



La grossesse et ses malentendus

*Rapport du volet anthropologique du projet RéMI
(Réduction de la mortalité infantile, périnatale et
néonatale en Seine-Saint-Denis)*

Raquel Rico Berrocal et Erwan Le Méner
Observatoire du Samusocial de Paris

Sommaire

Avant-propos.....	4
Introduction générale.....	5

Première partie. Les difficultés d'orientation dans le système de soins et la désynchronisation des besoins des patientes et des réponses institutionnelles. Suivis ethnographiques de femmes enceintes.	10
1. Methodologie du premier volet de la recherche	12
1.1. Suivre des femmes en situation de précarité tout au long de leur grossesse.....	12
1.2. Les femmes suivies au cours de l'enquête.....	14
1.3. Les suivis ethnographiques réalisés.....	17
2. Les premiers pas et les premières embûches dans la grossesse	19
2.1. Le suivi médical de la grossesse : une orientation claire, sur le papier	19
2.2. Première possibilité : s'orienter d'après son expérience personnelle de la grossesse ou celle de proches	22
2.3. Deuxième possibilité, en l'absence de proches vivant en France : s'appuyer sur les conseils de collègues ou de connaissances.....	23
2.4. Troisième possibilité : confier l'orientation à des soignants de référence	26
2.5. Quatrième possibilité et cas limite : ne jamais trouver l'entrée du système de santé.....	29
3. Comment des difficultés deviennent insurmontables : une étude de cas	31
3.1. Les dettes de cantines et l'introuvable assistante sociale : une signalétique défaillante.....	33
3.2. L'apprentissage du découragement et l'intrication du problème de cantine et du suivi de grossesse	35
3.3. L'accumulation des problèmes : quand l'organisation quotidienne se fracture	37
3.4. Une débauche d'énergie coûteuse et partiellement infructueuse	39
3.5. De l'humiliation à la honte : le renoncement à un soin important	41
3.6. La dégradation de la vie présente, par contraste avec la vie passée	42
3.7. Quand la désorientation se poursuit après l'accouchement	44
4. Epilogue : la production de patientes dociles	46
Conclusion de la première partie	50

Deuxième partie. La grossesse au travail. Une étude des professionnels de la périnatalité en Seine-Saint-Denis	51
1. Méthodologie.....	52
1.1. Le choix des enquêtés	53
1.2. Les entretiens réalisés.....	54
1.3. L'engagement des professionnels : une ressource pour l'enquête.....	55
2. La précarité dans la prise en charge prénatale	55
2.1. Les indicateurs variables de la précarité pour les professionnels	56
2.2. La précarité n'est pas toujours explicite pour les patientes	59
2.4. Le coût des soins et la barrière linguistique, comme obstacles à la prise en charge de la précarité.....	61
2.5. Quand les patientes ne remplissent pas le rôle que les soignants attendent d'elles.	63
2.6. Comment la « précarité » use les professionnels	65
3. Parcours de soins en suivi de grossesse	68
3.1. La consultation standard.....	68
3.2. En pratique, un échange unidirectionnel grossesse-soignant	70
3.3. L'écart entre l'information donnée aux patientes en théorie et en pratique.....	75
3.4. Les « situations cliniques intermédiaires »	77
3.5. L'absence de tri des patientes à l'inscription en maternité	79

4. L'organisation de l'activité soignante : une barrière au bon fonctionnement des services	81
4.1. Le travail invisible des soignants n'est pas reconnu par l'institution	81
4.2. Le glissement des tâches entre soignants et soignées	82
4.3. Le glissement des tâches entre professionnels	84
4.4. La cadence de travail	85
4.5. L'organisation du temps de travail : un frein au travail en réseau ?	86
4.6. Le travail en réseau : entre connaissance et confiance	89
5. Les problèmes chroniques des professions médicales, dans le milieu de l'obstétrique.....	91
5.1. Le péri-travail	92
5.2. Cadres de service, une souffrance en chaîne ?.....	96
5.3. Le problème de la chefferie.....	97
5.4. La menace médico-légale ajoute de la pénibilité à tous	100
Conclusion de la deuxième partie : quelle place pour les patientes dans le parcours de soins ?	101
Conclusion générale : la Seine-Saint-Denis, une situation d'urgence en périnatalité ?	105
1. L'orientation dans le système de santé et l'importance de l'entourage	106
2. Des difficultés d'orientation et de compréhension accentuées en situation de précarité.....	107
3. Les ressorts de l'invisibilité de la précarité dans le suivi médical de la grossesse.....	109
4. La précarité comme fenêtre sur les difficultés générales des professionnels de santé	110
5. Les pistes de réflexion dégagées par les professionnels.....	111
Bibliographie.....	113

Avant-propos

Ce rapport fournit les premiers résultats d'une investigation commandée par l'Agence régionale santé d'Ile-de-France, dans le cadre du projet Ré-MI (réduction de la mortalité infantile, périnatale et néo-natale en Seine-Saint-Denis). Ce projet a été initié au moment de l'élaboration du Plan régional de santé, à partir de constatations inquiétantes sur la santé périnatale dans le département. La Seine-Saint-Denis présente par exemple une mortalité infantile de 40 à 50% plus élevée que la moyenne métropolitaine depuis les années 2000 (4,8 décès pour 1000 naissances en 2012, au lancement du projet). La valeur est également la plus élevée d'Ile-de-France, depuis le milieu des années 1990.

L'Agence régionale de santé a souhaité « préciser le niveau de contribution des facteurs socio-économiques très défavorables sur ce territoire (...), ainsi que celui des facteurs liés à l'organisation des soins, et [identifier] des leviers d'action à mettre en œuvre par les différentes puissances publiques (santé, social, hébergement, logement) », comme l'indique le *Projet régional pour réduire la mortalité infantile et périnatale en Ile-de-France (2012-2017)*.

L'unité 953 de l'Inserm s'est vu confier le volet épidémiologique de la recherche, comprenant une enquête Delphi auprès de professionnels de Seine, une enquête par questionnaire, proposée à l'ensemble de femmes ayant perdu un bébé, entre 22 semaines et les 28 jours suivant l'accouchement, et un audit des décès, réalisé avec la collaboration de nombreux professionnels du département. L'Observatoire du Samusocial de Paris a réalisé le volet socio-anthropologique de la recherche, centré sur la compréhension de la grossesse du point de vue de femmes en situation de précarité, et sur le repérage des difficultés rencontrées par les professionnels de santé.

Ce rapport présente les résultats de deux études, la première auprès de femmes enceintes, en situation de précarité, la deuxième auprès de soignants et de travailleurs sociaux du département, interrogés sur leur activité et les problèmes auxquels ils peuvent être confrontés, entre autres en relation avec la précarité sociale de certaines patientes.

Introduction générale

Journal de terrain, Madame L., 24 mars 2014, hôpital Robert Ballanger, Seine-Saint-Denis :

L'enfant est né il y a deux jours, en bonne santé. Je viens rendre visite à sa mère, Madame L.. Je ne suis pas la seule : à l'entrée de la chambre, le père discute avec un voisin de l'hôtel social ; leurs deux épouses bavardent autour du lit. En castillan – Madame L. est Roumaine, ne parle que quelques mots de français, mais a vécu en Espagne, où elle a appris sa langue maternelle, elle raconte de nouveau son accouchement :

— J'ai eu une hémorragie interne très grande. Ils m'ont endormie pour me coudre. Ils m'ont beaucoup serré le ventre, pour faire sortir le sang. J'ai saigné comme un cochon, le mur en face était plein de sang, comme un cochon. (...) Quand ils m'ont dit de pousser, moi je n'avais pas envie de pousser en bas. (...) Ils n'étaient pas inquiets au début, mais la petite ne sortait pas, car elle était sèche (...). Grâce à Dieu, je suis contente, la petite va bien, moi aussi.

Madame L. est soulagée mais paraît fatiguée et inquiète. La famille a une bouche de plus à nourrir et des revenus monétaires très maigres, provenant de quelques journées de travail au noir effectuées par l'époux, de temps en temps. Sa femme espère que la promesse de formation qu'une assistante sociale vient de faire à son mari va être honorée. Elle craint toutefois que le Samusocial n'oblige sa famille à déménager, en raison de l'arrivée du nouveau-né [qui induit automatiquement une suroccupation des chambres, proscrite par l'organisation]. Elle se demande aussi si les vêtements bleus que j'ai apportés pour sa fille lui conviendront vraiment : si celle-ci porte des habits de garçon, n'aura-t-elle pas des « problèmes » plus tard ?

Des soignants sont venus la voir à tour de rôle, d'abord une « femme désagréable (...) qui [l']a engueulée, [l']a déshabillée brusquement et [l']a laissée ainsi, découverte, pendant un bon moment alors qu'elle [lui] parlait violemment » ; puis « une docteure [en fait une sage-femme] très sympa qui [l']a regardée et [lui] a dit que le troisième bébé et le quatrième sont toujours des accouchements difficiles. » Alors que nous discutons, une aide-soignante fait irruption. Costarde, la cinquantaine, portant une blouse sans le badge qui aurait permis de l'identifier, elle ne s'embarrasse d'aucune formule de politesse pour s'adresser à la patiente :

— Venez vite madame, nous avons une réunion qui commence en salle de réunion pour préparer la sortie.

— (Madame L. me regarde, vêtue avec sa robe de chambre en velours rouge, avec des tâches de lait au niveau des seins) Je n'ai pas envie d'y aller, c'est obligatoire ?

— (La chercheuse) De quoi il s'agit exactement ?

— (Sur un ton sec) C'est la réunion pour préparer la sortie. On va pas l'expliquer vingt fois.

L'aide-soignante dit en vitesse le but et le déroulement de la réunion, puis elle s'en va, en nous donnant rendez-vous dans une demi-heure, à notre retour de la réunion. Madame L. met beaucoup de temps pour se lever, elle marche lentement et souffre visiblement. Nous nous perdons dans les couloirs avant de trouver la salle. En entrant, la personne qui s'adresse aux patientes nous informe qu'elle en a presque terminé et nous dit catégoriquement que nous ne pouvons pas rester. Nous retournons péniblement vers la chambre, toujours avec le berceau à roulettes.

Le bébé pleure, Madame L. lui donne le sein sur le lit, dans une position inconfortable pour la mère et la petite. L'aide-soignante rentre dans la pièce. Elle rectifie aussitôt la position du nouveau-né et de sa mère. Madame L. paraît une nouvelle fois désespérée lorsque la soignante lui explique très sèchement, en la tutoyant soudainement, comment placer son bébé, avant d'insister sur la « mauvaise » technique de la parturiente :

— C'est ton premier enfant ?

— (Silence, puis tête baissée, visiblement humiliée) C'est mon troisième.

Un peu plus tard, l'aide-soignante rentre dans la chambre. Elle me demande qui je suis, à trois reprises, comme si elle n'était pas convaincue de ma réponse : une bénévole qui travaille dans une association, en même temps qu'une chercheuse qui ai suivi la grossesse de Leunuta. Mais elle paraît finalement plus tranquille. Elle m'amène ensuite dans son bureau, tandis que Madame L. reste dans sa chambre. Elle me raconte l'accouchement, en lisant les renseignements du dossier médical. Nous discutons une demi-heure durant.

Elle m'apprend que le traitement prescrit au nouveau-né pour la sortie de maternité (de la vitamine K, entre autres) sera payant à la pharmacie car la sécurité sociale ne sera pas encore informée de la naissance de l'enfant (j'apprendrai bien plus tard que les parents n'auront pas pu acheter les médicaments). La soignante me remet plusieurs brochures, dont une porte sur la mort inattendue du nourrisson. Ces brochures étaient disposées sur une tablette installée dans la chambre, mais n'avaient pas été remises à la patiente. L'aide-soignante me donne gentiment quelques conseils, à l'attention de Madame L., que je lui traduirai quelques instants plus tard : comment utiliser le thermomètre dans la baignoire, comme coucher la petite dans un couffin, et d'autres conseils qui tombent un petit peu à côté de la plaque. Je lui explique que la famille vit à l'étroit dans un hôtel social, où aucun couchage n'est prévu pour le bébé et où il n'y a pas baignoire *a fortiori*. Elle se redresse, ouvre le dossier médical :

— Il n'y a rien de renseigné au niveau social. Je ne comprends pas comment ça a pu arriver. Personne ici n'est au courant des difficultés de cette famille.

Depuis sa première visite à l'hôpital et l'ouverture de son dossier par la gynécologue-obstétricienne, Madame L. a pourtant contacté l'assistante sociale de la maternité à de multiples reprises et eu de nombreuses rencontres à l'accueil ou en consultation avec des professionnels de santé. A la sortie de la maternité, elle retourne directement à l'hôtel sans savoir où exactement elle doit faire suivre son bébé. J'apprendrai deux semaines plus tard que ce sont des voisines de chambre qui lui ont appris qu'elle devait se rendre dans un centre de PMI (ou protection maternelle et infantile), et lui ont indiqué où et comment y aller.

Quels problèmes rencontre-t-on au cours de sa grossesse ? Qu'en fait-on ? Que nous font-ils ? Ces questions simples ont guidé une enquête ethnographique auprès de femmes enceintes, résidant en Seine-Saint-Denis et reflétant différents aspects de la précarité (sociale). Plus précisément, elles nous¹ ont conduit à suivre pas à pas un nombre limité de femmes au cours de leur grossesse, dans l'ensemble de leurs rendez-vous et consultations, avec des soignants, des intervenants sociaux, et d'autres interlocuteurs, qui jouent un rôle direct ou influencent indirectement le déroulement et l'expérience de la grossesse. Ces interrogations nous ont également amenés à prendre en compte le point de vue des professionnels de santé, sur les principaux problèmes vécus par les femmes. Comment repèrent-ils la précarité de leurs patientes ? Comment cela se répercute-t-il sur leur activité et leurs façons de faire ? Plus généralement, comment des difficultés afférentes à la précarité sociale sont-elles prises en compte, dans un contexte de médicalisation renforcée de la grossesse, adossé à une conception médicale de l'accouchement comme une situation imprévisiblement dangereuse pour la mère et l'enfant (Jacques, 2007) ? Au fur et à mesure des suivis ethnographiques et des entretiens avec les soignants, nous avons documenté et examiné ce que l'on pourrait appeler une logique de malentendus réciproques.

Le long extrait de journal de terrain placé en exergue montre cette logique à l'œuvre, à un moment inattendu, à la maternité, dans les jours qui suivent l'accouchement. Ce n'est qu'à l'occasion d'une discussion informelle avec l'enquêtrice que la soignante découvre certaines des difficultés dans lesquelles est plongée la famille (qui vit en hôtel social, dispose de ressources modiques, dont aucun parent n'a de travail). Cette découverte stupéfiait l'aide-soignante : le dossier de la patiente, où ces problèmes devraient être mentionnés, n'en garde aucune trace. Au cours de sa grossesse, Madame L. a pourtant arpenté des établissements de santé, eu des dizaines de rendez-vous avec des soignants et des intervenants sociaux, où elle a parfois évoqué certaines de ses difficultés. Nous repérons ici un enjeu central de ce travail : comment des problèmes, centraux pour la patiente et son entourage, possiblement déterminants pour la continuité des soins, peuvent-ils passer littéralement inaperçus et ne pas être pris en compte dans certains moments décisifs, de la grossesse aux suites de couches ? L'extrait pointe plusieurs pistes d'analyse.

A diverses occasions depuis la naissance de sa fille, cette femme a été vue par plusieurs soignantes. Elle s'est soumise à leurs gestes, en général dénués de délicatesse, bien que l'accouchement ait été difficile et fait craindre le pire à la patiente. Elle n'a pas toujours saisi leur utilité

¹ Tout le matériel du rapport a été produit par Raquel Rico Berrocal. L'analyse de la première partie a été faite successivement par les deux chercheurs, celle de la seconde partie par Raquel Rico Berrocal. La première partie a été rédigée principalement par Erwan Le Méner, la seconde par Raquel Rico Berrocal.

(comme, dans l'extrait, lorsqu'une première personne est venue la déshabiller sans lui expliquer pourquoi elle agissait ainsi). Elle s'est parfois sentie en faute (comme lorsque l'aide-soignante la rudoie en lui montrant la bonne position à adopter pour donner le sein au nouveau-né). A aucun moment, elle n'a pourtant pas témoigné de son incompréhension ou de sa gêne en face des professionnels ; il faut dire que l'attitude des soignants, du point de vue de la patiente en tout cas, laisse peu de place à la discussion. Nous verrons plus largement que, tout au long de la grossesse, les rencontres entre les femmes et les soignants ne permettent pas ou dissuadent l'expression de doutes, de craintes, d'incompréhensions. Ces formes d'inquiétude ont été repérées en écoutant les femmes, non seulement pendant leurs consultations, mais aussi avant et après ces interactions. Nous verrons qu'elles renvoient bien souvent aux conditions précaires dans lesquelles elles vivent.

D'un autre côté, le problème de l'institution après l'accouchement n'est pas d'abord d'accueillir l'enfant, ni de rassurer sa mère, mais de libérer un lit rapidement pour assurer le flux des patientes. Les visites qui s'enchaînent ont pour but de préparer la sortie : de vérifier l'état de santé de la mère et du bébé, et d'apporter toutes les informations utiles pour les soins à venir, en dehors de l'hôpital pour l'essentiel. Des renseignements sur les familles, comme l'absence de logement, qui auraient pu conduire à un accompagnement rapproché ou à une orientation vers des services sociaux, n'ont pas été pris en compte ; paradoxalement, à ce moment-là, la situation sociale de la famille n'est plus examinée. Pourtant, les soins à apporter à l'enfant dépendent en bonne partie de problèmes désormais invisibles et hors de portée pour l'institution médicale : le mari de Madame L. va-t-il enfin avoir un travail régulier et un revenu substantiel ? Que se passera-t-il si la famille déménage ? Comment accompagner alors l'aîné à l'école ? ou suivre les soins nécessaires, comme à la PMI, dont Madame L. apprendra l'existence grâce à des voisines ? Cet écart entre ce qui importe pour l'institution et ce qui compte pour la patiente n'est pas seulement perceptible après l'accouchement. Nous l'avons observé à d'autres moments, dès l'inscription en maternité.

Enfin, l'extrait permet d'apercevoir des soignants pressés, comme nous en avons rencontrés tout au long de l'enquête. L'empressement semble notamment rendre exceptionnelles les marques de soutien ou d'encouragement, qui peuvent être attendues ou s'avérer précieuses pour leurs destinataires (comme les mots pleins d'empathie prononcés par une sage-femme au chevet de Madame L.). Peu étonnamment, le thème de la cadence et de la vitesse de travail est apparu central dans les entretiens menés auprès de professionnels de santé, comme un obstacle majeur à une prise en compte de la précarité des patientes.

Une communication heurtée et des rencontres rapides avec des soignants pressés, des questions qui peinent à s'exprimer, surtout dans une autre langue que le français, des informations pertinentes qui ne sont pas communiquées, comprises, prises en compte ou enregistrées au moment

opportun, concernant en particulier les problèmes matériels de la famille : voici quelques ingrédients des malentendus qui se nouent et tendent à s'amplifier de rencontre en rencontre entre les futures mères et les soignants. Ces malentendus peuvent avoir des effets particulièrement forts dans certains contextes de précarité : des effets de désorientation, de découragement, pouvant se traduire par des formes de non accès ou de renoncement à certains soins. Ils ont été au cœur de l'enquête menée d'une part auprès de femmes enceintes, d'autre part auprès de professionnels de santé de Seine-Saint-Denis.

Ce document comprend ainsi deux parties, correspondant aux deux recherches menées². Il commence par restituer le déroulement et l'expérience de la grossesse, du point de vue des femmes, à partir des suivis ethnographiques. Il s'agit de repérer les obstacles qui jalonnent la grossesse, dans l'univers médical et dans les autres domaines d'activité qui peuvent avoir un effet sur ce processus. Nous verrons comment les difficultés à répondre aux attentes des soignants et aux démarches administratives diverses qui traversent la grossesse créent une forme de désorientation dans le parcours de soins. Cette désorientation peut être accentuée en contexte de précarité, lorsque des difficultés matérielles soudaines viennent s'ajouter aux contraintes déjà considérables qui pèsent sur le parcours de soins. Nous montrerons alors que, même dans ces conditions, rien n'assure que les institutions, médicales ou sociales, perçoivent et se saisissent des difficultés pressantes que rencontrent ces femmes et leur famille. Dans la seconde partie du document, nous essaierons de mieux comprendre la production de cette invisibilité des difficultés sociales, dans le contexte de travail des soignants, tout en élargissant la focale d'analyse sur l'activité des professionnels en général. Nous nous appuierons sur les entretiens menés avec eux. Nous nous intéresserons en particulier à la division du travail et des patientes en maternité, entre médecins et sages-femmes. Celle-ci qui répond entre autres à une visée d'efficacité accrue des soins. Mais au devant d'une cadence de travail de plus en plus importante, elle produit des conditions propices à une faible prise en compte des difficultés sociales des patientes.

² Les résultats finaux seront exposés dans la thèse de doctorat en cours de la chercheuse de ce projet et ses publications ultérieures. Les analyses de ces deux recherches seront poursuivies dans le cadre de la thèse de sociologie de Raquel Rico : *Bien-naître et bien-être. Ethnographie de la santé périnatale en Ile-de-France*, thèse de doctorat en sociologie, en préparation depuis le 17 décembre de 2012), à l'EHESS de Paris, sous la direction de Nicolas Dodier (EHESS-INSERM) et Alain Cottureau (EHESS). Le terrain de cette thèse a bénéficié des financements du projet RéMI – volet socio-anthropologique, porté par l'Observatoire du Samusocial de Paris – et du projet Trajectoires, piloté par le DHU « Risques et grossesse » (PRES Sorbonne-Paris-Cité), l'INSERM et l'AP-HP.

Première partie.
*Les difficultés d'orientation dans le système de
soins et la désynchronisation des besoins des pa-
tientes et des réponses institutionnelles. Suivis eth-
nographiques de femmes enceintes.*

Journal de terrain, Madame R., juin 2014, Pantin (93) :

Mon médecin traitant m'a donné une ordonnance pour me faire faire une échographie. Dans le centre d'échographie – le plus proche de mon domicile – ils m'ont fait une première écho et m'ont donné rendez-vous pour la suivante. Mais personne ne m'a parlé du syndrome de Down³. Quand je reviens pour l'écho des trois mois, la dame de l'accueil me dit :

- Pourquoi vous venez si tardivement ? Vous êtes déjà à plus de trois mois de grossesse.
- En fait, c'est vous-même qui m'avez donné ce rendez-vous la dernière fois que je suis venue.

C'était en effet la même dame, qui m'enverra après à l'hôpital. L'échographiste me dit ensuite qu'il faut aller demander le test du syndrome de Down, que c'est important car j'ai 38 ans. A l'accueil encore, la dame me pose quelques questions et me donne un rendez-vous pour plus tard, pour une autre échographie. Elle me dit que pour le test de la trisomie, il faut aller à l'hôpital.

Juste après, je vais à l'hôpital. Là-bas, la dame qui donne les rendez-vous me dit qu'ils ne font pas ces tests et que je dois aller voir mon médecin généraliste. Je vais alors voir mon médecin. Il hallucine d'entendre ma demande. Il m'oriente vers le centre d'échographie, et de là vers le centre d'analyses de sang. Au laboratoire, ils m'envoient encore au centre d'écho. Heureusement, ces centres ne sont pas très loin l'un de l'autre. J'étais

³ En France, le dépistage prénatal de la trisomie 21 ou syndrome de Down est proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes entre le premier et deuxième trimestre de la grossesse. Il repose sur un diagnostic échographique et de laboratoire. Les techniques les plus invasives comme l'amniocentèse sont réservées aux femmes à risque (âge maternel ≥ 38 ans, antécédents familiaux d'anomalies génétiques, anomalies détectées à l'échographie ou au bilan sanguin). Les stratégies de dépistage en France ont été modifiées en juin 2009, et préconisent un dépistage sanguin. Ce changement implique en théorie un effort d'information et de formation en direction des professionnels de santé impliqués dans le suivi des grossesses, selon les recommandations de la Haute autorité de santé de 2007 (Haute autorité de santé, 2007). Dans cet extrait, le dépistage sanguin aurait dû être prescrit par le médecin de ville, qui ignorait manifestement les dernières recommandations.

désespérée. Il me manquait un papier. Finalement une jeune femme très aimable du laboratoire passe un coup de fil puis elle obtient je ne sais où le « consentement éclairé » pour l'analyse des marqueurs sériques⁴. En fait il paraît que c'est la sage-femme de l'hôpital qui devait me donner ce papier, car ils font cet examen là-bas.

Toutes les femmes que nous avons suivies ont témoigné de sérieuses difficultés d'orientation dans le système de soins, tout au long de leur grossesse. Des actes aussi simples en théorie qu'une déclaration de grossesse peuvent prendre une tournure ubuesque. Des indications mal données ou mal comprises, des difficultés pour comprendre les démarches à suivre et les documents à présenter, ont été observées auprès de toutes les femmes suivies. A chaque fois, celles-ci peinent à trouver le bon interlocuteur. Comme dans cet extrait, il ne suffit pas qu'un besoin soit clairement identifié, ici autant de la part de la patiente que des soignants, pour qu'il soit traité dans les temps. Comme Madame R., les femmes rencontrées ont parfois l'impression de se perdre dans le système de soins, de « devenir folle », à force d'essayer de trouver une réponse à leur demande, et d'être renvoyée de professionnel en professionnel, pour des raisons bureaucratiques (quand il manque toujours un papier). Chez les femmes étudiées, ces obstacles administratifs prennent parfois une ampleur dramatique, lorsque par exemple l'absence de couverture sociale, obligeant à régler des soins ou des traitements en liquide et sur place, amène à ne pas réaliser ultérieurement des consultations importantes d'un point de vue médical. Dans ces circonstances, la bureaucratie paraît imposer sa force aux patientes. Elles peinent alors à faire sens des difficultés dans lesquelles elles sont prises, en dépit des demandes légitimes qu'elles expriment et du volontarisme dont elles font preuve pour les satisfaire. Le premier enjeu de cette partie est ainsi de repérer les moments et d'examiner les ressorts de ce phénomène de désorientation dans le parcours de grossesse, du point de vue des futures mères. Mais une autre question émerge du récit de Madame R.

Bien qu'elle soit renvoyée de service en service, parfois avec peu de ménagement, elle ne renonce pas au dépistage de la trisomie 21. L'importance du test pour l'avenir de la grossesse, bien exposée à la réception du cabinet d'échographie, explique certainement qu'elle ne baisse pas les bras. Plus exactement, on peut remarquer un mélange de volonté voire d'acharnement, d'un côté, et de passivité voire de captivité aux consignes des soignants de l'autre, qui permet de rester dans le circuit des soins. En outre, face aux difficultés d'orientations dans le système de soins, pour des nombreuses femmes comme Madame R., les conditions de

⁴ Madame R. parle du document de consentement à signer avant de faire le prélèvement sanguin. Le prélèvement et l'analyse exigent un consentement éclairé visé préalablement par la patiente, notamment pour l'examen du VIH et le diagnostique antenatal.

suivi de la grossesse semblent largement dépendre des indications des soignants, sauf dans des moments ou circonstances précises, où elles savent avoir la possibilité de prendre conseil ailleurs, comme certaines femmes au moment de s'inscrire en maternité. Cette dépendance aux soignants mûrie d'acharnement pour s'orienter correctement dans le système de soins, dure, dans l'extrait, jusqu'à la rencontre d'une personne « aimable » – le terme ou des équivalents reviennent très souvent dans nos observations – prenant la peine de démêler les nœuds bureaucratiques qui font obstacle aux soins⁵. Mais la recherche du bon interlocuteur se termine-t-elle toujours par un dénouement heureux ? A quel moment, dans quelles circonstances, l'engagement, à fois passif et volontaire, peut-il céder la place à des formes de découragement ? Quels sont les effets de découragement sur le suivi de la grossesse ?

Pour répondre à ces questions, nous examinerons d'abord les moments où les femmes se retrouvent désorientées, et comment elles y font face. Plus précisément, nous scruterons l'entrée dans le circuit du suivi de grossesse, vue comme un centre de perspectives sur les problèmes d'orientation à venir dans le système de santé. Nous verrons ainsi l'importance de l'entourage des patientes pour corriger et ajuster leur trajectoire dans les méandres de la grossesse. Dans un second temps, nous observerons, à partir d'une étude de cas et du point de vue d'une famille, la complication à l'extrême du suivi de grossesse, concomitante de la dégradation des conditions de vie et des ressources d'une famille. Nous avancerons que, *plus les problèmes quotidiens et ceux de la grossesse s'emmêlent et prennent de l'importance pour les futurs parents, moins ils paraissent pris en compte dans les services de santé comme dans les services sociaux*. Mais avant de préciser ces analyses, commençons par présenter la méthodologie mise en œuvre dans ce premier volet de la recherche.

1. METHODOLOGIE DU PREMIER VOLET DE LA RECHERCHE

1.1. Suivre des femmes en situation de précarité tout au long de leur grossesse

L'enquête repose sur le suivi rapproché de quelques femmes, qui ont permis leur observation répétée et au long cours, durant la grossesse et dans les semaines qui suivent l'accouchement.

⁵ La sage-femme qui oriente Madame R. vers son généraliste pour le test fait ce qu'elle a à faire. Mais elle aurait pu, comme l'« aimable » professionnelle évoquée ensuite, décrocher son téléphone et joindre le généraliste, se doutant qu'une femme, même francophone, y perdrait son latin.

Il nous a semblé que pour mieux interroger les difficultés pouvant survenir au cours de la grossesse auprès de femmes enceintes ou de professionnels de santé, nous avons tout intérêt au préalable à documenter précisément et en temps réel l'expérience de femmes enceintes. En effet, on peut raisonnablement penser que toutes sortes de problèmes rencontrés en cours de grossesse, n'apparaîtraient pas en cours d'entretien, à moins de les mentionner explicitement, ce qui suppose de les avoir déjà repérés. L'analyse de la littérature nous a amenés à resserrer l'observation sur des femmes en situation de précarité et étrangères.

L'hôpital contemporain, qui s'affirme comme un lieu de soins de haute performance, semble rechigner à accueillir des patients présentant des maux nombreux mais ne nécessitant pas une haute technicité d'intervention. L'égalité et l'équité du traitement n'y paraissent plus garanties – bien que l'existence en pratiques de filières de soins sélectives ne soit pas une nouveauté (Chauvenet, 1978). Différents travaux de sciences sociales décrivent l'importance croissante de dispositifs visant à soigner les exclus, à l'hôpital mais surtout en dehors. Des services d'« assistance socio-sanitaire » (Parizot, 2004) se sont ainsi développés depuis les années 1980, sous le coup de la montée et l'expansion du chômage et de nouvelles formes de pauvreté. Avec les permanences d'accès aux soins de santé, la couverture maladie universelle ou l'aide médicale d'Etat, il s'agit à la fois de proposer une prise en charge sanitaire et sociale, et que l'hôpital entre dans ses frais – au risque de façonner des filières de relégation (Izambert, 2014). La périnatalité française est concernée par ces évolutions.

Dans un contexte de plus longue durée où la grossesse est assimilée à un processus à risque nécessitant l'examen régulier par des professionnels en établissement (Akrich et Pasveer, 1996), la relation de soins est à la fois de plus en plus médicalisée et individualisée jusqu'à l'accouchement (Carricaburu, 2005 ; Jacques, 2007). D'un côté, ce qui déborde ou entrave le protocole médical pose problème aux soignants : cela peut être le cas de la mauvaise compréhension ou des questionnements fortuits des patientes, spécialement chez certaines femmes pauvres et étrangères, vite remises dans le rang (Camus et Oria, 2011). La confrontation avec les problèmes de pauvreté ou de communication avec les patientes peut produire des effets contreintuitifs. Des travaux, menés auprès de femmes enceintes et de professionnels de santé, à partir d'entretiens rétrospectifs sur la grossesse ou d'observations en maternité, insistent en particulier sur les effets discriminatoires du culturalisme des soignants, qui tend à mettre à l'écart des soins des patientes étrangères, y compris et surtout des femmes livrées à une forme d'« isolement social », d'après le préjugé selon lequel elles seraient fortement soutenues socialement (Nacu, 2011 ; Sauvegrain, 2012). Une traduction plus générale du problème serait que les difficultés sociales seraient faiblement prises en compte à l'hôpital, voire renvoyées hors de ses murs, vers l'assistance socio-sanitaire et vers la patiente et son entourage.

Au sein du projet RÉMI, des professionnels de santé du département ont été consultés dans le cadre d'une étude Delphi. Ils estiment, de façon concordante avec ces observations générales, que la mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis relèverait notamment de facteurs sociaux : la pauvreté et la vulnérabilité résidentielle, redoublées par une maîtrise insuffisante de la langue française, faisant obstacle au parcours de soins (Sauvegrain et Zeitlin, 2014). Les experts ayant pris part aux discussions d'évitabilité⁶, également supervisées par l'équipe épidémiologique du projet, estiment d'ailleurs que, parmi les décès examinés et jugés évitables survenus en Seine-Saint-Denis en 2014, l'insuffisante prise en compte des conditions de vie des patientes précaires est une des possibles explications des décès.

Cette insuffisante prise en compte de la précarité dans le monde médical ne reste pas moins à documenter et fait ici figure d'hypothèse. Il s'agit dès lors d'observer, de façon répétée, des interactions soignants-soignées, dans la lignée de certaines des recherches mentionnées plus haut. Mais il s'agit surtout, pour apprécier les répercussions éventuelles de ces rencontres sur la grossesse, de suivre des femmes au long cours, de consultation en consultation, d'établissement ou en établissement. Les observations de longue durée réalisées doivent ainsi permettre de repérer des problèmes au moment où ils surviennent ou aussi près que possible de l'action ; de suivre ces affaires au fil du temps, de voir comment elles s'amplifient, se résorbent ou se règlent ; comparer l'évaluation de ces difficultés en anticipation, dans l'action en cours et après-coup. Cinq femmes enceintes, vivant en Seine-Saint-Denis ont été ainsi suivies, à partir d'avril 2013. Elles ont en commun de connaître, entre autres, des difficultés de logement, et d'être étrangères, ou d'origine étrangère.

1.2. Les femmes suivies au cours de l'enquête

Le premier critère de sélection de femmes étudiées était leur situation par rapport au logement. Depuis le début des années 2000, soignants et intervenants sociaux alertent leurs hiérarchies sur le sort de femmes enceintes, sans logement, de plus en plus nombreuses, en particulier en Seine-Saint-Denis. Des professionnels de santé réfléchissent également aux effets de l'errance sur la grossesse (Davoudian, 2011). Des intervenants sociaux font part de leur impuissance à héberger correctement de futures ou de jeunes mères (Interlogement 93, 2012). Des réseaux comme Solipam⁷

⁶ Les dossiers médicaux des décès infantiles du département en 2014 ont été examinés par les équipes soignantes des établissements concernés et des experts externes. Un décès est codé « évitable » si d'un facteur sous-optimal (soit un écart à ce qui est considéré comme une bonne pratique ou une norme de suivi) est repéré, et s'il est estimé qu'en agissant sur ce facteur, le décès aurait pu être évité. La méthode et les résultats de ces discussions sont détaillés dans **REF RAPPORT EPIDEMIO**

⁷ Créé en 2006, SOLIPAM (Solidarité Paris Maman) est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes en situation précaire et leurs enfants, en Ile-de-France. L'extrême majorité de la file active vit en hôtel ou dans l'espace public.

militent depuis des années pour une stabilisation de l'hébergement autour de la naissance, et posent que « grossesse + précarité = urgence médicale ». Plus récemment, l'enquête ENFAMS (Guyavarch et al., 2014), a confirmé les difficultés de suivi de grossesse chez les femmes sans-logement. Parmi les femmes ayant accouché depuis moins d'un an, 11% n'avaient pas déclaré leur grossesse à l'Assurance maladie, 14% ne l'avaient déclaré qu'au troisième trimestre. A titre de comparaison, en métropole, 95% des femmes françaises ont une prise en charge précoce, d'après l'enquête nationale périnatale de 2010 (Blondel et Kermarrec, 2011). Ces analyses concordent avec les enquêtes périnatales en population générale, montrant que les inégalités sociales se répercutent en termes de suivi et de surveillance périnatales (Blondel et al., 2009 ; Scheidegger et Vilain, 2007). Elles résonnent particulièrement dans le contexte séquanodionysien, où un suivi de grossesse insuffisant est plus fréquent que dans les autres départements franciliens (Sauvegrain et al., 2015). Nous avons donc suivi des femmes rencontrant des difficultés pour se loger. L'une d'entre elles vit, au moment où nous la rencontrons, dans une baraque fabriquée dans une friche industrielle ; nous avons fait sa connaissance après avoir frappé à la porte du bidonville, en demandant à un résident si des femmes enceintes vivaient sur place. Deux autres personnes vivent dans des hôtels sociaux du département. Nous avons noué contact dans le cadre d'une enquête menée par l'Observatoire du Samusocial de Paris. Les deux dernières femmes sont hébergées chez un tiers, à défaut de pouvoir se loger autrement. Elles ont été mises au courant de l'enquête par des connaissances communes, elles ont accepté d'être suivies pendant plusieurs mois.

Quatre des cinq femmes accompagnées partagent une autre caractéristique : elles étrangères. Nous savons en effet que la mortalité⁸, entre autres indicateurs de santé périnatale, est associée au fait d'être née à l'étranger, en France comme dans d'autres pays riches (Gagnon et al., 2009). Des professionnels de santé rapportent les difficultés en matière de suivi de grossesse aux difficultés administratives que rencontrent de nombreux ménages étrangers en situation précaire, sans-papiers en particulier (Davoudian, 2011), observation confirmée en Seine-Saint-Denis par les analyses épidémiologiques préliminaires du projet RéMI (Sauvegrain et al., 2015 ; Carayol et al., 2015). D'un autre côté, certaines patientes étrangères, regroupées notamment sous les catégories d'« Africaines » et de « Roms », paraissent traitées différemment dans les maternités. Certaines d'entre elles, semblant moins observantes des conseils et des prescriptions, sont rudoyées. La compliance d'autres patientes est à l'inverse considérée comme le signe de leur bonne compréhension des soins, au risque de négliger de donner des conseils et indications de routine (Nacu, 2011 ; Sauvegrain, 2012). Quatre des femmes suivies sont malienne, roumaine, espagnole et française. Elles vivent en France depuis quelques mois ou

⁸ Soit l'expulsion d'un fœtus après au moins 22 semaines de gestation.

quelques années, ou parfois depuis bien plus longtemps. Deux d'entre elles ne parlent pas français – ce qui est fréquemment évoqué comme un obstacle dans la relation de soins.

L'échantillon est ainsi assez varié, du point de vue des conditions d'hébergement et des origines, mais aussi d'autres paramètres, qui s'avéreront rentrer en ligne de compte à certains moments de la grossesse, pour certaines de ces femmes : l'âge (elles ont entre 18 et 38 ans), la confession religieuse, ou encore les ressources dont elles disposent. Ces ressources varient sur le plan économique et de l'accès à l'emploi notamment, mais aussi au niveau de leur couverture maladie (deux femmes bénéficient du régime général, tandis que les trois autres ou n'ont aucune couverture maladie, ou disposent de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'Etat). Le tableau 1 offre une vue synoptique sur l'échantillon de femmes accompagnées :

Tableau 1. Les caractéristiques des femmes suivies au cours l'enquête

	Madame K.	Madame J.	Madame S.	Madame R.	Madame L.
Age	32 ans	18 ans	28 ans	38 ans	31 ans
Parité	2 ^{ème} enfant	1 ^{er} enfant	1 ^{er} enfant	1 ^{er} enfant	3 ^{ème} enfant
En couple	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Croyances	Musulmane	Protestante	Musulmane	Non	Chrétienne
Nationalité	Maliennne	Roumaine	Française	Espagnole	Roumaine
En France	9 ans	3 mois	(née en France)	4 ans	2 ans
Français	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Domicile	Hôtel social fourni par le 115	Campement	Chez un parent	Chez un tiers	Hôtel social fourni par le 115
Etudes	Niveau bac	Primaires	Bac +3	Bac + 3	Illettrée
Travail	Non	Non	Oui	Saisonnier	Non
Revenus	Du mari	Non	Propres	Propres	Non
Suivi social	Oui	Non	Non	Non	Non
Couverture sociale	CMUc	Aucune	Carte vitale	Carte vitale	AME
Mutuelle	Gratuite	Non	Payante	Payante	Non
Médecin généraliste	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Déclaration	1 ^{er} trimestre	Non	1 ^{er} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre
Suivi grosse	Oui	Non	Oui	Oui	Oui

Lieu suivi	Hôpital	Pas de suivi	Hôpital	Hôpital	Centre AM
Prépa SF	Non	Non	Oui	Oui	Non
Inscription en maternité	Au premier trimestre	Pas d'inscription	Au premier trimestre	Au premier trimestre	Oui, troisième trimestre
Rencontres (accompagnements en rendez-vous ou entretien)	21	5	23	17	70

L'échantillon, outre sa petite taille, présente d'autres limites. En particulier, aucune femme vivant seule n'a été suivie ; toutes vivent en couple. Or, on peut raisonnablement penser que la monoparentalité complique, en contexte de précarité, le suivi de grossesse, de même que d'autres démarches administratives ou de soins. D'autre part, aucune de femmes de l'échantillon n'est suivie en PMI, qui constitue pourtant une modalité centrale de prise en charge au cours de la grossesse. En début d'enquête, l'accès aux centres PMI du département pour y rencontrer quelques femmes nous a été bloqué. Enfin, les futurs pères sont assez peu visibles dans ce rapport, bien que chacun d'entre eux ait été rencontré et interrogé, tout au long de chacun des suivis ethnographiques réalisés. Des analyses ultérieures s'intéresseront plus précisément à leur point de vue sur la grossesse, mais notre intérêt a porté ici de façon prépondérante sur l'expérience des femmes.

