il soit à l'heure actuelle possible de savoir si c'est lié à une prédisposition particulière, une conséquence de leur parcours de migration ou une différence dans leur prise en charge. D'autres part, les récentes annonces politiques concernant l'AME interroge sur ce que deviendront les PASS et pose des questions de santé publique et des questions éthiques sur la prise en charge de ces femmes qui est indispensable. Enfin, que deviennent les enfants nés en France de ces patientes immigrées qui seront ensuite scolarisés dans nos écoles alors que leurs parents ne seront pour la plupart toujours pas en situation régulière ?

Bibliographie

Articles et sites internet :

1. Thalineau, A. (2013). Être femmes à la rue. Presses Universitaires François-Rabelais. <https://doi.org/10.4000/books.pufr.364>
2. Cinelli, H. (2023). Enquête nationale périnatale 2021, mieux comprendre la santé périnatale en France métropolitaine. *Sages-Femmes*, 22(2), 34–39. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1016/j.sagf.2023.01.008>
3. Beauchemin, Simon, Hamel, Trajectoires et Origines - Enquête sur la diversité des populations en France. (2008).
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/24668/grande.enquetes_te0_fascicule.fr.pdf
4. Beauchemin, C., Ichou, M., Simon, P., & le groupe de conception de l'enquête TeO2. (2023). Trajectoires et Origines 2019-2020 (TeO2) : présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France. *Population*, 78(1), 11–28. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/popu.2301.0011>
5. Formarier, M., & Jovic, L. (Eds.). (2016). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition.). Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
6. Ambrosetti, E., Tattolo, G., Toader, A., Kateb, K., & Diguët, D. (2009). Femmes, rapports de genre et dynamiques migratoires. *Population*, 63(4), 767–793. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/popu.804.0767>
7. Pfister, V., Guiboux, L. & Naitali, J. (2014). Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. *Informations sociales*, 182, 100-107. <https://doi.org/10.3917/inso.182.0100>
8. Sauvegrain, P. (2012). La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.4000/remi.5902>
9. Beauchemin, C., Borrel, C. & Régnard, C. (2013). Les immigrés en France : en majorité des femmes. *Population & Sociétés*, 502, 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.502.0001>

10. Thiéblemont-Dollet, S. (2008). Sylvette Denèfle, dir., Femmes et villes. Questions de Communication.
11. Noiriel, G. (2010). Une histoire du modèle français d'immigration. Regards croisés sur l'économie, 8, 32-38. <https://doi.org/10.3917/rce.008.0032>
12. Sauvegrain, P. (2021). Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. Santé Publique, 33, 627-628. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0627>
13. Opatowski, M. (2015). La précarité sociale pendant la grossesse : construction d'un indice et association avec la santé des femmes enceintes. Enquête nationale périnatale 2010. Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique, 63(2), 146. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1016/j.respe.2015.02.016>
14. Coulm, B. (2020). La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes. Sages-Femmes, 19(1), 12–17. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1016/j.sagf.2020.01.016>
15. Bréchat, P.-H. (2015). Innover contre les inégalités de santé (J. Lebas, R. Bachelot-Narquin, & D. Sicard (Eds.)). Presses de l'EHESP.
16. Georges-Tarragano, C., Grassineau, D., Astre, H., & Gaillard, J. (2017). Soigner les migrants dans les PASS : Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle. Laennec, 65(1), 25–37. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/lae.171.0025>
17. Ridde, V. (2010). Les inégalités sociales de santé Écrits Pierre Aïach. Medecine/Sciences, 26(5), 540. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.1051/medsci/2010265540>
18. Strauss, A. (2006). Comment les compromis se négocient selon les contextes d'ordres sociaux. Négociations, n^o(sup> 5), 133-154. <https://doi.org/10.3917/neg.005.0133>
19. 90 300 naissances en 2018 : un nombre en baisse - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 85. (s. d.-b). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4215275>
20. Insee - Tableau de bord de l'économie française. (s. d.). https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/territoires/20_DEM/22_NAI
21. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee. (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>
22. En 2016, les femmes cadres ont un peu moins d'enfants que les employées - Insee Première - 1769. (s. d.). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4202277>