1.3. Les suivis ethnographiques réalisés

L'originalité de cette enquête est de suivre aussi minutieusement que possible des femmes au cours de leur grossesse⁹. Ce suivi s'appuie en premier lieu sur des observations directes dans l'univers médical. Nous nous sommes rendue avec ces femmes à des consultations programmées et à certaines occasions aux urgences. A l'exception de Madame J., que je n'ai pu rencontrer qu'à quelques reprises dans son campement, dans un intervalle de temps limité, avant de la perdre de vue au moment de son départ en Roumanie, j'ai accompagné chaque femme à pratiquement toutes ses consultations dans la période d'observation considérée¹⁰ (voir tableau 1). Chaque observation profitait du temps d'attente avant la consultation. Cet intervalle était mis à profit pour interroger les motifs, les attentes et les

⁹ En d'autres termes, l'unité d'observation n'est plus le guichet (ou l'interaction soignant-patient), comme dans la plupart des enquêtes de terrain sur telle ou telle administration. Ce que l'on observe, c'est l'expérience de la patiente au fil des guichets et des interactions, avec des soignants ou toute autre personne qui jouerait un rôle dans le cours de la grossesse.

¹⁰ Lorsque nous ne pouvions pas être présent au rendez-vous, un compte-rendu était systématiquement réalisé dans les jours qui suivent, lors d'une nouvelle rencontre ou au téléphone.

appréhensions des futures mères, et pour faire le point sur la grossesse, la vie de tous les jours et des événements récents. Puis avait lieu l'observation de la consultation à proprement parler¹¹. Enfin, nous discussions systématiquement en sortie de consultation, parfois entre deux rendez-vous, ce qui permettait notamment de recueillir une première évaluation dans l'immédiat après-coup de la consultation venant de se terminer. D'autres matériaux complètent le corpus produit auprès de ces femmes.

Il s'agit d'une part d'observations d'interactions de guichet et de relations d'aide, en dehors de l'univers médical (auprès d'assistantes sociales, de conseillers du pôle-emploi ou de la banque, de guichetiers des caisses d'allocations familiales etc.). Ces rendez-vous peuvent en effet se rapporter à des obstacles rencontrés dans le suivi de grossesse (par exemple l'absence de couverture sociale). Ils peuvent également avoir des répercussions sur le suivi (il est en ainsi lorsque des parents s'adressent au mauvais guichet pour renouveler leurs droits). Ces observations en dehors de l'univers médical ont été les plus fréquentes avec Madame L. et son époux. A certains moments et parfois tout au long de la grossesse, des difficultés sociales et des obstacles administratifs, qui n'avaient à l'origine rien à voir avec celle-ci (par exemple le règlement des frais de cantine), sont ainsi venus interférer ou perturber non seulement le quotidien de la famille mais aussi le déroulement de la grossesse. Nous avons essayé de les documenter aussi précisément que possible. D'autre part, tout au long du suivi, de nombreux échanges téléphoniques ont eu lieu avec les futurs parents, souvent pour caler les rendez-vous à venir ; ces discussions prenaient parfois le tour d'entretiens.

Toutes ces observations ont été notées au jour le jour, puis sélectionnées, reprises et assemblées sous forme de journal de terrain¹². Chaque journal permet ainsi de retracer la grossesse au fil des consultations, des rencontres et des expériences quotidiennes, qui en forment la signification. Elles constituent le matériau principal des analyses de cette première partie du rapport.

¹¹ A de rares reprises, cela n'a pas été possible, j'ai dû rester à l'écart du cabinet médical, à la demande du soignant, ou pour garder la petite fille d'une des patientes, qui la suivait de temps en temps à ces rendez-vous.

¹² C'est-à-dire un récit des expériences d'observation, comportant les descriptions sélectionnées, ordonnées chronologiquement, permettant de suivre pas à pas la progression de la compréhension, selon l'usage établi par Alain Cottureau et Mokhtar Marzok (2012).

2. LES PREMIERS PAS ET LES PREMIÈRES EMBUCHES DANS LA GROSSESSE

2.1. Le suivi médical de la grossesse : une orientation claire, sur le papier

« Je suis enceinte...et maintenant ? » : voici une question que se posent celles qui apprennent qu'elles vont devenir parents. La grossesse implique entre autres une découverte et un apprentissage du système administratif et médical. Dans cette partie, nous nous attardons sur l'entrée dans le suivi de la grossesse, entendue comme un ensemble, à ce stade encore relativement indéterminé, de relations avec des professionnels de santé et différentes administrations. Comme nous allons le voir, cette entrée dans la grossesse n'est pas un mouvement linéaire, comme les parents, et les futurs parents d'un premier enfant en particulier, s'y attendent parfois. Il s'agit plutôt d'un processus souvent tâtonnant visant à trouver la bonne direction dans ce que l'on pourrait appeler le « complexe bureaucratico-sanitaire »¹³. Celui-ci s'apparente à une sorte de parcours d'orientation qui débute au moment où l'on sait que l'on est enceinte et qui peut se compliquer dès cet instant, notamment chez des femmes présentant certaines difficultés sociales. Mais commençons par présenter le parcours de soins durant la grossesse, en théorie.

Le parcours réel des femmes peut s'écarter et à différentes étapes de la trajectoire attendue. Pour repérer, documenter et rendre compte des écarts entre la théorie et la réalité, il est donc nécessaire d'avoir en tête quelques notions d'arrière-plan. Le suivi de grossesse comporte en principe sept examens prénataux obligatoires¹⁴ (l'Assurance maladie les prend en charge à 100 % dès que la grossesse est déclarée). La première visite médicale doit être réalisée avant la fin du troisième mois de grossesse. Ce rendez-vous peut avoir lieu chez une sage-femme, un généraliste, un gynécologue médical ou un gynécologue-obstétricien¹⁵, selon le souhait de la future mère. Celle-ci rencontre ensuite une fois par mois un soignant pour un examen clinique de suivi. Après chaque visite, une analyse est réalisée en laboratoire, dont les résultats sont communiqués à la patiente. Selon l'état de santé, des rendez-vous médicaux peuvent se rajouter.

¹³ Le terme cherche à exprimer la multiplicité, la complexité et l'interdépendance relative des relations entre soignants et bureaucrates, dans lesquelles les patientes sont prises et doivent trouver leur chemin. Le mot renvoie par analogie à celui de « complexe bureaucratico-assistanciel », forgé par Julien Damon (2012), au sujet de la prise en charge contemporaine des sans-abri.

¹⁴ Ou plutôt obligatoirement proposés, à partir de la déclaration. Le patient a en effet le droit de refuser les soins (voir par exemple la loi de mars 2002 sur les droits de malades et la qualité du système de santé).

¹⁵ Les gynécologues obstétriciens, à la différence des gynécologues médicaux, opèrent et réalisent des accouchements.

Parallèlement, trois échographies sont fortement conseillées. Elles permettent de surveiller le développement du fœtus. Elles doivent être réalisées à des dates précises. La première (au cours du troisième mois) doit donner le terme de la grossesse, en vue d'un possible dépistage prénatal des anomalies chromosomiques (comme la trisomie 21), et pour déterminer le nombre d'embryons. La deuxième échographie (au cours du cinquième mois) permet d'examiner la morphologie et de vérifier la croissance du fœtus. La troisième échographie (au cours du huitième mois) observe la présentation et la croissance du fœtus, et cherche à localiser le placenta. Le professionnel de santé peut prescrire d'autres examens et échographies en fonction de l'état de santé de la femme, ou pour suivre de plus près l'évolution du fœtus si cela s'avère nécessaire. Dès lors, les patientes pourront être prises en charge à 100% par la sécurité sociale, sous réserve de l'accord préalable du service médical de la caisse d'assurance maladie de l'usagère.

Enfin, il est possible de bénéficier de sept séances gratuites de préparation à l'accouchement (dès le septième mois), intégralement prises en charge sans avance de frais. Les femmes peuvent aussi profiter d'un examen bucco-dentaire (entre le quatrième mois de grossesse et le douzième jour après l'accouchement) et d'une consultation chez l'anesthésiste de la maternité (au huitième mois) pour avoir les informations nécessaires à l'utilisation d'une éventuelle analgésie. La figure 1 ci-dessous, tiré du carnet de santé maternelle¹⁶, récapitule ces informations :

¹⁶ Ce livret devrait être remis aux femmes dès le début de la grossesse. Nous avons constaté que le plus souvent il n'était remis qu'au moment de la préparation à l'accouchement, ou n'était pas distribué directement aux patientes.

Mois		Démarches administratives	Conseils
	Date des dernières règles		
1	Début de la grossesse		
2-3	1 ^{re} Consultation prénatale*	Déclarez la grossesse. Informez votre employeur : non obligatoire mais utile.	Renseignez-vous sur : - la préparation à la naissance et le projet de naissance (voir page 7) ; - les professionnels de santé et/ou le réseau qui vont vous suivre ; - votre maternité (inscription et fonctionnement) ; - éventuellement, le mode de garde de l'enfant. Informez éventuellement votre médecin du travail.
	1 ^{re} Échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée)		Respectez cette date.
	Entretien prénatal (individuel ou en couple)		(Voir page 3).
4	2 ^e Consultation prénatale		Réfléchissez au choix de l'alimentation du bébé (voir fiche 1). Au besoin, renseignez-vous auprès de votre mutuelle sur les conditions de remboursement de votre séjour en maternité.
5	3 ^e Consultation prénatale 2 ^e Échographie (autour de 22 semaines d'aménorrhée)		Respectez cette date.
6	4 ^e Consultation prénatale	Si vous n'êtes pas mariée, le père peut reconnaître l'enfant avant la naissance (voir page 21).	
7	5 ^e Consultation prénatale	Vous bénéficiez peut-être de la prime à la naissance (voir fiche 5).	
8	6 ^e Consultation prénatale 3 ^e Échographie (autour de 32 semaines d'aménorrhée)	Vous bénéficiez du congé prénatal (voir fiche 4: « Droit des salariés : congés maternité »). Organisation du congé paternité.	Commencez à préparer votre séjour en maternité et les modalités de votre accouchement.
	Consultation avec l'anesthésiste	Elle est réglementaire.	Elle permet d'assurer la sécurité d'une éventuelle anesthésie.
9	7 ^e Consultation prénatale		Renseignez-vous sur les documents à présenter, les modalités du séjour, le personnel présent en salle d'accouchement, etc.
	Accouchement et séjour à la maternité	Déclaration de naissance à faire dans les 3 jours.	Informez-vous et discutez avec l'équipe des sujets suivants : modalités de surveillance et de sortie, dépistages néonataux, mise en route de l'allaitement ou d'un autre mode d'alimentation de l'enfant, méthode contraceptive...
SEMAINE 1	1 ^{er} examen médical de l'enfant (1 ^{re} semaine)	Certificat médical de l'enfant obligatoire.	Certificat médical de l'enfant établi en maternité par le pédiatre ou par votre médecin traitant.
6-8	Consultation postnatale (entre 6 et 8 semaines après la naissance)	10 séances de rééducation périnéale (voir glossaire) remboursées par la Sécurité sociale peuvent être utiles. Pensez à vérifier les dates de fin de congé postnatal.	Reprécisez votre méthode contraceptive.

Figure 1 – « L'agenda de la grossesse ». Source : Carnet de santé maternité, sur <http://www.sante.gouv.fr>, consulté en janvier 2015

Ce parcours peut être vite compliqué, d'abord en cas d'anomalies détectées en consultation, entraînant des visites supplémentaires. Mais on peut également imaginer d'autres raisons d'être désorientée, en l'absence d'informations intelligibles pour les femmes sur la marche à suivre ou encore sur les services de santé permettant de répondre aux différentes étapes du suivi de soins.

2.2. Première possibilité : s'orienter d'après son expérience personnelle de la grossesse ou celle de proches

Sur le papier, la grossesse semble donc un chemin bien balisé. Mais comment en pratique les femmes entrent-elles en contact avec le système de santé, une fois qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes ? Plusieurs configurations peuvent être distinguées. Pour savoir ce qu'il convient de faire, une fois que l'on apprend que l'on est enceinte, les femmes peuvent tout d'abord s'appuyer sur leur propre expérience d'une grossesse antérieure, ou sur les conseils de première main de leur entourage. Madame S. a 28 ans. Lorsqu'elle pense qu'elle est enceinte, elle se rend chez le médecin :

Journal de terrain, Madame S., juin 2013 :

Je suis allée voir mon médecin généraliste – le même que celui de ma famille en fait – pour confirmer ma grossesse. Puis je me suis inscrite tôt à la maternité, à deux mois de grossesse, car j'avais peur de ne pas avoir de la place, il y a du monde, tu vois ?

Madame S. n'hésite pas sur le soignant à aller voir : elle se rend chez le médecin qui s'occupe d'elle et de sa famille proche. Comme nous le verrons, toutes les femmes n'ont pas un médecin attitré, vers lequel se tourner en début de grossesse comme à d'autres moments, parfois plus délicats. Elle se met rapidement à chercher une maternité, de peur que les places manquent. Cette précaution renvoie à des discussions avec d'autres femmes, dans son entourage familial et professionnel. Elle se dirige d'abord vers un hôpital de l'est parisien, suivant la recommandation d'une amie, enceinte alors, et elle-même conseillée par son entourage. Ce n'est pas l'établissement le plus proche de chez elle. La localisation de la maternité est moins importante que le conseil de son amie, qui avait apprécié d'y être suivie. Mais Madame S. fait rapidement face à une déconvenue qui lui fait rebrousser chemin, et qu'elle me raconte quelques semaines plus tard :

Journal de terrain, Madame S., juin 2013 :

— Lorsque je suis arrivée à la maternité pour m'inscrire, la première chose que je vois à l'accueil, c'est une feuille collée au comptoir disant que, d'après la loi, il est interdit de refuser l'assistance – notamment quand un homme la prodigue¹⁷. On sait bien que c'est interdit, mais pourquoi l'afficher dès la réception des inscriptions ? C'est pas nécessaire !

Madame S. ne souhaite pas être suivie par des hommes en effet. Par pudeur, elle préfère être suivie par une femme.

— Alors t'es partie de l'hôpital à ce moment-là ?

— Non, j'ai posé quelques questions quand même. Après l'inscription, ils m'auraient bien orientée vers un gynécologue, un homme. Moi, je préfère une sage-femme. Je trouve qu'elles sont plus gentilles, moins froides.

¹⁷ Nous rapportons ce que Madame S. a compris. La loi ne stipule pas qu'il est interdit de refuser l'assistance. Mais ce qui importe ici, c'est ce que Madame S. a retenu, et ses conséquences pratiques, à savoir l'orientation vers un autre établissement.

Ne souhaitant plus s'inscrire dans cet établissement, la jeune femme se tourne vers un autre hôpital parisien, celui-là même où sa mère a déjà accouché et qu'elle aimait fréquenter petite :

Journal de terrain, Madame S., juin 2013, Paris :

On arrive à la porte de l'hôpital, où Madame S. vient en consultation de suivi. C'est la première fois que j'y entre. J'en avais souvent entendu parler. Je découvre une entrée lumineuse et une décoration soignée. Je suis agréablement surprise ; la future mère doit le remarquer :

— Oui, c'est bien ici, j'aime bien. D'ailleurs, mes deux sœurs sont nées ici. Mon frère et moi [les deux premiers enfants de la fratrie] on est nés à Tenon. Du coup, je venais ici quand j'étais petite voir ma mère, j'adorais la déco, qui était déjà là à l'époque.

Un peu plus tard, la consultation ne s'avère pas aussi agréable pour Madame S.. Elle subit par exemple un toucher vaginal dans une pièce exigüe, où elle se déshabille sans paravent ni rideau. Elle n'a pas « osé » s'opposer au toucher, alors que nous en avions discuté auparavant. Elle a craint, nous expliquera-t-elle, qu'un tel refus abonde dans le sens des préjugés de certains soignants envers les femmes musulmanes, qui les considéreraient, pour de mauvaises raisons, récalcitrantes à suivre entre autres ces examens.

Madame S. se rend ensuite à l'accueil des consultations d'échographie, puis à l'accueil de la maternité pour prendre des rendez-vous. On s'adresse à chaque fois à elle sur un ton sec. Elle me dit qu'elle y est « habituée ». Sur le chemin du retour, soulagée que les examens se soient bien déroulés et comme pour anticiper mes propres interrogations, elle me dit :

— Ici tu sens bien le truc. Ma mère a accouché ici de mes deux sœurs. Ça m'inspire confiance. Quand j'étais petite, j'aimais bien venir ici.

Comme on peut le voir, les conseils de proches voire l'expérience personnelle d'un établissement en d'autres circonstances, peuvent s'avérer déterminants, pour le choix d'une maternité. Il y a alors une transitivity de l'évaluation des proches, qui disposent favorablement à être suivie dans tel ou tel endroit. Cette évaluation permet de minorer des heurts dans la relation de soins (ici le ton sec, les gestes sans ménagements des soignants), qui apparaissent comme de simples désagréments auxquels on est habitués, alors qu'ils auraient pu constituer des obstacles plus importants ailleurs (Madame S. se plaindra en d'autres lieux du mauvais accueil et suivra moins rigoureusement certains conseils qui lui seront donnés). Mais toutes les femmes ne trouvent pas aussi facilement conseil que Madame S., en particulier quand elles ne sont pas familières du système de santé français et n'ont pas de parentes qui en ont bénéficié. Dans d'autres circonstances, les impairs et les offenses subies dans l'interaction peuvent avoir des effets plus préjudiciables pour les femmes.

2.3. Deuxième possibilité, en l'absence de proches vivant en France : s'appuyer sur les conseils de collègues ou de connaissances

C'est le cas de Madame R. Cette Espagnole de 38 ans vit en France depuis 4 ans. Elle aussi attend son premier enfant. Ce sont ses collègues de travail qui lui ont dit les démarches à suivre, qu'elle devait par exemple dé-

clarer sa grossesse avant de s'inscrire en maternité. Contrairement à Madame S., elle n'a pas de famille vivant à proximité, ni en France d'ailleurs, pas de parent familial du système de santé, qui pourraient lui faire part de conseils avisés. Mais sa grossesse est un sujet de discussion au travail, où d'autres femmes viennent à se soucier d'elle, la soutiennent et lui donnent des informations utiles¹⁸. Notons que, comme dans les circonstances où les futures mères prennent conseil auprès de leurs proches, ce sont encore ici des femmes qui sont sollicitées.

Il n'empêche, Madame R. ne connaît pas les rouages de l'organisation sanitaire. Elle les découvre au moment où elle apprend qu'elle est enceinte et part, suivant les conseils de ses collègues, rencontrer un généraliste. Comme nous allons le voir, une action aussi simple d'apparence que la déclaration de grossesse ne va pas forcément de soi :

Journal de terrain, Madame R., juin 2014 :

Je suis allée chez mon médecin généraliste car je n'avais plus mes règles. J'ai appris que j'étais enceinte de deux mois. Il m'a envoyée faire une échographie. Mais il ne m'a pas dit qu'il fallait faire la déclaration de grossesse avant les trois mois ; c'est une copine qui me l'a appris un peu plus tard. Lors du rendez-vous suivant, une échographie, j'ai demandé à faire la déclaration. Ils m'ont dit qu'il fallait aller chez le gynéco. Je suis retournée chez mon médecin traitant, lui demander le papier pour aller chez le gynéco en ville. Une fois chez le gynéco, il s'est fâché contre moi, car je ne venais que pour déclarer ma grossesse, et pas pour un suivi mensuel.

Cette citation met d'abord en lumière que les professionnels de santé eux-mêmes ne seraient pas toujours au clair sur la démarche à suivre : pourquoi le médecin traitant n'a-t-il pas fait lui-même la déclaration ? Pourquoi l'échographiste oriente-t-il vers le gynécologue ? Elle montre aussi, une fois en consultation, l'écart qui peut exister dès les premiers moments de la grossesse entre la connaissance sur le suivi dont disposent des femmes et des soignants. Madame R. apprend chez son généraliste qu'elle est bien enceinte, mais celui-ci ne lui dit pas qu'elle doit déclarer sa grossesse, ni comment s'y prendre, ni les suites des démarches à entreprendre – il lui prescrit simplement une échographie. On peut voir le malentendu et l'occasion manquée : le généraliste aurait dû demander à cette femme de revenir le voir avec l'échographie pour qu'ils décident ensemble de la suite (déclaration de grossesse, inscription à la maternité, etc.). Cette initiative aurait certainement facilité l'orientation de la patiente dans un système qui demeure opaque, d'autant plus que cette femme est étrangère, primipare et d'un âge avancé. Cette absence de questionnement sur les possibles difficultés d'orientation dans le parcours de soins d'une patiente,

¹⁸ De même qu'être accompagnée d'un bébé peut amener à des interactions bienveillantes, entre inconnus ou personnes peu familières, où la vulnérabilité exempte de tout soupçon de duplicité (Gayet-Viaud, 2006 ; 2015), être visiblement enceinte provoquerait des formes d'attention, de sollicitude et d'aide, qui sembleraient autrement incongrues. Il serait intéressant de voir si l'écologie de l'aide et des conseils reçus en cours de grossesse, recouvre celles des liens faibles et des interactions en public.

difficultés que l'on peut *a priori* soupçonner parce qu'elle est peu familière du système de santé, n'a rien d'anecdotique. Toutes les femmes que nous avons suivies nous l'ont rapporté, depuis la déclaration de grossesse jusqu'à la sortie de maternité.

Dès lors, dès les premiers moments de la grossesse, les femmes peuvent être conduites d'un professionnel à l'autre, sans précisément comprendre pourquoi. Cette situation peut entraîner une sollicitation incongrue des services de santé, parfois malvenue de leur point de vue. La réaction du gynécologue, « fâché » de n'être sollicité que pour la déclaration, paraît sanctionner une faute de la patiente, alors même que celle-ci cherche à accomplir une démarche nécessaire pour la suite de la grossesse¹⁹.

L'extrait permet également de pointer la fonction de réajustement que peuvent remplir des connaissances (la « copine »), une fois mises au courant des démarches de soins de la future mère²⁰. Elles sont alors des pourvoyeuses d'informations pertinentes, qui permettent de « rentrer dans les clous », selon l'expression d'un soignant. Madame R. s'inscrira finalement dans un hôpital proche de chez elle. Il s'agit, comme elle souhaite au vu de son âge et d'après les informations qu'elle obtient en surfant sur Internet et en discutant avec des collègues et amies, d'une maternité de

¹⁹ Dans cette situation, ce qui est singulier, ce n'est pas que le soignant incrimine la patiente, mais que cela soit aussi un coup pour l'inciter à se faire suivre chez lui – et à réaliser des échographies non justifiées sur le plan médical mais profitables pour lui. Voici la suite du compte-rendu de cette visite : « Ce gynéco m'a demandé quelle était ma mutuelle. Il m'a dit qu'elle était très bien et que je serai remboursée sans problèmes pour toutes mes visites chez lui. Il m'a proposé de faire le suivi de grossesse avec lui, avec une échographie mensuelle, afin de voir mon bébé chaque mois, et puis qu'il viendrait à mon accouchement à mon hosto, puisque là-bas c'était possible. Il m'a donné un rendez-vous pour la semaine suivante –auquel je ne suis pas allée J'ai été tentée, beaucoup de femmes le font comme ça, pour le plaisir de voir le bébé et le voir grandir. Mais je ne voulais pas retourner chez lui, J'ai trouvé bizarre cet intérêt pour les échographies alors qu'il m'avait engueulée juste avant. » (*Journal de terrain*, Madame R., juin 2014).

²⁰ Une question qui n'a pas été abordée dans l'enquête serait de savoir dans quelles circonstances les professionnels de santé (ou du social) comptent eux-même sur des tiers, pour que les patientes finissent par trouver leur direction dans le complexe bureaucratique-sanitaire. Les enquêtes d'Alexandra Nacu (2011) et de Priscille Sauvregain (2012), réalisées en région parisienne, montrent qu'en maternité les soignants anticipent la présence et le soutien d'un entourage de parents et de proches chez les « Africaines » en particulier, et les dispensent ainsi de certains examens ou prescriptions. Maëlle Planche (2014) avance également que l'orientation de femmes pauvres immigrées en centre maternel dépend en partie des préjugés des assistantes sociales, quant aux soutiens relationnels dont disposeraient les requérantes, préjugés rarement soumis à enquête. On peut toutefois se demander si ces catégorisations ethnicisantes sont le seul ressort, voire le ressort principal de cette forme de délégation à des tiers d'une partie de la responsabilité du suivi de la grossesse. Ne pourrait-il pas y avoir également chez les soignantes la conviction empiriquement fondée que les futures mères disposent dans leur entourage d'instances d'évaluation pertinente et éventuellement d'alerte, auxquelles leur propre travail s'ajusterait pour plus d'efficacité ? On sait par exemple que les pompiers ne se déplacent pas à chaque signalement reçu au 18 ; leur décision repose sur la répétition d'appels, qui fait alerte. « Si c'est grave, disent-ils, ils rappelleront » (Chave, 2013).

niveau 3²¹. Mais l'entrée dans les soins peut être plus ardue encore, lorsque l'on n'a ni parente, ni connaissance, à même de dire à qui s'adresser.

2.4. Troisième possibilité : confier l'orientation à des soignants de référence

C'est le cas de Madame L. Cette femme de 31 ans vit dans un hôtel social près de Livry avec son époux, Ciprian, 39 ans, et leur fils, Victor 8 ans (les parents ont un autre enfant, une adolescente, restée en Roumanie chez ses grands-parents maternels). C'est leur cinquième hôtel depuis leur arrivée en France, il y a deux ans – dans le système d'hébergement, une famille déménage en moyenne entre deux et trois fois par an (Guyavarch et al., 2014). Comme près de huit familles sur dix assistées par le 115 de Paris, le ménage réside en dehors de la capitale (Ibid.). La famille est pourtant domiciliée à Paris, dans le onzième arrondissement, dans un service social spécialisé dans l'accueil de familles privées de logement²². Comme la domiciliation, d'autres services dont bénéficie le ménage sont basés *intramuros*. C'est le cas entre autres du bureau de l'aide médicale de l'Etat, qui dirige la future mère vers un centre de santé en plein cœur de la capitale :

Journal de terrain, Madame L., 25 novembre 2013, centre médical, Paris :

C'est au bureau de l'aide médicale qu'ils m'ont donné cette adresse [d'un centre de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, à Paris]. J'ai pris mon médecin traitant ici. Je suis allée le voir en juillet parce que je n'avais plus mes règles. J'ai tout fait ici : les échos, les bilans de laboratoire, tout. La sage-femme du centre de santé m'a dit que le reste de la grossesse peut être suivi ici, mais pas pour accoucher.

La jeune femme suit sans ciller l'indication du guichet de l'aide médicale. Celle-ci arrive opportunément, quand elle en a besoin. La future mère n'a pas de raison d'interroger la pertinence de cette orientation : le bureau de l'aide médicale lui a été pour le moment d'un grand secours, en enregistrant et en lui remettant sa carte de bénéficiaire de l'Aide médicale de l'Etat (bien avant la grossesse). Madame L. aurait même aimé pouvoir y être accompagnée jusqu'à l'accouchement. Ceci illustre, d'une part, la faible connaissance qu'ont certaines patientes des services proposés dans les établissements de santé. Mais cela montre surtout que ce qui importe

²¹ Les maternités peuvent être de niveau 1, 2 ou 3, selon les soins prodigués et les risques encourus ou prévisibles au cours de la grossesse. Les établissements de niveau 3 sont en principe destinés à des grossesses pathologiques.

²² Le 115 de Paris est le principal fournisseur d'hébergement aux familles sans-logement en Ile-de-France – il hébergeait en 2013 près de la moitié des parents et enfants résidant en hôtel (Guyavarch, et al., 2014). Comme dans les autres plateformes parisiennes destinées aux familles étrangères (Le Méner et Oppenchain, 2012), la majorité des chambres d'hôtels utilisées sont situées en banlieue, en premier lieu en Seine-Saint-Denis (Guyavarch et al., 2014). Dépendre d'une association ou d'un service social parisien et résider à l'extérieur de la capitale est donc le lot commun d'une majorité de ces familles.

pour elle, ce n'est pas tant la qualité des soins – celle-ci paraît présupposée, que la qualité de l'accueil (et probablement, l'absence de frais et de dépassement d'honoraires, nous y reviendrons). De fait, le centre de santé conseillé est conçu pour développer, renforcer et garantir un accès aux soins pour tous, sans discrimination. La structure pratique des tarifs conventionnés sans dépassement d'honoraire et le tiers payant. Le dispositif semble à cet égard tout indiqué pour la famille, étrangère, aux revenus monétaires modiques et aléatoires²³, et bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat, du moins pour le moment²⁴. D'un point de vue extérieur pourtant, on pourrait mettre en question la pertinence de l'orientation donnée.

Il peut paraître étonnant que la famille soit orientée vers ce centre-là : il en existe d'autres à Paris, dont un dans la même rue que leur service social de référence, dans le onzième arrondissement. Comme nous l'a confirmé Madame L., leur interlocuteur ne leur a demandé ni leur adresse, ni leur lieu de résidence. Il s'est contenté de leur fournir l'emplacement d'un « bon » service. L'absence de prise en compte, qui par un travailleur social, qui par un professionnel de santé, de la localisation de l'hôtel ou d'autres informations sur les lieux fréquentés au quotidien, pour décider du lieu d'une orientation est revenue fréquemment, quoique non systématiquement, dans les observations. Dans ces situations, on remarque que les parents ne cherchent pas à savoir si le même établissement existe dans un endroit qui leur conviendrait davantage : comme pour chercher un bon interlocuteur, l'important semble d'aboutir à un service adéquat²⁵. Les parents ont donc suivi le conseil, et découvert le centre de santé. Ils s'y sont sentis bien accueillis et ne voient pas de raison d'en changer :

Journal de terrain, Madame L., 7 février 2014, centre médical de l'Assurance maladie, Paris

J'accompagne aujourd'hui Madame L. au centre de santé, au coeur de Paris. Elle a rendez-vous pour l'échographie du troisième trimestre. A l'accueil, le sourire de la réceptionniste s'estompe rapidement :

²³ Les revenus monétaires de la famille proviennent uniquement des journées de travail de Ciprian, sur des chantiers à cette époque. Le père de famille ne parvient, au plus haut de son activité durant la période d'observation, à n'être employé que deux jours par semaine, pour une recette de 30 à 35 euros, pour environ 8 heures travaillées. Les revenus monétaires du ménage s'élèveraient ainsi au plus à 315 euros par mois (soit 175 euros par unité de consommation). A titre de comparaison, la moitié des familles enquêtées dans ENFAMS auraient un revenu par unité de consommation inférieur à 221,3 euros par mois (le revenu moyen par unité de consommation du premier quartile étant de 47, 30 euros).

²⁴ Nous y reviendrons, mais signalons d'ores et déjà les difficultés à venir de la famille, au moment de renouveler l'aide médicale. Elle sera alors obligée d'avancer immédiatement et en liquide certains soins effectués dans le centre de santé.

²⁵ Toutefois, alors que les intervenants semblent implicitement compter sur le temps disponible et la mobilité des ménages, ces derniers cherchent au contraire, dans des journées à rallonge, à limiter les déplacements, du moins les déplacements infructueux de service en service, qui semblent imprimer et distinguer leur expérience de la précarité, comme nous le verrons plus loin.

— Votre carte AME est périmée madame. (...). Vous avez déjà un impayé [après une consultation chez son généraliste], je ne peux pas vous en laisser passer un autre. (...). Mais vous pouvez toujours vous faire l'échographie à l'hôpital.

Je me renseigne. Un impayé, mais pas plus : c'est la règle que le service s'est donné, face aux dettes de nombreuses patientes dont la carte AME est périmée. Je règle la facture pour Madame L. afin qu'elle puisse avoir son échographie. Je lui demande alors :

— Etant donné ta situation, tu ne veux pas te faire suivre à Sevran ? Ce serait gratuit, et aussi plus près de chez toi.

— Non Raquel, je préfère venir ici. La sage-femme est très gentille. J'ai tout fait ici, mes bilans et tout. Voilà, je préfère venir ici.

La qualité de l'accueil est appréciée par la patiente, par contraste avec de nombreuses expériences dans de nombreux services de santé et services sociaux - expériences dont nous reparlerons. La compétence de l'établissement n'est pas mise en doute ; on peut même penser que le bon accueil reçu fait plutôt signe vers la qualité des services proposés. Dès lors, même pour des techniques mineures comme la prise de sang, que la future mère aurait pu faire à côté de chez elle au lieu de voyager enceinte plus d'une heure depuis son hôtel, la famille se rend au centre de santé parisien.

Cette observation concorde avec les résultats d'une enquête exploratoire, réalisée par Candy Jangal (2012), auprès de femmes sans-logement, suivies en service de protection maternelle et infantile. Les parcours de soins paraissent peu déterminés, comme on aurait pu s'y attendre, par des déménagements (qui auraient dû logiquement entraîner une relocalisation des soins, à proximité du lieu de résidence). En revanche, le premier établissement fréquenté demeure pour certaines familles un ancrage tout au long du parcours, étant donné que l'on est amenée à déménager, on ne sait quand, on ne sait où. Dans un quotidien où règne l'instabilité résidentielle, ce genre d'ancrage (l'école des enfants en constitue un autre) est éminemment précieux. On peut ainsi imaginer que les femmes sont d'autant moins enclines à interroger la pertinence d'une orientation qui leur a été donnée par un interlocuteur de confiance, ou dans un établissement où elles ont été bien reçues, que leur quotidien peut être soumis à d'importants bouleversements et qu'elles ne disposent pas d'un entourage à même de les aider à s'orienter précisément dans le système de santé. Ainsi, Madame L., comme Madame K. d'ailleurs²⁶, qui vivent l'une et l'autre en hôtel social et qui ne disposent pas dans leur entourage proche de femmes sur lesquelles compter pour recevoir des indications précises quant aux services où aller, suivent à la lettre les orientations des professionnels et cherchent à limiter autant que possible les changements d'établissement.

²⁶ Madame K. s'est rendu chez son généraliste pour sa déclaration de grossesse. C'est un médecin qu'elle fréquente depuis des années, malgré les déménagements. Elle est ensuite allée rapidement s'inscrire en maternité – elle connaissait les démarches à accomplir, ayant déjà accouché une première fois en France.

2.5. Quatrième possibilité et cas limite : ne jamais trouver l'entrée du système de santé

Nous avons repéré une dernière configuration d'entrée, et plus précisément d'entrée manquée, dans le suivi médical de la grossesse. Madame J. est une Roumaine de 18 ans. Elle attend son premier enfant. Elle vit en France depuis trois mois, dans un campement en Seine-Saint-Denis, où je l'ai rencontrée et lui ai proposé de la suivre dans ses démarches.

Journal de terrain, Madame J., avril 2013, campement, Montreuil :

J'accompagne aujourd'hui Madame J. à la maternité, la plus proche de sa baraque. Je lui ai proposé de la conduire en voiture à cet établissement, assez proche de chez elle, et qu'une autre femme enceinte du campement connaît déjà pour y avoir été conduite d'urgence par les pompiers une première fois. Elle venue avec un voisin du campement, un enfant de onze ans, scolarisé, qui parle mieux français que la plupart des occupants et qui fait de temps en temps office de traducteur. Madame J. est alors enceinte de six « lunes » (je comprendrais plus tard que cela signifie six mois). Masi pour le moment, elle n'est suivie nulle part.

Arrivés à l'hôpital, nous ne trouvons aucun panneau donnant la direction de la maternité. C'est à l'accueil, qu'en français, une réceptionniste nous dit en détail le chemin à suivre vers la maternité. Puis à la réception de la maternité, on nous demande de faire halte au service social : Madame J. n'a en effet aucune couverture sociale. Nous ne trouvons pas notre direction. Nous repassons par l'accueil, où la réceptionniste se montre nettement moins aimable cette fois-ci. Mais elle finit par nous donner un rendez-vous au service social et par nous donner un point de rencontre simple à trouver.

Nous attendons une demi-heure devant le bureau de l'assistante sociale. Personne n'entre ni ne sort. Je frappe. Aucune réponse. Retour à l'accueil, où la file d'attente s'est allongée. Une dizaine de minutes passe avant qu'un autre agent d'accueil nous reçoive et nous apprenne que le bureau que nous cherchons est aujourd'hui fermé, comme chaque mardi.

Le lendemain, j'accompagne de nouveau Madame J. à l'hôpital. Une voisine du campement, rentrée au pays, avait pris un rendez-vous pour une première consultation au même endroit. La coïncidence paraît heureuse. Elles ont le même âge, la même origine, attendent toutes les deux leur premier enfant. Mais à l'accueil, on refuse de nous donner le papier qui officialise le rendez-vous : Madame J. n'est pas la patiente indiquée sur le planning. Nous attendons tout de même en salle d'attente. Mais nous n'arrivons pas à parler à la sage-femme et repartons bredouille.

Je repasse deux fois dans les jours qui suivent rendre visite à Madame J., et l'inciter à fixer un rendez-vous à la maternité ; je lui propose de nouveau de l'accompagner. Elle semble d'accord.

Son campement est dismantelé quelques jours plus tard. La jeune femme retourne en Roumanie, s'installer dans sa belle-famille en vue de l'accouchement.

L'accès de la jeune femme aux services de santé correspond aux descriptions données dans la littérature au sujet du recours aux soins des migrants

vivant en campement²⁷. En l'absence de couverture maladie (comme c'est le cas pour Madame J.), face à la récurrence des expulsions (à laquelle elle est confrontée), l'accès aux soins est généralement retardé. Il passe alors (comme jusqu'à présent pour Madame J.) par une sollicitation répétée des urgences, que les soignants peuvent juger excessive, notamment les sages-femmes accueillant des femmes prêtes à accoucher mais inconnus des services (Nacu, 2009²⁸). Mais cet usage contraint de services de santé ne favorise pas le maintien dans les soins, ébranlé par les expulsions répétées en particulier.

De fait, après cet épisode, je n'ai pratiquement plus eu de nouvelles de Madame J., et jamais directement. Il est aussi difficile de déterminer ce qui, entre la destruction des baraques et les tentatives infructueuses d'être suivie à l'hôpital, a conduit la future mère à retourner en Roumanie. Mais on peut raisonnablement imaginer que ces éléments se combinent entre eux. Cette situation extrême nous invite en tout cas à être attentif à la possible interdépendance entre l'absence ou l'insuffisance du suivi de grossesse, et des difficultés matérielles qui ne sont pas du ressort des établissements de santé.

*

Ainsi, les premiers pas dans le système de santé paraissent prépondérants, au sens où les femmes s'en tiennent aux orientations de ceux qu'elles estiment de bons guides. Des femmes de la famille ou des amies, plus aguerries, constituent une première figure de guide. En l'absence de telles personnes dans l'entourage, des collègues ou des connaissances, mises au fait des difficultés rencontrées par les futures mères pour s'orienter dans le système de santé, peuvent prodiguer des conseils avisés. Enfin, des femmes comme Madame L., qui n'ont ni parente, ni entourage auprès duquel trouver l'orientation adéquate, et dont le quotidien est susceptible de changements considérables, suivent autant que possible les orientations des professionnels, au prix parfois de déplacements épuisants. Mais il arrive qu'elles ne puissent pas s'y tenir, quand elles ne disposent pas par exemple de la couverture sociale ou des ressources nécessaires pour payer les soins demandés (comme nous le verrons, elles s'appuient alors sur leur

²⁷ Voir pour une synthèse Halfen (2012 : 58-62).

²⁸ Voici ce que confie une sage-femme hospitalière à Alexandra Nacu (2009), au cours de sa recherche sur les Roms migrants et la santé : « Quand on a commencé à voir arriver les filles roms à la maternité, ça a été un choc pour nous, on ne comprenait pas ce qui nous arrivait : il y avait tout d'un coup ces filles, beaucoup étaient des ados, enceintes et qui arrivaient pour accoucher, en plein travail. Je pense qu'elles sont nées sous une bonne étoile, parce que dans des cas pareils on s'attendrait à ce qu'il y ait des complications, et en fait la plupart du temps elles s'en tirent bien. Mais pour nous c'est très stressant, il faut imaginer : la fille nous arrive aux urgences et on n'a rien sur elle, ni groupe sanguin, ni échographie, elle ne parle pas français donc on n'a vraiment aucune information. Il faut demander des examens en urgence et, comme l'hôpital est vraiment débordé, ça embête tout le monde ».

propre expérience de la maladie et des soins pour trouver des solutions de substitution).