23. IMG1A - Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2017 – Zone d'emploi 2020 de Bourgoin-Jallieu (8406) –Étrangers - Immigrés en 2017 | Insee. (s. d.).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4515410?sommaire=4515432&geo=ZE2020-8406>

24. Localisation des immigrés et des descendants d'immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee. (s. d.).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793282?sommaire=6793391#consulter>

25. Population immigrée et étrangère en France | Insee. (s. d.).

https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757#tableau-figure1_radio1

26. Flyers PASS. (2023, juin), Juin 2023,

<https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/flyer-pass-perinatalite.pdf>

27. Rapport annuel du groupe local Lyon métropole, 2017

<https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/04/rapport-annuel-lyon-2017.pdf>

Textes juridiques :

28. Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France (1). - Légifrance. (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000530357>

29. Aide médicale d'État pour les étrangers en situation irrégulière. (s. d.). Sénat. <https://www.senat.fr/leg/ppl12-263.html>

30. Le fonds d'intervention régional. (2023, 10 novembre). National.

<https://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regionale>

31. U02 – PASS 18 juin 2013,

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mesure_fir_permanence_acces_soins_sante_pass.pdf

32. Guide PASS : introduction et enjeux, DGOS, 12 avril 2022,

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_coordo_pass_introduction_et_enjeux_du_guide.pdf

Annexes

1) Tableaux

Tableau 1 : répartition des PASS dans la Région Auvergne Rhône Alpes.

Ain 01			Allier 03		
Bourg-en-Bresse		Oyonnax	Moulins	Vichy	Montluçon
PASS MCO – CH Fleyriat	PASS Psy – CPA Bourg	PASS MCO + dentaire – CH du Haut Bugey	PASS MCO + dentaire – CH de Moulins	PASS MCO – CH de Vichy	PASS MCO – CH de Montluçon

Ardèche			Cantal 15		Drôme
Aubenas	Privas	Annonay	Aurillac	Saint Flour	Valence
PASS MCO – CH Ardèche Méridionale	PASS MCO + dentaire – CH Vals d'Ardèche	PASS MCO – CH Ardèche Nord	PASS MCO – CH Henri Mondor	PASS MCO – CH de Saint Flour	PASS MCO – CH de Valence

Drôme 26					
Montéleger	Crest	Die	Nyons	Romans-sur-Isère	Montélimar
PASS psy + dentaire – CH Drôme Vivarais	PASS MCO – CH de Crest	PASS MCO – CH de Die	PASS MCO – Hôpital local de Nyons	PASS MCO + périnatalité + mobile – CH Drôme Nord	PASS MCO – GH Portes de Provence

Isère 38					
Voiron	Vienne		Bourgoin-Jallieu		Grenoble
PASS MCO – CH de Voiron	PASS MCO – CH Lucien Hussel	PASS psy - ESMPI	PASS MCO + périnatalité – CH Pierre Oudot	PASS psy - ESMPI	PASS MCO + dentaire + pédiatrique - CHU

Isère 38			Loire 42		
Grenoble	Saint Egrève	Saint Chamond	Saint-Etienne	Feurs / Montbrison	Roanne
PASS MCO – GHM de Grenoble	PASS psy – CH Alpes Isère	PASS MCO – CH du Gier	PASS MCO + dentaire – CHU	PASS MCO – CH du Forez	PASS MCO + mobile + dentaire – CH de Roanne

Loire 42	Haute-Loire 43		Puy de Dôme		
Firminy	Le Puy en Velay	Brioude	Ambert	Riom	Thiers
PASS MCO – CH Le Corbusier	PASS MCO + dentaire – CH Emile Roux	PASS MCO – CH de Brioude	PASS MCO – CH d'Ambert	PASS MCO – CH Guy Thomas	PASS MCO – CH de Thiers

Puy de Dôme				Rhône 69	
Issoire	Clermont-Ferrand			Givors	Tarare
PASS MCO – CH Paul Ardier	PASS de Ville – MCO Solidarité Santé 63	PASS périnatalité + pédiatrique - CHU	PASS psy – CH Sainte Marie	PASS MCO + périnatalité – CH de Montgelas	PASS MCO + dentaire – CH de Tarare

Rhône 69					
Villefranche	Lyon	Vénissieux	HCL	Bron	Villeurbanne
PASS MCO + pédiatrique + optométrie – CH Nord-Ouest	PASS périnatalité + mobile + optométrie + kiné – St Joesph-St Luc	PASS MCO + périnatalité – GHM Les Portes du Sud	PASS MCO + dentaire + périnatalité + pédiatrique – Edouard Herriot et HFME	PASS psy – CH le Vinatier	PASS MCO - Médipôle

Savoie 73		Haute-Savoie 74			
Chambéry et Aix-les-bains	Albertville	Anney	Saint Julien	Rumilly	Thonon les Bains
PASS MCO + dentaire – CH Métropole Savoie	PASS MCO – CH Albertville Moutiers	PASS MCO + périnatalité + dentaire – CH Anney Genevois	PASS MCO – CH Anney Genevois	PASS MCO – CH Gabriel Deplante	PASS MCO – CH Hôpitaux du Léman
PASS MCO – Aix-les-Bains					

Haute Savoie 74	
Contamine sur Arve	Sallanches
PASS MCO – CH Alpes Léman	PASS MCO + dentaire – CH hôpitaux du Mont Blanc

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique – dénomination donnée aux PASS généralistes

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Tableau 2 : Pourcentage de la population immigrée dans la population générale de chacun des départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2020-2021, source : INSEE.

	Haute-Savoie	Rhône	Ain	Isère	Drôme	Loire
Population immigrée en %	14,3%	13,1%	11%	10,2%	8,1%	8%
Population totale du département	835 206	1 883 437	657 856	1 277 513	517 709	768 508

	Savoie	Puy-de-Dôme	Allier	Ardèche	Haute Loire	Cantal
Population immigrée en %	7,7%	7%	5,8%	5,2%	4,1%	2,6%
Population totale du département	439 750	661 852	335 628	329 325	227 489	144 379

2) Formulaire d'inscription en maternité



PASS PERINATALE HEH
Hospices Civils de Lyon
Groupement Hospitalier Centre
5 place d'Arsonval 69003 LYON
HEH.passperinatale@chu-lyon.fr
Tél : 04 72 11.25 91

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION A LA MATERNITE

Demandeur :

Maternité :

Date de la demande :

1^{ère} demande : OUI NON

Identité patiente

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Nationalité : GUINEE

Langue :

Interprète : OUI NON

Si Oui, utiliser convention ARS avec ISM Corum code PASS 2346

Adresse de domiciliation :

Hébergée chez :

Tél :

Conjoint présent : OUI NON

Éléments Médicaux

Gestité :

Parité : 0

DDG estimé (selon écho datation à SA) : 05/05/2023

AP estimé : 02/02/2024

ATCD obstétricaux :

Autres ATCD Notables :

Éléments sociaux

Une liaison détaillée sera faite à l'ASS de votre service

Rdv ASS PASS périnatalité le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Date arrivée en France le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Statut administratif :

- titre de séjour en cours de validité
 demandeuse d'asile

- situation irrégulière
 Européenne

Couverture sociale : OUI NON INCOMPLETE

PUMA CSS AME MUTUELLE

Si NON : AME SU OUI faite le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
 NON :

Demande ouverture de droits en cours :

- OUI :
 NON, mais possible à partir du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Résumé de la situation :

Consultation Médicale du jour

Date :

Terme :

Bilan initial prélevé le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Echo faite le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. à :

Pathologie détectée (diabète, addiction...) :

Suivi psychologique recommandé : OUI NON

Liaison PMI : OUI NON Laquelle :

Prochain(s) RDV PASS périnatalité :
Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

3) Grille d'entretien avec les professionnelles

Bonjour, je suis Laure MORIN étudiante en dernière année de sage-femme et je réalise mon mémoire sur le suivi obstétrical des femmes immigrées primo-arrivantes en France.