L'entourage paraît ainsi jouer un rôle déterminant, dès l'entrée dans le parcours de soins. De nombreuses enquêtes ont du reste souligné que processus d'exclusion prendrait racine dans la rupture de liens sociaux. A l'échelle de la population sans-domicile (confondant adultes accompagnés d'enfants et isolés), on sait également l'importance du réseau relationnel dans l'accès aux institutions, pour trouver un hébergement (Soulié, 1999), pour se reloger (Dietrich-Ragon, 2015) ou pour se soigner (Perreti-Watel, 2006). Les personnes les plus entourées sont les mieux loties. L'observation ne semble pas différente pour ce qui concerne l'accès aux soins en début (et comme on l'apercevra en cours) de grossesse. Elle permet en revanche de préciser le genre de liens utiles aux femmes. En situation de vulnérabilité résidentielle et de non familiarité avec le système de santé, avoir autour de soi des parents ou des proches plus expérimentés ou, à défaut, fréquenter quotidiennement d'autres femmes de bon conseil, et prendre de l'information lorsque c'est possible sur Internet et d'autres médias, apparaissent comme des ressources considérables pour des femmes enceintes. Ainsi, cet entourage peut être à l'origine du choix des services de santé ; il peut aussi, en cas de désorientation, réajuster le parcours de soins ou limiter le passage d'établissement en établissement.

3. COMMENT DES DIFFICULTES DEVIENNENT INSURMONTABLES : UNE ETUDE DE CAS

Il ne suffit pas d'avoir été bien conseillée une fois, pour l'être ensuite tout au long de sa grossesse. Les soins impliquent de passer entre les mains de services et de professionnels de santé différents. Ces passages ne se font pas toujours sans heurts : la stabilisation du parcours de soins, conquise à un moment donné, ne préjuge pas de la suite des consultations et de la continuité de la prise en charge. Comme nous allons le voir, dans les moments où les femmes ou leurs familles sont confrontées à d'importantes difficultés matérielles ou encore administratives, leur parcours de soins paraît d'autant plus susceptible d'à-coups. Dans ces circonstances, certaines formes d'entourage peuvent de nouveau jouer un rôle primordial, d'amortisseur de secousses et de correcteur de trajectoire. Mais c'est aussi dans ces circonstances que l'absence de parents ou de proches plus expérimentés, pourvoyeurs de conseils, de coups de mains financiers et d'aides diverses, peut se faire le plus durement et durablement sentir. Alors, les effets de la non-familiarité du système de santé, de la pauvreté et, pour certaines femmes suivies, d'une extrême vulnérabilité résidentielle, peuvent s'amplifier. Ils s'accumulent également, au point de faire de la prise en charge grossesse un véritable labyrinthe, où s'emmêlent, du point de

vue externe, des questions de santé et des difficultés sociales, qui constituent néanmoins, du point de vue des futurs parents, le terrain même de leurs démarches quotidiennes et incessantes. La grossesse est alors prise dans une multiplicité et une complexité de problèmes.

Toutes les familles rencontrées ont en effet été confrontées à des difficultés sociales soudaines au cours de leur grossesse : des pertes brutales de revenus, liées par exemple au non règlement de journées travaillées au noir ; une absence ponctuelle de couverture sociale, en raison notamment de la transmission tardive du dossier de renouvellement des droits ; l'annonce d'un déménagement prochain, dans un lieu inconnu. Ces difficultés affectent le suivi de la grossesse. En particulier, elles peuvent rendre inabordables certains traitements, visites ou examens médicaux, pourtant « obligatoires ». Elles peuvent aussi, nous le verrons en détail, obliger à un renversement des priorités de la vie quotidienne : il peut devenir plus pressant en certaines circonstances de se nourrir ou de se vêtir, que de s'efforcer de suivre à la lettre les indications des professionnels de santé. Ces difficultés peuvent façonner des formes d'abattement, de résignation ou de fatalisme, à même de transformer les évaluations des parents sur leur vie passée et à venir.

Dans ce contexte, l'univers médical se montre en général d'un faible secours. De fait, il n'est pas de la compétence des soignants de répondre à la perte de logement d'une patiente, à une diminution sensible des revenus d'une autre, ou aux impasses administratives dans lesquelles une dernière serait empêtrée (bien que certains personnels hospitaliers, les assistantes sociales, doivent en principe s'assurer que les patientes aient accès à leurs droits, ce qui peut impliquer une aide au montage de dossiers administratifs). L'orientation vers des services compétents – à l'hôpital ou hors des murs selon les établissements, nous a cependant paru exceptionnelle, aussi exceptionnelle que l'enregistrement dans le dossier de la patiente de telles difficultés – souvenons-nous de l'extrait placé en exergue de ce rapport et de l'étonnement d'une aide soignante après l'accouchement de Madame L., constatant que son dossier ne mentionnait pas, entre autres problèmes ainsi rendus invisibles dans l'univers médical, l'absence de logement et l'hébergement en hôtel social de la famille. Nous examinerons dans la deuxième partie de ce rapport les difficultés des professionnels de santé à aborder et traiter la précarité des patientes. Mais voyons ici comment les patientes font face aux difficultés qui surviennent au cours de leur grossesse.

Le parcours de Madame L. permet de comprendre, mieux qu'aucun autre cas étudié, comment, en peu de temps, le quotidien peut se compliquer à l'extrême ; comment ces complications, évidentes pour un observateur rapproché de la famille, peuvent venir s'insinuer dans le suivi de grossesse ; et comment, plus ces difficultés enflent, moins elles paraissent aperçues et prises en compte, aussi bien dans le monde médical que dans le monde de l'assistance. Aucune autre femme accompagnée au long cours n'a fait face à des difficultés aussi diverses, intenses et durables.

Madame K., Madame S. et Madame R. ont pu compter, par contraste, sur des ressources hors de portée de Madame L. et de sa famille pour faire face à des difficultés ponctuelles. Mais ce qui nous paraît exceptionnel chez Madame L., ce n'est pas ce défaut de ressources, que l'on retrouve chez bien d'autres ménages pauvres et étrangers, résidant notamment en hôtel social, en Seine-Saint-Denis. C'est que, malgré tout, la famille continue à suivre les conseils même infructueux des soignants, des travailleurs sociaux et d'autres agents comme les conseillers du pôle emploi. En ce sens, cette situation nous offre une perspective rare sur l'étendue des difficultés que peuvent rencontrer des femmes enceintes, tout en restant dans le système de soins.

3.1. Les dettes de cantines et l'introuvable assistante sociale : une signalétique défaillante

Le parcours de grossesse de Madame L. n'a jamais été une promenade de santé. Avant de parler des événements qui secouent la vie de la famille début 2014, récapitulons certaines informations utiles. Madame L. est enceinte depuis juillet 2013. Bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat (du 15 janvier 2013 au 14 janvier 2014), elle est suivie dans un centre médical au cœur de Paris (la famille habite près de Livry). Elle s'arrange avec son époux et son fils de huit ans pour assister à chaque consultation (elle ne parle ni ne lit le français, et peine à s'orienter dans la ville et dans les transports). Ballotée de service en service, tantôt parce qu'elle ne peut pas présenter les documents nécessaires, tantôt parce qu'elle ne peut pas payer les frais engagés par les soins, sa grossesse, sans complication médicale en principe, comporte un nombre considérable de rendez-vous. D'autres soucis s'ajoutent à ces difficultés d'orientation dans le système de santé, qui restent dans un premier temps gérées dans la sphère domestique, sans répercussion saillante sur le suivi des soins. Les parents s'inquiètent par exemple de leurs dettes à la cantine de l'école de leur fils :

Journal de terrain, Madame L., 25 novembre 2013, centre de santé, Paris :

Madame L. doit s'inscrire en maternité. La sage-femme vient de lui conseiller avec bienveillance de trouver un établissement près de chez elle : elle attend en effet un troisième enfant (l'accouchement devrait se dérouler plus vite que celui d'un premier enfant). J'ai préparé à dessein une liste de maternités proches de son hôtel. Elle ne paraît pas inquiète au sujet de l'inscription. En revanche, dans l'immédiat, ce qui la préoccupe, ce sont les dettes dues à la cantine de son fils, contractées ces deux derniers mois. La famille ne peut pas s'acquitter des 74,20 euros demandés. Que va-t-il se passer pour leur fils, se demande-t-elle ?

Les parents cherchent un service social pour régler ce problème : l'argent gagné par le père, au petit bonheur des journées travaillées au noir sur les chantiers, suffit à peine à fournir la nourriture du ménage à l'hôtel (la famille ne touche aucune allocation). Pour le moment, ils ne renoncent

pas²⁹. Problème : s'ils résident dans une commune de Seine-Saint-Denis, ils y vivent dans un hôtel social vers lequel ils ont été orientés par le 115 de Paris. En d'autres termes : ils ne sont ni les bienvenus dans les services sociaux de leur ville de résidence (au motif qu'ils relèvent d'une circonscription parisienne), ni dans les guichets de la capitale (puisqu'ils habitent en Seine-Saint-Denis). Ils se tournent alors, entre autres pour ce problème de cantine, vers un tiers possible : l'assistant social de l'hôpital.

Journal de terrain, Madame L., 28 novembre 2013, hôpital de Seine-Saint-Denis :

Après un accueil repoussant au bureau des rendez-vous de la maternité, nous partons à la recherche de l'assistante sociale de la maternité. Dans le dédale des couloirs sans signalétique, nous finissons par tomber par hasard sur le pas de sa porte. Il n'y a personne. Nous retournons donc à l'accueil de la maternité, où l'on nous communique un premier numéro, qui sonne dans le vide (je ressaierai à plusieurs reprises dans l'heure qui suit, avec le même résultat). Je trouve sur Internet (consulté sur mon téléphone) le numéro du Point d'accès aux droits³⁰ de leur commune de résidence – selon le site de la municipalité, il s'agit d'un lieu d'accueil gratuit et permanent, où l'on trouve conseils et orientations en cas de difficultés juridiques et administratives. J'appelle, on me répond : aucun assistant social ne travaille là. Nous devons nous adresser au centre communal d'action sociale, dont on me communique le numéro. Coup de fil, dix minutes d'attente, je raccroche. Je trouve le numéro de la mairie, par où j'espère joindre plus facilement le centre d'action sociale. Répondeur : l'accueil n'est ouvert que quatre demi-journées par mois. Bilan : une bonne heure au téléphone. Heureusement, les appels ont été passés avec mon mobile (ils auraient épuisé la faible recharge téléphonique du couple). Nous repartons à la recherche d'un assistant social, à l'hôpital.

Une femme répond enfin au bout de la ligne. Nous croyons avoir enfin le bon numéro ! Faux espoir : notre interlocutrice nous apprend qu'il n'y a plus de service social à la maternité depuis le 1^{er} octobre (je vérifierai cette information étonnante quelques jours plus tard auprès du Conseil général). Nous n'avons plus qu'à trouver une assistante sociale de secteur. Retour à la case départ. Trois heures se sont passées.

Ce passage illustre les difficultés que peuvent rencontrer des femmes pour trouver le bon interlocuteur, face à une question pressante. Un premier guichet ne répond pas malgré plusieurs tentatives, sans raison évidente. A défaut, la famille se débrouille avec mon aide pour contacter d'autres services publics. La première tentative, au point d'accès au droit, ne permet que d'obtenir un numéro de téléphone, vers le service social de la

²⁹ Le coût des soins, en l'absence de trésorerie même pour des sommes que l'on pourrait croire peu importantes, et en présence d'autres besoins plus urgents, est une explication du renoncement aux soins, avancée par la littérature (pour une étude de cas Desprès, 2013).

³⁰ « Un point d'accès au droit est un lieu d'accueil gratuit et permanent permettant d'apporter une information de proximité sur leurs droits et devoirs aux personnes ayant à faire face à des problèmes juridiques ou administratifs » (Source : Ministère de la justice [URL : <http://www.ca-paris.justice.fr/index.php?rubrique=11119&article=25945>]).

ville, injoignable, comme par le biais d'un autre numéro trouvé sur Internet. Alors que le service social de l'hôpital finit par répondre, on apprend qu'il n'existe plus et qu'il nous faut en effet contacter la mairie. La situation est extraordinaire en un certain point : cette fermeture momentanée du service social hospitalier est la seule recensée au cours de l'enquête. En revanche, les difficultés à joindre un service social (ou l'administration) sont bien documentées. La scène met ainsi en exergue la désynchronisation entre les besoins de la future mère et les réponses institutionnelles. Elle montre également que pour bénéficier des ces services, les femmes doivent d'abord, non pas connaître les réponses qu'elles pourront obtenir, mais découvrir les limites temporelles de l'accueil. Ceci suppose de l'acharnement pour obtenir ces informations et parfois, comme ici, le recours à des tiers. Mais la moindre des difficultés demeure de contacter un service social : une fois passé l'accueil, il reste encore à obtenir une réponse favorable à votre requête.

3.2. L'apprentissage du découragement et l'intrication du problème de cantine et du suivi de grossesse

Dans les semaines qui suivent, sur les conseils de la mairie, les parents se rendent en personne au guichet du service social du conseil général :

Journal de terrain, Madame L., 10 décembre 2013, Seine-Saint-Denis :

Nous arrivons vers 10 heures devant les portes du service social, ouvert, dit l'affiche, de 9 heures à 13 heures 30, tous les jours sauf le jeudi. Mais la porte est fermée et on ne distingue personne à l'intérieur. Aucun panneau n'indique pourtant une fermeture des lieux. Je frappe à la porte avec insistance. Une dame vient à notre rencontre, visiblement transie de froid :

— Le service ne reçoit aujourd'hui que sur rendez-vous. Il n'y a plus de chauffage, les collègues sont parties.

— Mince. Je suis désolé. Mais il nous est difficile de venir un autre jour. Cette famille n'a pas d'assistant social, elle est hébergée à l'hôtel.

— Vous avez un certificat d'hébergement ?

Madame L. le lui tend.

— Ah ! Ils dépendent du 115 de Paris.

— Je travaille moi-même au Samusocial...

— ...mais ils doivent bénéficier d'une AS à Paris, ce n'est pas de notre ressort. Il y a beaucoup d'hébergés près d'ici, avec tous les hôtels derrière la gare. Mais nous ne pouvons pas les prendre en charge, ils ne sont pas domiciliés ici. Ils sont hébergés par le 115 de Paris, pas par le 115 de Seine-Saint-Denis.

— Et pour la cantine, comment ils doivent faire ?

— Faut aller à Paris. Ni nous ni le CCAS [centre communal d'action sociale] ne pouvons nous en occuper.

— Mais ils habitent ici. A Paris, on les renvoie ici. Qu'est-ce qu'il faut faire ? Ils ne peuvent pas payer la cantine.

— Pour la cantine, allez voir le service enfance de la mairie de [leur commune de résidence], ça marchera peut-être.

Sur le route de la mairie, Madame L. m'explique qu'il y a quelques mois encore, elle et sa famille déménageaient d'hôtel en hôtel. Ils ont vécu dans quatre établissements différents, les sept premiers mois de leur arrivée en France. Il était alors difficile d'obtenir un certificat d'hébergement, nécessaire pour inscrire leur fils à l'école, qui n'y a pas été pendant tout ce temps³¹ :

— Au moins aujourd'hui, nous avons une chambre et nous sommes au chaud. Victor va à école. Mais tu vois comme ils t'envoient d'un endroit à l'autre, c'est pour se débarrasser de toi. Aujourd'hui, ça fait deux ans qu'on est sans assistante sociale. Si jamais le bébé a besoin de couches et de lait, comment on fait ?

Nous arrivons à la mairie à 12h30. Nous obtenons les adresses du service enfance et d'un autre service qui pourrait dépanner pour la cantine. Mais ces services sont fermés. Madame L. est résignée :

— Ce n'est pas la peine d'attendre, ça sert à rien. On y est déjà allés.

Cette nouvelle expérience dans un service social se révèle donc infructueuse, puisque les parents en ressortent sans avoir rencontré d'assistant social. Ils repartent néanmoins avec une nouvelle adresse. Mais on peut voir ce qu'il faut d'insistance pour obtenir ces coordonnées : il faut frapper fort à une porte étonnamment fermée ; demander conseil, même en l'absence d'assistante sociale sur place ; savoir contrer l'argument de l'employée, prête à renvoyer la famille vers Paris. Il y a de quoi être découragé. Du reste, si j'ai bon espoir que le service enfance de leur commune de résidence réponde favorablement à la requête des parents, Madame L. tempère rapidement mes attentes. Pour elles, ce renvoi d'un service à l'autre rappelle une époque pénible d'instabilité résidentielle et a une signification limpide : les institutions ne veulent pas traiter leurs problèmes.

Nous voyons ici à l'œuvre les effets de découragement et de dissuasion produits par des services sociaux qui se renvoient les usagers les uns aux autres, en référence à des principes d'orientation des bénéficiaires. Ce principe est ici la domiciliation de la famille, passible de deux interprétations exclusives, qui laissent l'une comme l'autre sans réponse un ménage dans le besoin³². Ce jeu de « ping-pong » entre les institutions, comme

³¹ En 2013, 11% des enfants résidant en hôtel social, en âge d'être au primaire, n'étaient pas scolarisés. C'est au moins dix fois plus qu'en population générale. Cette valeur est bien supérieure encore, au moment de l'arrivée en France et de l'entrée dans le système d'hébergement, quand l'instabilité résidentielle est maximale. Voir Le Méner et Oppenchain, 2015a.

³² En 2014, la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du Logement a lancé un « opérateur régional », géré par la Croix rouge française, doté d'une équipe d'une trentaine de travailleurs sociaux, pour les familles hébergées par l'Etat dans la région, mais ne disposant d'aucun suivi social (soit, d'après une estimation plancher de Guyavarch et al. (2014) – ne tenant compte des familles prises en charge par les conseils généraux – un quart des familles en hôtel début 2013). Le dispositif est censé limiter l'instabilité résidentielle des familles et favoriser leur accès aux services locaux (qui les renvoyaient jusque là, comme on le voit dans l'extrait en

l'appelle Julien Damon (2012), qui en fait même un trait caractéristique du complexe bureaucratique-assistanciel, est une source d'épuisement évidente. C'est aussi certainement une source de renoncement à des services auxquels peuvent prétendre et dont estiment avoir besoin les personnes démunies. Dans le cas présent, le paiement de la cantine, impossible sans une aide à l'extérieur du ménage, mais aussi comme je l'apprends, les difficultés anticipées pour s'occuper du bébé, plus de trois mois avant le terme prévu de la grossesse, incitent encore les parents à chercher le bon interlocuteur. Où la prévoyance des pauvres butte sur le formalisme bureaucratique.

3.3. L'accumulation des problèmes : quand l'organisation quotidienne se fracture

La famille trouve conseil deux jours plus tard dans une association parisienne, le Camres³³, vers laquelle une conseillère du bureau de l'aide médicale de l'Etat l'a orientée une semaine plus tôt, en vue du renouvellement urgent de leur couverture sociale.

Journal de terrain, Madame L., 12 décembre 2013, Paris 10^{ème} :

Une éducatrice spécialisée reçoit Madame L.. Elle répond à toutes ses questions et remplit pour elle le dossier pour le renouvellement de l'aide médicale. Les parents devront cependant, pour s'y être pris tardivement, régler et conserver toutes les factures de soins d'ici la régularisation de leur dossier. Concernant la cantine, la travailleuse sociale ne voit pas d'endroit où obtenir un pécule pour payer la dette ; le Camres ne peut pas l'aider financièrement, mais juste la conseiller. La travailleuse sociale recommande de demander à l'école un règlement en plusieurs échéances, au plus vite, pour éviter que la dette ne soit portée à la connaissance du Trésor public, ce qui ne ferait que renchérir les frais.

Dans les semaines qui suivent, les parents s'activent sur tous les fronts. Madame L. se rend à une première consultation de suivi de grossesse, puis à une échographie pour vérifier le poids du bébé. Puis ils accompagnent leur fils aux urgences : il souffre d'une gastroentérite. Mais leur couverture sociale a expiré ce même jour et ils ne peuvent pas déboursier les 31 euros réclamés par la pharmacie. Ils veilleront de près sur leur enfant, en le soumettant à des mesures d'hygiène et de diététique strictes (jeûne, réhydratation, pose de torchons froids sur le front pour freiner la fièvre etc.), qui finissent par le remettre d'aplomb et sur les bancs de l'école quelques jours plus tard.

discussion, à des guichets « extracommunaux », souvent parisiens).

³³ Le centre d'accueil médicalisé et de réinsertion économique est une association loi 1901, créée en 1992. Elle a « pour objet d'accueillir et de réinsérer des personnes en situation de grande précarité sociale. Les objectifs du CAMRES sont l'accueil des personnes en détresse, la lutte contre la précarité, l'insertion par le logement, l'insertion par l'emploi, l'insertion par la formation et l'aide aux démarches administratives », peut-on lire sur le site Internet d'une organisation partenaire [URL : <http://infomie.net/spip.php?article979>]

Parallèlement, le couple cherche à s'inscrire au pôle-emploi au début de l'année (le 1^{er} janvier, Roumain et Bulgares sont devenus des citoyens de plein droit de l'Union Européenne). L'époux essaie vainement d'ouvrir un compte bancaire. La famille tente aussi de déposer une demande de logement dans une mairie d'arrondissement parisienne. Ici comme là, il manque à chaque fois ou des informations ou des papiers et les démarches administratives se relèvent très fastidieuses. Les parents cherchent ainsi à faire valoir leurs droits tant bien que mal, sans l'aide d'aucune assistante sociale et avec les seuls coups de main (de traduction, d'écriture de dossier) que je peux leur apporter de temps à autre. Ils s'obstinent, sans abattement, jusqu'à une visite de l'hôtelier dans leur chambre, mi-janvier :

Journal de terrain, Madame L., 16 janvier 2014 :

Un responsable de l'hôtel est venu visiter toutes les chambres aujourd'hui, ainsi que les parties communes. Il leur a demandé de se débarrasser du micro-ondes, de la table et des chaises en bois qu'ils utilisent pour manger. Ciprian me raconte :

— Ici tout se complique. Ils peuvent nous mettre à la porte dans dix jours. (...) Ils nous donnent dix jours pour tout jeter à la poubelle. On ne peut avoir qu'une valise. Ils nous ont dit que peut-être l'assistante sociale peut nous chercher un garage ou une cave pour garder nos affaires. (...) S'ils nous mettent dehors, je ne vais pas amener notre enfant tous les jours jusqu'ici depuis un hôtel éloigné.

J'ai Leunta au téléphone un peu plus tard dans la journée :

— Qu'est-ce qu'on va faire pour manger désormais ? Nous ne pouvons pas aller au resto ni acheter des conserves pour manger ! Où je vais cuisiner pour nous trois ? C'est le cinquième hôtel où nous vivons, dans les autres il y avait quelque chose pour cuisiner, mais ici il y a rien ! Bon, Dieu est grand et il va nous aider. Tu vois ? Tout arrive d'un seul coup : le problème du pôle emploi hier, aujourd'hui ça, qu'est-ce qu'on va faire ?

C'est la première fois que je l'entends si alarmée.

La famille a beau habiter depuis plusieurs mois dans cet établissement, elle a le même statut de résident que tous les autres occupants. L'hôtelier veille à ne pas déroger à des règles de sécurité, probablement inscrites dans un règlement intérieur que la famille a dû signer lors de son arrivée. Certains établissements refusent par exemple que des familles préparent à manger dans les parties privatives – autant pour éviter des risques d'incendie que des dégradations des lieux. C'est visiblement le cas dans cette structure. L'hôtelier lutte également contre l'encombrement de la pièce. Les contrats signés avec le Samusocial de Paris stipulent en effet que l'occupation des chambres doit se conformer à des règles de sécurité, de circulation notamment, pour accéder au plus vite aux sorties d'urgence, en cas de départ de feu. Certains hôteliers scrupuleux, comme celui de Madame L., veillent ainsi à ce que les familles n'entreposent pas plus de quelques valises dans leur chambre. Pour les familles, ces mesures de contrôle peuvent apparaître tout à fait injustes (Le Méner, 2015a). Elles peuvent paraître disproportionnées, par rapport aux problèmes traitées (ici, l'hôtelier exige que la famille se débarrasse de tables et de chaises : il aurait pu aussi bien demander de les ranger autrement). Elles peuvent

également ébranler la gestion au cordeau des affaires quotidiennes. Dans cet hôtel sans cuisine commune et sans pièce centrale pour réchauffer des plats, désormais privée du seul outil de cuisson à sa disposition, comment cette famille aux revenus monétaires modiques va-t-elle pouvoir manger³⁴ ? Ce qui est sûr, c'est que Madame L. estime qu'elle n'a pas intérêt à transiger avec les ordres de l'hôtelier. Si, dans les dix jours, la chambre n'est pas débarrassée, elle recevra de nouveaux occupants. Comme les habitants familiers de l'hébergement en hôtel, Madame L. sait bien que les observations de l'hôtelier peuvent entraîner une expulsion. Notifiées dans des carnets de liaison, transmises le cas échéant au Samusocial ou à tout autre hébergeur, ces infractions constatées sont une ressource décisive des commerçants autant pour se séparer de façon unilatérale d'occupants indésirables que pour maintenir l'ordre au sein de leur établissement (Le Méner, 2016). Quel intérêt a cependant la famille à rester dans cet hôtel et à se plier aux injonctions du responsable ?

Ciprian pèse les conséquences possibles d'une expulsion de l'hôtel. Il envisage un déménagement dans une commune possiblement éloignée de l'école de son fils. Dans ces conditions, il serait impossible qu'il conduise son aîné tous les jours dans l'école voisine, où il a fini par être scolarisé après plusieurs déménagements, et où il se sent bien désormais. Pour les parents comme pour les habitants d'hôtel social en général, l'école est un point d'ancrage capital, dans une existence par ailleurs mouvementée (Le Méner et Oppenchain, 2015b). On peut aussi remarquer que Madame L. n'évoque pas la crainte de devoir accoucher ailleurs que dans la maternité voisine prévue. Dans les semaines qui suivent, toujours sous le coup d'une possible expulsion, elle ne s'inquiètera jamais devant des conséquences possibles d'un déménagement sur son suivi de grossesse. Dans l'immédiat, ce sont des problèmes de survie qui priment et qui viennent s'ajouter aux difficultés des semaines précédentes.

3.4. Une débauche d'énergie coûteuse et partiellement infructueuse

La famille met la table et les chaises en bois au rebus et range le micro-ondes à l'intérieur de leur véhicule (une petite voiture d'occasion, d'une dizaine d'années), garée sur le parking de l'hôtel. Depuis plusieurs mois déjà, l'engin est à l'arrêt : les parents n'ont les moyens ni de payer l'assurance, ni les réparations qui pourraient le faire rouler de nouveau. La voiture fait office de débarras. Mais ils s'y sont déjà fait voler des affaires : deux hommes (comme l'ont montré les caméras de l'hôtel) ont

³⁴ D'après l'enquête ENFAMS, environ un quart des hôtels sociaux franciliens ne dispose d'aucune cuisine ou d'aucun espace de réchaud. En hôtel, 88% des parents interrogés souffrent d'insécurité alimentaire (le terme est utilisé selon une définition de l'Organisation mondiale de la santé ; il désigne des difficultés à s'approvisionner et à se nourrir, en qualité ou quantité d'aliment). A titre de comparaison, en population générale, un peu plus de six pourcents des Franciliens présentent une situation d'insécurité alimentaire (Martin-Fernandez et al., 2011).

cassé une vitre et dérobé leurs vêtements d'hiver. De fait, ils n'ont pas de vêtements chauds pour la saison ; ils vont devoir empiler des couches d'habits. Mais ils sont au moins rassurés : leur déménagement n'est plus d'actualité.

Les parents réalisent alors toutes sortes de démarches, au centre d'impôt, au service social parisien spécialisé dans l'accueil de familles sans-logement, auprès de la travailleuse sociale du Camres. Il leur manque toujours des papiers, qui ne leur avait pas été réclamés auparavant (par exemple, ils doivent fournir un certificat de scolarité pour renouveler l'aide médicale de l'Etat, qu'on ne leur avait pas demandé de fournir jusque là). De nombreux auteurs ont montré combien la complexité et la récurrence des démarches administratives pouvaient entraver (retarder, bloquer, dissuader) l'accès aux droits, à la couverture sociale et à l'aide médicale de l'Etat notamment (Gabarro, 2012a et 2012b). Mais ce n'est pas tant ici une logique de soupçon qui paraît à l'œuvre à chacun des guichets (de soins ou d'action sociale), visant à trier les honnêtes bénéficiaires des profiteurs, qu'une économie d'explications sur les démarches à suivre et les documents à fournir, différents d'un guichet à l'autre, peu importe le dossier en question – la couverture sociale, l'ouverture d'un compte en banque, l'inscription au pôle emploi :

Journal de terrain, Madame L., janvier 2014 :

— (Ciprian, au sujet des difficultés de renouvellement de l'aide médicale de l'Etat, le 14 janvier) Quand ils voient qu'on ne parle pas bien français, ils te repoussent d'emblée, ils te disent : « Il vous faut ceci, il vous faut cela... » C'est ça qui nous est arrivé avec l'AME.

— (Ciprian, au sujet des difficultés d'inscription à Pôle emploi, le 24 janvier) Moi, ils m'ont donné une feuille... j'ai rendez-vous le 5 février pour remettre encore des papiers... Sur cette feuille, ils me disent que je peux entrer au pôle emploi... Ca suffit. Au lieu de donner du travail aux gens, ils les poussent à voler. Moi, je viens pour demander du travail, pas pour voler. Madame L., elle devrait déjà être inscrite, rien ne lui manque. Elle n'a pas pu être radiée, on nous a raconté des bêtises.

— (Ciprian, au sujet entre autres des difficultés pour ouvrir un compte bancaire, le même jour) : Puis nous sommes allés à la banque. Tout le monde ne demande pas la même chose, à chaque endroit on nous demande des trucs différents.

Compléter un dossier devient ainsi une véritable gageure. C'est une source d'exaspération, de lassitude et de colère : les parents ont beau faire tout leur possible pour satisfaire les administrations, leurs démarches n'aboutissent toujours pas. Mais la famille s'accroche : « Heureusement que nous avons de la joie au cœur, et j'espère que nous ne la perdrons pas une fois que nous aurons du travail. » (*Journal de terrain*, Madame L., 24 janvier). Toutefois, des difficultés deviennent de plus en plus prégnantes et démoralisantes.

3.5. De l'humiliation à la honte : le renoncement à un soin important

Madame L. a rendez-vous le 28 janvier avec un dentiste, au centre de santé qu'elle a l'habitude de fréquenter, au cœur de Paris. Elle a des caries et des « trous », selon ses termes, dans plusieurs dents. Elle se rend d'abord à l'accueil, dans une pièce où sont également installés des sièges où chacun attend son tour.

Journal de terrain, Madame L., 28 janvier 2014, centre de santé, Paris :

— (Madame L., après les salutations de rigueur) Ma carte AME est périmée.

— (L'agent d'accueil du cabinet dentaire) Si la carte vitale ou la CMU [couverture maladie universelle] ou l'AME n'est pas à jour, il faut avancer les frais avant la consultation.

— (Madame L., tête baissée, n'osant pas prendre la parole, j'interviens) Nous avons lancé la procédure de renouvellement. Elle n'a pas encore reçu la carte, mais ça ne saurait tarder. Cette dame est enceinte, cet examen est très important pour elle.

Notre interlocutrice lui remet deux papiers à remplir. Madame L. n'y comprend rien. Il s'agit du CERFA n°11104-02, portant sur les honoraires des traitements bucco-dentaires du chirurgien dentiste, et d'un questionnaire médical, pour établir des mesures simples de prévention bucco-dentaire. En d'autres termes, cette personne n'a nullement l'intention de laisser passer la femme enceinte, à moins qu'elle ne règle les frais engagés par la consultation ; elle nous montre juste que sa requête est légale, et nous permet de connaître le montant à déboursier. J'insiste donc :

— Elle n'a pas les moyens de payer la consultation en ce moment. Ses problèmes de dents peuvent avoir des répercussions graves sur sa grossesse, il faut qu'elle soit vue le plus tôt possible.

— L'agent d'accueil, parlant de plus en plus fort : Nous, on n'entre pas dans les détails. Soit elle a sa carte à jour, soit elle avance les frais.

Toute la salle d'attente a pu entendre sa réponse. Sa collègue s'approche d'elle, comme pour faire corps. Je propose une solution :

— Envoyez-nous la facture par courriel et quand la carte sera à jour, nous réglerons immédiatement.

— Hors de question, ce n'est pas possible.

— Alors je vais régler moi-même (je lui donne ma carte bleue)

— Ce sera 23 ou 28 euros dans un premier temps.

Nous partons nous rasseoir et commençons à remplir les deux formulaires.

— Madame L. : Ca me dérange que tu paies pour moi.

— Ecoute, ce n'est qu'une avance, tu me rembourseras plus tard.

— C'est d'accord... (silence de quelques minutes). Non, je ne veux pas. Je sais ce que je peux payer ou pas. La consultation, c'est une chose, mais après ? Le problème, c'est le traitement. Je ne pourrai pas non plus payer le traitement. J'ai un trou dans la dent, ça me fait mal quand je mange. Mais maintenant, je ne peux pas payer

Nouveau silence. Puis une soignante en blouse blanche appelle le patient suivant.

— (Madame L.) : Quelle honte ! Partons ! Partons ! Allons-y ! Si on nous appelle, je meurs de honte.

Je fonce vers l'accueil, je demande à voir une responsable, je redis l'importance de la consultation, à ce moment de la grossesse, pour me voir à nouveau répliquer :

— Nous on n'entre pas dans les détails !

Cette scène rejoue une partition connue : un agent administratif refuse, règlement bureaucratique à l'appui et égalitarisme en bandoulière³⁵, de laisser passer l'usagère qui demande une faveur, peu importe ses justifications, même sur un registre humanitaire (les possibles répercussions, graves, sur la santé de Madame L.). En quelques semaines, c'est la nième fois que Madame L. ou son époux sont éconduits d'une institution, faute de pouvoir présenter les pièces nécessaires au dossier – ici des pièces de monnaies sonnantes et trébuchantes. Mais pour la future mère, cette rencontre est particulièrement retentissante.

L'humiliation est perceptible dès la première réplique de l'agent (quand Madame L. baisse le front). Sa voix haut perchée porte au-delà de la réception, dans toute la salle d'attente. L'emballement de la dispute (une collègue vient prêter renfort à sa consœur, le volume de la discussion s'élève) convie les personnes assises dans la salle d'attente à devenir le public attentif d'un drame jusqu'alors contenu dans l'espace du guichet. L'exposition publique est maximale et l'accord conclu pour que la patiente rencontre le dentiste dans la foulée, entre la guichetière et moi, puis entre moi et Madame L., n'efface pas l'opprobre. Payer la facture ne réglerait rien : il faudrait encore s'acquitter de nouveaux frais. C'est impossible pour la patiente, qui n'a pas l'argent nécessaire mais dont la dignité lui interdit de me solliciter plus avant. L'humiliation cède la place à la honte, qui rend proprement insupportable de rester sur place³⁶.

3.6. La dégradation de la vie présente, par contraste avec la vie passée

Nous reparlons un peu plus tard dans la journée de l'épisode du cabinet dentaire. A cette occasion, Madame L. établit des connexions entre des expériences et des difficultés qui peuvent paraître, à l'extérieur du couple, bien distinctes :

Journal de terrain, quelques heures après la scène précédente :

En Espagne on me plombait les dents quand j'étais enceinte, j'avais la carte vitale. C'est vrai que je travaillais, mais pour la grossesse je ne payais pas le

³⁵ Naziha Aboubeker (2016) montre que l'égalité du service rendu, qui ne s'accommode d'aucune faveur, peut être une référence en interaction pour des guichetiers (en l'occurrence au service étrangers d'une préfecture). Dans ce cas, du point de vue de ces agents, toute requête visant à ce qu'ils transigent au règlement est susceptible de faire violence à leur conception du métier.

³⁶ Jack Katz (1999 : chapitre 1) a examiné finement la mutation de l'humiliation en honte ; il a montré comment la honte peut être acclimatée au quotidien – en rapport avec une question bien différente, à savoir le passage à l'acte de meurtriers s'estimant alors dans leur droit. Dans tous les exemples rassemblés par le sociologue, le passage à l'acte implique une conversion de l'humiliation, non plus en honte, mais en rage.

plombage (...) C'est pareil qu'avec mon fils. Heureusement qu'il a guéri sans traitement. J'avais seulement un peu de sirop pour la fièvre à la maison et une dispense de sept jours pour qu'il n'aille pas à l'école. Il mange très mal dernièrement (...) Tout ça se rejoint, s'ajoute. Nous voulons travailler, nous n'y arrivons pas.

Le suivi de soins en France lui paraît ainsi moins généreux que le système de santé espagnol. En référence à sa précédente grossesse là-bas, Madame L. rapproche l'incident survenu au cabinet dentaire et l'impossibilité d'offrir les traitements requis pour la gastroentérite de son fils – qui s'est remis, mais pas complètement, et qui ne mange toujours pas normalement. Leur vie paraît bloquée de toutes parts. Les efforts des parents pour travailler et gagner de l'argent ne portent pas leurs fruits. Leurs difficultés matérielles sont d'autant plus cruelles qu'ils avaient justement quitté l'Espagne pour avoir une vie meilleure ; ils se rendent compte qu'ils y bénéficiaient d'avantages considérables, comparé à leur situation actuelle. Ciprian en donne une autre illustration, un peu plus tard dans la journée :

Journal de terrain, suite de l'extrait précédent, quelques heures plus tard :

Il trouve qu'il paie bien cher son téléphone et l'accès à internet qui va avec, comparé à l'Espagne. Il paraît agacé. Il m'apprend que le rendez-vous fixé avec un possible employeur n'a jamais pas eu lieu. En Espagne, il trouvait à s'employer plus souvent qu'ici.

Dans les jours et les semaines qui suivent, de nouvelles rencontres heurtées avec l'administration paraissent alors affecter plus qu'auparavant les époux, comme s'ils avaient perdu l'espoir de s'en sortir. Ils continuent de se démenier mais portent un regard désormais résigné sur leur propre vie, tour à tour exprimé par chaque membre du couple :

Journal de terrain, Madame L., 5 février 2014 :

J'accompagne Ciprian à la banque postale pour une nième tentative d'ouverture de compte. Nous parlons de l'accouchement à venir, d'une anticipation que l'on pourrait imaginer heureuse. Le futur père aperçoit surtout des problèmes pratiques :

— Tu nous rends de fiers services, je sais que nous pouvons compter sur toi. Mais regarde, comment faire pour venir depuis Montreuil [où j'habite] pour garder l'enfant si Madame L. est à l'hôpital ? Il faudrait appeler deux jours avant pour s'organiser (...) Je suis perdu, je ne sais pas par où commencer ni par où finir. Avec un travail, tu sais quoi faire, tu débutes et tu termines. Si tu n'as pas eu le temps d'achever tes tâches c'est un autre problème. Mais ça ce n'est pas grave (...) Toi, tu as ton travail, tu as beaucoup de travail, tu rentres fatiguée chez toi, tu as tes affaires. Mais voilà moi, je ne sais pas comment je vais faire avec mon fils quand sa mère sera à l'hôpital. Je pourrai peut-être l'amener chez mon frère, ou lui dire de venir à l'hôtel.

Pour la première fois, Ciprian semble débordé et abattu par les difficultés à l'horizon. La garde de son fils pendant l'accouchement lui semble un problème difficilement surmontable, ce qui peut sembler étonnant : il sait en effet qu'il peut compter sur moi, ou sur son frère qui vit à Paris. Ici, l'abatement semble se traduire par une propension nouvelle à amplifier les problèmes, par rapport à la manière de les envisager auparavant. Il me livre ensuite un bilan existentiel :

Journal de terrain, Madame L., 5 février 2014, suite de l'extrait précédent :

Ciprian a fui la pauvreté en Roumanie. Avec sa famille, il a vivoté en Espagne. Ils sont venus chercher du travail en France. Ils y trouvent une misère pire qu'avant. L'horizon paraît bloqué :

— Ma vie est finie, Raquel. Ce qui compte désormais, c'est la vie de mon fils.