En plus des entretiens avec les professionnels, j'ai observé dix consultations réalisées par les sage-femmes de la PASS qui ont été complètement anonymisées pour préserver l'intimité des femmes rencontrées.

Thèmes	Questions	Relance
Fonctionnement de la PASS	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous vous présenter, présenter votre parcours professionnel et votre rôle à la PASS ? - Qu'est-ce que vous avez comme financement ? - Est-ce que pour vous le service est efficace aujourd'hui ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment est-ce que vous avez connu la PASS ? - Vous êtes à mi-temps ou à temps plein ? - Est-ce que vous avez des temps d'équipe à la PASS ?
Les patientes de la PASS	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'elles sont les origines des patientes que vous rencontrez ? - Qu'elles sont leur motif de migration ? - Est-ce que vous les revoyez en post-natal ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Vous avez des statistiques sur les patientes que vous recevez ? - Est-ce que vous avez une histoire à raconter qui vous a marqué ?
Administratif et lien PASS/maternités	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'elles sont les démarches administratives que vous faites pour les patientes ? - Comment est-ce que vous communiquez avec la PASS/les maternités ? - Combien est-ce qu'il y a de place réservées par maternités ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'elles obtiennent leur titre de séjour et autres demandes ? - Si elles n'obtiennent pas leur titre de séjour, elles restent en France dans l'illégalité ? - Qu'elles sont vos outils de communication ?
Description du parcours de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'elle est le parcours type des femmes que vous rencontrez ? - Qui est-ce qui vous adresse les patientes ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'il y a des parcours différents qui vous viennent à l'esprit ? - Comment les femmes ont connaissance de la PASS ?
Vulnérabilités	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que malgré toutes leurs vulnérabilités elles adhèrent au système de soin ? - Vous arrivez à parler de contraception avec les patientes ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment est-ce que vous arrivez à raccrocher les patientes lorsqu'elles ne viennent pas en rendez-vous ?

4) Tableau d'analyse des entretiens

Entretien	Thèmes abordés	Verbatim
<p>Louise Dacoury-Tabley ASS PASS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement de la PASS. - Fonctionnement des demandes d'asile et retour. - Origines des patientes. - Parcours et histoire de vie des patientes. - Adhésion des patientes. - Projets pour la PASS. - Financement. 	<p>« On accueille des patientes enceintes, toutes, on ne fait pas d'anté-natale, on ne fait pas de post-partum non plus et on ne fait pas de consultation pour les petits bébés même si on s'appelle périnat... à voir dans le futur. Les dames qu'on accueille doivent être enceintes et ne doivent pas avoir de droit à la sécurité sociale ou une couverture sociale incomplète. » p23</p> <p>« 90% de guinéennes parce que la condition de la femme y est dramatique » p26</p> <p>« Beaucoup de femmes Algériennes en situation irrégulière et là on se demande beaucoup pourquoi elles viennent. Qu'est-ce qu'il se passe vraiment entre ce qu'elles nous disent de leur vie en Algérie et les conditions dans lesquelles elles sont ici ensuite... elles avaient souvent un travail en Algérie et leur mari là-bas, elles quittent tout, arrivent et n'ont pas de papiers, rien... on ne comprend pas bien.» p26</p> <p>« Les dames ont quasiment toutes la même histoire : excisée à 3 ans, mariée à 11 de force, 4 enfants à 14 ans et on ne sait pas combien de viols entre temps et elles partent seules avec un parcours migratoire traumatique et arrivent ici seule, elles rencontrent un homme à la gare qui apparemment est gentil et elles font un bébé. On espère que ce n'est pas un viol, elles disent que non mais leur histoire est tellement violente qu'on ne sait pas trop. » p28</p> <p>« dans la majorité des cas, ce sont des vulnérabilités qui s'entassent et qui font des situations de très grandes vulnérabilités au-delà de la seule précarité financière ». p29</p>

		<p>« Il y a une sorte de toile d'araignée autour d'elles de vulnérabilité qu'on essaie de dénouer en passant par l'urgence. Répondre aux besoins primaires et on essaie de les protéger avec les moyens du bord. » p30</p> <p>« Je pense que la clé c'est vraiment de leur expliquer et de prendre le temps (...) le temps qu'on passe à expliquer 4-5 fois c'est hyper important et c'est du temps gagné parce que les patientes vont comprendre pourquoi c'est important pour elles et si elles ne comprennent pas, elles vont pouvoir le dire. A ce moment-là on va pouvoir les entendre et rendre les gens autonomes en laissant des coordonnées. Donc je suis assez d'accord avec ça oui. » p33</p>
<p>Marie-Marthe Decquidt Sage-femme PASS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée des patientes à la PASS. - Documents remis aux patientes. - Projets pour la PASS. 	<p>« projet d'atelier collectif autour de la contraception, de l'estime de soi, ce que sont les violences et faire plusieurs temps avec le même groupe de dames pour discuter de ce que c'est la grossesse, le suivi et puis la contraception et le retour de couche. Pour qu'elles partent avec un petit bagage et faire de la prévention et du lien entre elles. » p45</p>
<p>Valérie Andrès Sage-femme PMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture et création de la PASS. - Rencontre avec les patientes. - Coordination PASS/PMI. - Suivi post-natal. - Adhésion des femmes au dispositif et à la PEC. - L'hébergement. - Efficacité de la PASS et perspective. - Origines des patientes. 	<p>« La difficulté et le challenge c'est qu'on a tout mis en place tant au niveau de la gestion des plannings et des rendez-vous, les consultations, l'orientation sur les plateaux techniques de l'HFME. On a créé la possibilité d'orienter les patientes sur des plateaux pour des soins dentaires, des soins psy, des soins ophtalmo, il y avait un réel besoin et c'était un vrai plaisir de travailler avec le personnel de HEH. » p24</p> <p>« Et puis sur notre année de création on a quand même vu un peu moins de 400 personnes avec ces consultations qui sont à 99,9% complexes et lourdes de tous les points de vus. » p25</p> <p>« Celles qui sont dans le cadre d'un regroupement familial Elles arrivent,</p>

		<p><i>même si elles n'ont ni droit ni titre elles ont un maillage autour et donc un certain équilibre dans leur vie. Mais les femmes qui sont isolées, qui ont des problèmes psy voire d'addiction ce sont des femmes invisibles qui sont dans l'insécurité de leur avenir et du lendemain donc la PASS et la PMI c'est une bouée de sauvetage pour elles.» p31</i></p> <p><i>« Malheureusement pas toutes parce que ce sont des populations qui bougent beaucoup, beaucoup mais c'est proposé systématiquement oui. Elles sont 10 jours à l'hôtel à Lyon 7, puis 10 jours à St Fons... ».</i> p39</p> <p><i>«on a encore beaucoup à faire à ce niveau-là. Sécuriser la grossesse on le fait, il manque le fait de donner un hébergement à ces femmes pour compléter le boulot. » p39</i></p>
<p>Noélie Vey Coordinatrice HFME</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement de la PEC à l'HFME. - Places réservées pour la PASS à l'HFME. - Double rôle : HFME – PASS - Assiduité et dispositif de contact des femmes. - Autres consultations spécifiques. - Efficacité du système. 	<p><i>« Oui beaucoup ! J'ai 84 places par semaine tout confondu et 3 sont réservées pour la PASS que ce soit une grossesse à haut risque ou à bas risque (...) la majeure partie du temps c'est complet. » p34</i></p> <p><i>« On informe la PASS quand elles ne sont pas venues. On redonne un rendez-vous nous-même à la dame et puis si elles ne viennent pas on redonne un rendez-vous jusqu'à ce qu'on arrive à les avoir. Après sinon, elles viennent aux UGO et on les prend en charge là. On ne les désinscrit pas. Souvent elles ne viennent pas au premier et ensuite elles viennent. Une fois qu'elles ont identifié la maternité, qu'elles ont vu la sage-femme ou le médecin elles reviennent plus facilement. » p35</i></p> <p><i>« Comme tous les systèmes il pourrait être amélioré. Toute la collaboration avec les autres maternités partenaires est à améliorer je pense. (...) toutes les</i></p>