3.7. Quand la désorientation se poursuit après l'accouchement

Pendant les semaines qui suivent, jusqu'à l'accouchement relaté en introduction, les problèmes de la famille prennent une importance centrale dans leur parcours de soins, mais restent largement sans réponse. L'invisibilité de ces difficultés pour les soignants se poursuit même après la naissance de leur fille. Il en résulte un nouvel épisode de désorientation dans le système de santé. Ainsi, à la maternité, dans les jours qui suivent l'accouchement, Madame L. ne reçoit que peu d'indications quant aux démarches à suivre une fois rentrée chez elle, du moins ne comprend pas ce qui lui a été dit. L'étonnement de l'aide-soignante lorsqu'elle découvre la situation sociale de la famille, passée à la trappe du dossier de la patiente, n'a aucun effet. Aucune interaction avec un professionnel de l'hôpital, qu'elle qu'il soit, dans le laps de temps courant de l'accouchement à la sortie de maternité, ne mettra la patiente au clair avec les rendez-vous à prendre dans les semaines qui suivent, les interlocuteurs à rencontrer, notamment en PMI. Comme les trois quarts des femmes sans-logement d'Ile-de-France (Guyavarch et al., 2014), Madame L. retourne directement dans son hébergement en sortie de maternité, en l'occurrence dans un hôtel social – c'est-à-dire un établissement sans aucun service social ou sanitaire en routine. Ce sont des voisines qui lui apprennent qu'elle doit se rendre à la protection maternelle et infantile et qui lui disent précisément où aller :

Journal de terrain, Madame L., 6 avril 2014 :

Je suis rentrée et mes voisines de l'hôtel m'ont dit qu'il faut aller en PMI. Des voisines m'ont dit où était le centre de PMI où elles vont, le plus proche (...). A l'hôpital, ils ne m'ont rien dit sur la PMI. Ce qu'ils m'ont donné ce sont les ordonnances des vitamines et le truc du périnée [la rééducation périnéale].

Les difficultés auxquelles Madame L. et sa famille sont confrontées, autant dans le système de santé que dans le complexe bureaucratique-assistanciel, sont résolument cumulatives. Leur ballottage entre des services et des professionnels de santé peu concernés par les rendez-vous à venir de la patiente, peu attentifs aux difficultés matérielles du couple, a pour pendant et est entretenu par leur ballottage dans le circuit de l'assistance³⁷. Mais il produit également une forme d'invisibilité des diffi-

³⁷ Voici ce que me raconte Madame L., d'habitude si au fait des rendez-vous médicaux auxquels elle doit assister, au sujets des rendez-vous après l'accouchement : « Ils m'ont donné rendez-vous six semaines après l'accouchement. La première visite sera

cultés matérielles de la famille dans le système de santé, jusqu'à l'accouchement. Or, cette fabrication de l'invisibilité de la précarité ne concerne pas seulement les situations les plus extrêmes.

Certes, le fait que Madame L. n'ait pas été orientée vers un service de PMI en sortie de maternité semble une réplique des difficultés rencontrées depuis des semaines pour obtenir des renseignements et des orientations utiles. Pourtant, d'autres femmes qui ont connu un parcours de soins nettement moins heurté, rencontrent aussi de nouvelles difficultés d'orientation en sortie de maternité. Nous devons donc ici suspendre l'examen de la situation de Madame L., pour nous tourner vers des situations moins dramatiques. L'histoire de Madame K. nous servira d'illustration.

Madame K. a 32 ans. Elle vit en France depuis neuf ans. Cette Malienne réside, avec son époux et leur fille de deux ans, dans un hôtel social à Drancy, quand naît Aziz, en juin 2013. Jusqu'à cet accouchement qui aurait pu se terminer tragiquement (voir l'épilogue de cette partie), Madame K. a passé une grossesse sans difficulté majeure. Elle a déclaré rapidement sa grossesse, et s'est inscrite dans la foulée en maternité. Elle a toujours suivi les indications des soignants à la lettre. Elle s'estime satisfaite des soins et des indications prodiguées. C'est n'est qu'en sortie de maternité qu'elle rencontre des problèmes d'orientation nouveaux dans le système de soins, au moment d'inscrire son fils en service de protection maternelle et infantile (PMI).

Journal de terrain, Madame K., juillet 2013, Drancy, Seine-Saint-Denis :

Je rencontre Madame K. six semaines après son accouchement, dans son hôtel. Elle peine à inscrire son fils Aziz à la PMI. Elle a visité cinq centres depuis la naissance du petit, où elle n'a jamais pu l'inscrire. Elle a commencé par le service de Saint-Denis, où sa fille est suivie. Elle tenait à ce que ses enfants soient suivis par le même professionnel – suivant ainsi de façon spontanée un des canons de la médecine généraliste, familiale ou communautaire - « Je n'aime pas changer de PMI ; c'est pas bien de changer de médecin. Je suis donc allée à Saint-Denis ; Fanta [son aînée] est toujours inscrite là-bas. » Mais elle a essuyé un premier échec, au cours d'une discussion tendue à l'accueil du service, qu'elle me rapporte en détail :

— Je veux inscrire mon fils ici.

— Nous sommes complets ici, Madame. Allez à Drancy pour l'inscription.

— Notre maison à Drancy, c'est provisoire, nous allons déménager un de ces jours.

— Alors c'est que vous aimez voir du pays !

pour un examen avec la gynéco, la suivante à trois mois pour me poser le stérilet, puis une autre pour regarder... je ne sais plus... j'ai beaucoup de rendez-vous, je ne comprends pas bien, je ne me rappelle plus. Tu pourrais venir un jour pour m'expliquer ? » (*Journal de terrain*, Madame L., 6 avril 2014).

— Pour mes enfants je suis prête à tout faire, Madame. Fanta est ma fille, Aziz est mon fils, je veux que tous les deux soient ensemble chez le même médecin.

— Allez allez voir ailleurs madame, où vous déménagerez.

L'insistance de Madame K. n'a rien changé. Elle s'est ensuite rendue dans quatre autres centres de Saint-Denis, sans plus de succès : tous étaient en travaux, fermés, ou au complet.

Madame K. trouve finalement un pédiatre pour s'occuper de son fils, dans le douzième arrondissement parisien (où elle est domiciliée, via une association). Elle en est satisfaite. Mais Fanta reste toujours inscrite à la PMI de Saint Denis, et sa mère ne compte pas en changer avant d'avoir un appartement, c'est-à-dire un lieu de résidence stable. Alors, elle essaiera une nouvelle fois de regrouper autour de chez elle les services de santé utiles aux membres de la famille.

Cet extrait met en lumière les difficultés d'orientation qui peuvent surgir en sortie de maternité, à défaut d'indications ou de recommandations reçues à temps, et dans un contexte de pénurie des places (pour le cas des services de PMI du département). Il montre ainsi qu'un suivi rigoureux des indications médicales en cours de grossesses ne préjuge pas, en l'absence d'une préparation aux soins à venir en maternité, d'un parcours sans entrave, y compris chez une femme qui s'applique à chercher les services les plus adéquats à sa situation familiale. L'extrait témoigne alors de la persévérance requise pour trouver un service qui vous reçoive correctement. Il pointe enfin la faible coordination entre les services de santé, qui oblige à accompagner le frère et la sœur dans deux endroits différents et bien éloignés l'un de l'autre.

4. EPILOGUE : LA PRODUCTION DE PATIENTES DOCILES

Parmi les femmes que nous avons suivies, Madame K. est certainement celle qui suit le plus strictement les prescriptions des soignants. Comme toutes les autres, elle arrive en consultations avec de nombreuses questions, qu'elle n'ose pas toujours formuler en face à face, et auxquelles elle ne trouve pas forcément réponse, même lorsqu'elle les pose. Comme elles, elle cherche des réponses à certaines de ses questions en dehors de l'univers médical, notamment auprès d'une cousine résidant aux Etats-Unis, qu'elle contacte facilement avec des cartes téléphoniques aux tarifs avantageux ; elle n'hésite pas non plus à me solliciter pour avoir réponse à ses questions, entre deux consultations, pour être rassurée, par exemple, quand elle ressent d'importantes contractions à quelques semaines du terme. Mais dans l'interaction avec un soignant, médecin ou sage-femme, et dans l'univers médical plus généralement, elle s'applique à ne suivre que les indications des professionnels et littéralement n'écoute plus qu'eux, à l'exclusion même des doutes qu'elle peut avoir et qu'elle peut

exprimer auprès de moi quand je l'accompagne. Cette docilité court jusqu'en salle d'accouchement.

Journal de terrain, Madame K., 2 juin 2013, de l'hôtel à Drancy, à l'hôpital à Paris :

Mon portable sonne à minuit et demi. C'est Madame K. qui m'appelle. Elle a de fortes contractions, elle souffre beaucoup. Elle a déjà pris du Spasfon, la bonne dose comme je le vérifie. Je lui pose quelques questions, à la recherche de signes potentiellement pathologiques. Je ne pense pas qu'elle soit déjà en travail, je ne pense pas qu'il y ait d'urgence.

— Prends donc une douche chaude, ça va te soulager.

— Qu'est-ce que je ferais sans toi ? Merci ! (silence). Je ne veux pas appeler les pompiers, surtout pas. Eux, ils m'amèneront à l'hôpital près d'ici [c'est-à-dire à La Roseraie]. Je ne veux pas y aller, surtout pas là bas.

L'explication ne viendra que quelques mois plus tard, alors que nous reparlons de l'accouchement : « La Roseraie n'est pas un bon hôpital (...) Les hôpitaux dans le 93 ne sont pas bien. Quand les gens sont entre la vie et la mort, ils prennent trop de temps. Là où il y a des Arabes et des Noirs, ce n'est pas bien. Ils négligent les gens ».

Sur le moment, sachant qu'elle ne peut pas s'offrir un taxi, je lui propose de venir la chercher. Je suis devant son hôtel une demi-heure plus tard. Je tombe plusieurs fois sur le répondeur de Madame K.. Je pénètre dans l'hôtel malgré l'interdiction placardée à l'entrée. L'endroit est lugubre : lourde porte métallique, lumière blafarde, salle d'accueil vide de mobilier, carrelage blanc et murs décrépis, où pendent tout un tas de fils électriques. Je comprends pourquoi Madame K. ne m'avait jamais invitée à venir. Je parcoure les étages, mais n'entend ni sa voix ni celle de son époux. De retour à la réception, un jeune homme m'indique que je peux la trouver aux deuxième étage, couloir de gauche. Je frappe à une porte devant laquelle je reconnais des chaussures du couple et de la petite. Elle sort en compagnie de son mari après un petit moment, silencieusement, habillée en robe blanche, ses cheveux pris dans un mince filet. Elle marche avec difficulté. Je me demande à quel point son état a changé depuis notre coup de fil ; la maternité est à 40 minutes de route. Je me retiens de l'examiner – ce n'est pas mon rôle dans le cadre de la recherche. Son époux et sa fille restent à l'hôtel, tandis que nous partons vers l'hôpital, à Paris.

Sur la route, nous parlons de ce qu'elle a fait aujourd'hui : ménage, toilette de son enfant, rangement, pâtes au déjeuner, balade au parc toute l'après midi etc. Devant La Roseraie, je lui suggère que nous nous arrêtions : hors de question. Je poursuis la route. Nous trouvons une place près de l'entrée des urgences de la maternité : tant mieux, elle peine sérieusement à se déplacer. Il est 1h55.

Nous arrivons quelques minutes plus tard dans la salle d'attente, presque vide. Il en faut une quinzaine de plus pour que la sage-femme appelle Madame K. et se présente à elle. Ensuite, les questions habituelles. D'après l'examen, le travail n'aurait pas commencé. Madame K. se rhabille. La soignante nous conduit en salle de monitoring, la même que lors de la dernière consultation. Elle dispose les capteurs, allume l'appareil et glisse avant de partir que, s'il n'y a pas de contractions, Madame K. ne restera pas hospitalisée.

Une fois toutes les deux, Madame K. me dit :

— Tu sais, dès que je rentre c'est la galère. A l'hôpital, je n'ai pas de contractions, c'est comme ça. Mais à la maison... »

— Ca arrive souvent, t'en fais pas.

— Tu peux regarder dans mon sac s'il y a un truc ?

— Oui.

Je le prend et le lui tend grand ouvert. Elle en sort des affaires et des papiers.

— Je me promène toujours avec la carte jaune, l'identifiant de l'hôpital, pour montrer que je suis inscrite.

Je regarde la machine. Le tracé du fœtus est normal, les contractions sont celles d'un pré-travail. Elle me demande ce que j'observe. Je lui confirme que la dynamique utérine n'est pas celle du travail. [Ce qui implique en principe qu'elle ne restera pas à l'hôpital cette nuit-là, mais je ne l'explicite pas.]

— Je suis venue par précaution. De tout façon, j'ai trop mal au bas ventre pour rester à la maison. Au point où j'en suis, je voudrais qu'on me provoque l'accouchement pour finir.

Madame K. me redira son souhait d'un accouchement rapide dans les heures qui suivent, mais elle ne le redira à aucun des dix soignants rencontrés jusqu'à son accouchement le lendemain.

Cette arrivée à la maternité est typique de l'entrée de Madame K. à l'hôpital : elle tend sa carte pour preuve qu'elle est bien inscrite dans l'établissement, prenant au sérieux les consignes d'entrée en maternité. La suite renvoie également à des scènes que nous avons déjà rapportées, où Madame K. constate un écart entre l'évaluation médicale, ici par la médiation d'une machine (aucun travail en cours) et sa propre expérience (des contractions intenses, à terme) ; où elle souhaite une issue conforme à sa propre évaluation (« provoquer » l'accouchement), une volonté qu'elle n'exprime pas en face-à-face avec le soignant. Elle tait également par la suite ses propres questions, face à l'avis de la professionnelle :

Journal de terrain, Madame K., 3 juin 2013, hôpital parisien, suite de l'extrait précédent :

Visiblement plus détendue, sans contractions douloureuses et bien allongée, Madame K. finit par s'endormir. Vers 3h15, la sage-femme arrive, regarde le registre du monitoring et nous conduit sans explication dans une autre salle. Madame K. lui redit qu'elle a mal au bas ventre. La soignante répète l'exploration pour voir si le col s'est modifié :

— Il y a eu une toute petite modification...Euh, je vous propose d'aller marcher dehors et de revenir d'ici une heure. On verra où ça en est alors, si vous êtes en travail ou pas, si vous restez ou rentrez chez vous.

Madame K. semble dépitée. J'interviens :

— Madame habite très loin de l'hôpital. Même si elle n'est qu'en pré-travail, c'est peut-être préférable de la garder ? Elle aurait vraiment du mal à faire l'aller-retour.

— (avec un regard sévère, sans appel, et avant de quitter la salle) C'est un hôpital, pas un hôtel. Revenez dans une heure.

On voit ici de nouveau l'écart entre l'évaluation de la sage-femme et les craintes de la patiente. La professionnelle considère la situation avec hési-

tation mais sans danger. Une nouvelle exploration, une heure plus tard, doit permettre de trancher : soit elle reste pour accoucher, soit elle rentre chez elle. Madame K. ne souhaite pas accoucher ailleurs, nous l'avons dit. Elle ne parvient pas ici non plus à faire entendre sa voix. J'ai beau essayer d'argumenter, en portant à la connaissance de la soignante des informations clé du point de vue de la patiente, je n'y parviens pas davantage. Le ton cassant et l'explication cinglante mettent un terme à l'échange. Cette façon de mettre les patientes en sourdine, observée à tous les stades de la grossesse, prend un écho singulier dans la suite de cette interaction :

Journal de terrain, Madame K., 3 juin 2013, couloir de l'hôpital, Paris, suite de l'extrait précédent :

J'essaie de rassurer Madame K., tandis que nous parcourons de long en large le corridor obscur de la maternité. Puis je propose que nous allions dehors, où il fait moins chaud. Madame K. part d'abord aux toilettes. Au retour, l'air sérieuse :

— Tu peux me laisser ici. Rentre chez toi, je t'ai assez dérangée comme ça.

— Hors de question. Ou je reste avec toi, ou je te raccompagne à Drancy.

— (désormais dehors, au frais) Tout à l'heure, j'ai perdu un liquide vert. J'ai mis plein de papier toilette sur ma culotte pour ne pas la tâcher [elle aurait pu demander une serviette hygiénique, elle ne le fait pas, peut-être qu'elle ne sait pas qu'il y en a à disposition dans le service, et qu'elle y a droit ?].

— Ah bon ? Quand ça ?

— Là aux toilettes j'ai senti un liquide chaud couler alors que j'avais fini d'uriner ; j'ai séché et j'ai vu qu'il était vert.

— Donc tu as rompu la poche des eaux aux toilettes. En plus il est teinté... il faut prévenir la sage-femme.

— D'accord, on lui dira tout à l'heure.

— Non, on y va maintenant.

— Mais elle a dit de ne revenir que dans une heure !

— C'est vrai, mais tu n'avais pas rompu tout à l'heure. Maintenant, il faut vérifier que tout va bien pour le bébé. Là tout a changé. Il faut prévenir la sage-femme.

— D'accord, alors on y va.

Nous nous dirigeons vers la réception. Assise derrière le comptoir, une infirmière et un médecin, la cinquantaine l'un et l'autre, bavardent entre eux. Ils feignent d'ignorer notre présence. Comme Madame K. ne se lance pas, je demande à l'infirmière si la sage-femme peut revenir :

— Ma collègue vous a dit de revenir dans une heure ;

— Oui, mais cette dame vient de rejeter un liquide vert...

— Le médecin, à moi, de façon hautaine : Si votre amie a rejeté un liquide vert, il faut appeler la sage-femme.

Sa collègue infirmière part et revient avec elle. Retour à la salle d'exploration. Vient le diagnostic, sans émotion apparente, sans la moindre excuse :

— Oui, en effet, la poche est rompue. On va vous garder madame.

En donnant cette information sur le « liquide vert », les soignants ont pu prendre en charge un événement dont les conséquences auraient pu être extrêmement graves au niveau obstétrical sans une action adéquate. Mais l'important pour l'analyse n'est pas là. Cette scène montre jusqu'où peut aller la docilité dans l'univers médical, plus précisément la soumission, contre ses propres doutes étouffés, aux instructions des professionnels de santé. Elle permet d'en saisir certains des ressorts : la mise en silence dans les interactions successives avec la sage-femme des inquiétudes de la patiente, où l'échange ne consiste qu'à suivre les indications des soignants, comme l'expriment des gestes pressés, un ton sans appel et une posture sévère ; la mise en réserve chez la parturiente, entre deux rendez-vous avec la professionnelle, de ses propres volontés (d'accoucher rapidement) et de ses questions (comme au sujet du « liquide vert »). Cette docilité qui émerge dans l'interaction avec la sage-femme est en même temps le produit de rencontres plus anciennes avec des soignantes au cours de la grossesse, au fil desquelles Madame K. a appris à réserver ses doutes et ses craintes, à répondre à la lettre aux consignes des soignants et remettre l'autorité de sa grossesse entre les seules mains de ces derniers.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

L'observation au long cours de femmes enceintes confirme bien que le suivi médical de la grossesse n'est pas une promenade de santé. Les difficultés d'orientation dans le système de soins peuvent se faire jour dès l'inscription en maternité, parfois même dès la déclaration de grossesse. La désynchronisation entre les questions des patientes et les réponses institutionnelles est alors manifeste. Dans ces conditions, disposer d'un entourage de parents ou des proches expérimentées, ou au moins être inscrite dans un milieu de sociabilité féminine où l'on s'enquiert de la progression de la grossesse, au travail notamment, constituent des ressources précieuses pour les futures mères. Elles trouvent auprès de ces interlocuteurs des informations pertinentes et des conseils pratiques sur les démarches à suivre, des occasions de se rassurer en cas de doute ou d'inquiétude. L'importance de cet entourage s'apprécie également de manière nette, en creux, chez les femmes qui n'en disposent pas et ne sont pas familières du système de santé. Elles font alors face, comme Madame J. ou Madame L., à des obstacles qui peuvent s'avérer insurmontables pour accéder aux informations utiles, aux interlocuteurs pertinents et aux services de santé censés les accueillir. L'énergie nécessaire pour ne pas lâcher prise est considérable, d'autant que les interactions avec les professionnels de santé renvoie la patiente à sa responsabilité, à une autonomie prétendue, décrétée en l'absence de toute évaluation, par les professionnels, des ressources et des capacités dont dispose, ou non, la personne. Des moments de résignation voire d'abattement émaillent donc logiquement la grossesse. En cas de dégradation soudaine des conditions de vie (comme une expulsion), ils constituent un terrain propice à une rupture dans le parcours de soins.

Deuxième partie.
La grossesse au travail. Une étude des
professionnels de la périnatalité en Seine-Saint-
Denis

Sage-femme hospitalière (enquêtée n° 3), avril 2015 :

— Sage-femme : Je pourrais aller travailler ailleurs, dans des centres plus proches de chez moi ou qui fonctionnent mieux. Je reste dans mon hôpital car j'ai envie d'aider les femmes. De les aider dans leur situation sociale et dans ce qu'elles vont subir à la maternité, d'améliorer leur expérience à l'hôpital. On a un problème de recrutement, malheureusement il y a une partie du personnel qu'on ne peut pas changer. Ce n'est pas nouveau, c'est connu.

— Chercheuse : Tu veux dire que la hiérarchie est au courant de ces situations ?

— Sage-femme : Oui, nos supérieurs sont au courant, parfois les femmes se plaignent aux cadres en pleurant. Certains de nos gynécos sont maltraitants avec les femmes, plus ou moins directement ou ouvertement. Les patientes sont juste perdantes chez nous. En fait, ça dépend sur qui elles tombent.

Nous avons rencontré cette sage-femme dans une activité de formation. Nous lui avons proposé de la rencontrer pour un entretien approfondi. Il n'a pas fallu insister. Et elle n'a pas été la seule. Tout au long de cette étude, nous avons bénéficié de nombreux échanges, informels d'abord, ensuite lors d'un entretien programmé, avec des professionnels de périnatalité du département. Leur sentiment général est que « quelque chose va mal ». Les personnes concernées parlent ainsi volontiers de leur travail, de leur profession, de l'avenir, de questions éthiques par rapport aux usages des services médico-sociaux, du fonctionnement du système médical et social et de ses problèmes. Comme nous pouvons le pressentir avec la citation en exergue, les conditions de vie des patientes ont un certain impact sur le travail des professionnels de la grossesse. Dans le cas de cette enquêtée, la situation sociale des patientes conditionne même son implantation professionnelle, et importe davantage que ses convenances personnelles ou ses conditions de travail. Mais les difficultés sociales des futures mères peuvent constituer un inconvénient pour d'autres professionnels. Durant cette seconde phase de l'enquête, nous nous sommes intéressés plus généralement aux contraintes rencontrées par les soignants

et les intervenants sociaux³⁸ dans l'exercice de leur profession, en Seine-Saint-Denis. Il s'est agi de rendre compte des relations et de l'articulation entre les différents acteurs socio-sanitaires (soignants, travailleurs sociaux, etc.), à l'intérieur des établissements et entre structures.

Dans la première section de cette partie, nous présentons la méthodologie de l'enquête. Puis nous examinons le rapport de ces professionnels à la précarité : comment la repèrent-ils ? Dans quelles circonstances devient-elle un problème ? Comment se débrouillent-ils avec les difficultés possibles de leurs interlocutrices, associées à la précarité (la pauvreté, l'absence de couverture sociale, ou encore une faible maîtrise du français) ? Nous verrons ainsi comment le phénomène de la « précarité » constitue une source d'usure professionnelle. Dans les sous-parties suivantes, nous analysons d'autres difficultés rencontrées par les soignants et les intervenants sociaux. La précarité n'est alors plus au centre de l'étude. Nous en parlerons dès lors qu'elle implique, face à ces difficultés, des variations dans la prise en charge ou le parcours de soins des femmes enceintes. Dans la quatrième partie, nous décrivons l'espace d'échange qui encadre le suivi de grossesse, en nous intéressant en particulier à l'interaction en consultation. Il s'agit d'examiner les blocages organisationnels, qui modèlent les parcours de soins des femmes enceintes. Puis, nous nous intéressons à l'organisation de l'activité soignante, et une réflexion sur les problèmes « chroniques » des professions médicales dans la région en général et le département en particulier. La gestion de la précarité apparaît alors comme un problème important, mais un problème parmi d'autres.

1. MÉTHODOLOGIE

A la suite des observations effectuées lors du suivi des femmes enceintes, nous avons voulu tester les résultats de nos analyses et conclusions avec les professionnels, au moyen d'entretiens réflexifs. Pour ce faire, nous avons cherché des réponses chez les professionnels du monde médical et social, pour explorer l'autre versant de l'interaction soignant(e)-soignée. Faute de pouvoir interroger directement les intervenants impliqués dans chacune des scènes observées durant les suivis ethnographiques, nous avons réalisé des entretiens avec des soignants et des travailleurs sociaux du département. Ces entretiens visaient à saisir l'expérience au travail de ces professionnels et à trouver des explications aux phénomènes réperto-

³⁸ Pour la commodité de la lecture, nous avons opté pour un usage conventionnel du genre, pour accorder les noms au pluriel des métiers mentionnés dans ce rapport. Nous allons donc écrire « soignants », « gynécologues-obstétriciens », « sages-femmes », « médecins », « travailleurs-sociaux » et « aides-soignantes ». Cette solution ne nous satisfait pas complètement, car elle ne correspond pas entièrement à la démographie observée lors de notre enquête (par exemple, la plupart des assistantes sociales étaient des femmes, tout comme les « soignantes » en général, y compris les « médecins »). Des indications seront éventuellement introduites dans le texte s'il est nécessaire de signaler avec précision le genre du professionnel ou du collectif en question.

riés lors du premier terrain : les difficultés d'orientation renforcées en situation de précarité, la désynchronisation entre les besoins et les demandes des femmes et les réponses des soignants, l'invisibilisation de la précarité dans le système de santé, accrue quand ces problèmes deviennent cruciaux dans le suivi de grossesse.

1.1. Le choix des enquêtés

Les personnes interrogées ont en commun de travailler dans un centre hospitalier de Seine-Saint-Denis³⁹ et d'avoir exercé au moins dans un autre département (exception faite des professionnels libéraux exerçant en ville). Les individus interviewés ont des âges et une expérience professionnelle variables, exercent des métiers différents, et en ont des approches contrastées. Ils ont été contactés principalement par le biais des terrains précédents dans les centres médicaux⁴⁰. Ils participent tous directement au suivi médical de la grossesse, déterminant dans le parcours de soins des femmes enceintes.

D'autres intervenants, également importants dans la prise en charge périnatale, ne sont pas présents dans le corpus principal d'entretiens réalisés (voir le tableau 2). Toutefois, des personnels paramédicaux, de chefs de service, des cadres ou des agents de PMI⁴¹, des intervenants du monde associatif ont été rencontrés au fil de l'enquête, des entretiens informels ont parfois été réalisés, et leurs propos alors consignés – donnant mieux à comprendre certains des thèmes abordés dans les entretiens approfondis.

³⁹ Nous avons écarté de l'échantillon les professionnels du centre hospitalier Delafontaine, à Saint-Denis, où le service social de la maternité a mis en place un dispositif adapté pour faciliter l'accès aux droits de leur patientèle, dont une grande partie est en errance et sans couverture sociale.

⁴⁰ J'ai également mobilisé les contacts de mon réseau professionnel, en tant qu'ancienne sage-femme. Progressivement, j'ai été mise en contact avec d'autres soignants travaillant en Seine-Saint-Denis. Mes anciens collègues ont fortement facilité la mise en place du dispositif d'enquête, notamment Caroline Reiniche et Nathalie Bil. Je les remercie vivement de leur disponibilité constante, leur écoute patiente et leurs explications généreuses qui ont inspiré en permanence mon travail.

⁴¹ Nous aurions souhaité réaliser des entretiens approfondis avec des sages-femmes des centres de la protection maternelle et infantile du département. Nous avons reçu un refus systématique de la part de leurs autorités.

Tableau 2. Les professionnels de périnatalité interviewés

<i>Enquête n°</i>	<i>Sexe</i>	<i>Profession</i>	<i>Lieu</i>	<i>Ancienneté profession</i>	<i>Entretiens approfondis</i>
1	Féminin	Sage-femme	Hôpital	7 ans	2
2	Féminin	Sage-femme	Libérale	4 ans	2
3	Féminin	Sage-femme	Hôpital	5 ans	2
4	Féminin	Sage-femme	Hôpital	7 ans	1
5	Féminin	Travailleuse sociale	Hôpital	17 ans	1
6	Masculin	Médecin généraliste	Libéral	8 ans	1
7	Masculin	Gynéco	Hôpital	25 ans	1
8	Masculin	Gynéco	Hôpital	13 ans	1
9	Féminin	Étudiante sage-femme	Hôpital	2 ans	1
Total					12

1.2. Les entretiens réalisés

Les personnes interrogées nous ont accordé plusieurs heures de leur temps. Certaines ont été rencontrées à plusieurs reprises, jusqu'à quatre fois. Les propos retenus et retranscrits proviennent de la douzaine de séances enregistrées (voir tableau 1), qui se sont déroulées dans leurs bureaux. Les autres rendez-vous ont eu lieu dans un cadre plus informel, sur le mode de conversations, sans prise de notes *in situ*. Mais un compte-rendu était établi après chaque rencontre.

Au total, le cœur du corpus est constitué d'une douzaine d'entretiens de deux heures en moyenne, réalisés avec ces neuf personnes : quatre sages-femmes hospitalières et libérales, une étudiante sage-femme, un médecin généraliste, deux gynécologues-obstétriciens, une travailleuse sociale et un membre d'une association d'hébergement. L'entretien, bénéficiant des garanties de confidentialité, leur a été proposé comme un espace de retour réflexif sur leur travail, comme a pu le faire par exemple Emmanuelle Fillion (2012) dans un autre travail sur les professionnels de la grossesse.

L'entretien commençait par un échange général sur le poste et les tâches de chacun. Ensuite nous avons partagé avec les interviewés ce que nous avons observé lors de la première enquête de terrain : les remarques faites par les femmes enceintes accompagnées et l'attitude des soignants vis-à-vis d'elles. Nous avons également abordé les thèmes prévus dans le projet d'enquête, comme les parcours de soins de leurs patientes, le travail en équipe dans leur établissement et les protocoles qui y sont utilisés. Les

professionnels nous ont alors offert leurs explications à propos des situations observées, contrastées avec leurs expériences dans leurs postes de travail actuels ou passés. Tous les entretiens ont été ensuite analysés de façon croisée avec les observations en maternité, et celles menées plus généralement au cours des suivis ethnographiques. Cela nous a permis de faire apparaître les logiques qui sous-entendent les rapports institutionnels, intra et interprofessionnels, et les marges de manœuvre dont dispose chacun des acteurs.

1.3. L'engagement des professionnels : une ressource pour l'enquête

Nous avons interprété leur disponibilité d'abord par une générosité envers la chercheuse et son enquête. Nous leurs en sommes vivement reconnaissants. Mais il nous semble surtout que l'enquête leur a paru, dans la plupart des cas, comme une opportunité de faire remonter leurs expériences et réflexions de première main aux responsables de l'action publique. Ainsi, durant nos longues discussions, les personnes interviewées ont fait preuve d'une grande sensibilité personnelle par rapport à l'objet d'étude, et ont voulu nourrir leurs discours avec des propositions et des alternatives au fonctionnement actuel. Celles-ci sont reproduites verbatim en clôture de ce rapport.

On pourrait penser que cette sensibilité – parfois proche du militantisme – constitue un biais d'enquête. Mais, si l'analyse du corpus a été faite en gardant une distance raisonnée avec leurs discours, c'est au contraire leur réflexivité sur leur pratique qui a enrichi le matériau recueilli, lequel répondait à l'absence d'entretiens avec les professionnels lors du premier terrain. Nous avons observé des praticiens au cours de consultations ou de rendez-vous, sans les interroger ni avant, ni après. La rudesse de nombreuses interactions observées pouvait sembler le signe d'une réflexivité minimale sur leur pratique. L'étude présentée ici complète de façon plus équitable le tableau de la relation soignant(e)-soignée.

2. LA PRÉCARITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE PRÉNATALE

En entretien, les professionnels mettent en avant les difficultés rencontrées pour aborder et dépister des signes de précarité chez leurs patientes. En général, ils considèrent la précarité comme un facteur compliquant le suivi de la grossesse. Cette appréciation concorde pleinement avec les résultats de l'étude Delphi réalisée par l'équipe épidémiologique du projet (Sauvegrain et al., 2015). En outre, malgré l'expérience proche que les praticiens ont de ces difficultés, celles-ci ne sont pas toujours prises en compte, pour des raisons que nous allons détailler. De fait, dans les observations auprès de femmes enceintes, la situation sociale de la patiente n'a été abordée que dans un cas sur cinq – la patiente a alors été vue par une

assistante sociale en suites de couches, à la demande des soignants du service.

Il semble ainsi habituel que des questions concernant la couverture sociale, la situation familiale ou d'autres difficultés éventuelles des patientes, ne soient pas posées. D'ailleurs, pour la plupart des femmes suivies, le dossier a été ouvert à l'hôpital par un obstétricien, qui s'est juste intéressé à leurs antécédents et bilans de santé antérieurs. Ce dossier est ensuite passé entre les mains d'autres professionnels, sans que les informations qui auraient permis de signaler une situation de précarité aient été renseignées.

Dans cette première section, nous allons essayer de mettre en lumière les indicateurs pertinents de la précarité pour les professionnels. Comment et à quoi reconnaît-on la précarité ? Et en fonction de quoi cette précarité est-elle ou non prise en charge ? Nous allons pointer quelques facteurs interactionnels, entre soignant et soignée, qui empêchent la prise en compte de la précarité sociale chez les patientes à la maternité. Ensuite, nous allons avancer quelques explications au fait que la précarité n'est pas toujours prise en compte malgré sa visibilité : la barrière de la langue ; le souci de rationalité économique des soignants ; le surcroît de travail requis et l'usure professionnelle découlant de la confrontation répétée avec ces situations de précarité.

2.1. Les indicateurs variables de la précarité pour les professionnels

Il est souvent difficile de reconnaître des personnes en difficulté sociale. Comment aborder la question en consultation ? Les soignants utilisent normalement les cases à cocher dans les dossiers médicaux : dans l'entretien initial lors de l'ouverture du dossier médical, les praticiens remplissent le document (le plus souvent papier, parfois déjà informatisé). La forme et le contenu du dossier médical peuvent changer d'un centre à l'autre, y compris en ce qui concerne les informations de nature sociale sur la patiente. Certains dossiers contiennent des rubriques à cocher pour les données « hébergement précaire », « psychologie à risque » – avec trois sous-cases : violence, anorexie, dépression –, puis d'autres items communs, comme la couverture sociale. Dans d'autres dossiers, il y a une simple case « précarité », à cocher ou non. Dans ce dernier cas, c'est aux soignants qu'il revient alors d'effectuer le « diagnostic social », c'est-à-dire de faire une évaluation de la situation de la patiente, en interrogeant sa situation par rapport au logement, la présence d'une couverture sociale et les revenus du foyer, entre autres. Avant même de poser ces questions, le soignant est ainsi amené à juger tacitement la situation de la patiente, en fonction de son expérience de praticien, mais aussi de catégorisations ordinaires. Une sage-femme et une travailleuse sociale expriment cette difficulté sous des angles complémentaires :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

Poser la question sur l'hébergement, c'est difficile, sans demander directement si elles sont au 115. C'est délicat ; la question n'est pas toujours posée. Moi je demande : Vous « habitez dans une maison ou appartement ? C'est chez vous ? Il faut déménager à l'arrivée de l'enfant ? »

Si je pose des questions sur l'« hébergement précaire », elle va dire « non », ou alors elle ne va pas comprendre ; « précaire » c'est un mot que les précaires ne connaissent pas forcément, c'est compliqué comme mot. Après il faut savoir si quelqu'un travaille à la maison.

Avoir l'AME [aide médicale d'Etat] et la CMU [couverture maladie universelle] : ce n'est pas un bon critère pour nous, pour savoir. Ces femmes sont étrangères mais pas forcément précaires. Par exemple nous avons beaucoup de Maghrébines qui viennent rejoindre leur mari, qui ne parlent pas bien français, c'est vrai, mais qui ne sont pas dans une situation précaire. Leurs maris ont des revenus, elles habitent dans un appartement, la situation est plutôt stable. L'AME et la CMU ne sont pas un bon indicateur pour nous, pour savoir. En revanche, faire appel au 115, c'est un bon facteur pour nous.

La langue est un bon signe pour moi, je pose des questions s'il y a un problème de langue. Mais c'est toujours problématique d'aborder la précarité, on ne veut pas passer pour la police. Ça fait très flic si on demande la nationalité, l'origine, le temps de présence sur le territoire, l'origine des parents. Ça m'arrive de demander « Vous avez des origines en particulier ? » Elle me répond « Non », alors qu'elle est toute noire...

Alors il faut se demander s'il y a des signes frappants de précarité. Ce n'est pas toujours par désintérêt qu'on ne demande pas, c'est difficile de demander sans vexer les gens. Bon, après il y a des gens qui s'en foutent... même quand la personne arrive avec des sacs. Si elle arrive à l'hôpital avec des gros sacs, ce qui veut dire à coup sûr qu'elle est à la rue. Mais sinon c'est difficile d'aborder le sujet.

Travailleuse sociale (enquête n° 5), avril 2015 :

— Je crois que parfois les soignants n'interrogent pas les patientes sur leurs difficultés, puisqu'ils ne savent pas quoi faire avec la réponse, notamment quand il s'agit de situations compliquées. Il y a peu de communication entre travailleurs sociaux et soignants, seulement quand il s'agit de cas flagrants ou parfois des usagères du 115.

Le niveau de français et la couverture sociale peuvent ainsi être des informations pertinentes pour détecter une situation de précarité. Mais ils ne le sont pas toujours. Par contraste, être à la rue ou hébergée par l'assistance constitue un renseignement capital, mais parfois difficile à obtenir. L'examen de la situation sociale de la patiente se complique en outre dans des zones où il y a un grand bassin de population qui « vi-vote », selon l'expression de l'enquête n° 3. Ces patientes ne sont pas forcément identifiées comme « précaires », même si leur situation pourrait basculer dramatiquement.

Dans certains contextes, les critères retenus pour adresser une patiente hébergée à l'assistante sociale de l'hôpital sont devenus de plus en plus restrictifs, en raison de l'affluence de patientes défavorisées.

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

Chez nous il y a une grande population mélangée. L'étiquette « précaire » ne va être collée qu'aux grands précaires... Pour certaines, c'est plus difficile d'avoir une prise en charge sociale. Même si elles restent chez leur cousine. Si vous avez un endroit où rester après l'accouchement, c'est bon. On change la notion, les critères, pour les considérer précaires. Avant, on orientait tous les 115 vers les assistantes sociales. Maintenant on les adresse seulement si elles ont un problème d'hébergement, pas résolu par le 115. Pour les autres, ce sont les assistantes sociales du secteur qui devraient s'en occuper.

Pourquoi ? Parce que les assistantes sociales de la maternité ont trop de dossiers. Désormais elles ne prennent que les femmes avec d'autres problèmes que simplement l'hébergement. Nous sommes dans une zone grise de précarité, mais on ne voit plus que le noir, le plus urgent.

Puis nous avons un « staff précaire », mais les femmes du 115, ce n'est pas celles qu'on vise particulièrement. En fait, on travaille seulement pour les gens pour qui on a l'impression que l'on peut faire quelque chose, mettre en place une prise en charge de réseau par exemple. Les 115 vont partir, elles bougent tout le temps. On les présente à un centre de PMI, après elles préfèrent aller ailleurs parce que c'est sympa ou parce que c'est géré autrement... Il faut changer d'optique.

Donc, définir la précarité chez les patientes, ce n'est pas facile, ça dépend quels sont les repères que nous allons utiliser. Si nous creusions la situation de toutes nos patientes, on en aurait beaucoup plus, ça c'est sûr...

Ainsi, le seuil institutionnel pour considérer une patiente « précaire » change beaucoup entre les différents territoires du département, et certainement de la région (et parfois visiblement entre les professionnels d'un même établissement). L'enquêtrice n°3 insiste sur le fait que pour une même patiente en situation de pauvreté, la prise en charge différerait si elle habitait dans le 15^{ème} arrondissement de Paris ou dans un quartier à côté de son hôpital. Cette inégalité intra et interdépartementale se matérialise dans la fixation des priorités distinctes selon le contexte social de la patientèle et son évolution au fil du temps. Mais cette modulation de l'évaluation dépend également des ressources des services sociaux de chaque centre hospitalier. Lorsque le service social du centre hospitalier est saturé, les patientes sont adressées aux assistantes sociales du secteur⁴². Cela peut aboutir à des solutions telles que les services sociaux du secteur de Seine-Saint-Denis ne prennent pas en charge les familles hébergées par un autre 115 que celui de Seine-Saint-Denis. Cela a été le cas pour la famille de Madame L., comme on l'a vu dans la première partie de ce rapport.

⁴² Selon nos enquêtees, pour s'assurer que la patiente soit acceptée par les services sociaux de secteur, il faut joindre une lettre bien étoffée. Dans le cas contraire, la prise en charge reste incertaine pour la patiente, qui risque d'être envoyée d'un guichet à l'autre si elle ne rencontre d'emblée le bon interlocuteur institutionnel.

2.2. La précarité n'est pas toujours explicite pour les patientes

Comme l'a indiqué l'enquêtée n° 3, il arrive que les difficultés des patientes soient manifestes. Toutefois, comme nous l'avons vu, la précarité n'est pas toujours évidente. Parfois il faut vraiment chercher des réponses pour comprendre la situation réelle de la patiente, qui ne souhaite pas forcément dévoiler sa situation au soignant – soit parce que ces difficultés sont vues ou vécues comme provisoires, les personnes préférant alors les taire⁴³, soit pour « garder la face »⁴⁴ et donner une image consistante de soi, « appuyée par les jugements et les indications venus des autres participants, et confirmée par ce que révèlent les éléments impersonnels de la situation. »⁴⁵

De surcroît, en maternité, il y a d'autres enjeux qui incitent la patiente à préserver les apparences. Par exemple, par peur d'être séparée de l'enfant à cause de leur situation, certaines femmes redoutent les assistants sociaux. Elles peuvent aussi s'en méfier par méconnaissance de l'aide que ces professionnels pourraient leur apporter. Cette méfiance peut se manifester par une apparente désinvolture face au professionnel, qui traduit au fond un écart entre les positions sociales des interlocuteurs. Les réponses des patientes peuvent se révéler trompeuses pour leur interlocuteur, même au sujet d'affaires qui pourraient sembler aussi bien entendues que l'hébergement :

Travailleuse sociale (enquêtée n° 5), mai 2015 :

Soit cet exemple : une patiente nous dit « j'habite chez une copine ». Voilà, la patiente a un toit, elle n'est pas à la rue, il n'y a pas de problème. On peut aller plus loin – ou non. Pour ceux qui montreraient plus d'intérêt pour la situation de leurs patientes, on peut creuser : « Vous pouvez rester chez votre copine après l'accouchement ? » C'est-à-dire : il y aura la place pour un bébé ? Pour les gens en difficulté, « copine » est souvent un mot polysémique. Veut-il dire une « vraie » amie qui héberge ou une compatriote pour qui l'hébergée travaille – ménage, garde d'enfants, etc. – en échange d'un toit ? À l'arrivée du bébé et devant l'incapacité de travailler pour leur hôte, elles peuvent se retrouver à la rue. Puis de la rue au 115. Mais cette solution n'offre pas de nourriture. Alors, elles peuvent se retrouver seules dans un hôtel social sans rien à manger, si elles n'ont pas une autre aide. Les denrées alimentaires ne sont pas toujours proches de l'hébergement – il n'est pas évident de se déplacer avec un nouveau-né juste après l'accouchement. Et puis il faut anticiper l'inscription à l'aide alimentaire et ne pas tomber sur leurs périodes de vacances où il n'y a pas de distribution – quelques mois par an.

La Seine-Saint-Denis est forte d'une certaine « tradition d'accueil » de personnes étrangères et, en particulier, de primo-arrivants, selon l'enquête

⁴³ Phénomène déjà décrit dans des travaux antérieurs, voir notamment d'Isabelle Parizot (2004)

⁴⁴ Selon Erving Goffman (1974 : 9), la *face* est « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier ».

⁴⁵ *Ibid.*, p. 10.

de FORS-Recherche sociale (2012). Cette enquête met en évidence les motivations instrumentales et économiques de ce l'hébergement chez un tiers, qui ne sont pas exclusives de lien familial, amical ou communautaire entre l'hébergeant(e) et l'hébergé(e). La travailleuse sociale de l'extrait précédent nous parle d'une réalité souvent inconnue, y compris par une partie des soignants. En effet, l'hébergement chez un tiers reste un phénomène discret, hétérogène, changeant et donc difficile à quantifier. En outre, pourquoi creuser l'investigation si la patiente dit qu'elle a un toit ? Encore une fois, mener cette enquête dépend largement de chaque soignant.

2.3. Les deux attitudes possibles des professionnels face aux situations précaires des patientes

L'enquêtée n°3 considère d'ailleurs que ses collègues hospitaliers peuvent avoir deux attitudes distinctes face à la précarité de leurs patientes. Soit ils se soucient de comprendre la situation des patientes, notamment lorsqu'il y a des indices de vulnérabilité – dont la violence domestique, d'autant plus qu'il est très difficile pour les femmes d'en parler spontanément (Delspine, 2011). Soit ils se cantonnent à apporter une assistance médicale plus ou moins aveugle aux conditions de vie des usagères, même si celles-là peuvent affecter la prise en charge de problèmes de santé. Plus loin, nous nous interrogerons sur les facteurs qui expliquent cette occultation de la précarité dans le suivi de grossesse.

Sage-femme (enquêtée n° 3), avril 2015 :

Il y a deux visions différentes de la précarité, en général, mais surtout dans mon hôpital. « Je bosse, je m'en fiche des gens, je fais comme s'il n'avait pas de problèmes pour les patientes, elles vont faire ce qu'on leur demande de faire. Et encore, les précaires, ça fait chier ». Moi personnellement, j'ai une approche différente, la prise en charge de la précarité m'intéresse, elles ont des difficultés et il faut mieux travailler avec elles. Quelques uns de mes collègues ont aussi ce raisonnement. À l'hôpital ce n'est pas du tout dans la pratique, les gens ça ne les intéresse pas de faire ça. Ils travaillent comme s'ils avaient devant eux des patientes qui pouvaient toutes faire ce que l'on leur demande de faire.

C'est aussi une mentalité très française : la médecine, c'est elle qui décide ce que vous devez faire, vous faites ce que l'on vous dit de faire, vous le faites, point. Pas de discussion, on est au-dessus, et on vous dit, il faut faire ça et ça. Donc dans l'équipe, aux staffs, ce n'est pas présent, on ne parle pas des difficultés des patientes. Non, ce n'est pas du tout fait comme ça le staff. Après il y a un staff médico-psycho-social avec une sage-femme coordinatrice, pour dire qu'on a quelque chose, mais qui n'est pas du tout dans la politique du service. On a l'impression que ce sont des problèmes très secondaires par rapport au reste de problèmes que l'on se crée nous-mêmes, de nature médico-légale.

En creux de cet extrait, on peut voir le peu de pouvoir que semblent avoir les patientes pour faire entendre leur voix. En France, la mobilisation des patients pour jouer un rôle actif dans leur prise en charge est relativement

récente. L'activisme thérapeutique des patients de VIH au début des années 1990 est le cas le plus emblématique, les associations atteignant une véritable légitimité vis-à-vis des autorités publiques et de la recherche biomédicale⁴⁶. Dans le champ de la naissance, il y a eu des mouvements cherchant à donner un rôle plus actif aux femmes. Mais ceux-ci sont restés très marginaux dans la médecine et l'obstétrique conventionnelles, sans impact – sauf quelques exceptions, minoritaires – dans la pratique clinique actuelle. Des collectifs et associations concernées par les questions relatives à la grossesse et la naissance, ont été constitués depuis une quinzaine d'années⁴⁷. Ces entités sont de plus en plus nombreuses, mobilisées et visibles, mais elles ne sont toujours pas une référence partagée parmi les usagers et les professionnels

2.4. Le coût des soins et la barrière linguistique, comme obstacles à la prise en charge de la précarité

Toujours au sujet de l'interaction entre soignant et soignée, des difficultés de communication ont été évoquées par toutes les personnes interrogées. Le recours à des interprètes n'est pas aussi fréquent que l'on pourrait penser. Selon les professionnels, l'utilisation des traducteurs externes est en effet très chronophage en consultation. Le message doit passer entre trois personnes – soignant, traducteur et patiente –, puis il faut vérifier en permanence que le message a bien été compris par toutes les personnes, puisque les traducteurs ne sont pas forcément formés au vocabulaire médical. En outre, les soignants soulignent que les traducteurs coûtent cher à l'hôpital. D'après eux, le coût d'une séance de traduction, lors d'une visite de suivi de grossesse par exemple, serait plus élevé que le coût de la consultation elle-même. Il y a des soignants qui considèrent qu'il ne vaut que rarement la peine d'utiliser ce service, car cela entraîne une double perte de temps de travail et d'argent.

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 8), juin 2015 :

L'accès téléphonique aux interprètes, c'est très cher, on perd de l'argent. Chaque fois que les traducteurs viennent, il faut signer un papier, nous donnons le code de l'hôpital, et puis c'est facturé. Leur publicité, c'est « L'incompréhension coûte cher ». C'est un vrai problème. Inter-service

⁴⁶ Janine Barbot, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002 ; Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2003.

⁴⁷ La *Leche League Internationale* est arrivée bien avant en France, dans les années 70. À la même époque, des mouvements pro-accouchement « sans violence » ou « comme à la maison », ainsi que des approches comme l'haptonomie, ont conquis beaucoup d'adeptes. Notamment en France grâce, entre autres, à des obstétriciens comme Frédéric Leboyer et Michel Odent, des sages-femmes comme Chantal Birman ou des pédiatres comme Catherine Dolto. Ces approches sont toujours marginales dans l'obstétrique conventionnelle actuelle, pratiquée dans les hôpitaux publics français et promue par des sociétés savantes comme le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).

migrants, c'est payant, et ça marche très bien. Les psys, je ne sais pas dans quelle langue ils travaillent.

Moi je fais des consultations avec *Google translate*. Il y a des études sur le programme. Sa qualité varie en fonction de la langue. L'anglais c'est OK, mais le reste, pfff... Parfois la traduction est à côté de la plaque. C'est en effet une vraie problématique. Avec quelqu'un de la famille, c'est toujours difficile. Notre liste d'employés de l'hôpital parlant d'autres langues n'est plus à jour.

Parfois je peux faire des consultations dans deux langues : avec une patiente portugaise qui ne parlait pas français mais qui comprenait, je me débrouillais pour la comprendre – en portugais – tout en parlant en français. Mais nous avons beaucoup de patientes africaines, tamoules, de l'Est de l'Europe... On aurait besoin de pictogrammes.

Puis, même les interprètes font des erreurs, le jargon médical est très spécifique. Déjà nous-mêmes passons par une étape de simplification du message, après il y a une interprétation et simplification de l'interprète, du coup au final il ne reste pas grand chose du message initial. L'interprétariat prend deux fois plus de temps. Ils se parlent entre eux, il faut vérifier que la patiente a compris. Il faut mobiliser la sémiologie du regard, les expressions d'usage, pour vérifier si finalement la patiente a bien compris.

Nous pouvons apercevoir la créativité déployée par ce soignant pour optimiser le temps et la communication en consultation avec les patientes. Il faut préciser que ce médecin a visiblement des compétences pour utiliser des programmes informatiques, ce qui n'est sans doute pas le lot de tous ses collègues. Mais ce qui a surtout attiré notre attention, c'est le souci exprimé par tous les professionnels interrogés des finances de leur hôpital. Ils reçoivent des directives concrètes pour restreindre le coût par patiente, et leur équipe est en général mobilisée pour faire des économies, comme en témoigne cette sage-femme :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

On essaie de faire des économies, ça entre dans les mœurs. On valide certains bilans s'ils sont écrits sur le dossier médical ou si la patiente nous dit qu'ils ont été faits, même si on ne les voit pas sur papier⁴⁸. Si elle nous dit qu'ils sont normaux, on la croit. On traque aussi les bilans inutiles. C'est comme pour la question de l'usage des poubelles. Parfois on y jette tout, on ne suit pas toujours les consignes. Mais l'hospitalisation, c'est ce qui est le plus cher pour l'hôpital. On essaie d'éviter d'hospitaliser les grossesses à haut risque, mais on n'y arrive pas. Peu de membres de l'équipe assument les décisions de ne pas hospitaliser sans passer par le staff. On préfère hospitaliser la dame et voir le dossier en staff le lendemain, au lieu d'assumer la décision d'hospitaliser ou non.

Cet extrait soulève plusieurs questions, sur lesquelles nous reviendrons dans les dernières sections. Sur quoi précisément les services de maternité du département mettent-ils l'accent ? Qu'est-ce qui est primordial pour ces services ? Ici l'hospitalisation « par précaution » semblerait négligée

⁴⁸ Cette professionnelle a pris pour exemple le frottis cervical – pour le dépistage du cancer du col de l'utérus – et les électrophorèses de l'hémoglobine, analyse qui détecte les malformations héréditaires de l'hémoglobine, comme les drépanocytoses et les thalassémies, à l'origine des anémies chroniques.

malgré son coût, pourquoi ? Est-ce qu'il y a un lien avec l'absence de protocoles et de guides de pratique clinique, qui conforterait les professionnels, par rapport à la conduite à tenir, par exemple ? Pourquoi les difficultés et donc les éventuels risques touchant une grande cohorte de patientes (la population dite vulnérable du département) n'entrent toujours pas dans la stratégie des services (contrastant avec l'idée ancrée de la nécessité de faire des économies) ? *Quid* de la prévention (dont les soins dentaires pendant la grossesse), de l'implantation et de l'actualisation des protocoles partagés qui éviteraient des hospitalisations inutiles comme nous le verrons ? De quoi dépend la politique des services, alors que les économies et les questions médico-légales sont au cœur des discussions des équipes dans quelques-uns de ces centres ?

2.5. Quand les patientes ne remplissent pas le rôle que les soignants attendent d'elles

Nous avons analysé l'interaction entre les services de soin et les usagères comme un travail collectif, c'est-à-dire une activité réalisée par chaque partie en lien avec les autres, pour accomplir l'acte de soin. Le soin est l'opération collective – au sens d'un ensemble de tâches nécessitant l'action de tous ses composants : le soignant, la patiente et l'institution elle-même, avec les ressources humaines et matérielles disponibles, en hôpital ou en ville. Ainsi, chaque partie accomplit une série d'opérations pour façonner collectivement le « suivi de grossesse », de façon pratique.

En ce sens, les patientes font aussi un travail pour l'accomplissement de l'acte de soin : prendre des rendez-vous, s'y rendre, faire les démarches administratives⁴⁹, chercher un laboratoire et un centre d'imagerie médicale, réaliser les bilans prescrits et les assembler dans leurs dossiers, apporter leurs examens et dossiers à la consultation de suivi de grossesse, choisir une maternité pour accoucher, récolter des avis – experts et/ou profanes – pour la quête de ces centres médicaux, s'inscrire à la préparation à l'accouchement après avoir choisi le lieu et la méthode, acheter les produits conseillés en consultation – après avoir cherché le meilleur rapport qualité/prix –, répondre aux questions des soignants, expliquer leurs symptômes, alerter en cas de signaux alarmants pendant la gestation et le *postpartum*. Toutes ces opérations s'apparentent à du « travail visible⁵⁰ » de la part des patientes. Mais d'après les soignants, certaines femmes remplissent mal ces attentes :

⁴⁹ Démarches administratives auprès de diverses institutions – CPAM, CAF et d'autres selon le contexte familiale –, pour bénéficier de l'accès effectif aux droits prévus pour la grossesse et pour leur situation spécifique. Les visites médicales liées à la grossesse et les démarches administratives sont décrites en détail dans la première partie de ce rapport. ..

⁵⁰ Anselm Strauss est le sociologue qui a conçu cette manière de comprendre les interactions à l'hôpital et le concept de « travail invisible » des patients. A.L. Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, op. cit. ; A.L.

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

Il est plus facile de travailler avec les patientes qui entrent dans les clous. Celles qui n'entrent pas dans les clous parlent pas ou peu français, elles ne font pas leurs « devoirs » en tant que patientes par rapport aux bilans. Et oui parfois c'est sale, ça pue, c'est gros, on ne voit rien à l'écho, leur peu de questions sont saoulantes pour le bon déroulement de la consultation... ça dérange les gens. La patiente blanche, profession normale, on papote, c'est facile, c'est sympa. On peut prendre le thé avec elles. C'est facile ça. Celles des bons quartiers, elles vont toujours trouver quelqu'un qui va s'occuper d'elles. Elles n'ont qu'un problème à gérer, c'est le médical, c'est tout. Puis elles sont exigeantes sur la réponse sur le plan médical. Elles n'ont pas quinze problèmes qui se rajoutent. La précaire, elle est malade, elle a beaucoup de choses. On ne voit que ça nous ici. Mais moi, je n'irais pas travailler à Neuilly-sur-Seine, j'aime mon travail ici.

En fait, lorsque les patientes accomplissent ce travail invisible, le suivi « va de soi ». Au contraire, les usagères non familiarisées avec le système de santé peuvent ne pas remplir leur rôle correctement. Alors l'acte de soin ne se déroule pas comme prévu par les soignants et les institutions, comme le confirme cette sage-femme :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

On avait une famille ouzbèke, dont la femme avait été hospitalisée précédemment. Bien entendu, leur français était un peu mieux que mon ouzbek ! Ils étaient hébergés par le 115. Elle est revenue car elle avait plein de petits boutons sur ses bras. Quand je l'ai vue, j'ai compris qu'elle avait des puces de lit, ça se voit très bien. Mais à son arrivée tout le monde a dit, « Ah, c'est peut-être la varicelle. » Parce qu'on ne va pas chercher vraiment le problème, on va pas demander à la patiente de quoi il s'agit. Du coup, ils ont fait une prise de sang. Et puis ils lui ont envoyé une ordonnance à son hôtel, pour prendre rendez-vous en ville et faire une prise de sang « sérologie varicelle complète » et « faire une échographie » entre telle date et telle date. Ils reçoivent un courriel, mais ils ne comprennent pas. Alors ils sont revenus à l'hôpital avec la lettre, où on leur répète le contenu. Je les rencontre deux mois plus tard à l'hôpital, sans écho ni rien. En plus, c'était une femme avec une césarienne précédente très compliquée, un dossier très difficile. Finalement j'ai pris tous ses rendez-vous pour elle, même pour le lendemain avec l'échographiste, ce qui est normalement impossible chez nous, mais je me suis débrouillée et j'ai réussi. Le lendemain ils ne sont pas venus. Alors oui, c'est agaçant. Mais je suis sûre que ce n'était pas de leur faute, vu comment ils étaient, ils étaient de bonne foi, ces gens là. Elle a dû avoir un problème quelconque. Ils allaient être changés d'hôtel à la fin de la semaine, ils ne savaient pas où ils partaient. On n'était pas du tout dans la même problématique. Juste donner une ordonnance ne sert à rien, ils ne peuvent pas, quoi ! Il faut être capable, en tant que soignant, d'avoir cette démarche de pouvoir remettre les choses dans leur contexte... Parce que sinon, effectivement...

L'incident en question a commencé par une faille dans l'« anamnèse ». Si les patientes ne peuvent pas participer à l'entretien initial fait en consultation par le soignant, appelé anamnèse, l'examen médical n'est pas complet. En effet, l'anamnèse permet de connaître le motif de la consultation,

Strauss et al., *Social Organization of Medical Work. With a new introduction by Anselm L. Strauss, op. cit.*

les circonstances de l'apparition du symptôme, les antécédents médicaux et familiaux de la patiente, le mode de vie et les habitudes de la patiente, les résultats des bilans précédents et les traitements pris récemment. En somme, il s'agit de recueillir l'historique des troubles de la patiente, sous forme d'une étude biographique centrée sur sa santé.

L'anamnèse fait partie de l'examen médical et constitue la première étape du raisonnement analytique qui amène au diagnostic définitif. Dans ce processus, le clinicien utilise une sorte d'algorithme mental où tous les diagnostics différentiels (à savoir possibles) sont peu à peu éliminés. Cela implique une démarche systématique évitant des erreurs d'interprétation, comme celui entre les puces de lit et la varicelle chez une femme enceinte qui ne parle pas français. Ainsi, la participation de la patiente est primordiale pour répondre aux questions des soignants et bien expliquer ses symptômes et d'autres circonstances à prendre en compte pour identifier correctement les signes présents. Ce qui doit permettre, avec l'examen physique et les examens complémentaires, d'établir le diagnostic.

Ainsi, l'intervention des patientes est essentielle pour accomplir l'acte de soin, à toutes les étapes de la prise en charge : au cours des démarches en amont pour rencontrer les soignants, dans l'interaction avec ceux-ci et dans les suites données à cette rencontre. Par contraste, on comprend bien dans cet extrait le surcroît de travail requis par les praticiens, s'ils tiennent à compenser le travail invisible non accompli par leurs patientes.

2.6. Comment la « précarité » use les professionnels

Comme nous l'avons vu dans la première partie de l'enquête, les usagères peuvent être souvent désorientées dans la trame médico-administrative, prénatale notamment. Les personnes les moins familiarisées avec le fonctionnement du système médico-social ou sans les compétences précises pour se débrouiller – dont la maîtrise du français –, ont besoin d'aide pour des démarches très simples, par exemple pour obtenir un rendez-vous téléphonique, demander un service en particulier ou remplir un formulaire. Alors l'entourage joue un rôle parfois décisif : c'est ce qui fait la différence, comme nous l'avons vu dans la première partie du rapport. Si les patientes n'ont pas un appui quelconque, elles vont demander de l'aide ailleurs, même aux gens qui ne sont pas censés faire certaines tâches, comme les soignants, ou comme les secrétaires, qui vont devoir répéter deux ou trois fois ce qu'elles ont à dire, car elles ne seront pas comprises la première fois, surtout au téléphone. Beaucoup de ces tâches sont pourtant incontournables pour l'accomplissement de l'acte de soin (toujours entendu comme une activité collective, impliquant les soignants, la patiente et l'institution elle-même). Il arrive ainsi que les soignants soient pratiquement dans l'obligation de tenir le rôle normalement attendu de la part de la patiente, ce dont cet extrait d'entretien donne une illustration :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

J'ai eu une patiente en consultation, avec son mari, qui n'avait pas rempli la déclaration de grossesse. Quand j'ai trouvé le papier vide dans son dossier, je leur ai rappelé qu'il faut le faire et que c'est important. Ils me disaient « vous remplissez, vous remplissez ». Ils ont une façon de tourner les phrases, de le demander comme ça... Tout le monde se serait énervé après eux en disant, « Ce n'est pas moi qui dois faire ça, il faut aller voir l'assistante sociale ! ». Là, j'étais avec les étudiantes sage-femme, et oui, je crois que je suis la seule à l'hôpital à faire ça, personne d'autre l'aurait fait, remplir leurs trucs.

Tu as envie de t'énervier contre eux. Je me suis dit, « Ils me prennent pour la bonne ». Au final, je me suis dit, « Comprends-les, ils sont là, au 115, avec leur fille de trois ans, ils ne savent pas le remplir, ils n'ont personne pour le remplir ». Du coup, moi je remplis le dossier, car elle est déjà à 20 SA [semaines d'aménorrhée] de grossesse, il faut qu'elle déclare sa grossesse, c'est juste comme ça. Moi aussi j'étais énervée, ce n'est pas à moi de faire ça, et ça m'arrive tout le temps en consultation. Il y a eu des moments où j'avais tellement envie de m'énervier après les patientes, de leur dire : « Non, ici ce n'est pas l'échographie, ici c'est la consultation ! ».

D'une part, cette sollicitation des usagers – jugée non pertinente ou inappropriée par les travailleurs – peut être faite avec maladresse, du moins avec des manières éloignées des codes de politesse habituels dans ces institutions. Cette situation s'aggrave avec des étrangers, dont les maladresses linguistiques ou même culturelles s'interprètent souvent comme un manque de respect aux règles sociales les plus élémentaires⁵¹. D'autre part, l'abondance de ces demandes – plus fréquentes en Seine-Saint-Denis en raison d'une population moins favorisée et récemment immigrée – et l'obstacle de la langue peuvent provoquer l'agacement voire le découragement même des soignants le plus « sensibles » et motivés. Ce découragement peut s'amplifier si les soignants éprouvent une surcharge de travail à long terme, ou s'ils se sentent malmenés ou non valorisés par l'institution qui les emploie (nous verrons cela plus loin, dans le point 5.1. concernant « Le péri-travail »).

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

À force de voir la précarité toute la journée, au bout d'un moment, on passe de « Oh les pauvres gens, je comprends, c'est dur pour vous, on va essayer de vous aider et d'adapter les choses » à « Non, mais c'est bon, vous pouvez pas le faire ça ?! » Je crois que c'est aussi ce cheminement qui se fait, des gens qui travaillent depuis longtemps à l'hôpital, qui voient des précaires toute la journée. Au début c'était peut-être dans une démarche de compréhension de la situation, d'aller dans le détail, et après ils sont passés à « C'est trop compliqué la précarité...on fait une autre chose, quoi ! ». Je le comprends, je le vois même en moi, qui suis pourtant très sensible à des personnes en situation précaire.

C'est difficile pour les soignants... Cette maladresse... C'est difficile puisqu'il faut pouvoir prendre ce recul...et être sensible, sinon ils passent pour des gros profiteurs... Ce n'est pas qu'ils essaient de donner des ordres ou d'imposer quelque chose, c'est juste qu'ils sont perdus dans le système de

⁵¹ Alfred Schütz, *L'Étranger. Un essai de psychologie sociale. Suivi de L'Homme qui rentre au pays*, Paris, Allia, 2003, 77 p.

santé et ne savent pas comment faire les choses. Faire cette démarche de prendre du recul, à chaque fois, en se disant que ce n'est pas grave, même si ça prend une heure de consult'... Ça, il faut être sensible à ça. Sinon on va tomber dans le jugement facile : « Ce sont de gros profiteurs, ils veulent que je fasse les papiers pour eux ». C'est aussi ça qui joue. On y arrive, mais après, à force d'en avoir beaucoup, moi-même, y a des moments,, je respire profondément, je dis : « ok, donnez-moi ça, je le ferai pour vous. »

Nous pouvons parler d'un effet « d'accumulation » chez les soignants à d'abord le sens d'une usure à la longue – même si l'exposition à long terme à des conditions de travail éprouvantes finit par épuiser n'importe quel employé. Lorsque les temps de consultation sont perçus comme limités, lorsqu'à cause des difficultés – de langue, de compréhension des patientes, d'incidents techniques ou de rajouts de consultations à l'agenda du jour –, on saute souvent la pause déjeuner, par exemple, un jour ou l'autre, cela devient lassant. Cet effet d'accumulation est aussi perceptible à l'échelle d'une journée de travail, quand il faut répondre à situations similaires, les unes après les autres. Dans ces conditions, l'accueil des patientes peut dépendre déroulement des rendez-vous antérieurs assurés par le soignant.

A cette lassitude, il faut ajouter la faible marge de manœuvre des soignants pour améliorer la situation des patientes pour des questions qui ne relèvent pas directement des soins, mais qui peuvent s'insinuer dramatiquement dans la relation et le suivi des soins, comme nous l'avons vu dans la première partie du rapport. Par exemple, que peuvent faire de plus les soignants, que de prescrire un produit, même s'ils se doutent que la patiente ne l'achètera pas, parce il n'est pas remboursé et représente un coût trop élevé pour elle ? C'est le cas de la vitamine K prescrite à juste titre à Madame L., qui ne peut toutefois pas se la procurer, pour des raisons économiques. Quand l'enquêtée n°3 déclare que « C'est trop compliqué la précarité », elle pointe la complexité des situations vécues par les patientes, au devant desquelles les soignants ont peu de solutions, tant celles-ci ne prennent pas les traits d'un problème de santé⁵².

Finalement, la plupart des soignants rencontrés tout au long de l'enquête (au-delà des seules personnes interviewées), ont le sentiment de devoir accomplir de nombreuses tâches imprévues, afin d'« aider » à remettre d'aplomb la situation des patientes. Celles-ci arrivent souvent sans avoir fait « ce qui est attendu d'elle » : avoir pris des rendez-vous avec les spécialistes – comme l'anesthésiste –, avoir fait les bilans sanguins, les échographies, les copies des comptes rendus de ces derniers, les *monitoring* ; sans compter les démarches administratives et les consultations supplémentaires dans les cas où il y a une pathologie (pathologies qui sont du reste plus fréquentes chez les femmes enceintes en situation de précarité sociale, comme les études épidémiologiques l'ont montré).

⁵² Il s'agirait d'un phénomène relevant de la « sanitarisation du social », telle que l'a définie Didier Fassin (1998), à savoir la « traduction » d'un problème social en phénomène sanitaire.

3. PARCOURS DE SOINS EN SUIVI DE GROSSESSE

Dans cette nouvelle partie, la précarité n'est plus au centre du propos. L'analyse porte sur le parcours de soins en suivi de grossesse. Selon les professionnels interviewés, ces dernières années les « patientes » des maternités ont progressivement changé de statut : elles sont devenues des « clientes » qu'il faut attirer en veillant à ce que tout se passe bien au niveau médical. La logique sous-jacente à cette transformation, au cœur de la tarification à l'activité, serait avant tout économique : plus d'accouchements entraîne plus de recettes pour les établissements. Les enquêtés ont pointé deux stratégies principales mises en place par les maternités pour améliorer les recettes de l'hôpital : rendre les installations plus confortables pour les clientes, par exemple au moyen de chambres individuelles ou de travaux d'aménagement et accroître l'efficacité dans l'assistance. Le profil des soignants doit s'adapter à ces nouvelles conditions de travail, comme nous le verrons ci-dessous, et les critères pour devenir plus « efficient » survolent l'imaginaire collectif sans forcément être verbalisés. Est-ce à dire que ces évolutions institutionnelles de la périnatalité se répercutent sur l'accueil des patientes, les consultations et le suivi de soins ?

3.1. *La consultation standard*

Avant d'entendre le point de vue des professionnels sur les consultations, rappelons tout d'abord les étapes systématiques d'une consultation de suivi de grossesse, observées au cours des suivis ethnographiques.

1. *Avant la consultation.* En raison du protocole du bureau des rendez-vous de la maternité, la patiente doit impérativement arriver entre trente minutes et une heure avant l'heure fixée pour le rendez-vous médical. L'attente peut être bien plus longue si la femme n'a pas ses droits à jour. Par exemple, une usagère dont la carte de l'aide médicale d'Etat est périmée devra compter une heure de plus pour se rendre à la consultation de l'assistante sociale, puis passer par les caisses, avant de rejoindre la consultation elle-même. Cette consultation, comme les rendez-vous médicaux à l'hôpital en général, a souvent lieu avec du retard. Nous avons ainsi passé en moyenne autour de quatre heures à l'hôpital pour une consultation de suivi de grossesse de dix minutes. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, les personnes pauvres ou sans emploi ont bien souvent une gestion du temps très ajustée, pour répondre à une série de besoins courants et à des échéances extraordinaires et importantes (avec des travailleurs sociaux ou des employeurs, qui fixent parfois unilatéralement les rendez-vous). Venir en consultation coûte donc un temps précieux.

2. *L'entrée en consultation.* La patiente entre en consultation, avec les bilans prescrits au cours du rendez-vous précédent. Le médecin ou la sage-femme en prend connaissance, en prend note, fait éventuellement un commentaire. Puis le praticien pose une batterie de questions standardisées (six habituellement) afin de dépister des signes pathologiques : contractions, mouvements fœtaux, saignement, maux de tête, troubles urinaires et visuels, etc. Ces questions sont toujours fermées, la réponse attendue est « oui » ou « non ». En cas de réponse positive à un symptôme anormal, des détails sont ensuite demandés. On ne pose que rarement des questions ouvertes du type « Comment allez-vous ? ».
3. *L'examen.* Ensuite, la patiente passe derrière le rideau ou paravent – s'il y en a –, se déshabille et est examinée. Le soignant mène des manœuvres obstétricales classiques sur l'abdomen maternel pour déterminer la position du fœtus dans l'utérus ; il vérifie les battements du cœur fœtal avec l'outil à disposition (doppler type Sonicaid™) ; il réalise un toucher vaginal. Ces gestes sur le corps de la patiente ne lui sont pas toujours annoncés. Il est moins habituel encore que le praticien en demande la permission. Beaucoup de femmes se plaignent, après coup, de la rudesse de ces gestes ou du manque d'utilisation de produits lubrifiants pour faciliter la pénétration lors du toucher vaginal, notamment après avoir constaté que d'autres soignants – les sages-femmes, principalement – les utilisent en salle de naissance ou en pré-travail. Les femmes affirment qu'elles « n'osent pas » ou ne se sentent pas autorisées à demander plus de prévenance au soignant.
4. *La fin de la consultation.* Après l'examen, la patiente se rhabille et revient à sa chaise. Le professionnel lui donne les ordonnances pour la suite, souvent sans beaucoup d'explications à propos de l'utilité ou de la pertinence de cet examen. Pourtant, les ordonnances et prescriptions fournissent de nombreuses informations. Mais le problème de la patiente n'est pas tant de comprendre de quoi il s'agit que de retenir les renseignements utiles pour la suite des soins : la date et le lieu des prochaines visites, éventuellement les conseils et les traitements à suivre jusqu'à la consultation suivante. D'après nos observations, la « conduite à tenir » à moyen terme n'est que rarement expliquée aux patientes – ni dans la consultation de suivi de grossesse ni pendant l'hospitalisation⁵³.

⁵³ Cette absence d'explications données aux patientes nous a interpellée. Dans le premier terrain par exemple, Madame L. nous appelait souvent pour comprendre ce que voulait dire et impliquait sa prise en charge, puisqu'elle était hospitalisée en raison d'une rupture prématurée des membranes, à savoir la rupture spontanée de la poche des eaux en dehors du travail d'accouchement. Elle était inquiète car quelques jours après la rupture, son accouchement ne s'était pas déclenché, comme elle s'y attendait. Sa mère avait perdu un enfant dans ces mêmes circonstances et elle craignait une suite semblable. Nous nous sommes rendus ensemble à plusieurs reprises à l'hôpital pour en parler avec les membres de l'équipe qui passaient la visite ce jour-là. Ils nous ont alors expliqué la conduite à tenir devant la patiente.

3.2. En pratique, un échange unidirectionnel grossesse-soignant

3.2.1. En consultation, pas de place pour l'expression des patientes

La consultation de suivi de grossesse en milieu hospitalier est réalisée généralement par un interne, une sage-femme ou un obstétricien, selon l'organisation de chaque centre. Comme nous venons de le voir, les questions précédant l'examen sont fermées, sauf en cas de symptôme anormal rapporté par la patiente. Les questions, standardisées, sont centrées sur des symptômes pathologiques. Il n'y a que peu d'autres questions, ouvertes, qui laissent la possibilité à la patiente d'exprimer son ressenti de la grossesse, ses propres interrogations ou ses craintes. Cette sage-femme explique la place laissée à la parole de la femme en consultation :

Sage-femme (enquête n° 1), avril 2015 :

On doit recueillir beaucoup d'informations en très peu de temps. Moi, une fois que j'ai fini, je leur demande si elles ont des questions, il faut aussi laisser la porte ouverte. Quand elles voient le médecin en train de remplir le dossier d'un air sérieux, elles n'osent pas demander c'est quoi le petit malaise qu'elles ressentent, il n'y a pas la place pour ça. Mes collègues ? Elles posent la question, mais généralement qu'à celles qui peuvent en parler, sur des trucs que l'on peut conseiller. On se projette aussi sur la patiente. Avec les autres femmes, il n'y a pas de relation à tisser. Puis, on a un investissement différent avec les patientes qui vont partir [qui risquent d'être exclues de leur logement ou de leur hébergement et de quitter la maternité].

Les interruptions et les questions des patientes sont souvent vécues comme des nuisances pour le [bon] déroulement des consultations. On considère que ce n'est pas nécessaire de donner toute l'information. La patiente n'a pas la compétence, de toute façon ça sert à rien d'expliquer tout ça. Puis, la façon dont elles vont demander, souvent les femmes, surtout les plus précaires, elles se rendent compte qu'elles dérangent. Elles vont demander doucement, elles sont intimidées par le suivi de l'hôpital. Elles commencent par « Désolée, je voulais juste savoir... ». La façon d'amener sa phrase, de s'excuser, ça amène à répondre : « Vous verrez ça la prochaine fois » ou « Ca, c'est normal ». Il est très facile de se débarrasser d'elles. Elles ne vont pas insister. Puis il y a l'autre niveau, celles qui exigent, celles-là ne laissent pas d'échappatoire, elles vont réclamer une réponse. Là, c'est une approche différente, ça dépend de comment elle va poser la question au soignant. Mais en général, pour les « cortiquées », le médecin va s'identifier avec la patiente, il va être plus enclin à répondre. S'identifier à un niveau intellectuel, je veux dire.

Effectivement, poser une question au cours d'une consultation expéditive, ou exprimer une demande une fois rhabillée lorsque le soignant ferme le dossier, regarde l'écran ou se met debout et se dirige vers la sortie, n'est pas évident, notamment pour évoquer un symptôme embarrassant ou parler de quelque chose qui relève de l'intime. La récurrence des excuses avant de poser une question, observée dans le premier volet de l'enquête et confirmée par tous les enquêtés du deuxième volet, laisse penser que les

femmes ne considèrent pas toujours leurs questions comme légitimes ou pertinentes.

En consultation le soignant va recueillir et privilégier les paramètres objectivables : le poids, la pression artérielle, la glycosurie, la protéinurie, etc., qui donneront les renseignements nécessaires pour juger du bon déroulement de la grossesse. Du coup, le témoignage de la patiente n'apporte pas toujours grand chose pour l'évaluation médicale, sauf pour quelques symptômes qui indiqueraient l'intérêt d'une recherche plus approfondie que celle prévue par le protocole habituel, par exemple en cas de diminution des mouvements fœtaux ou de la présence de saignements. En outre, l'optimisation technologique de certaines techniques, dont l'échographie, vient informer directement le praticien d'une manière nette et précise. Le dialogue praticien-patient devient alors secondaire par rapport à l'observation directe du fœtus par le praticien. En ce sens, l'attribution d'une autonomie et d'une personnalité au fœtus se fait au détriment de la femme enceinte, qui devient comme le simple réceptacle de la grossesse (Narotzky, 1995). Idéalement, pourtant, c'est l'ensemble de toutes ces données – y compris les réponses de la patiente – qui façonne l'évaluation du professionnel en charge du suivi, tout au long de la grossesse et pendant l'accouchement. Mais cette pratique paraît plus l'exception que la règle.

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 8), juin 2015

Dans notre hôpital à peu près 90-95 % des patientes sont d'origine étrangère. C'est vrai qu'elles ne posent pas beaucoup de questions. Mais elles ne posent pas de questions parce qu'on ne leur laisse pas le temps pour les poser. Elles font ce qu'on leur dit de faire, et ne remettent pas en question l'autorité médicale.

Mais moi, je les « oblige » à dialoguer. Elles ont l'habitude que le médecin ne les écoute pas, ne leur réponde pas, en disant « ça, c'est pas grave ». C'est très tentant lorsque l'on est médecin de se dire qu'on n'a pas le temps. C'est une manière de ne pas engager le dialogue, de ne pas permettre la question.

Une formulation de courtoisie comme un « comment allez vous ? », exigerait d'écouter la patiente surtout si celle-ci dit qu'elle ne va pas très bien. Ou vouloir s'arrêter pour interpréter la réponse, par exemple quand les Africaines répondent « un peu ». Quelques années après le début de mon exercice, j'ai compris que cela veut dire que « ça ne va pas », mais le comprendre exige que l'on s'intéresse à ce qu'elles peuvent nous raconter et on n'est pas toujours disponible pour cela.

Ce médecin chevronné affirme ainsi que les patientes n'ont pas l'habitude d'être écoutées ou de recevoir des réponses. Ce silence face à l'institution se façonnerait de rencontre en rencontre. Peu à peu, on « apprend à devenir patiente ». Cette hypothèse a été forgée lorsque l'enquêtée n° 1, sage-femme hospitalière, nous a relaté, avec étonnement, comment les femmes entraient à sa consultation et allaient directement à la table d'exploration gynécologique. Elles se déshabillaient et s'y installaient sans attendre une direction ou un ordre de sa part. Lorsque cette soignante leur a demandé pourquoi elles agissaient de cette façon, elles disaient qu'elles se confor-

maient à la procédure habituelle du gynécologue⁵⁴ qui s'occupait de cette consultation-là, pendant des années, jusqu'à sa retraite. Dès qu'elle s'est chargée de cette consultation, elle a changé peu à peu les habitudes des usagères assidues.

3.2.2. *Le consentement implicite des patientes dans la relation de soins ?*

Dans le cadre de l'acte de soin, accepter ou autoriser ferait partie de ce que nous venons de voir, du « devenir patiente ». Dans ce sens, nous pouvons parler d'un « consentement implicite » des patientes dès leur entrée à l'hôpital, formulation suggérée par exemple par cet extrait :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

La pudeur des femmes à l'hôpital, c'est inexistant. C'est inexistant sur plein d'aspects. On le retrouve à toutes les échelles de suivi, que ce soit en consultation, en salle de naissance ou en suites de couches. Les corps des femmes sont disponibles, l'entrejambe des femmes est disponible pour tout le monde. Ça c'est aussi des pratiques auxquelles on s'habitue. J'avais fait un remplacement dans un hôpital de l'est parisien. En consultation, là-bas, c'est encore pire. On a encore moins de temps. Même pour des femmes qu'on voit pour la première fois. On pose des questions très rapidement. Et après, directement, « Bon, vous vous mettez toute nue ». Donc, elles sont toutes nues le temps qu'on examine vraiment tout, pendant 20 minutes. C'est très gênant, on n'a pas besoin d'avoir tout, tout le temps.