		<p><i>maternités du territoire, privés ou publics. Une répartition avait été décidée où chaque maternité devait prendre 1,5% des accouchements. Toutes ne jouent pas le jeu. Le privé ne joue pas le jeu sauf le Médipôle. (...) Les délais de réponse peuvent être améliorés mais pour ça il y a des rencontres avec les cadres qui sont prévues. » p37</i></p>
<p>Corinne Pic Coordinatrice Lyon SUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement de la PEC à Lyon Sud. - Places réservées pour la PASS à Lyon Sud. - Assiduité et dispositifs de contact des femmes. - Barrière de la langue et dispositifs. - Autres consultations spécifiques. - Suivi post-natal et retour à domicile. 	<p><i>«Elles rentrent dans le schéma qu'on leur propose (...), elles viennent au rendez-vous, elles sont à l'heure, je crois qu'elles sont contentes qu'on les prenne en charge. D'une manière générale hein bien sûr, il y en a peut-être une ou deux qui échappent au suivi parce qu'elles sont logées dans un CADA à Villefranche sur Saône et que le relai est pris ailleurs mais en général elles adhèrent. » p30</i></p> <p><i>« On accepte 40 patientes par semaine (...). Même si je suis à 40 et qu'on me demande une inscription pour une patiente de la PASS parce qu'elle vit dans un squat à Oullins, je prends l'inscription. De toute façon elles vont venir accoucher ici. Je me débrouille tout le temps pour lui trouver un suivi de grossesse. » p36</i></p>
<p>Mme E.</p>	<p><u>Origine</u> : Soudan. Contexte de migration : approchement familial après avoir fui leur pays car ils étaient recherché par l'armée.</p> <p><u>Contexte de migration</u> : amélioration de la qualité de vie.</p> <p><u>Lieu de vie</u> : Habite dans un T1 à Vénissieux.</p> <p>Ainé présent lors de la consultation.</p> <p>Traduction faite par le conjoint.</p>	<p><i>« Madame E. a quitté le Soudan pour rejoindre son conjoint, déjà présent en France. Leur famille était recherchée pour s'être opposé au gouvernement du pays. Elle restera très discrète lors de la consultation, c'est son mari qui traduira pour elle. Ils ont déjà un petit garçon de 5 ans, né au Soudan, qui les a suivi en France lors de la migration de Madame. Ils vivent à trois dans un petit T1 à Vénissieux. » p19</i></p>

	Grossesse surprise.	
Mme M.	<p><u>Origine</u> : Guinée</p> <p><u>Contexte de migration</u> : A fui le coup d'état. Est venue seule.</p> <p><u>Lieu de vie</u> : logement d'urgence dans le 8^{ème} arrondissement.</p> <p>Parle français.</p> <p>Violences avec cicatrices visibles et ayant des conséquences au quotidien.</p> <p>A déjà 2 enfants dont une naissance sur le parcours migratoire en Tunisie.</p> <p>Grossesse surprise.</p>	<p>« Madame M. guinéenne a fui le coup d'Etat et vit aujourd'hui dans un logement d'urgence dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon sans savoir combien de temps elle pourra y rester. Lorsque la sage-femme demande si elle a des antécédents particuliers la patiente ôte son voile et nous montre une immense cicatrice qui commence au-dessus des sourcils jusqu'au milieu du crâne : elle et sa mère ont été agressées quand elle avait 8 ans par des militaires. Aujourd'hui, elle de gros problèmes de vue et de maux de tête surtout lorsqu'il y a beaucoup de soleil. » p19</p>
Mme K.	<p><u>Origine</u> : Congo</p> <p><u>Contexte de migration</u> : amélioration de ses conditions de vie.</p> <p><u>Lieu de vie</u> : dehors à la gare de Perrache.</p> <p>Infection au VHB en Grèce pendant le parcours migratoire.</p> <p>Entretien en anglais en présence du conjoint.</p> <p>Violences dans l'enfance et la jeunesse. Excision.</p> <p>Grossesse surprise.</p> <p>Orientation vers les Orchidées Rouges.</p> <p>Don de vêtements.</p>	<p>« Madame K. congolaise, infectée par le virus de l'hépatite B sur son trajet migratoire répondra : « c'est commun les violences en Afrique sur les femmes. » lorsque la sage-femme lui demandera si elle a déjà été victime de violence. Elle a été excisée enfant. A l'examen gynécologique, on constate que ses lèvres internes sont quasiment jointes sur toute la longueur et elle a de très nombreuses marques et cicatrices sur les jambes. On lui donnera les contacts des Orchidées Rouges. Cette femme et son conjoint vivent dehors à la gare de Perrache. » p20</p>
Mme B.	<p><u>Origine</u> : Roumanie</p> <p><u>Contexte de migration</u> : on ne sait pas.</p>	<p>« Madame B. patiente de 18 ans, d'origine roumaine était dans ce cas-là. Arrivée en France peu de temps avant sa consultation à la PASS, elle est accompagnée par le père de son compagnon mineur et absent ce jour-</p>

	<p><u>Lieu de vie</u> : dans la famille de son conjoint à priori.</p> <p>Le beau-père qui accompagnait la patiente a refusé que la consultation se fasse par l'intermédiaire d'un interprète ; ils sont partis.</p> <p>Interprète réservé par ISM-Corum.</p> <p>Grossesse surprise.</p>	<p>là. La patiente ne parle pas français du tout, un traducteur avait été demandé pour la consultation et attendait notre appel. La patiente, son beau-père et sa belle-mère arrivent avec plus de 40min de retard au rendez-vous et refuse que leur belle-fille soit vue en tête à tête avec la sage-femme et le traducteur. Après une tentative de négociation entre la sage-femme et le beau-père pour que vingt minutes de consultation se déroule sans sa présence, le beau-père refuse et quitte la PASS en disant : « <i>On va aller ailleurs !</i> ». Le drame de cette situation est qu'on ne sait pas où sont réellement les violences subit par cette femme : pourquoi a-t-elle quitté son pays et sa famille aussi jeune pour vivre avec la famille de son conjoint qui est mineur ? pourquoi le beau-père avait-il aussi peur que sa belle-fille reste seule avec nous pendant vingt minutes ? La patiente sera rappelée par la secrétaire administrative pour fixer un nouveau rendez-vous afin de tenter de comprendre cette situation préoccupante. Dans ce cas-là, la PASS arrive au bout de ses capacités pour raccrocher la patiente au système de soin français. » p25</p>
<p>Mme L.</p>	<p><u>Origine</u> : Algérienne</p> <p><u>Contexte de migration</u> : venue comme touriste depuis 5 mois</p> <p><u>Lieu de vie</u> : squat à Villeurbanne.</p> <p>Se présente seule, une traductrice a été réservée via ISM-Corum.</p> <p>A déjà un enfant.</p> <p>Grossesse surprise.</p>	
<p>Mme M.</p>	<p><u>Origine</u> : Algérie</p> <p><u>Contexte de migration</u> : on ne sait pas.</p>	