Moi je préfère faire d'abord le bas, on remet la culotte, puis le ventre et le haut. Ce sont des petits trucs. En salle de naissance, les dames ont les jambes écartées, tout le monde passe, « Ouais, ça va », et tout... Ça c'est aussi pareil, ça ne choque personne, c'est tellement banal. L'entrejambe des femmes est devenu tellement banal pour nous, qu'on leur dit « Ne soyez pas gênée, on en voit toute la journée. » Pour elles ça ne veut rien dire du tout, mais pour nous, comme nous on ne pense pas mal, on pense qu'elles ne vont pas le vivre mal, c'est un peu ça. On retire le drap, on s'en fiche de voir la dame à poil, on en a vu d'autres, donc la dame ne devrait pas se sentir mal, sauf que ce n'est pas le cas.

Je me suis renseignée. En Angleterre on donne une blouse en consultation, comme une robe, pour n'être à aucun moment complètement exposée. Ici en France ce n'est pas possible, personne ne s'y est intéressé, ou alors seulement au début de la formation. Pendant toute la formation on a vu ça, ça paraît donc normal que les dames ne devraient pas être gênées d'être à poil tout le temps. Il y a quelques mémoires d'élèves sage-femme sur la pudeur, mais ça vient d'une sensibilité personnelle, car à l'école ça passe à la trappe.

⁵⁴ En France, les sages-femmes ont désormais le droit de réaliser le suivi gynécologique des femmes « en bonne santé ». En 2009, l'article L.4151-1 du *Code de la santé publique* dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit désormais que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

Oui, c'est vraiment un truc de formation. Dans mon premier stage à l'hôpital, je connaissais rien à l'époque, comme il n'y avait pas assez de blouses en tissu, on donnait aux femmes des blouses en papier, bleu transparent. Elles restaient dans leurs lits et gardaient les blouses transparentes pendant tout leur travail. Ça gênait personne, mais moi j'étais très gênée. Je n'avais pas vu beaucoup de femmes nues comme ça, je trouvais ça très gênant. Mais c'est comme ça partout, c'est la façon de faire en France : le corps de la patiente appartient à l'équipe médicale dès qu'elle entre dans le système de soins, dès qu'elle entre en consultation.

Cet extrait provient de l'un des premiers entretiens réalisés. Mais ce témoignage concorde avec les propos de l'ensemble des soignants interrogés. Il apparaît ainsi que l'entrée dans le monde soignant exige un positionnement face à la nudité qui doit être acquis individuellement⁵⁵ dès le départ, et qui ensuite changerait peu au long de la pratique. D'autre part, les patientes doivent s'habituer à exposer leur corps, totalement ou partiellement, pendant leur prise en charge – ou bien refuser d'être exposées ou explorées. Cette dernière condition, accepter d'être examinée, serait inhérente⁵⁶ à l'acte de soin.

Il y a eu plusieurs initiatives dans des établissements médico-sociaux pour modifier cet aspect de la relation soignant-soignée, sous forme de guide de bonne pratique, de charte, d'enquête ou de projet, disponibles sur le site web du ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes⁵⁷. Cela nous amène à penser qu'il ne s'agirait pas d'un phénomène propre à un établissement ou un territoire de santé. Il faut néanmoins garder en tête l'hypothèse selon laquelle la maltraitance dans la relation de soins est plus facilement exerçable lorsque les patientes sont démunies socialement, comme nous l'avons montré dans un travail précédent (Rico Berrocal, 2011).

⁵⁵ Individuellement puisque le sujet de la nudité et la pudeur n'est pas traité systématiquement dans les facultés et les écoles des différents soignants, selon nos enquêtes et ma propre expérience. On l'acquiert comme allant de soi, malgré le trouble que la situation peut générer chez les jeunes élèves à l'heure de se confronter à cet aspect de la prise en charge. Ce trouble a été observé dans le premier volet de l'enquête et a été également signalé par trois des femmes suivies, à plusieurs reprises.

⁵⁶ Cela pourrait expliquer pourquoi les soignants auraient du mal à accepter de mener une consultation avec une femme qui refuse d'être examinée. Il s'agit en fait du même phénomène évoqué par Madame S. lors du premier terrain de cette enquête, quand elle se sentait contrainte de se faire examiner en consultation de suivi de grossesse, parce qu'elle avait « l'air d'une musulmane », et voulait éviter d'être mal vue si elle le refusait, pour cette raison. Des exemples similaires sont décrits également dans la littérature sociologique, comme dans le travail emblématique de Madeleine Akrich et Bernike Pasveer (1996). Les auteurs mettent en évidence les différences entre les pratiques obstétricales entre la France et les Pays-Bas, ayant des résultats comparables du point de vue des indicateurs périnataux, mais où les attentes et les expériences des femmes sont fort contrastées.

⁵⁷ Il s'agit des documents affichés par le moteur de recherche du site dès qu'on saisit les mots clés « intimité » ou « dignité ». Notons que la plupart de ces documents sont adressés au personnel paramédical, puisque c'est celui qui est plus en contact avec les patients pendant l'hospitalisation. Site : www.sante.gouv.fr, consulté en juillet 2015.

Nous parlons en ce sens de « consentement implicite » des patientes, lorsque le consentement de celles-ci est sous-jacent à la relation de soins, dès leur entrée à l'hôpital. C'est-à-dire : quand l'accord de la patiente n'est pas demandé, ou bien réitéré le cas échéant, lorsqu'un soignant va toucher son corps afin de l'examiner ou de réaliser une technique. La présence physique de la patiente impliquerait l'acceptation de chaque geste. À partir de là, il n'est ni nécessaire ni pertinent de demander sa permission pour les actes réalisés sur elle, même pour des gestes invasifs – par exemple un toucher vaginal. Nous voulons préciser la nuance entre « demander la permission » – et même expliquer la technique – et « annoncer le geste » : un geste invasif sur le corps de la patiente peut être annoncé, pour la prévenir, afin qu'elle soit prête pour le recevoir.

Nous nous attardons sur ce point, car pendant les accompagnements des femmes enceintes en consultation, nous avons observé chez les soignants des manières de procéder très différentes. Certains mettent les gants et procèdent directement au geste invasif ; d'autres préviennent la patiente qu'ils s'apprêtent à réaliser une exploration ; d'autres annoncent à la patiente ce qu'ils vont faire ; d'autres encore demandent à la patiente si « On peut y aller » (si elle est prête), voire leur donnent un conseil pratique pour que la technique soit moins inconfortable (comme « Prenez l'air » ou « Relâchez »)⁵⁸. C'est dans le premier cas que nous parlons de consentement implicite. Dans cette situation, pour le soignant, le fait d'enfiler les gants annoncerait (sans le dire) à la patiente ce qu'il va faire. Si elle est sur la table d'exploration gynécologique, cela signifierait qu'elle accepte la technique, même si elle n'est pas informée de son motif ou de son intérêt. La patiente ferait confiance au professionnel en face d'elle, peu importe s'il s'agit d'une première rencontre. Autrement dit, le contexte, dans ce cas l'hôpital, légitime, encadre et donne sens à cette interaction⁵⁹.

Quels sont les facteurs à même d'expliquer une telle diversité dans les façons d'agir ? Il nous semble que le temps de consultation, l'existence – ou non – d'une sensibilité personnelle et d'empathie envers les patientes,

⁵⁸ D'après les récits des femmes et nos observations, la première manière de procéder est la plus habituelle chez les gynécologues et les internes ; la dernière chez les sages-femmes, mais avec des différences notables même entre ces professionnelles.

⁵⁹ Dans ce sens, le cadre hospitalier et concrètement l'acte de soin – avec le « consentement implicite » de la patiente – distinguent deux sens possibles d'une pénétration vaginale non annoncée ou par surprise, à savoir, une exploration, comme un toucher vaginal ou rectal, et un viol (« tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise », selon la définition du *Code pénal* français de 1994, article 222-23). La comparaison entre viol et geste médical invasif est mise en avant depuis des années par des associations d'usagères en périnatalité en France comme ailleurs (comme « *El parto es nuestro* » [L'accouchement est à nous] ou EPEN, en Espagne). Elle est redevenue d'actualité en 2014, après les témoignages de nombreux étudiants et médecins dénonçant « l'apprentissage » des examens gynécologiques et proctologiques sur des patientes endormies en salle d'opération – pour des interventions chirurgicales non gynécologiques.

un apprentissage mimétique de la technique en observant les futurs collègues, la capacité de mettre en question une procédure largement observée et réalisée, constituent des paramètres importants de la pratique.

3.3. *L'écart entre l'information donnée aux patientes en théorie et en pratique*

Nous avons observé un décalage important entre l'information en principe transmise aux femmes enceintes par l'institution médicale, appelée information « attendue »⁶⁰ et celle effectivement communiquée⁶¹ aux patientes, confirmée par toutes les professionnels rencontrés.

L'information qui devrait être systématiquement transmise aux femmes enceintes concerne les modalités et l'organisation des soins, le programme de suivi et le contenu des consultations périnatales, l'examen clinique, le mode de vie pendant la grossesse, la prévention d'infections comme la toxoplasmose, le dépistage des troubles cliniques, le bien-être du fœtus, les séances de préparation à la naissance et l'entretien prénatal précoce, la prise en charge des symptômes courants de la grossesse, le dépistage d'autres troubles (métaboliques, hématologiques, etc.) et le dépistage d'anomalies fœtales. Selon les professionnels interrogés, des renseignements doivent en outre être pris auprès de la patiente, dès le début de la grossesse, lors de la première consultation en ville (et non pas en consultation d'orientation). Dès cet instant, il est important de connaître les antécédents médicaux, personnels et familiaux de la patiente. Il peut être alors utile de délivrer des ordonnances pour la suite (échographie de datation du premier trimestre⁶² et bilans sanguins), et de présenter le dépistage du premier trimestre⁶³. Mais tout ceci exige un temps de consultation non négligeable, supérieur à dix minutes.

⁶⁰ Nous désignons par « information attendue » les renseignements qui devraient être communiqués aux patientes, selon les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Voir le rapport *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé, 2005. Ce document de recommandation, sa synthèse et son argumentaire scientifique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

⁶¹ Ici, nous parlons de l'information effectivement livrée en consultation de suivi de grossesse. L'information donnée au cours des séances de préparation à la naissance est en effet très complète, mais elle arrive au troisième trimestre et ne parvient pas à toutes les femmes, comme nous l'avons aperçu dans le premier volet de l'enquête et dans la littérature sociologique. Voir, par exemple, Priscille Sauvegrain (2008 et 2010).

⁶² Dans le cas standard d'une patiente qui démarre le suivi de grossesse avant 10 SA.

⁶³ Le dépistage du premier trimestre – ratifié par la loi de bioéthique de 2004 –, a été modifié avec le développement de techniques de plus en plus fiables et privilégiant les méthodes non-invasives. Il repose sur une prise de sang et une échographie. Dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{ère} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β -hCG libre).

Néanmoins, les soignants interrogés remarquent que les patientes arrivent parfois à la consultation suivante avec la même ordonnance que celle donnée lors de la précédente, sans avoir suivi la prescription indiquée (d'un examen, d'un rendez-vous ou d'achats, de médicaments notamment). Cette situation peut concerner des soins importants, comme un dépistage du diabète et d'anomalies fœtales. D'après les soignants interviewés, si les patientes ne comprennent pas l'intérêt des consignes pour elles-mêmes et le fœtus, elles ne suivront pas les prescriptions. Mais encore une fois, il faut avoir le temps pour se faire comprendre en consultation. A ce titre, selon nos interlocuteurs, les consultations en ville ne diffèreraient pas de celles à l'hôpital : une fois l'ordonnance délivrée, le rendez-vous est terminé.

Cependant, on peut logiquement se demander, dans la mesure où le temps des soignants est compté, s'il ne serait pas plus pertinent de réunir toutes ces informations, de prescrire et de suivre la tenue de ces examens, seulement auprès des femmes le nécessitant⁶⁴. Selon les professionnels interrogés, cette démarche serait moins coûteuse et plus efficiente, en terme de temps de consultation et de santé publique.

D'autre part, d'après nos observations de terrain, les séances de préparation à la naissance et l'entretien prénatal précoce sont rarement proposées en consultation de suivi de grossesse. Nous avons discuté de ce sujet avec les professionnels, à chaque échange formel ou informel.

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

Deux arguments semblent entrer en ligne de compte pour justifier l'attitude des soignants. Premièrement, les femmes en situation de précarité sociale sont souvent vues comme peu assidues dans leurs rendez-vous. Or le nombre de places est limité pour ces sessions de préparation à la naissance et elles risqueraient de les prendre, sans qu'on soit sûr qu'elles viennent et en privant du coup d'autres patientes.

Deuxièmement ces patientes sont souvent vues comme étant un peu perdues et/ou débordées par le suivi de grossesse : la préparation à la naissance « compliquerait » leur expérience.

En conséquence, si ces femmes voulaient assister aux séances, les places à l'hôpital, en nombre limité, étant déjà assignées, elles devraient en chercher à l'extérieur de l'établissement. Cela impliquerait de trouver un centre et d'avancer les frais. Dans le premier volet de l'enquête, nous avons vu que Madame R. a consacré deux journées entières à cette quête et des dizaines d'appels pour y arriver, alors qu'il n'y avait plus de places dans sa maternité. Ces situations mettent en lumière un accès inégalitaire aux soins, reposant à la fois sur des contraintes organisationnelles et des

⁶⁴ Selon le type de suivi et selon l'état de santé de la patiente. Par exemple, faire un toucher vaginal systématique aux femmes qui n'ont pas de contractions utérines. Voir point 3.5. et le rapport de la Haute autorité de santé (2007).

préjugés professionnels. Elles questionnent l'égalité dans l'accès aux soins, au principe des politiques de santé.

Différents travaux étayent nos observations. En particulier, Priscille Sauvegrain (2008) montre ainsi que de nombreux praticiens omettent de proposer aux femmes migrantes des consultations avec le psychologue sous le prétexte que ces dernières « n'ont pas l'habitude de ça ». Pour les cours de préparation à la naissance, toujours selon cette auteure (Sauvegrain, 2010), ces patientes ne se voient pas proposées ce service car, entre autres raisons, on les suppose douées dans le maternage et pourvues d'un entourage soutenant. Une autre raison qui émerge de nos entretiens est qu'adresser les patientes à un autre service, impliquerait de donner davantage d'éclaircissements et de renseignements lors des consultations, où le temps est une ressource rare. Ce serait le cas, par exemple, de l'entretien prénatal précoce (EPP) du 4^{ème} mois⁶⁵.

3.4. Les « situations cliniques intermédiaires »

Dans l'organisation des soins périnataux, on trouve une apparente dichotomie entre la prise en charge des femmes avec des grossesses physiologiques, où le parcours de soins est « au libre choix » de l'usagère, et celles de grossesses avec une ou plusieurs pathologies de sévérité variable. Le secteur hospitalier prend en charge ces dernières avec toutes les ressources disponibles pour une surveillance intensive. Toutefois, l'obstétrique est marquée par des situations cliniques « intermédiaires », plus difficiles à faire entrer dans l'une des deux filières de soin évoquées. Ces cas cliniques peuvent être la menace d'un accouchement prématuré modérée, la protéinurie isolée, la restriction de la croissance fœtale peu sévère, par exemple, pour lesquels il n'y a pas de parcours de soins défini. En effet, la prise en charge de ces patientes dépend souvent des professionnels libéraux, dont les sages-femmes libérales, dans certains territoires où l'hospitalisation à domicile (désormais HAD) n'existe pas, ou lorsque les consultations d'obstétrique en maternité sont saturées. Or, la présence de ces professionnelles extrahospitalières n'est pas uniforme à l'échelle du territoire de santé. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, les cabinets libéraux réalisant le suivi de grossesse sont peu nombreux.

Dans ces conditions, les « situations cliniques intermédiaires » sont susceptibles d'obéir à un parcours de soins non adapté. Les femmes concernées auraient plus fréquemment besoin d'une HAD. Les situations pouvant relever d'une hospitalisation à domicile en *antepartum* incluent la fragilité psycho-sociale associée à une indication médicale (Haute autorité de santé, 2011) – voir le tableau 3 ci-dessous. Le critère de prise en charge n'est pas tranché entre les différentes institutions : en *post-partum*, une

⁶⁵ L'EPP a été formalisé dans le plan périnatalité 2005-2007 et est financé par les ARS. Il doit être obligatoirement proposé de façon précoce à chaque femme enceinte. Assuré par une sage-femme, son objectif est d'informer et d'orienter les patientes.

patiente bénéficiant de l'aide médicale d'Etat peut relever du programme PRADO – *post-partum* physiologique – et de l'hospitalisation à domicile – *post-partum* avec fragilité psycho-sociale.

Tableau 3 : Prise en charge à domicile du *post-partum* en fonction de la fragilité psycho-sociale de la patiente, élaboré à partir des recommandations de la Haute autorité de santé (2011).

<i>Patiente AME</i>	<i>PRADO</i>	<i>HAD</i>
<i>Post-partum</i> physiologique Absence de fragilité psycho-sociale	Oui	Non
<i>Post-partum</i> physiologique Présence de fragilité psycho-sociale	Non définie	Sous conditions (et en l'absence d'offre de soins alter- native)
<i>Post-partum</i> pathologique Absence de fragilité psycho-sociale	Non	Oui
<i>Post-partum</i> pathologique Présence de fragilité psycho-sociale	Non	Oui

Nous avons abordé dans les entretiens ces situations intermédiaires, qui sont avant tout prises en charge par les sages-femmes libérales. Les professionnels consultés ont évoqué quelques contraintes rencontrées pour prendre en charge correctement ces situations :

- Les patientes doivent préalablement avoir des droits ouverts, pour que les soignantes puissent être payées.
- Les conduites à tenir ne sont pas toujours uniformes, mais dépendent de chaque médecin hospitalier, exerçant en public ou en privé.
- Les patientes doivent avoir reçu une prescription d'un médecin responsable qui, étant hospitalier, n'est pas toujours disponible : soit à cause de ses gardes et de l'organisation de son travail, soit parce que le temps du travail de coordination n'est pas ajusté à son activité ou même pas payé – il n'y a pas de code (d'acte professionnel pour le remboursement) pour cette situation particulière.
- Le médecin responsable, ou quelqu'un de délégué à cette fonction, doit être joignable par la sage-femme en ville pour pouvoir se tenir au courant d'éventuels changements de la situation de la patiente. Or, les horaires en libéral et en hôpital ne sont pas toujours compatibles.
- Il n'y a toujours pas de « *hotline* » de la cellule de coordination pour pouvoir consulter en cas d'urgence depuis le domicile de la patiente si la situation l'exige.
- Si la situation de la patiente demande la surveillance étroite du soignant en ville jusqu'à l'arrivée de l'ambulance, les rendez-vous ultérieurs en sont affectés : des patientes ne sont pas vues et des professionnels ne sont pas rémunérés, puisque leur présence prolongée ne

peut pas être codée ni facturée, les soignants libéraux n'étant pas salariés.

Par conséquent, ces cas cliniques « intermédiaires » sont pris en charge, soit en ambulatoire par les soignants libéraux, sous certaines conditions⁶⁶, soit en hôpital dans le centre concerné. Cette organisation oblige souvent à hospitaliser des cas « limite », qui pourraient être suivis en ambulatoire, pour le confort de la patiente et à moindre coût pour la collectivité.

Or, nombreuses sont les patientes qui ne peuvent pas toujours rester hospitalisées pour des raisons personnelles, notamment lorsqu'elles ont des enfants à charge. Cela concerne notamment les patientes avec des conditions de vie moins aisées, en famille monoparentale en particulier. Pour ces femmes, il n'y a pas d'alternative si elles ne peuvent pas suivre les indications médicales, par exemple, être hospitalisés en cas de menace d'accouchement prématuré. Soit les patientes restent hospitalisées, soit elles partent de leur propre responsabilité, en signant la sortie contre avis médical. Cette dernière possibilité implique un transfert de responsabilité des soignants vers les patientes. Pour éviter ces situations, et au lieu de culpabiliser les femmes de façon explicite, pratique présente dans certaines interactions médecin-patient, d'après les enquêtées 1, 3, 4 et 9, il faudrait d'abord mieux cibler les « vraies menaces d'accouchement prématuré »⁶⁷. Ce repérage pourrait être facilité avec des protocoles partagés. Il conviendrait également de proposer des services adaptés aux femmes qui, en raison de leur situation familiale, ne peuvent pas rester à l'hôpital.

3.5. L'absence de tri des patientes à l'inscription en maternité

Quelles sont alors les pratiques effectives de tri des patientes à la maternité, en vue de leur orientation dans le système de soins ? Où que soit effectué le suivi de grossesse, l'inscription en maternité est une démarche incontournable pour la femme enceinte. Lorsqu'une patiente arrive à la maternité pour s'inscrire, elle est normalement orientée vers le bureau des secrétaires médicales, censées lui donner un rendez-vous pour la première visite médicale. Cette première consultation entraîne l'inscription « officielle » de la patiente à la maternité. Avant cette visite, l'usagère n'est pas considérée comme une patiente de ce service. Cela veut dire que si elle doit consulter, l'accès à un professionnel médical du centre se produit via le service des urgences de la maternité. Nous⁶⁸ l'avons découvert au gui-

⁶⁶ Dont : avoir les droits ouverts et trouver un professionnel libéral qui prenne en charge la patiente selon la proximité géographique, la disponibilité du soignant et la gravité de la pathologie.

⁶⁷ Dans les entretiens, quelques sages-femmes ont rapporté une certaine régularité des « hospitalisations par peur » des menaces d'accouchement prématuré, de la part de quelques médecins. Mais cela sans un critère médical clair, par exemple, sans tenir en compte la longueur du col.

⁶⁸ « Nous » renvoie ici à deux dames suivies lors du premier volet de l'enquête –et la chercheuse du projet qui les accompagnait.

chet de deux maternités, où une femme enceinte s'apprêtait à s'inscrire. Nous avons été étonnées d'apprendre que le délai, entre la demande d'inscription et la visite où cette inscription est officialisée, était de plus de deux mois, alors que l'une de ces deux gestantes était dans son troisième trimestre de grossesse. L'un des professionnels interviewés nous a donné quelques explications à ce propos :

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

Le tri, c'est la secrétaire qui doit le faire. Elle devrait être formée pour passer une *check-list*, puis à la demande d'un rendez-vous, pour que le tri soit fait par la personne qui donne le rendez-vous. Mais la meilleure option, c'est que la sage-femme fasse la première consultation, l'ouverture du dossier, que ce soit elle qui fasse le tri. En fait c'est l'objectif de l'EPP [entretien prénatal précoce]⁶⁹, mais qu'on ne fait jamais ici... alors que les sages-femmes qui travaillent ici sont d'accord pour le faire.

Après il y aurait d'autres problèmes pour organiser cela, des biais, car il y aurait des femmes qui voudraient voir leur médecin habituel. Donc, consultation de tri, puis orientation, à l'hôpital, de la patiente vers le médecin, la sage-femme, ou la ville pour nous soulager... Car nos consultations sont embolisées par des femmes qui vont bien, qui pourraient être vues en ville. Mais il n'y a pas de réseau. Les femmes qui connaissent ou qui sont capables de trouver une sage-femme libérale, elles le font déjà.

Ainsi, on laisserait les cas les plus difficiles médicalement et socialement à l'hôpital. Car les cas sociaux, personne ne les voit. Il n'y aura pas d'impact si on le fait ici, que ponctuellement. Pour que ça marche, il faut que quelqu'un l'initie et que l'on se réunisse, s'organise, etc. »

D'après les professionnels interrogés, les femmes seraient consultées à la fois pour la prise de rendez-vous et pour exprimer leur préférence entre sage-femme et obstétricien. Mais dans les situations observées, les rendez-vous ont été donnés directement, sans que la secrétaire ne demande ni les antécédents obstétricaux ni la préférence de la patiente. Il est plausible que les secrétaires médicales ne se sentent pas toutes investies par cette tâche, soit par contrainte « légale », au sens d'un secret médical mal compris, soit par manque de formation ou manque de directives des cadres leur disant comment agir.

Ainsi, les recommandations professionnelles de la Haute autorité de santé (2007), concernant le « Suivi et [l']orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (voir le tableau 4), ne paraissent guère appliquées, alors qu'elles datent de mai 2007 et sont téléchargeables sur leur site web. Nous pouvons donc déduire que le circuit d'inscription en maternité n'est pas systématisé et/ou qu'il n'y a pas de professionnel dédié à cette orientation⁷⁰. Sur le terrain, l'orientation est

⁶⁹ En effet, en l'absence d'organisation de l'orientation dans le parcours de soins, l'EPP (entretien prénatal précoce) offre, pour certains professionnels, une solution à ce manque. Toutefois, le cahier des charges de l'EPP ne constitue pas une consultation d'orientation au début de la grossesse.

⁷⁰ Certains établissements de santé envisagent de mettre en place une consultation d'orientation pour un suivi de grossesse plus adapté à chaque cas. D'autres l'ont peut-être déjà mis en place, mais nous ne disposons pas de cette information, en raison de la

réalisée *de facto* : a) au niveau institutionnel, par le secrétariat ; b) au niveau informel, avec l'aide de l'entourage de la patiente – comme nous l'avons montré dans le premier volet de l'enquête.

Tableau 4 : Synthèse des recommandations de la Haute autorité de santé (2007) pour le suivi et l'orientation de femmes enceintes

QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ? Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (accord professionnel)
▪ Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme. ▪ Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé. ▪ Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire. ▪ Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
SOURCE : Haute autorité de santé, <i>Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles</i>, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé, 2007.

4. L'ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ SOIGNANTE : UNE BARRIÈRE AU BON FONCTIONNEMENT DES SERVICES

Autant que les difficultés des patientes, l'organisation de l'activité soignante a été systématiquement présentée dans les entretiens comme une barrière au bon fonctionnement des services. Nous allons nous attarder sur les problématiques soulevées par les soignants, qui ont trait en particulier à la division du travail en maternité.

4.1. *Le travail invisible des soignants n'est pas reconnu par l'institution*

Il existe tout un travail de la part de soignants qui n'est pas comptabilisé ou reconnu par l'institution. Il reste néanmoins très important en termes de santé publique. En quoi consiste ce travail invisible ? L'éducation thérapeutique des patientes ou l'ajustement personnalisé des traitements, par exemple du diabète, en font partie. Comme ce travail n'est pas pris en compte par l'institution, il nécessite une grande motivation ou volonté personnelle de la part de ceux qui s'en donnent la charge. Cette motiva-

quantité considérable de centres où il faudrait vérifier l'information dans le département et la région. En tout cas, il ne s'agit certainement pas d'une pratique généralisée dans les centres de périnatalité en Île-de-France.

tion tendrait à diminuer, pas seulement en raison du temps nécessaire pour ces tâches, mais à mesure de la durée de l'exposition à de mauvaises conditions de travail (comme nous verrons plus loin dans le point 5.1. sur « Le péri-travail »).

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

Il n'y a personne pour assurer l'éducation des patientes, par exemple en diabétologie. Si nous [les gynécos] ne le faisons pas, personne ne le fait. Il n'y a plus d'infirmières d'éducation en diabéto. Ils ont éliminé ces postes car ils n'étaient pas rentables. La diabétologue ne fait pas ce travail. Les sages-femmes peuvent le faire... mais d'abord il faut que cela les intéresse, puis elles ne sont pas formées à ça, il faut l'apprendre. En tout cas, le plus rentable, ce sont les infirmières de diabéto. (...) Et non, en quinze minutes de consultation, ce n'est pas possible. Si tu le fais, tu as deux heures de retard pendant ta journée, tu finis à neuf heures du soir la consultation.

Est-ce que la consultation est l'endroit le plus indiqué pour le faire ? C'est important d'ajuster le traitement, d'étudier le carnet d'autosurveillance glycémique, d'expliquer que ce qu'elles ont mangé la veille a tel ou tel effet, pour avoir une réponse de la part de la patiente. C'est de l'éducation diététique pour toute la vie. Ça peut se faire par petits groupes, c'est vraiment intime. Mais oui, c'est possible.

Tous les soignants interrogés considèrent manquer de temps en consultation de suivi de grossesse pour faire l'éducation des patientes –en dehors du programme spécifique d'éducation thérapeutique du patient– sauf si le professionnel le prend « à son compte », risquant alors d'être très en retard, par rapport à d'autres collègues, et de faire un travail non comptabilisé par l'établissement. Nous pouvons mentionner l'éducation thérapeutique, mais aussi d'autres activités qui sont importantes pour la prise en charge des femmes enceintes : dans une consultation initiale de grossesse, l'interrogatoire est ainsi primordial pour bien saisir et évaluer la situation médicale, psychologique et sociale de la femme, et pour évaluer ses propres ressources pour affronter les changements à venir durant la grossesse et le *post-partum*. Mais cet entretien entraînerait une durée moyenne de consultation de 30-40 minutes. Or, actuellement il n'y a pas d'acte de soin qui y corresponde : il n'est donc pas facturable. Pourtant, il y a des bénéfices qui, s'ils paraissent difficilement mesurables, ne seraient pas moins « rentables », comme l'explique ce praticien :

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

Passer du temps avec les patientes, ça fait des grossesses plus sereines et plus sûres. C'est du temps gagné pour la santé publique, c'est rentable. Expliquer les raisons des mesures proposées, comme par exemple pourquoi il est important de ne pas avoir de contact avec la terre ou les chats lorsque l'on est toxo-négative, permet de s'assurer que la patiente respecte la prescription de ces mesures.

4.2. Le glissement des tâches entre soignants et soignées

Lors des entretiens, le « glissement de tâches et de responsabilités » a émergé comme un des préoccupations des praticiens. Le phénomène con-

cerne la relation entre professionnels et patientes, mais aussi entre professionnels de différents de métiers. Le thème du glissement des tâches entre soignants et soignées a été introduit dans le point 2.5, où nous avons vu comment les professionnels assurent certaines tâches de l'acte de soin que les patientes sont censées réaliser elles-mêmes : d'une certaine manière, les soignants compensent la défaillance et rattrapent le travail invisible non accompli par les patientes. En outre, il existe une typification informelle des patientes, exprimée et partagée par les professionnels impliqués dans leurs prises en charge, entre patientes « cortiquées » et « non cortiquées ». Il s'agit d'une désignation habituelle en obstétrique – et dans le secteur médical en général –, utilisée entre soignants pour faire passer un message précis lors de leurs échanges sur les patientes ; une sorte d'information « allant de soi » sur les patientes, qui signifie un « Tu vois de quel type de patiente je parle ». Ces échanges peuvent être plus ou moins formels, par exemple au moment de la transmission des dossiers au cours d'un changement de service ou de garde, ou à l'occasion d'une délégation de tâches entre soignants.

La signification de cette désignation est connue par tout personnel médical ou paramédical passé par l'hôpital pendant sa formation ou y travaillant. Elle fait référence au cortex ou à la substance grise du cerveau, qui est à la base des fonctions neurologiques complexes comme l'intelligence, la conscience ou la sensibilité. Être « cortiquée », ou non, rend compte de la capacité cognitive des patientes, selon le jugement et les critères des professionnels, à l'heure de comprendre les messages et les consignes de soins livrés par ces derniers, ou de prendre soin d'elles-mêmes. Par exemple, on autorisera la sortie d'une patiente hospitalisée, si l'on la croit capable de respecter les prescriptions médicales à domicile, les consignes de repos ou de traitement, c'est-à-dire, si elle est « cortiquée ». Une patiente jugée « non cortiquée » aura moins de chances de quitter l'hôpital.

Cette classification implique un transfert de soins et/ou de responsabilité envers les patientes, si elles réunissent certains critères, selon le jugement des professionnels. Nous savons grâce à la littérature sur le sujet (Fainzang, 2009), que cette évaluation des professionnels est très subjective. Elle est souvent déterminée par des questions de classe sociale, de langage et/ou de valeurs morales. Cette évaluation entre notamment en ligne de compte dans le cas des menaces d'accouchement prématuré, ou d'autres pathologies qui exigent du repos de la part de la patiente, ou bien, lors du *post-partum*, pour des patientes présumées expérimentées dans le maternage, comme les « Africaines » (Sauvregrain, 2012) – à qui les professionnels hospitaliers ne proposeraient pas habituellement de rencontrer une sage-femme à domicile, selon le témoignage de l'enquêtée n° 2.

4.3. *Le glissement des tâches entre professionnels*

En second lieu, le phénomène du « glissement de tâches et de responsabilités » concerne les rapports entre professionnels. Par exemple, dans certains établissements ce sont les sages-femmes qui font la toilette des patientes césariées, alors que les aides-soignantes font les tests de glycémie capillaire aux nouveaux-nés. Il s'agit d'un soin infirmier, mais une personne entraînée peut le réaliser. Comme nous l'avons dit, le travail à l'hôpital est en constante négociation entre ses différents acteurs, mais parfois la collaboration dans l'équipe peut impliquer des situations incertaines pour les soignants concernés. En effet, en absence de tri des patientes à l'inscription à la maternité, si le planning des consultations médicales est complet – même lorsque celles-ci concernent un nombre élevé des patientes avec des grossesses à bas risque –, les sages-femmes se retrouvent souvent à gérer des dossiers compliqués. Comme les consultations des sages-femmes sont en général plus longues (le temps prévu dans l'agenda pour leurs consultations est plus important que chez les gynécologues-obstétriciens), elles prennent parfois en charge des patientes avec des grossesses plus compliquées que les gynécologues-obstétriciens.

Selon les différentes sages-femmes interviewées, cela peut créer deux situations différentes. Première possibilité : les tensions entre les membres des équipes augmentent, puisque les sages-femmes s'occupent de la pathologie sans le concours du médecin, peu disponible pour vérifier la prise en charge. Cette distribution des patientes entre collègues ne correspond pas à la division normative et réglementaire des responsabilités au travail (voir le tableau 5 ci-dessous), selon laquelle les sages-femmes gèrent la physiologie, et les gynécologues-obstétriciens la pathologie. Seconde possibilité : une sorte d'accord tacite dans l'équipe. Comme les sages-femmes ont plus de temps, tout le monde accepte qu'elles s'occupent également de dossiers plus compliqués que prévu. L'objectif commun est d'avancer dans le travail collectif de prise en charge des patientes de la maternité. Dans cette configuration, certaines sages-femmes préfèrent avoir des dossiers plus complexes, considérés comme plus intéressants, ou comme une source de valorisation et diversification de leur travail.

Ces deux formes de glissement des tâches et des responsabilités dans l'organisation de l'activité soignante, apparaît d'abord comme l'une des conséquences de l'absence de tri au niveau du secrétariat. Mais une autre explication a été avancée : la méconnaissance des missions respectives des professionnels entre eux, à l'intérieur de l'établissement. Selon les nombreuses sages-femmes consultées – au-delà des seules personnes interviewées –, des remarques sont souvent exprimées au sein des équipes du type « Les sages-femmes ont plus de temps de consultation et gèrent les dossiers plus simples, les plus faciles ». Ces commentaires ne dénoteraient-ils pas une méconnaissance du travail de leurs collègues ? Le malentendu s'établirait ainsi lorsque les deux corps métiers, de gynécologue-obstétricien et de sage-femme, travaillent ensemble sans différencier le

rôle propre de la sage-femme et son rôle sur prescription du médecin. Cette situation est manifeste lorsque les sages-femmes reçoivent des patientes aux urgences des maternités à partir de 27 SA – donc hors du cadre de la physiologie. Elles font les examens nécessaires, puis elles communiquent à l'obstétricien responsable du service les résultats pour établir ensemble la conduite à tenir pour la patiente en question. Dans le cadre du suivi des femmes enceintes, lors de la surveillance des grossesses avec une pathologie, la sage-femme travaille sur prescription ; à l'inverse, sa prise en charge est autonome dans le cadre des grossesses physiologiques. Autrement dit, c'est la situation clinique de la patiente qui détermine l'autonomie ou l'interdépendance de l'exercice des sages-femmes par rapport au gynécologue-obstétricien. Cette répartition des responsabilités est encadrée par le *Code de la santé publique*, selon les articles du tableau 5 ci-après :

Tableau 5 : Articles du *Code de la santé publique* concernant l'autonomie et la prescription des sages-femmes

Article L4151-1 (AUTONOMIE dans le bas risque) Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38 L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. Article L4151-3 (PRESCRIPTION dans le haut risque) Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004 En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.
--

4.4. La cadence de travail

D'après la description générique du déroulement de la consultation de suivi de grossesse, l'enchaînement de chaque tâche durant la visite se réalise de façon très méthodique et rapide. Chaque soignant reçoit en moyenne une patiente toutes les dix à quinze minutes, selon le centre et la technique prévus pour la visite, l'âge gestationnel et les usages dans chaque maternité. Une sage-femme interviewée nous fait part des difficultés à bien travailler à une telle vitesse :

Sage-femme (enquête n° 4), avril 2015 :

Nos conditions de travail font que les temps de consultation sont très courts. Puis, il y a des tensions quotidiennes latentes dans notre routine. La vitesse est très appréciée, on sous-entend que plus vite on va, plus on sait (...). Mais souvent dans les services, il faut partager une grande quantité de travail. Le travail d'équipe exige que la charge de travail soit équitable pour nous toutes, alors je dois agir comme les autres, par exemple dans la salle de naissance.

Souvent je travaille d'une manière que je n'aime pas. Si j'ai du retard en consultation, car il y a eu une patiente rajoutée, que je n'ai pas le bon dossier ou qu'il y a eu un autre incident, à la fin de la consultation je me dis « Aujourd'hui aucune femme n'a accepté ma proposition de la prépa ou ne m'a posée aucune question ». Dans ce cas, je ne suis pas vraiment disponible pour les patientes. Ça nous arrive à tous, dans des proportions différentes, mais nous n'en sommes pas forcément conscients.

Un exemple. J'ai envoyé une copine à moi à une collègue gynéco que je trouvais géniale. Ma copine n'était pas si enthousiaste que moi à son sujet, ce qui m'a étonnée. Mais plus tard elle a saisi la différence lorsqu'elle a été vue par quelqu'un d'autre, ponctuellement lors d'une absence de ma collègue. Elle est venue vers moi, elle était scandalisée, avec les mêmes remarques que tu pointes avec tes accompagnements : pas de « Bonjour », pas de « Ça va ? », pas d'excuse pour le retard d'une heure, pas d'échange réel avec la patiente, pas de possibilité de poser une question.

La cadence, parfois jugée trop intense par les soignants, doit être tenue collectivement, pour respecter l'agenda du jour et partager équitablement la quantité de travail. Mais l'activité peut devenir tellement mécanique que la personne qui mène la consultation peut ignorer à quel point les patientes perçoivent cette manière comme peu personnalisée, froide, et parfois offensante. Dès lors, le souci – *care* – des patientes, qui s'exprimerait par exemple par la question « comment allez-vous ? », ou par toute autre question ouverte à même de faire place à l'expression d'une question ou d'un malaise, est réduit à la portion congrue.

4.5. L'organisation du temps de travail : un frein au travail en réseau ?

Pendant les entretiens, nous avons essayé de comprendre comment chaque établissement en est arrivé à fonctionner d'une manière ou d'une autre, par rapport au partage des protocoles et à la coordination entre professionnels exerçant en hôpital et en ville. Les professionnels interrogés remarquent des différences entre les structures, mais tous soulignent les difficultés à coopérer entre services et professionnels de santé à l'échelle d'un territoire :

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 8), juin 2015 :

J'ai travaillé pendant longtemps dans un autre hôpital public du département. J'avais du temps non clinique disponible, je pouvais m'impliquer dans le service et travailler pour son organisation. Quelques années plus tard, j'ai changé de centre pour m'approcher de mon domicile, mais aussi pour changer d'activité dans une structure plus spécialisée.

On ne travaille pas en réseau – dans aucun hôpital où j'ai travaillé –, ni ici ni là. Aujourd'hui notre seul réseau c'est grâce aux sages-femmes de PMI. Tout

ce qui est libéral, on ne se connaît pas, on ne répond pas aux courriels puisqu'en consultation on n'a pas le temps. Je n'ai pas de secrétaire, ni de dictaphone... C'est aussi un problème d'organisation, tout peut s'organiser. Je suis tout le temps en train de faire de la clinique, je n'ai aucune matinée ou demi-journée pour prendre le temps de parler aux collègues, fixer des rendez-vous, organiser des projets, rien. Ça prend du temps de mettre en place ces dispositifs ! Puis, le soir, dès que je rentre, je ne travaille plus. Avant je travaillais à la maison, mais plus maintenant, j'en ai marre. Donc, je ne fais que de la clinique (...).

Il faut que ça tourne bien dans le service, pour qu'on puisse élargir le cercle. Si on n'a pas des conduites à tenir claires dans le service, on ne peut pas expliquer à nos correspondants ce qu'on fait. Il faut déjà balayer devant sa porte pour pouvoir travailler avec les autres. Personne ne s'occupe du réseau, il y a eu des essais qui ont bien marché à un moment donné, mais après ces gens qui en étaient à l'initiative sont partis et la suite a été nulle.

Si je prenais du temps pour organiser mon programme⁷¹, je pourrais le développer dans le quartier. Mais qu'est-ce que je vais dire aux généralistes du coin, qui vont m'envoyer leurs patientes, alors que moi-même je suis débordé et je ne pourrai pas prendre en charge les patientes du quartier ? Je n'ai pas d'infirmière, ni d'autre personne en appui, je ne sais pas comment faire. Qu'est-ce que je peux leur dire ? Je m'occupe de cette maladie, et c'est tout, puisque je ne vais pas pouvoir m'occuper de leurs patientes. Car je n'ai pas les moyens pour parler de ce processus, pour la politique qu'on voudrait mener. Alors qu'est-ce que je vais dire aux correspondants ? Je n'ai rien à leur dire.

Par où faudrait-il commencer pour organiser ce « travail en réseau »⁷² ? Pour ce soignant, la réponse est claire : il faut d'abord s'organiser dans son propre centre pour pouvoir se coordonner avec le reste des professionnels. Mais qui devrait assurer le partage des protocoles entre professionnels ?⁷³ Comment ajuster l'organisation du temps de travail ? N'est-il pas trop difficile de planifier cette organisation, autrement dit, de bloquer quelques heures dans l'agenda pour mettre en place des programmes à l'initiative des praticiens ? En outre, est-ce que tous les professionnels seraient favorables pour travailler ensemble de la manière proposée par ce spécialiste ? Rencontrent-ils du reste tous les mêmes difficultés, au devant

⁷¹ Ce programme est ciblé sur une pathologie de la grossesse, non précisée ici pour garantir l'anonymat de l'enquête.

⁷² L'organisation en réseau a été proposée dans le rapport du Haut comité de la santé publique et le Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville (1994).

⁷³ Madeleine Akrich (1998) analyse en détail les controverses suscitées par le rapport du Haut comité de santé publique cité ci-dessus. Ces polémiques sont issues des présupposés du rapport qui concernent à la fois la définition médicale de l'accouchement et les modalités de sa surveillance, et la faible prise en compte de l'ensemble des acteurs impliqués en périnatalité. À savoir : tout accouchement est par défaut une situation d'urgence à risque, en conséquence, il doit se dérouler sous une étroite surveillance médicale dans des lieux pourvus en matériel et en spécialistes. Le risque pédiatrique peut être dépisté et cela justifie une hiérarchisation des établissements en fonction de leur capacité à gérer différents niveaux de risque. La capacité à gérer les cas difficiles englobe la capacité à gérer les cas « normaux », ce qui justifie la mise en réseau hiérarchisé des établissements, visant à améliorer du « bas » vers le « haut » le transfert des patientes, et du « haut » vers le « bas » le transfert des connaissances et des protocoles.

d'une coordination plus structurée ? Une sage-femme nous donne un aperçu de sa position :

Sage-femme (enquête n° 2), mars 2015 :

Moi j'aimerais mieux connaître mon réseau, le réseau de périnatalité, mais aussi les collègues travaillant autour. Le souci c'est quand et où. Pour coordonner les gens et le lieu de rencontre, c'est du secrétariat, etc. Qui a le temps de le faire ?

Pour le réseau de périnatalité, les soirées thématiques ou les formations ne sont pas des temps d'échange. En plus, la vision est très hospitalo-centrée. Les grands docteurs de l'hôpital t'expliquent comment tu dois travailler pour mieux te caler dans leur organisation. Moi je suis payée à l'acte, si je ne suis pas en consultation... ben, je ne gagne pas ma vie.

Les soignants hospitaliers et libéraux s'accordent sur le problème du manque de temps pour travailler en réseau. Pour ceux d'entre eux qui ne sont pas salariés, le temps d'échange (non rémunéré) serait soustrait au temps en consultation (rémunéré). Ensuite, par rapport aux protocoles, qui décide comment et qui va s'occuper de telles patientes ? Qui décide de l'orientation des autres femmes ? D'autre part, tous les professionnels médicaux⁷⁴ ont-ils et reçoivent-ils le même crédit et la même légitimité, selon qu'ils travaillent en hôpital ou en cabinet libéral ? D'après les guides de pratique clinique, la question du suivi et de l'orientation des femmes enceintes est très claire⁷⁵, mais nous avons vu qu'il y a d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte à l'heure de « dispatcher » les patientes.

Voici quelques-uns de ces facteurs, qui dépendent autant des usagères que des soignants et des institutions⁷⁶ (caisses primaires de l'assurance maladie, hôpitaux, cabinets libéraux et d'autres centres socio-sanitaires). La préférence personnelle (se faire suivre par tel professionnel ou dans tel centre en particulier) est à prendre en compte, comme la capacité de trouver un établissement ou un soignant en fonction de ses attentes. Dans un autre registre explication, avoir ou non des droits ouverts à tout moment de la grossesse, peut être déterminant. La disponibilité et la proximité géographique du professionnel ou du centre privilégié, d'une part, l'état de santé de la femme et la gravité des pathologies éventuelles durant la grossesse d'autre part, complètent la liste des paramètres de l'orientation effective dans le suivi de grossesse.

⁷⁴ Nous parlons ici des professionnels de santé impliqués en périnatalité et qui exercent, selon les endroits, dans un réseau de périnatalité et/ou dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital. Il s'agit concrètement des soignants chargés du suivi de grossesse, notamment les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens. Mais sont également concernés les gynécologues médicaux, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres néonatalogistes et les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales.

⁷⁵ Voir Haute autorité de santé (2011)

⁷⁶ Pour un approfondissement sur le caractère inséparable des éléments médicaux et des éléments organisationnels dans l'obstétrique, voir Madeleine Akrich et Bernike Pasveer (1995).

Mais de quelle marge de manœuvre les professionnels et les usagères disposent-ils pour répartir les prises en charge des femmes enceintes entre la ville et l'hôpital ? Il nous semble qu'il existe une marge réelle mais assez négligée en général. Dans le premier volet de l'enquête nous avons montré comment une grande partie des femmes se font conseiller par leur entourage et plutôt que par les soignants ou les institutions qu'elles croisent au tout début de leur grossesse. Or, les professionnels impliqués en périnatalité disposent d'outils de grande qualité pour informer les femmes, lors des consultations prénatales ou en cours de suivi médical. Pourquoi ces outils ne sont-ils pas toujours utilisés pour informer et adresser les patientes efficacement ?

4.6. Le travail en réseau : entre connaissance et confiance

Lors des entretiens réflexifs, nous avons également interrogé les circonstances qui ont empêché jusque là d'instaurer les mesures nécessaires pour travailler efficacement en réseau. Le rôle des chefs de service et de la commission médicale d'établissement⁷⁷ a été évoqué ponctuellement. Un appui direct de leur part serait nécessaire à la collaboration entre établissements, selon ce gynécologue par exemple :

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

Ça dépend du chef, puis il y a la CME, mais ça dépend aussi des personnes, voilà il y a d'autres blocages. Puis il faut que ça entre dans les objectifs du chef de service.

Certes, aucun des enquêtés n'occupe un poste de cadre ou de chef de service. Mais tous ont parlé des difficultés de leurs collègues occupant des postes de gestion⁷⁸, y compris les membres des équipes médicales :

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

On est très loin de travailler en réseau. Si on voit une dame en première consultation, d'abord il faut qu'on s'organise comme ça... ça peut se faire, mais ensuite, à qui on va l'envoyer ? On ne connaît pas les gens. Il faut qu'on organise le réseau, et établir une stabilité de fonctionnement : organiser le réseau. Il faut que nous, on connaisse les médecins, qu'on ait un annuaire, que les gens nous connaissent, qu'on se rencontre tous. Tout ce qui est libéral, on ne se connaît pas, on ne répond pas aux courriels puisqu'en consultation on n'a pas le temps (...).

⁷⁷ En France, la commission médicale d'établissement (CME) constitue, dans chaque établissement public de santé, l'instance représentative de la communauté médicale (médecins et sages-femmes), pharmaceutique et odontologique. Jusqu'à l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 ses missions étaient purement consultatives, elle s'est vue alors reconnaître un pouvoir de décision que la loi hôpital, patients, santé et territoire (2009) lui a de nouveau retiré. La CME émet obligatoirement des avis sur la plupart des points rythmant la vie hospitalière et l'organisation de l'activité médicale et soumis aux décisions du directeur ou aux délibérations d'autres instances hospitalières. Source : wikipedia.org, consulté le 7 juillet 2015.

⁷⁸ Nous abordons cette question plus loin, dans le point 5 « Les problèmes chroniques des professions médicales ».

De plus en plus il y a des sages-femmes libérales qui s'installent, mais on ne les connaît pas beaucoup. Il y a aussi un travail de... de connaissance... de, voilà, de travail de réseau... qu'on ne fait pas suffisamment. Un travail qui demande beaucoup de temps, du temps pour réfléchir à ça, pour voir les gens. Moi, je n'ai pas ce temps en tout cas. Et puis ce fonctionnement est très théorique, on ne sait pas si les médecins du coin ont envie de suivre les femmes enceintes, personne ne le sait. Mais c'est vrai qu'il faut initier ça, il faut le faire.

Il nous faut ici distinguer deux réalités différentes des réseaux : les réseaux régionaux de périnatalité, créés à partir des décrets de 1998 et subventionnés aujourd'hui par les agences régionales de santé ; les réseaux de proximité, qui ont une disposition plus transversale et une visée d'orientation fondée sur des objectifs communs, dont l'orientation des patientes dans leurs parcours de soins pendant la grossesse. Il s'agit d'une collaboration « informelle » que chaque professionnel doit établir avec d'autres pour mieux travailler entre eux et pour les patientes. Construire ce maillage exige du temps de coordination et du temps pour la création des liens sociaux entre professionnels : pour partager des conduites à tenir, éventuellement des protocoles. Ceci suppose également de la connaissance et de la confiance entre eux, ce qu'illustrent bien les propos de cette soignante :

Sage-femme (enquête n° 2), mars 2015 :

Orienter les patientes dans le bon circuit c'est un vrai défi. Je sais qu'une consultation d'orientation est parfois proposée dans certains hôpitaux. Pour moi ce n'est pas une organisation généralisable. Déjà, il y aurait trop de patientes à voir, un hôpital ne peut pas toutes les assimiler. En plus, l'enjeu du début de grossesse c'est le dépistage du premier trimestre et l'hôpital n'est pas assez réactif pour assurer la consultation dans les temps. Le vrai problème c'est que cette consultation est longue car il faut fouiller le dossier, alors que la sécu n'a pas prévu d'acte payé en relation...

Ce qui me dérange en plus, dans ce passage obligatoire par l'hôpital, c'est le sous-entendu qu'en libéral on ne sait pas bien travailler. Ça mettrait en place un genre de système féodal où l'hôpital de proximité te permet de travailler si tu es dans leur réseau. Ça ne va pas améliorer l'accès aux soins.

Cette sage-femme nous dit que la plupart des patientes de son cabinet incarnent l'« excédent » des patientes que l'hôpital voisin ne peut pas prendre en charge, alors même que ces mêmes femmes y sont déjà inscrites pour leur accouchement. Cela implique que le suivi de grossesse doit être fait en ville, ainsi que d'autres actes ou services prévus durant cette période : préparation à la naissance, bilans, échographies, etc. Les patientes sont arrivées souvent à son cabinet en deuxième choix, car elles ne peuvent pas se faire suivre à l'hôpital, voire en dernier recours, quand elles ne sont pas parvenues non plus à se faire suivre en centre de protection maternelle et infantile (où il ne faut pas avancer les frais).

Pour cette sage-femme, il y a une cohorte de patientes, usagères du secteur 1 (soins conventionnés), qui paie ses charges sociales mais pour qui avancer les frais au début de la grossesse est trop onéreux. Ces usagères, qui travaillent mais disposent de revenus limités, ont du mal à avoir une

consultation dans les délais recommandés en début de grossesse, à la fois pour des raisons économiques et d'accessibilité. Les gynécologues-obstétriciens du secteur 1 sont surchargés et n'ont pas de créneau avant trois mois – en moyenne – à la prise de rendez-vous. Ceux du secteur 2 seraient plus disponibles, mais trop chers pour leurs faibles économies. Les horaires de l'hôpital ne collent pas bien, d'ailleurs, avec leurs horaires de travail plus ou moins décalés. Puis elles ne pensent pas forcément à faire appel à une sage-femme libérale, car cette prestation⁷⁹ n'a pas de visibilité et la population générale ne la connaît pas bien – tout du moins, en dehors de la rééducation périnéale, où elles peuvent être conduites via le service de suite de couches. Du coup, cette cohorte de patientes aurait du mal à obtenir un rendez-vous dans les délais préconisés.

Cette professionnelle libérale (enquête n° 2) a insisté pendant nos rencontres sur les difficultés de femmes ayant de revenus plutôt modestes à suivre leur parcours de soins. Elle renvoie autant à l'absence de messages de dépistage par les médecins généralistes en début de grossesse (« L'hôpital n'est pas assez réactif pour assurer la consultation dans les temps »), que du manque de « sensibilité au parcours de soins » de beaucoup de soignants. Ces dernières observations constitueraient des explications possibles aux résultats des études épidémiologiques qui ont montré le retard du début de suivi de grossesse et un « suivi de grossesse insuffisant » (Carayol et al., 2015), y compris chez des femmes de nationalité française, supposées plus familières du système de santé que les femmes étrangères et/ou primo-arrivantes.

En tout cas, l'absence d'orientation des femmes dans un parcours prénatal adapté à leurs attentes et leur situation médico-sociale, de la part des centres hospitaliers et en ville, pose un problème, comme tous ces soignants l'ont indiqué. Ceci concorde avec les observations présentées dans la première partie de ce rapport.

5. LES PROBLÈMES CHRONIQUES DES PROFESSIONS MÉDICALES, DANS LE MILIEU DE L'OBSTÉTRIQUE

Les entretiens approfondis autour de la précarité en périnatalité ont ainsi constitué une fenêtre pour repérer des problèmes plus généraux des professions médicales. Les questions soulevées dans cette dernière partie ne constituent pas une nouveauté, puisqu'elles sont présentes de longue date dans les milieux du travail en général et de la santé en particulier. De la souffrance au travail aux questions médico-légales liées à la prise en charge des patientes, nous retrouvons dans le milieu de l'obstétrique des questions qui touchent plus largement l'univers médical.

⁷⁹ Exercice autonome de la sage-femme dans le suivi obstétrical et gynécologique, article L4151-1 du *Code de la santé publique*. Voir Tableau , page 43.

5.1. Le péri-travail

Sage-femme (enquête n° 2), mai 2015 :

Je travaille au cabinet autant qu'à l'hôpital, pour le même salaire, peut-être un peu plus, mais mes conditions de travail sont infiniment meilleures. Puis je travaille comme je l'entends, en gros sans être emmerdée par les consignes de chefs de service souvent pas au fait des recommandations actuelles de bonne pratique, entre autres, ou de cadres nuls. Puis personne ne vient me gêner, me chapeauter, ni voler mon café.

Les conditions usantes de travail rapportées dans le point 1.5 peuvent être de différentes natures. Ici nous parlons de ce qui a été appelé, à partir de l'entretien avec l'enquêtée n° 2, le « péri-travail »⁸⁰. Par ce terme, elle désigne les tensions personnelles autour du travail, le fait de se sentir peu valorisé(e), la mauvaise ambiance, les mauvaises conditions de travail – CDD réitérés par exemple, instabilité dans l'emploi. Cela conduit à se sentir vulnérable par rapport à la conservation de son poste, peut entraîner une forme d'inertie dans le service, peu propice à l'évolution des pratiques.

Lorsque nous avons abordé la question de l'interaction en consultation en maternité et la faible quantité de questions posées par les patientes, cette enquêtée a répondu catégoriquement :

Sage-femme (enquête n° 4), avril 2015 :

[Nos conditions de travail font que les temps de consultation sont très courts.] Puis il y a des tensions quotidiennes latentes dans notre routine. La vitesse est très appréciée, on sous-entend que plus vite on va plus on sait. Les soignantes qui prennent leur temps avec les patientes, voient leurs compétences mises en cause : « Tu es toujours en retard, tu es pipelette ». C'est dit par rapport à ceux qui arrivent à tout bien cadrer, comme si la rapidité était synonyme d'efficacité.

On peut te faire des reproches, on peut te le faire comprendre en rigolant, mais le message est carrément celui-là. Moi personnellement, je ne suis pas super efficiente, mais perfectionniste, je prends du temps lorsque j'en dispose, c'est pourquoi je ne reçois pas beaucoup de reproches, mes cadres apprécient la qualité de mon travail. Mais ce n'est pas le cas pour toutes mes collègues.

Au sujet du glissement des tâches nous avons évoqué un commentaire habituel dans les maternités –entendu à maintes reprises sur le terrain. Nous pouvons le reprendre dans les termes exacts de l'un des enquêtes : « C'est qui est paradoxal, c'est que les sages-femmes aient plus de temps pour gérer des dossiers plus simples ». Nous l'avons interprété précé-

⁸⁰ Dans un sens un peu différent de celui utilisé par Éric Le Breton (2008 :53) pour définir le péri-travail, comme « une sphère autonome, située dans une zone intermédiaire entre travail et hors-travail, où les enjeux qui relèvent simultanément de la sphère domestique et familiale et de la sphère économique du travail et de l'emploi sont étroitement imbriqués ». Voir aussi Le Breton (2007).

demment comme une expression de la méconnaissance du travail des collègues.

Les sages-femmes interrogées avancent qu'il existe souvent « deux poids et deux mesures » à l'heure de parler des temps différents de consultation entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Selon elles, prendre du temps pour bien communiquer avec les patientes, est interprété différemment par le reste de l'équipe. Pour les sages-femmes, le retard qui peut découler de cette « prise de temps » est mis spécialement en relief : « si tu as du retard tu es pipelette ou tu ne maîtrises pas bien le travail ». Pour les médecins, le temps pris à communiquer est perçu comme du temps où « il se consacre à ses patientes, où il fait de l'éducation thérapeutique ». Certaines professionnelles le voient comme un manque de respect à l'égard de leur métier et des praticiennes elles-mêmes, qui se traduit également dans d'autres situations de la pratique clinique. Prenons cet d'un gynécologue-obstétricien qui débarque en salle de naissance où la sage-femme est en train de réaliser un accouchement, sans avoir été appelé par celle-ci au préalable⁸¹ ; il se rend sur place car il a observé, dans un moniteur d'une autre salle⁸², un tracé du rythme cardiaque fœtal interprété comme « peu rassurant ».

Débarquer sans avoir été appelé pourrait apparaître comme un signe de camaraderie ou de solidarité envers un collègue qui se trouve dans une situation potentiellement délicate. Mais sans connaître le contexte du tracé on ne peut pas savoir s'il est peu rassurant ou non. En effet, l'interprétation du tracé peut changer en fonction de la position de la présentation fœtale. Dans ces circonstances, la venue du médecin paraît, plutôt qu'un acte de camaraderie, un geste de défiance vis-à-vis de la sage-femme. Selon les sages-femmes consultées, cette situation est un « grand classique » des salles de naissance. Encore une fois, le malentendu apparaît lorsque les deux professions, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, collaborent sans différencier le rôle propre de la sage-femme et son rôle sur prescription du médecin. Comme dans le cas du suivi de grossesse, c'est encore la situation clinique de la patiente qui détermine l'autonomie ou l'interdépendance de l'exercice des sages-femmes par rapport au gynécologue-obstétricien.

Mais ces contraintes dans la routine du travail ne sont pas les seules à augmenter la part du « péri-travail » de tous les soignants en milieu hospitalier. Pour cette sage-femme, il y a d'autres mécanismes qui explique-

⁸¹ La sage-femme est la responsable de l'accouchement normal et de prévenir le médecin si un accouchement devient pathologique. Sa responsabilité est engagée, au même niveau que le médecin, sur le plan médical, civil et pénal.

⁸² Le *monitoring* centralisé permet de surveiller les tracés du rythme cardiaque fœtal de toutes les femmes monitorisées depuis les différentes pièces de la maternité, au moyen d'écrans installés dans celles-ci, y compris les salles de consultations, d'opérations et de réunions.

raient que les soignants parviennent à un certain détachement par rapport à leur travail :

Sage-femme (enquête n° 4), avril 2015 :

Certains collègues viennent bosser avec détachement. Je pense que c'est aussi une défense par rapport aux mauvaises conditions de travail qu'on a. C'est genre « Je viens à l'hôpital, je fais mon boulot, je repars le soir », sans implication dans la vie du service ni humainement auprès des dames. Certains collègues se permettent même de juger les patientes, de faire un jugement moral, d'avoir une attitude paternaliste, de faire la leçon aux patientes si elles arrivent en retard par exemple. Après il y a des lunatiques, lorsqu'elles vont bien, ça va, sinon, les patientes doivent subir leur mauvaise humeur. Les patientes n'ont pas besoin de ça, ça ne leur fait pas de bien. Pour bien traiter les patientes, il faut d'abord être bienveillante, ne pas décider pour elles, ne pas tomber dans le paternalisme médical, ne pas les engueuler si elles arrivent tard à leur rendez-vous, c'est aussi simple que ça. Nous intéresser à elles, c'est déjà thérapeutique.

Mais ça c'est aussi parce que l'institution est maltraitante envers les soignants. Si on souffre dans le quotidien, on se ferme comme une huître, on ne va pas ouvrir le cœur des gens, et il y aura une réaction de défense contre les patientes. Ça dépend également de notre façon de voir le métier, de notre implication, de notre propre histoire personnelle, de l'endroit où l'on s'est formé, de notre parcours professionnel, de plein de choses.

Ainsi, le détachement à l'égard de son propre travail constituerait une sorte de réaction, voire de protection contre des conditions de travail pénibles. Ces signes ne sont pas forcément pris en compte par leur institution, y compris dans les milieux plus éprouvants où les patientes présentent de nombreuses difficultés. Lorsque nous avons parlé avec les enquêtés de détachement et de maltraitance, en tant que « trajectoire morale des soignants », nous avons cherché non seulement des causes possibles mais surtout le contexte pour expliquer pourquoi ces phénomènes existent et perdurent en milieu médical.

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015 :

Il y a plusieurs choses, d'abord un désir primordial d'aller vers les gens ou pas, de les écouter, d'avoir plus ou moins d'empathie. Et puis il y a des patientes qui peuvent faire suer. Puis il y a des moments où on est en retard de deux heures, ou des moments où on est crevés. Et puis il y a des pathologies qu'on ne comprend pas, et on en veut aux patientes de ne pas comprendre leur pathologie. Oui, on leur en veut de ne pas savoir pourquoi elles ont cette maladie, de ne pas pouvoir donner des réponses à leurs pathologies. Puis il y a des dossiers compliqués, qu'on ne domine forcément pas. Ou des patientes qui vont nous mettre en cause médicalement ou psychologiquement. Il y a plein de raisons d'avoir une réponse négative. Mais le boulot c'est aussi d'être au-delà de ça. Ça c'est la maltraitance passive. La maltraitance active, c'est plus rare. Il y a de gens qui ne sont pas bien, qui ont été toujours comme ça, voilà c'est qu'ils ne sont pas bons.

La maltraitance vis-à-vis des patientes⁸³ (exercée d'une manière consciente ou inconsciente) aurait ainsi plusieurs origines. Dans le travail en

⁸³ La maltraitance vis-à-vis des patientes, notamment des femmes lors des consultations gynéco-obstétricales (dans tous ses manifestations possibles : examens sans tact,

équipe, à la longue, chaque professionnel connaît la façon de travailler de ses collègues avec les patientes, techniquement, médicalement et humainement, pas seulement par observation directe, mais aussi au moyen des écrits dans les dossiers. On peut également obtenir de nombreuses informations sur le travail en temps réel d'autres membres du service par des communications non-écrites (s'il n'y a pas de registre d'activité dans le dossier médical). C'est comme si d'une certaine manière, il y avait un contrôle interne à chaque équipe, une sorte d'autorégulation qui limiterait des actions maltraitantes voire dangereuses, mais permettrait également des comportements limites, tolérés collectivement.

Sage-femme (enquête n° 1), avril 2015 :

Nous, les soignants, on ne se rend pas compte que l'on peut être maltraitants avec les patientes. On gomme « l'effet personnel » de la relation de soins. On veut croire qu'il n'y a rien de personnel dans les soins, mais ce n'est pas vrai. Si on nie cette possibilité de pouvoir sur les patientes, et elle est niée depuis la formation initiale et même en [formation] continue, on risque d'être maltraitants sans en avoir conscience. Dans mon hôpital, nous avons une collègue qui est cruelle avec les patientes les plus précaires, particulièrement si elles sont noires. Tout le monde le sait depuis longtemps, mais elle n'est pas virée alors que d'autres collègues plus jeunes n'ont pas été rembauchées et sont au chômage. Oui, dans la salle on surveille pour que ça ne dérape pas, mais on est tous très occupés pour la surveiller en permanence, on ne peut pas. Donc voilà, on aménage entre nous, on ne vire personne, même les maltraitantes.

Quel est le degré de tolérance et de quoi dépend-il ? Quelles sont les limites de l'acceptable entre les soignants et à quel moment font-ils appel à un niveau supérieur de la hiérarchie pour transmettre une plainte ? Qui gère en pratique les plaintes d'une partie de l'équipe ? Qui juge de leur gravité et en fonction de quoi ? Dans les équipes, comment et pourquoi se tait-on ou se dénonce-t-on ? Nous avons recueilli un témoignage qui aborde la même problématique, exposé dans l'introduction (enquête n° 3). Cette sage-femme nous parle d'une pratique commune, y compris dans d'autres milieux professionnels, celle de « laver son linge sale en famille », de régler les questions déplaisantes au sein du groupe concerné, discrètement et sans intervenants ou observateurs extérieurs. Nous aborderons ces questions de façon plus approfondie dans la thèse en préparation.

conseils dépassés, attitudes moralisantes, etc.), est (re)devenue un sujet d'actualité, non seulement dans les réseaux sociaux, blogs spécialisés et milieux féministes (où ses pratiques ont été toujours contestées), mais dans les médias destinés au grand public. Le dernier article publié sur cette question, à l'heure de finaliser ce texte, est dans un supplément du *Figaro* publié le premier octobre de 2015 :

<http://madame.lefigaro.fr/societe/Maltraitances-gynecologiques-211114-82745>

5.2. Cadres de service, une souffrance en chaîne ?

Dans les différents entretiens, un thème commun a émergé : le problème du management et de l'encadrement. Situation insidieuse qui a, selon les soignants interrogés, des conséquences aiguës en situation de conflit, et chroniques, comme le mal-être latent rapporté par les enquêtés.

Sage-femme (enquête n° 4), avril 2015 :

Il y a des professionnelles à qui on a fait comprendre qu'elles étaient obsolètes, désuètes, dépassées. Elles ont été très dévalorisées par ce genre de sous-entendus, ce qui a fait que finalement beaucoup d'entre elles ont douté d'elles-mêmes [l'enquêtée parle des sages-femmes plus âgées].

Autre exemple : les jeunes diplômées, qui s'intègrent dans les équipes. Si ces jeunes sages-femmes ont « une faille », au lieu de les encadrer et les aider, elles sont virées. Pour la profession, ça entraîne une précarité de statut. Mais concrètement, à l'hôpital, ça met mal à l'aise le reste de l'équipe. La conséquence, c'est que chacun voit sa situation comme étant en danger, se dit qu'il peut être viré à la moindre erreur. Puis le manque de personnel est couvert avec des intérimaires qui ne connaissent pas forcément le fonctionnement du service, entraînant des surcharges de travail pour le staff habituel.

Revenons sur cette pratique de management (relatée par trois enquêtés) qui impliquerait d'écarter les jeunes professionnels au détriment des soignants chevronnés. S'agirait-il d'une question liée au coût du licenciement ou au statut des emplois de la fonction publique ? Ou du présupposé que les soignants plus expérimentés seraient plus compétents dans une spécialité, l'obstétrique, qui est spécialement marquée par l'incertitude⁸⁴ ?

Le psychologue du travail Christophe Dejourné (1998) donne quelques pistes de réflexion. Selon lui, la première phase du processus de construction de la tolérance à la souffrance est constituée par le « refus syndical » de prendre en considération sa propre subjectivité face à la situation vécue. La deuxième phase est celle de la honte de rendre publique la souffrance engendrée par les nouvelles techniques de gestion du personnel. Ainsi, à la peur de rendre visibles ses propres difficultés, s'ajoute la peur qu'elles soient mises sur le compte de l'incompétence, qui constitue un argument pour être licencié.

Sage-femme (enquête n° 4), avril 2015 :

[Les cadres sages-femmes] sont nulles dans le travail d'encadrement, mais cela ne les dérange pas. La moitié de leur travail, c'est pourtant de l'humain, puisque leurs gestes et décisions ont des conséquences. Elles ne nous aident pas, nous sommes débordées, en sous-effectif, c'est intolérable et dur à vivre. Nous sommes habituées à être malmenées. Quand les soignantes souffrent, et cela arrive, c'est le dernier maillon de la chaîne qui le perçoit, dans ce cas la patiente.

⁸⁴ Incertitude par rapport aux résultats, malgré son développement technique, puisque la médecine n'est pas une science exacte. L'obstétrique tient la spécificité d'une double responsabilité, la prise en charge de la mère et de l'enfant à naître.

On insiste sur la sécurité médicale, mais nous n'avons pas nous-mêmes de sécurité [affective] au travail. On ne revient vers toi que pour te faire des remarques, te rappeler à l'ordre ou te donner de nouvelles consignes, de plus en plus contraignantes, et souvent inutiles. Jamais pour te soutenir face à des difficultés ou à des incidents (...). C'est très facile de te faire pointer du doigt, mais ce n'est pas valorisant. Par exemple, si on montre une certaine empathie avec les patientes. Les médecins ne sont pas formés à l'écoute, lorsque les patientes me disent « Vous êtes gentille », je me dis « Vraiment ça, c'est normal ». En effet le premier pas pour être à la hauteur de nos « compétences », c'est de bien connaître notre travail, puis une certaine courtoisie en fait partie. Voilà, à l'hôpital, entre soignantes, ce n'est pas très bien vu cette proximité affective avec les patientes.

Toutes les personnes interrogées se plaignent que leurs responsables ne soient pas formés en management. Elles pointent leur « improvisation », qu'elles jugent inadmissible et néfaste. « Il y deux poids, deux mesures », pour le travail soignant et pour le travail de management, déclare une sage-femme. Cette différence de traitement affecte les soignants. Mais elle tendrait également à se répercuter, en bout de chaîne, sur les patientes

5.3. Le problème de la chefferie

Cependant, de quelle marge de manœuvre réelle les chefs de service disposent-ils dans la gestion des équipes ? Leur pouvoir en tant que chefs leur permet-il d'organiser les services comme ils le prétendent et sont officiellement censés de le faire ? Des entretiens avec quelques chefs de service s'imposeraient pour compléter les témoignages qui suivent dans ce texte. Toutefois, nous avons voulu restituer les avis des soignants par rapport à leurs supérieurs (chefs de service et cadres sages-femmes).

L'organisation du service implique de gérer des professionnels différents – chacun avec ses propres expériences au travail et sa propre approche du métier –, ses attentes et ses ressources. Il apparaît dans les entretiens que la performance du service dépend également de la disponibilité des soignants à s'engager dans des projets plus ou moins créatifs ou innovants, sans forcément recevoir une compensation économique ou un statut pour les responsabilités afférentes. Ainsi pour les employés, accepter et se consacrer à des nouveaux défis ne peut être attirant que s'ils se sentent stimulés et valorisés par les nouvelles tâches, indépendamment de l'augmentation de la rémunération⁸⁵. Et c'est l'institution, dont son interlocuteur et ses responsables, qui devrait pouvoir valoriser l'engagement des employés, à travers notamment la gestion de la dimension « humaine » ou « psycho-sociale » du travail, comme l'exprime cette sage-femme :

⁸⁵ Une rétribution économique serait bien entendu souhaitable pour tout salarié. Toutefois, la promotion et la reconnaissance au travail seraient également des moteurs très puissants pour motiver les travailleurs.

Sage-femme (enquête n° 2), juin 2015 :

Si ton salaire n'inclut pas un complément, pourquoi prendre du travail en plus ? On a déjà beaucoup à faire. S'il n'y a personne pour organiser le travail dans une équipe, et ce travail est découpé pour être fait à plusieurs, finalement personne ne le fait.

Les sages-femmes qui font du management, peuvent s'ennuyer et partir. Souvent ce sont des sages-femmes plus âgées qui prennent les postes de cadre. Puis, à force de ne faire que de l'administratif, elles finissent par avoir une vision du métier lointaine de la réalité, qui repose sur des souvenirs anciens. Elles n'ont pas une image à jour, en temps réel, du ressenti et de la façon dont les professionnels regardent et vivent leur travail. Mais ce sont elles qui ont un certain pouvoir pour changer les choses, comme les chefs de service, qui ont également des fantasmes sur les missions des autres. Le système est grippé.

Encourager les initiatives personnelles des salariés (comme élaborer des protocoles actualisés, entretenir leur souhait de se spécialiser dans un domaine en particulier ou accepter la responsabilité d'encadrement), seraient des outils des cadres du service pour faire fonctionner l'équipe, et éviter l'éventuel malaise et/ou la frustration au travail. Par exemple, les enquêtés n° 1, 2, 3, 4, 6 et 8 se sont spécialisés en échographie, acupuncture, tabacologie, diabète, etc., mais ils n'estiment toujours pas leurs nouvelles compétences considérées et mises à profit par leur encadrement⁸⁶. Cela contraste avec un argumentaire coexistant, plus ou moins marginal entre les salariés, comme dans d'autres secteurs professionnels, qui s'exprime par « Mon salaire n'inclut pas ces tâches », « Dans mon poste, je ne suis pas payé pour faire ça » ou « Ce n'est pas affiché dans ma fiche de poste ». Cet argumentaire donnerait un tableau des tâches de l'institution hospitalière à l'image « d'un meuble modulaire d'Ikea », selon l'enquêtée n° 2, où chacun aurait son rôle sans impliquer forcément l'ensemble de l'équipe et les objectifs communs dans le service.

Or, on sait que l'ordre dans les organisations est le résultat d'un « processus de négociation mettant en jeu des acteurs ayant des définitions concurrentes des situations dans lesquelles ils sont engagés. » (Strauss et al., 1997)⁸⁷. C'est le cas des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, comme l'illustre ce long extrait d'entretien :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015 :

Il y a une incompréhension entre les deux professions, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. La relation est difficile, car ce ne sont pas nos supérieurs. On est deux professions différentes, séparées, avec nos

⁸⁶ Par exemple, le salaire d'une sage-femme échographiste – en consultation – salariée à l'hôpital est plus bas que celui d'une sage-femme « sans spécialisation » qui travaille en salle de naissance. Le salaire de cette dernière est plus haut grâce aux compléments horaires (nuits et jours fériés travaillés). Ce manque de compensation économique a été signalé – spontanément – par les sages-femmes enquêtées comme problématique ; les médecins n'ont pas rapporté spontanément des remarques sur leur rémunération.

⁸⁷ Cet ordre, étant lui-même dépendant du contexte de la pratique médicale, résulte d'un processus de négociation, qui est plus ou moins structuré en fonction notamment de la hiérarchie puis des accords convenus, précédents des négociations futures.

responsabilités respectives. Nous sommes hiérarchiquement différents : le directeur de l'hôpital est le supérieur des sages-femmes, pas le chef de service. Notre prise en charge devrait être autonome jusqu'à adresser la patiente au médecin. Mais dans la pratique ce n'est pas du tout comme ça, ils nous disent ce qu'ils nous laissent faire ou pas. Du coup, ça crée beaucoup de tensions au quotidien. Avec les anciennes, ça peut parfois passer, mais avec les jeunes comme moi, ça fait tiquer.

Ensuite, la gestion de l'équipe est très liée au chef de service, c'est lui qui va donner le ton, dire ce qu'il faut faire, c'est qui est important, le résultat qu'on va avoir à la fin. Par exemple pour notre chef, l'objectif est juste de n'avoir aucun accident du parcours médical, et des pH parfaits⁸⁸. Non, on ne parle pas d'autre chose en staff.

Au niveau des pratiques, aucun des hôpitaux ni aucune des cliniques ne se ressemblent en Seine-Saint-Denis (pas plus qu'ailleurs). Les recommandations scientifiques ne sont pas « obligatoires », donc elles ne sont pas forcément suivies. D'une part, il y a le collège national de gynécologues et obstétriciens français, qui fait des recommandations, mais qui n'a pas un vrai poids. D'autre part, la HAS [Haute autorité de santé] fait des recommandations scientifiques aussi, par exemple concernant la tenue du dossier, l'hygiène, les prélèvements bactériologiques, et tout ça, mais pas sur la pratique médicale en elle-même. Mais la HAS ne vient pas vérifier si la pratique à l'hôpital correspond aux recommandations et est à jour sur les données scientifiques. On considère que la formation continue assure ça. Puis il y a la liberté de chaque praticien de travailler, chacun reste indépendant sur sa façon de faire son travail et personne ne vient lui poser de questions.

Si on suit ou non des recommandations de bonne pratique ou des protocoles actualisés, ça dépend beaucoup du chef de service, même si chaque professionnel reste dans sa pratique, mais c'est lui quand-même qui donne l'élan au service. Chez nous, on a des nouvelles générations de médecins qui ont appris à travailler autrement, mais nous avons tout un tas de médecins qui ont fait des choses d'une autre manière pendant des années, par exemple, qu'il faut que les MAP [menaces d'accouchement prématuré] soient alitées, etc. Ils ont vu faire ça pendant des années, et les nouvelles recommandations qui sortent leur paraissent un peu effrayantes, elles peuvent être en contradiction avec leur pratique. Ça leur fait peur de faire confiance aux chiffres plutôt qu'à leur expérience : « Alors qu'avant je faisais comme ça, et ça allait ». Le problème, c'est que les jeunes ne parviennent pas assez tôt à obtenir une chefferie.

La médecine de tradition clinique (Dodier, 2003) est très présente dans l'obstétrique, selon tous les professionnels rencontrés (au-delà de l'échantillon interviewé). Elle représente une conception du savoir médical qui intègre la richesse de l'expérience accumulée et une façon de conduire le travail clinique qui est incarnée par le « patron » (*ibid.*). Ce dernier, crédité de larges compétences dans l'institution hospitalière, transmet ses connaissances et ses valeurs aux praticiens plus jeunes (Parsons, 1995). La tradition clinique entrerait en conflit avec les savoirs de jeunes praticiens qui, comme les sages-femmes interrogées, ont acquis pendant

⁸⁸ Le pH du fœtus et du nouveau-né nous indique son niveau d'oxygénation. Étant un indicateur objectif de la qualité de la prise en charge *intrapartum*, l'intérêt de l'avoir juste après l'accouchement relève fondamentalement du médico-légal.

leur formation des connaissances et approches du métier assez éloignées de celle-là.

5.4. La menace médico-légale ajoute de la pénibilité à tous

Dans la description de ce contexte, il faut ajouter l'emprise du médico-légal, qui imprègne la pratique clinique quotidienne en obstétrique, plus sans doute que dans d'autres spécialités médicales (MACSF, 2014). En effet, l'obstétrique est particulièrement exposée aux plaintes en responsabilité pénale et civile, selon le préjudice provoqué sur la mère ou le fœtus. Le risque médico-légal peut avoir des effets néfastes sur les soignants (Rudigoz, 1997), comme l'épuisement professionnel et la remise en cause personnelle après une erreur médicale même sans conséquences ; il peut également avoir des répercussions, dans un autre registre, sur l'augmentation des tarifs d'assurance des praticiens.

Au-delà de la discussion classique sur l'augmentation du taux de césariennes (Baubeau et Buisson, 2003) et la pratique d'une médecine dite « défensive », nous nous attardons sur cette question car les enquêtes ont rapporté un lien direct entre cette menace et leurs pratiques quotidiennes, ayant des conséquences sur les patientes. Par exemple, selon l'enquêtée n° 3, son chef de service, et du coup son équipe, sont rivés sur les risques médico-légaux. Ils s'en montrent plus soucieux que de réaliser une prise en charge adaptée à une population qui a du mal à suivre les consignes médicales. Cette situation engendre de grandes tensions au sein des équipes, notamment entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Selon cette professionnelle, les membres de l'équipe réalisent des examens sur les patientes, qui ne sont pas toujours justifiés médicalement, mais utiles pour monter ce qu'elle appelle un « dossier béton ». Bien que cette pratique ne soit pas nouvelle (Fillion et Barbot, 2006), les contraintes de telles pratiques sur les patientes sont mal connues, notamment parce qu'il est très difficile de les mesurer. On sait bien que cette façon de travailler est plus coûteuse car elle requiert la réalisation d'examens complémentaires servant à prouver qu'il n'y a pas eu de négligence (*Ibid.*).