	<p><u>Lieu de vie</u> : T3</p> <p>Parle Français.</p> <p>Patiente qui a fait des études de biochimie.</p> <p>Antécédent d'insuffisance surrénalienne dans la famille de son conjoint.</p> <p>Grossesse prévue.</p>	
Mme Y.	<p><u>Origine</u> : Algérie</p> <p><u>Contexte de migration</u> : leurs familles étaient contre l'union du couple.</p> <p><u>Lieu de vie</u> : chez des amis à Vaulx-en-Velin. Ils ne peuvent pas y rester la journée, alors ils emmènent leur première fille à pied jusqu'à l'école dans le 7^{ème} arrondissement puis passent la journée dehors et rentrent le soir.</p> <p>A déjà une fille.</p> <p>Parle français.</p> <p>Les 2 parents avaient un emploi en Algérie.</p>	<p>« Madame Y. est venue d'Algérie avec son conjoint et leur première fille car leurs deux familles étaient contre leur union. Aujourd'hui, ils dorment chez des amis à Vaulx-en-Velin et emmène à pied tous les jours leur petite fille à l'école dans 7^{ème} arrondissement de Lyon. Ils passent la journée entière dehors puis ils rentrent le soir pour dormir car les personnes qui les hébergent ne sont pas d'accord pour qu'ils passent la journée chez eux. » p20</p>
Mme F.	<p><u>Origine</u> : Côte d'Ivoire</p> <p><u>Contexte de migration</u> : violences</p> <p><u>Lieu de vie</u> : avec son conjoint.</p> <p>A rencontré son conjoint à la gare. Lui-même dans une situation sociale compliqué avec un arrêt maladie de longue durée.</p> <p>Parle français.</p> <p>A déjà un enfant de 16 ans resté en Côte d'Ivoire.</p>	

	Hypersialorrhées et RGO de grossesse.	
Mme G.	<p><u>Origine</u> : Guinée</p> <p><u>Contexte de migration</u> : violences</p> <p><u>Lieu de vie</u> : on ne sait pas.</p> <p>Parle français.</p> <p>Cette patiente reconseille pour son 2^{ème} enfant après avoir été déboutée de sa demande d'asile faite en 2021 à son arrivée en France.</p> <p>La patiente a une AME en cours et sera redirigée vers un service classique de prise en charge obstétricale ne pouvant être reçue à la PASS.</p>	
Mme D.	<p><u>Origine</u> : Guinée</p> <p><u>Contexte de migration</u> : violences au sein du couple après un mariage forcé.</p> <p><u>Lieu de vie</u> : chez un ami, à priori le père de l'enfant.</p> <p>Parle français.</p> <p>Violences extrêmes. Excision.</p> <p>Rendez-vous pris par la sage-femme avec l'association Les Orchidées Rouges.</p> <p>A déjà un premier enfant qui est resté en Guinée.</p> <p>Atteinte du paludisme. Dermatose constatée à l'examen – orientation vers une consultation dermatologique de la PASS généraliste.</p> <p>Don de produit d'hygiène et de vêtements.</p>	« Madame D. a fui la Guinée à cause de violences conjugales suite à un mariage forcé. Cette patiente avait été excisée pendant son enfance. A l'examen gynécologique, on voit de nombreuses marques de cicatrices sur les cuisses et le bas du ventre de la patiente. La sage-femme prendra rendez-vous pour elle, selon son souhait, avec l'association Les Orchidées Rouges, spécialisée dans l'accompagnement des femmes qui ont subi des violences et qui travaille avec la PASS au quotidien. Le couple vit chez un ami qui les héberge pour le moment. » p19