Étudiante sage-femme (enquêtée n° 9), mai 2015 :

La dame qui est avec son fils de 18 mois ne peut pas aller au laboratoire pendant des heures pour faire le dépistage du diabète, ça arrive. Elle ne le fera pas, car elle ne peut pas le faire. Donc, on écrit bien gros sur le dossier « Elle n'a pas fait son test » au lieu de lui proposer une alternative adaptée, genre des glycémies et une échographie le temps venu.

Ces « dossiers béton » dont l'objectif est de « se protéger », et pas forcément de protéger la patiente, peuvent ajouter également de la pénibilité aux parcours de soins des femmes enceintes. D'un côté, les femmes ont plus de « travail » à accomplir en tant que patientes, davantage de rendez-vous à prendre, d'examens à réaliser. C'est le cas par exemple avec le test de dépistage du diabète, systématique chez toutes les femmes enceintes, et

pas ciblé sur les usagères présentant des facteurs de risque avérés⁸⁹. D'un autre côté, pour obtenir ces « dossiers bétons » majorant des difficultés de prise en charge, les soignants sont contraints de réaliser d'autres techniques, considérées « banales » très fréquemment, mais qui peuvent être gênantes pour les femmes. L'exemple emblématique est l'exploration par toucher vaginal, dont nous avons parlé en détail. Au cours des suivis ethnographiques des femmes enceintes en consultation, nous les avons encouragées à adresser aux soignantes les questions qu'elles posaient à la chercheuse – dont elles savaient qu'elle était sage-femme également. Une des femmes suivies a ainsi reçu des réponses sans fondement du point de vue médical, mais difficiles à contester pour une patiente ne disposant pas d'une connaissance plus approfondie sur le sujet. Ainsi, et en guise d'illustration, quand elle a demandé à la soignante la raison d'une nouvelle exploration lors d'une visite de suivi de grossesse, elle a eu pour seule réponse : « C'est pour voir si votre col est à sa place ».

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE : QUELLE PLACE POUR LES PATIENTES DANS LE PARCOURS DE SOINS ?

L'intervention des patientes⁹⁰ est essentielle pour accomplir l'acte de soin, à toutes les étapes de la prise en charge : des démarches à accomplir pour rencontrer les soignants, aux suites de la consultation, en passant par l'interaction elle-même avec les professionnels. Mais dans quelle mesure est-elle pourtant prise en compte, c'est-à-dire reconnue et encouragée par l'institution médicale ?

Il ressort clairement des entretiens avec les divers professionnels, que la promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique des patientes, ne sont pas valorisées dans l'acte de soin et l'interaction soignant-soignée. Elles ne sont pas facturables, ce qu'implique qu'elles ne sont pas toujours réalisées. Est-ce que nous avons la certitude que ce travail de promotion et prévention bénéficie à toutes les patientes ? Le constat des inégalités de santé nous fait penser que nous n'y en sommes pas parvenus (Tronquois, 2012), malgré l'implication d'autres organismes ayant un contact direct avec les usagers, comme la CPAM. Nous nous demandons, à ce titre, s'il existe un pilotage ou une coordination des actions de promotion de santé, afin de ne pas dupliquer des efforts et assurer les objectifs en santé publique pour toute la population. Quelle partie de ce travail de promotion et prévention revient pratiquement à la charge des soignants ? Et où, étant donné que le parcours de santé commence en dehors de l'hôpital ? Est-ce que nous nous retrouvons face à un phénomène de glis-

⁸⁹ Voir point 3.3 à propos de « L'information attendue et livrée aux patientes ».

⁹⁰ Intervention des patientes, entendue dans un sens pratique, mais également inscrite dans le droit, par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, par laquelle l'utilisateur est devenu un acteur légitime de la prise en charge de sa propre santé, et partie prenante des décisions de santé publique.

sement de tâches comme celui que nous avons observé dans le travail clinique ?

Selon les professionnels interrogés, la promotion et la prévention en consultation, autant dans le secteur public que privé, est une dimension de la prise en charge valoriser, de manière généralisée. Nous avons observé une certaine méconnaissance des missions de chaque métier et même de chaque centre – au-delà des missions attendues –, à des degrés variables selon les endroits et les professionnels impliqués. La communication entre centres et l'orientation des patientes selon les pathologies, restent souvent liées aux réseaux informels – grâce aux connaissances entre professionnels. Elles ne semblent guère encouragées par les établissements à l'échelle du territoire. Or, les professionnels interrogés estiment qu'il n'y a pas de pratiques homogènes ni protocoles partagés entre les différents établissements du secteur sanitaire, publics ou privés.

Les soignants interviewés ont signalé des préférences pour quelques centres où ils ont travaillé : des maternités qui étaient remarquables dans des domaines différents, comme la surveillance fœtale par cardiotocographie (analyse du rythme cardiaque fœtal), le diabète ou d'autres pathologies affectant la gestation. Est-ce cela un problème ? Encore une fois, ce n'est pas à nous d'y répondre. Mais nous pouvons ajouter que le manque de zèle pour d'autres troubles de santé liés à la grossesse, sans doute plus banals, n'aident pas les femmes enceintes à mieux vivre leurs grossesses et leurs accouchements.

D'autre part, l'écoute des patientes n'est pas valorisée. Est-ce que les patientes sont capables de distinguer entre les « petits maux » de la grossesse et les vrais signes d'alarme ? Est-ce que les soignants sont en mesure de rendre plus autonomes les femmes enceintes pour être capables de détecter des symptômes qui devraient être consultés ? D'après les deux recherches présentées dans ce rapport, il y a fort à parier que les patientes moins informées sont les moins à même de détecter les signes d'alarme pour aller consulter. Une patiente bien informée est une patiente plus en sûreté. Aujourd'hui, c'est le professionnel qui, dans la consultation de suivi, vérifie l'état de la patiente et sa gestation, mais il n'y a pas toujours de transfert d'un savoir qui pourrait sauver des grossesses dans certains cas.

Informar les patientes est l'affaire de tous, à tous les niveaux d'assistance – de l'accueil à la consultation. Les personnes interrogées ont mis en évidence l'absence de circuits organisés formels d'orientation dans le parcours. Ces parcours sont fréquemment mal modélisés. Selon toute vraisemblance, faciliter la tâche d'information et d'orientation, en incluant les professionnels libéraux, éviterait des efforts inutiles et décourageants à tous. Mais le temps d'organisation pour « faire réseau » n'est pas valorisé dans les centres socio-sanitaires. En conséquence, construire ou non les réseaux de proximité dépend assez directement des professionnels impliqués et de leurs motivations.

Or, il y a une grande variabilité dans la définition que donnent les soignants de leur travail, de ce qui compte pour eux. De fait, tous ne considèrent pas que le repérage ou la prise en compte de la précarité chez leurs patientes fait partie de leur « vrai boulot » (Bidet, 2011)⁹¹. Il existe ainsi de grands écarts à l'heure de rendre visible – ou pas – les difficultés des patientes. Quelques professionnels ne semblent pas interpellés par la réalité sociale de leurs patientes, tandis que d'autres se montrent particulièrement vigilant, au devant des difficultés des femmes, leur engagement confinant parfois au militantisme. Mais cet investissement est difficilement tenable à long terme. Il peut être la source d'un épuisement professionnel, *a fortiori* dans des établissements et des collectifs de travail qui ne considèrent par l'action auprès des femmes en situation de précarité comme l'une de leurs missions. Par conséquent, il nous semble que faciliter l'accès des professionnels à un outil de diagnostic systématique de la précarité chez les usagers, doit être une priorité dans les centres du département.

Mais quelle forme de précarité est-elle prise en charge dans les différents centres socio-sanitaires ? Nous avons remarqué, dans certains cas, que seules les patientes « poly-précaires »⁹² pourraient bénéficier d'une prise en charge sociale à l'hôpital, dans la plupart des établissements du département. L'engorgement des circuits d'assistance sociale implique que seules ces patientes sont éligibles à une aide organisée. Mais les critères pour être adressée aux services sociaux changent selon le jugement et la disponibilité du soignant et les usages du centre hospitalier. Ainsi, la situation de précarité d'une grande partie des patientes du département n'est pas visible pour les soignants, pas plus que pour l'institution elle-même. Juste au moment de finaliser ce rapport, nous avons pris connaissance d'un mémoire d'une travailleuse sociale (Langer Barry, 2015), où un témoignage particulièrement marquant vient étayer notre propos :

« La sage-femme chargée du codage Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) me confirme que la précarité ne fait pas partie des données qui sont codées de manière routinière. Enfin, la responsable du service de l'information médicale (DIM) explique que ce codage sera bientôt obligatoire mais que la mise en place est un chantier important qui a pris du retard. Il s'avère donc que, bien que faisant partie intégrante du quotidien des soignants et de l'administration d'hôpital, la

⁹¹ Le « vrai boulot » désigne l'engagement actif des personnes dans leur travail, en particulier ce que les travailleurs jugent comme le cœur de leur activité, sur un plan indissociablement pratique et normatif (ce qui n'implique pas que le « vrai boulot » recouvre la majorité du temps de travail).

⁹² « Poly-précaire » est un néologisme que nous avons forgé pour parler des personnes qui rassemblent plusieurs circonstances compliquant la vie courante et l'accès aux services médico-sociaux. Ces facteurs comprennent également les dimensions classiques de la littérature qui traite la pauvreté : couverture sociale, revenus, immigration récente, isolement social, etc. Nous nous sommes inspirés du parallélisme du mot « polytraumatisé », désignant une personne ayant plusieurs traumatismes différents et dont les fonctions vitales sont engagées, à cause d'au moins une de ces blessures.

précarité ne fait l'objet d'aucune approche formelle. Le réseau sur lequel nous nous appuyons quotidiennement pour remplir nos missions est donc totalement informel, et se crée au fil de l'expérience. »

Finalement, nous nous sommes proposés avec ce travail de comprendre le phénomène de la « précarité » comme source d'usure professionnelle. Nos analyses ultérieures vont suivre cette voie afin d'apporter davantage de connaissances sur ce malaise qui, malgré tous les diagnostics, reste sans remède efficace.

Conclusion générale : la Seine-Saint-Denis, une situation d'urgence en périnatalité ?

Les indicateurs de périnatalité montrent une situation fortement préoccupante en Seine-Saint-Denis, notamment en ce qui concerne la mort infantile. Les suivis ethnographiques réalisés auprès de femmes enceintes en situation précaire, d'une part, et les entretiens réflexifs avec une dizaine de professionnels de santé du département d'autre part, témoignent de la faible prise en compte dans les établissements de santé de la précarité et de ses effets possibles ou avérés sur la grossesse, tout au long de son déroulement. La précarité étant présentée, par les professionnels de santé eux-mêmes, comme une des sources principales d'une bonne partie des décès considérés comme évitables dans le département, ne peut-on pas estimer que la Seine-Saint-Denis fait face à une situation singulièrement dramatique ? Dans ce département, la précarité toucherait ainsi une partie considérable des femmes enceintes, et serait en même temps négligée par les acteurs de la périnatalité.

Les recherches présentées ici ne permettent d'étayer une telle hypothèse. Certes, elles donnent à voir des mécanismes de production de l'invisibilité de la précarité dans le suivi médical de la grossesse, vraisemblablement diffus dans le département. Mais il n'y a pas de raison de penser qu'ils n'opèrent pas dans d'autres territoires de santé. S'il y a une singularité du département, celle-ci a trait à la densité des situations de précarité dans les établissements de santé et les dispositifs socio-sanitaires. Ce contexte s'est en revanche révélé propice pour mener une analyse plus générale du suivi médical de la grossesse, une grossesse vue comme une série de malentendus réciproques plutôt que comme un enchaînement de décisions concertées et bien comprises entre soignants et patientes/

Ces malentendus ne concernent pas uniquement les femmes en situation précaire et les professionnels de santé du département. Cette logique de malentendus en série s'applique à une échelle plus large, mais ses effets sont certainement accentués et possiblement aggravés en situation de précarité. C'est dans une combinaison variable de difficultés en français, d'obstacles administratifs, de dénuement matériel et de vulnérabilité résidentielle que s'est révélée la précarité sociale. Il s'avère aussi que plus la précarité devient un problème, du point de vue des familles, dans le suivi de la grossesse, moins elle est prise en compte dans le complexe bureaucratique-sanitaire.

Ce résultat nous a amenés à considérer les difficultés des professionnels à prendre en charge la précarité et, par là, les contraintes pesant sur leur activité, de façon plus générale. Ces acteurs présentent la Seine-Saint-Denis comme un territoire où des tensions budgétaires, professionnelles et organisationnelles se font sentir avec une nette intensité.

1. L'orientation dans le système de santé et l'importance de l'entourage

Les femmes enquêtées ont connu des difficultés à s'orienter dans le système de santé, dès le début du suivi de grossesse. Toutes ont paru largement laissées-pour-compte, au moment de déclarer leur grossesse ou de choisir leur maternité. Plus exactement, les questions ou les hésitations, portant sur le professionnel de santé à consulter (par exemple pour officialiser sa grossesse) ou sur l'établissement à choisir, paraissent relever de leur propre responsabilité. Nous voulons dire par là que, dans les interactions observées, les professionnels de santé ne tiennent pas l'embarras dans lequel des femmes peuvent se présenter pour une de leurs préoccupations. Dès le début du suivi médical de la grossesse, l'interaction soignant-soignée est médico-centrée. Elle n'est que peu tournée sur les problèmes effectifs, hors questions médicales, que les patientes sont pourtant susceptibles de rencontrer au cours de la grossesse.

Si les femmes ne posent pas les bonnes questions (c'est-à-dire des questions qui relèvent de la compétence médicale de leur interlocuteur) ou ne rencontrent pas un professionnel qui apparaît alors singulièrement bienveillant, elles doivent trouver des réponses en dehors de cet espace de soins. La rareté des questions ouvertes posées aux femmes dans les consultations, remarquée en première partie, confirmée par les professionnels interrogés en seconde partie, illustre bien l'espace très limité dans l'univers des soins, réservé à l'expression des doutes, des inquiétudes ou des craintes des patientes.

Selon toute vraisemblance, il existe des établissements où nous n'avons pas mené l'enquête, qui se montrent particulièrement soucieux de faire place à une interrogation approfondie de la situation personnelle et sociale des patientes au cours de la grossesse. Nous avons également rencontré des professionnels particulièrement sensibles à ces questions. Mais, pas moins en Seine-Saint-Denis qu'ailleurs, de tels engagements institutionnels et personnels semblent exister, non pas tant comme des modèles à suivre, que comme des initiatives exceptionnelles. Ces initiatives paraissent alors largement contingentes des forces locales (plutôt qu'elles n'émanent des décideurs publics), et de l'énergie des professionnels concernés, dont on a vu qu'elle était susceptible de s'éroder au fil du temps.

Dans le cas général, c'est-à-dire pour trouver des réponses à des questions non résolues dans l'institution de soins, les patientes comptent sur leur entourage. C'est auprès d'autres femmes qu'elles reçoivent des con-

seils précieux : leur mère, des membres de leur famille, des amies ou des collègues. Ces femmes ont en commun d'avoir une expérience de première main de la grossesse ou du système de santé. Cette expérience nourrit la confiance dont leur témoignent les futures mères. Dans chaque suivi ethnographique, un milieu de femmes joue un rôle fondamental, dès l'entrée dans le suivi médical, pour orienter et conseiller la future mère dans le système de santé, où l'on comprend vite que la signalétique est régulièrement illisible sinon défailante. Ainsi, en pratique, le travail invisible des femmes (pour les soignants), dont la réussite se manifeste pour ces derniers lorsque celles-ci suivent leurs consignes à la lettre, sans questions superflues, ne repose pas que sur l'engagement des futures mères (comme le voudraient les injonctions répétées à l'autonomie des patientes), mais aussi sur la participation à une sociabilité féminine plus étendue.

Certaines recherches ont montré, en région parisienne, que les sages-femmes notamment surestimaient la médiation, le réconfort et la protection que pouvaient apporter ces tiers, en particulier auprès de femmes pauvres, étrangères, supposées fortement entourées (Nacu, 2011 ; Sauvegrain, 2012). Ce genre d'anticipations ne nous a pas paru flagrant, mais peut-être parce que nous n'avons pas mené d'observations de longue durée auprès de professionnels de santé. Il n'en demeure pas moins que c'est plutôt la faible prise en compte de l'environnement personnel des patientes dans l'interaction médicale qui ressort des observations.

2. Des difficultés d'orientation et de compréhension accentuées en situation de précarité

Mais si le rôle de l'entourage des patientes est déterminant, il ne l'est pas au même degré pour toutes les femmes suivies. Entre Madame S., française, qui vit chez sa mère et qui est entourée de femmes expérimentées, et Madame J. ou Madame L., sans personne familière autour d'elles pour échanger des informations sur le système de santé, les situations sont bien différentes. On voit alors qu'en l'absence de tiers plus expérimenté, la grossesse se complique considérablement. Dans ce cas, d'autres difficultés, qui n'ont rien à voir *a priori* avec la grossesse, peuvent venir s'insinuer dans le suivi des soins. Les problèmes de communication avec les professionnels de santé deviennent d'autant plus saillants que les femmes ne disposent pas autour d'elles de tiers capables de traduire, d'interpréter, ou d'évaluer ce qui leur a été dit ou ce qu'elles en ont retenu. Cette situation n'a aucune raison de n'être observable qu'en Seine-Saint-Denis, mais elle y est certainement plus répandue, en raison de la concentration de femmes étrangères, parlant peu français, et ne disposant pas d'un tel entourage.

D'autre part, des difficultés administratives ou matérielles peuvent venir interférer avec le suivi médical de la grossesse. L'absence de couverture

sociale, même momentanée, conjugée à la maigreur des ressources monétaires, explique que l'on renonce à certains soins, quand d'autres problèmes sont plus urgents (comme se nourrir, se vêtir ou avoir un toit). La menace d'un déménagement soudain ou l'expulsion d'un campement peuvent aussi entraîner des ruptures soudaines dans les soins, en mettant au premier plan des questions de stricte survie. Ces situations ne sont pas propres là encore à la Seine-Saint-Denis, mais le département n'est pas moins celui où vivent, notamment, le plus de familles en hôtel social et en bidonvilles.

Ces difficultés se traduisent en cours de grossesse par des sollicitations nombreuses ou au contraire des rendez-vous manqués et des défauts d'observance de la part des patientes. Pour les soignants, ce pourrait être des signes de mauvaise volonté ou d'abandon de soi, qui témoigneraient de la dépendance des familles à l'assistance. Nous n'avons pas recensé cette réaction, contrairement à d'autres chercheurs, s'intéressant notamment aux grossesses de femmes « Roms » (par exemple Nacu, 2011). En revanche, comme ailleurs, les professionnels de santé, sauf exceptions marquantes pour les patientes, ne semblent guère faire d'effort, quand ils observent un décalage entre les soins prescrits et effectués, pour opérer un rattrapage dans le suivi. L'orientation vers des services soi-disant plus compétents est alors la règle. Mais les patientes n'y trouvent en général pas plus de réponse à leurs problèmes – « il manque toujours un papier », comme nous l'ont dit plusieurs d'entre elles. Dans ces conditions, elles peuvent être renvoyées de service en service (selon un phénomène de porte tournante). Leur parcours de soins s'apparente dans ces conditions à un « jeu de l'oie »⁹³, où l'on tombe dans des cases qui ramènent à une étape antérieure du parcours et ralentissent la progression.

Enfin, dans toutes nos observations, l'absence d'évaluation globale de la situation de la patiente est patente. Dans le corpus examiné, aucune évaluation, depuis l'inscription en maternité jusqu'à l'enregistrement dans des services de PMI après l'accouchement, ne tient compte non seulement des difficultés actuelles de la patiente, mais aussi de celles qu'elles pourraient rencontrer plus tard. L'indice de ces difficultés pourrait pourtant être une faible maîtrise du français, l'absence ou le terme prochain d'une couverture sociale, ou des signes manifestes de pauvreté. Notons que ce résultat ne peut certainement pas être généralisé à l'ensemble des services de périnatalité du département. Il renvoie notamment à une limite des suivis ethnographiques et des entretiens réalisés, qui n'ont pas eu lieu dans des établissements proposant, dès l'inscription, une évaluation très complète de la situation familiale, une préparation de la sortie de maternité et un accompagnement plus personnalisé tout au long de la grossesse, en service social hospitalier. Néanmoins, les observations réalisées invitent à considérer la dimension cumulative d'interactions manquées entre

⁹³ Selon la métaphore utilisée par Julien Damon (2012) au sujet des trajectoires assistancielles des sans-domicile.

soignants et patients et la production de l'invisibilité de la précarité dans le suivi médical de la grossesse.

3. Les ressorts de l'invisibilité de la précarité dans le suivi médical de la grossesse

Les soignants et les intervenants sociaux interrogés nous ont rapporté de rares expériences de rattrapage des difficultés rencontrées par les patientes (dont nous n'avons pas enregistré d'exemple en suivant des femmes enceintes⁹⁴). Il s'agit alors de reprendre en profondeur et de compléter le dossier des patientes. Une telle initiative suppose au moins deux conditions : que la précarité ait été repérée et qu'elle puisse être prise en charge par l'institution. Or, comme nous l'avons vu à partir des entretiens, ces deux conditions ne sont pas remplies d'ordinaire.

De loin, la situation de précarité des patientes saute aux yeux. De plus près, pour les professionnels, l'évaluation s'avère plus nuancée. Comment en effet repérer des situations de précarité préoccupantes ? Les indices changent d'un établissement à l'autre. Des informations telles que la non-maîtrise du français, l'absence de couverture sociale ou l'hébergement en hôtel n'ont pas la même pertinence d'un lieu à l'autre. Sur ce point, la situation de la Seine-Saint-Denis est certainement singulière : face à l'étendue et à l'intensité des difficultés sociales des patientes, il apparaît particulièrement ardu de faire le tri entre elles. En outre, d'après les professionnels interrogés, enquêter sur la situation sociale des patientes requiert du tact et de la justesse dans l'évaluation. Or, ces qualités d'interlocution s'apprennent sur le tas. Elles ne font pas l'objet ni de formation ni de protocole à l'échelle d'un établissement. Globalement, pour repérer et prendre en compte des situations de précarité inquiétantes, les professionnels se trouvent donc démunis.

Mais d'autres mécanismes entrent en jeu pour expliquer cette faible prise en compte de la précarité dans le suivi médical de la grossesse. Les sollicitations à l'excès et non pertinentes du point de vue des soignants, de la part de femmes en situation de précarité, constituent ainsi une source d'énervement, qui peut amener à éconduire brutalement les patientes et à négliger par là même les demandes qu'elles auraient pu formuler. Elles constituent également à la longue une source d'épuisement professionnel. A force d'être confrontée à des situations de précarité, la sensibilité des soignants à la souffrance de leur patiente tend à s'amenuiser, au risque là encore de négliger les répercussions possibles de la précarité sur le suivi médical de grossesse. Comme on peut le voir, les personnes interrogées

⁹⁴ Cette évaluation de rareté doit être circonscrite. Aucune des femmes suivies et aucun des professionnels interviewés ne travaille en centre de protection maternelle et infantile. Or, l'on sait, que des femmes en situation de précarité, hébergées en hôtel notamment (Jangal, 2012 ; Guyavarch et al., 2014) y trouvent un ancrage robuste dans le système de soins.

n'attribuent pas tant cette négligence à un manque de motivation de la part de leurs collègues, qu'à des conditions de travail peu propices à la prise en compte des difficultés sociales des patientes.

4. La précarité comme fenêtre sur les difficultés générales des professionnels de santé

Ainsi, en interrogeant la place de la précarité dans l'activité quotidienne des professionnels, nous avons été amenés à enquêter sur des difficultés plus générales rencontrées au quotidien par les professionnels en périnatalité. Ces difficultés renvoient, premièrement, à des cadences de travail importantes. Comment bien travailler, auprès de patientes « polyprécaires » notamment, nécessitant une écoute importante, quand les rendez-vous s'enchaînent et que le temps de consultation est compté ? Comment, alors que chacun manque de temps, se tourner vers l'extérieur et faire fonctionner des réseaux, comme le préconise la politique de santé. La division du travail en maternité, ayant notamment pour objectif une productivité accrue, ajoute aux difficultés des soignants, et plus précisément des sages-femmes.

Alors que les obstétriciens sont en charge des grossesses pathologiques, les sages-femmes héritent d'une part de situations menaçant de le devenir, qualifiées ici de « situations cliniques intermédiaires », et de dossiers simples sur le plan médical mais complexes sur le plan social. Dans les deux cas (qui peuvent se recouvrir), la prise en charge peut demander un surcroît de travail important. Toutefois, ce travail n'est pas reconnu par l'institution, et parfois même pas par les équipes soignantes.

Ce travail « invisible », autant sur le plan professionnel que salarial, est apparu comme un thème central des entretiens. Les personnes interrogées y voient un motif de souffrance au travail. Elles en rendent en partie responsables les cadres et chefs de services, incapables de se saisir de la réalité du travail en maternité. L'encadrement paraît également peu enclin, sauf exception, à réorganiser le travail dans le sens d'une plus juste répartition des dossiers entre obstétriciens et sages-femmes, à la hauteur des compétences techniques des dernières. Sous l'ombre portée de la menace médico-légale, l'organisation du travail est centrée sur la gestion des risques. Ceci produit deux types d'effets néfastes. Il s'agit : d'un côté de la réalisation d'actes inutiles par précaution et d'un autre côté de la décharge de responsabilité des soignants vers les patientes, lorsque celles-ci ne sont pas en mesure de réaliser les soins demandés, par exemple parce que leur couverture médicale a expiré.

5. Les pistes de réflexion dégagées par les professionnels

Les professionnels interviewés, de leur côté, identifient des problèmes et détiennent eux-mêmes des solutions possibles pour améliorer l'organisation du travail à l'hôpital et en réseau. Certaines des solutions proposées par les soignants ne semblent pas difficiles à mettre en place. Nous tenons à reproduire les principales d'entre elles, telles qu'elles nous ont été communiquées :

Sage-femme (enquête n° 3), avril 2015, à propos de l'information aux femmes enceintes : Une solution possible, pourquoi pas, serait de proposer des séances « prépa express », fixes et hebdomadaires, pour les femmes très occupées, quelle que soit leur situation, en insistant sur le fonctionnement des services et les signes d'alarme nécessitant de s'adresser au centre ou au professionnel le plus pertinent. Idéalement, il faudrait y assister en début de grossesse. Un numéro de téléphone accessible pour des questions ponctuelles ? À réfléchir.

Sage-femme (enquête n° 1), avril 2015, à propos du champ de compétences des sages-femmes : Il faut donner plus de champ d'action aux sages-femmes. Nous avons des compétences légales et pratiques pour assurer beaucoup d'activités qui sont actuellement réservées aux gynécologues-obstétriciens : suivi gynéco ou encore suivi de grossesses à bas risque. Il faut généraliser le suivi de grossesses à bas risque par des sages-femmes et privilégier le suivi par des obstétriciens des grossesses à haut risque médical.

Gynécologue-obstétricien (enquête n° 7), juin 2015, à propos du fonctionnement en réseau et de la prise en charge des femmes enceintes sans suivi médical de grossesse : Ce qui serait parfait pour bien fonctionner en réseau, c'est d'abord de connaître tous les professionnels, d'avoir un annuaire des professionnels du coin, de tout ce que font les gens, les généralistes, les sages-femmes, les CMP (centre médico-psychologique), tout. Puis de recevoir les patientes en consultation d'obstétrique, très tôt, au début de la grossesse, et de faire une consultation pour les trier.

Faire la consultation de tri, et puis orienter les patientes : soit elles ont une pathologie qui nécessite un suivi de type II ou III, et alors elles seront vues au niveau adapté, soit tout va bien et on les remet dans le réseau en ville pour être suivies par un généraliste, une sage-femme ou un gynéco, et revenir à l'hôpital plus tard. Ce serait un bon fonctionnement.

Pour celles qui n'ont aucun suivi, il faudrait établir une consultation d'accueil et d'urgence. Une sorte de consultation de rattrapage des patientes, notamment si elles sont au troisième trimestre. Il s'agit de les tenir à jour, de faire les bilans, les échographies, la consultation d'anesthésiste, d'aller voir l'assistante sociale, etc., puisqu'en consultation « normale » tout ça prend trop de temps, ce n'est pas possible. Le problème c'est que cela exige de mettre d'accord beaucoup de monde et s'avère difficile.

Sage-femme (enquête n° 2), mars 2015, à propos du travail des professionnels libéraux : La précarité n'est pas si difficile à prendre en charge, c'est l'organisation du système qui rend sa prise en charge difficile, ainsi que les contraintes institutionnelles et entre professionnels. Il faut insister sur l'intérêt de donner aux professionnels libéraux assez d'informations sur l'activité et les services disponibles autour d'eux, pour faciliter l'orientation de leurs patientes.

Ma solution serait de donner des bons aux femmes enceintes sans couverture sociale, pour qu'elles puissent être suivies par les soignants libéraux. Cela faciliterait les parcours, les rendraient plus souples, au niveau des horaires, de la localisation et du type d'établissement fréquenté. Il faut pouvoir donner de bonnes conditions aux patientes, surtout si elles ont trois gamins à la maison. Dans ces conditions, elles ne peuvent pas tout faire, les démarches et aller partout.

Sage-femme (enquêtée n° 4), avril 2015, à propos de la relation soignant-soignée : Pour bien traiter les patientes, il faut d'abord être bienveillante. Ne pas décider pour elles, ne pas tomber dans le paternalisme médical, ne pas les engueuler si elles arrivent tard à leur rendez-vous, c'est aussi simple que ça. Nous intéresser à elles est déjà thérapeutique.

Bibliographie

- Aboubeker Naziha, « “Y en a qui...” ». Entre guichetiers et usagers, compréhensions décalées de l'action en cours », in Alain Cottureau (dir.), *Le pouvoir des gouvernés. Ethnographies de savoir-faire politiques, du Mexique à la Chine*, Bruxelles, Peter Lang, 2016 (à par.)
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé, 2005.
- Akrich Madeleine, « Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 2, n° 27, 1998, p. 197- 204.
- Akrich Madeleine et Pasveer Bernike, « La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ? », *Revue Française d'Administration Publique*, 1995, p. 575- 584.
- Akrich Madeleine et Pasveer Bernike, *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1996.
- Barbot Janine, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.
- Baubeau Dominique et Buisson Guillemette, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et résultats*, n° 275, décembre 2003.
- Blondel Béatrice et Kermarrec Morgane, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Rapport pour la DGS et la DRESS, 2011.
- Blondel Béatrice, Lelong Nathalie, Kermarrec Morgane et Goffinet François, « Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010 : Results from the National Perinatal Surveys », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 41, n°2, 2012, p. 151-166.
- Breton Éric Le, « Le péri-travail. Quelques éléments de délimitation d'un problème. », La Défense, Communication présentée au Colloque de l'Agence régionale d'analyse des conditions de travail Île-de-France (ARACT-IdF), 2007.
- Breton Éric Le, *Domicile-travail. Les salariés à bout de souffle*, Paris, Les Carnets de l'Info, 2008, 216 p.
- Camus Jérôme et Oria Nathalie, « Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs », *Revue française de pédagogie*, n°176, 2011, p. 73-82.
- Carayol Marion, Bucourt Martine, Cuesta Jeanne, Blondel Béatrice et Zeitlin Jennifer, « Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 44, n° 3, 2015, p. 258- 268.
- Carricaburu Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, vol. 47, n°2, 2005, p. 245-262.

- Chave Frédérique, « Secourir en conduisant. Les appels des automobilistes aux pompiers », *Métropolitiques*, 2013 [URL : <http://www.metropolitiques.eu/Secourir-en-conduisant-Les-appels.html>]
- Cottureau Alain et Marzok Mokhtar, *Une famille andalouse. Ethnocomptabilité d'une économie invisible*, Paris, Bouchène, 2012.
- Damon Julien, *La question SDF. Critique d'une action publique*, Paris, PUF, 2012 (2001).
- Davoudian Christine, *Mères et bébés sans-papiers, Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?*, Paris, Erès, 2012.
- Dejours Christophe, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil, 1998, 225 p.
- Delespine Mathilde, *Violences faites aux femmes et maternité. Entre respect de l'autonomie et bienfaisance. Quels parcours de prise en charge ?*, Mémoire de Master I « Recherche en éthique médicale », sous la direction de Christian Hervé, Université René Descartes - Paris V, Paris, 2011.
- Desprès Caroline, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie et santé*, n°6, 2013 [URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1078>].
- Dietrich-Ragon, « L'entourage des personnes en situation de précarité résidentielle. Force et faiblesse des liens sociaux dans l'exclusion du logement », *Revue française de sociologie*, vol. 56, n°2, 2015, p. 301-330.
- Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2003.
- Fainzang Sylvie, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique », *Questions de communication*, n° 15, 2009, p. 279- 295.
- Fassin Didier, « Avant-propos. Les politiques de la médicalisation » dans Pierre Aiach et Daniel Delanoë (eds.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998, p. 1- 13.
- Fillion Emmanuelle, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 2, 2012, p. 5- 28.
- Fillion Emmanuelle et Barbot Janine, « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n° 2, 2006, p. 5- 33.
- FORS- Recherche sociale, *L'hébergement dans le logement d'un tiers. Les solidarités privées à l'épreuve, dans un contexte de crise du logement*, Recherche sociale, n°203, 2012.
- Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Gabarro Céline, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n°2, 2012a, p. 35-56.
- Gabarro Céline, « Le soupçon érigé en pratique », *Plein droit*, n°92, 2012b, p. 1-19.
- Gagnon Zimbeck, Zeitlin Jennifer, et the ROAM Collaboration, « Migration to Western Industrialized Countries and Perinatal Health : A Systematic Review », *Social Science and Medicine*, vol. 69, n°6, 2009, p. 934-946

- Gayet-Viaud Carole, « De l'innocuité sociale aux degrés d'humanité : Les types du petit vieux et du bébé », *Les annales de la recherche urbaine*, n°100, 2006, p. 59-67.
- Gayet-Viaud Carole, « La leçon de sociabilité du bébé », *Métropolitiques*, 2015 [<http://www.metropolitiques.eu/La-lecon-de-sociabilite-du-bebe.html>].
- Goffman Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974.
- Guyavarch Emmanuelle, Le Méner Erwan et Vandentorren Stéphanie (dir.), *EN-FAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative*, Rapport de l'Observatoire du Samusocial de Paris, Paris, 2014.
- Halfen Sandrine, *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Ile-de-France*, Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2012, 144 p.
- Haut comité de la santé publique et Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité*, Rennes, ENSP, 1994, 276 p.
- Haute autorité de santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé, 2007.
- Haute autorité de santé, *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Synthèse de recommandation de bonne pratique*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé, 2011.
- Interlogement 93, *Le 115 pour berceau*, Livre blanc, 16 p., 2012.
- Izambert Caroline, « Les limites de l'universel. L'accès des sans-papiers à une couverture maladie en France depuis 1999 », in Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, PUF, 2014.
- Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007.
- Jangal Candy, *Analyse socio-spatiale de l'accès aux soins périnataux et infantiles des familles sans logement en région parisienne*, Mémoire de master 2 recherche en géographie, Université Nanterre Paris Ouest La Défense / UPEC, 2012.
- Katz Jack, *Seductions of Crime : Moral and Sensual attraction in doing evil*, New York, Basic Book, 1988.
- Langer Barry Iona Ida, *Quel droit a la santé pour les femmes enceintes les plus vulnérables ? Réflexion sur les pratiques du service social hospitalier en maternité*, Mémoire du Diplôme Inter Universitaire Précarité Santé Maternelle Santé Périnatale, Universités Paris V et Paris VII, 2015.
- Le Breton Éric, « Le péri-travail. Quelques éléments de délimitation d'un problème. », La Défense, Communication présentée au Colloque de l'Agence régionale d'analyse des conditions de travail Île-de-France (ARACT-IdF), 2007.
- Le Breton Éric, *Domicile-travail. Les salariés à bout de souffle*, Paris, Les Car-nets de l'Info, 2008.
- Le Méner Erwan, « Dans un hôtel social : L'exercice du pouvoir, vu des deux côtés à la fois », in Alain Cottureau (dir.), *Le pouvoir des gouvernés. Ethno-*

- graphies de savoir-faire politiques, du Mexique à la Chine*, Bruxelles, Peter Lang, 2016 (à par.)
- Le Méner Erwan, « Vivre à l'hôtel quand on est un enfant », *Métropolitiques*, 2015 [URL : <http://www.metropolitiques.eu/Vivre-a-l-hotel-quand-on-est-un.html>]
- Le Méner Erwan et Oppenchaim Nicolas, « The Temporary Accommodation of Homeless Families in Ile-de-France: Between Social Emergency and Immigration Management », *European Journal of Homelessness*, vol. 6, n°2, 2012, p. 83-103
- Le Méner Erwan et Oppenchaim Nicolas, « L'attachement à l'école des familles sans logement à l'épreuve de l'instabilité résidentielle », *Métropolitiques*, 2015 [URL : <http://www.metropolitiques.eu/L-attachement-a-l-ecole-des.html>].
- Le Méner Erwan et Oppenchaim Nicolas, « Pouvoir aller à l'école. La vulnérabilité résidentielle d'enfants vivant en hôtel social », *Les annales de la recherche urbaine*, 110, 2015 (à paraître).
- Martin-Fernandez Judith, Cavaillet France et Chauvin Pierre, « L'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne : prévalence et inégalités socio-territoriales », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°49-50, 20 décembre 2011.
- Mutuelle d'assurances du corps de santé français (MACSF)-Le Sou Médical, *Panorama des risques professionnels en santé. Rapport annuel 2014 (chiffres 2013)*, La Défense, MACSF-Le Sou Médical, 2014.
- Nacu Alexandra, « Les Roms migrants et la santé », *Diversité*, n°159, 2009, p.49-55.
- Nacu Alexandra, « A quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes migrantes dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, vol. 53, n°1, 2011, p. 109-130.
- Narotzky Susana, *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*, Madrid, CSIC, 1995.
- Panche Maëlle, « L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité », *Pensée plurielle*, n°35, 2014, p. 101-112.
- Parizot Isabelle, *Soigner les exclus*, Paris, PUF, 2004.
- Parsons Talcott, « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » dans *Le système social*, Paris, Plon, 1955.
- Peretti-Watel Patrick, « Lien social et santé en situation de précarité. Etat de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Economie et statistique*, n°391-392, 2006, p.115-130.
- Rico Berrocal Raquel, *Parir en Melilla. Estudio de la atención materno-infantil en una ciudad fronteriza [Accoucher à Melilla. La prise en charge mère-enfant en zone frontalière Maroc-Espagne]*, Mémoire de DEA en Anthropologie sociale et culturelle, sous la direction de Fernando Villaamil Pérez, Université Complutense de Madrid, Madrid, 2011, 237 p.
- Rudigoz René-Charles, « Conduite à tenir en cas de complications obstétricales à risque médico-légal », *Mises à jour en gynécologie obstétrique*, vol. 21, 3 décembre 1997, p. 213- 230.

- Sauvegrain Priscille, « Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? », *Spirale*, vol. 47, n° 3, 2008, p. 167- 178.
- Sauvegrain Priscille, *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Thèse de doctorat en Sociologie, sous la direction de Catherine Quiminal, Université Diderot - Paris VII, Paris, 2010, 428 p.
- Sauvegrain Priscille, « La santé maternelle des “Africaines” en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales* », vol. 28, n°2, 2012, p. 81-100.
- Sauvegrain Priscille, Carayol Marion, Ego Anne, Crenn-Hebert Catherine, Bucourt Martine et Zeitlin Jennifer, « Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis », *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, n°6-7, février 2015.
- Sauvegrain Priscille, Rico Berrocal Raquel et Zeitlin Jennifer, « Quelles sont les causes de la mortalité périnatale et infantile élevée en Seine-Saint-Denis ? Consultation des professionnels du département par un processus Delphi », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, accepté, à par, 2015.
- Sauvegrain Priscille et Zeitlin Jennifer, « Consultation des professionnels de Seine-Saint-Denis sur les causes de surmortalité infantile et périnatale observées dans le département, en amont d'un audit », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 62, n°S3, 2014, p. 79-80
- Scheidegger Suzanne et Vilain Annick, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Etudes et résultats*, n°552, 2007.
- Schütz Alfred, *L'Étranger. Un essai de psychologie sociale. Suivi de L'Homme qui rentre au pays*, Paris, Allia, 2003, 77 p.
- Soulié Charles, « Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans-abri à Paris », in Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion (dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal logés dans les années 1990*, Paris, PUF et INED, 2000, p. 211-225..
- Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara et Wiener Carolyn, *Social Organization of Medical Work. With a new introduction by Anselm L. Strauss*, New Brunswick (USA), Londres, Transaction Publishers, 1997.
- Strauss Anselm L., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992.
- Tronquois Philippe (éd.), *La santé, quel bilan ?*, *Cahiers français*, n°369, juillet 2012.
- Vassy Carine, « Travailler à l'hôpital en Europe: Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue Française de Sociologie*, vol. 40, n° 2, avril 1999, p. 325- 356.

