

Mémoire pour l'obtention du  
DIU Echographie gynécologique et obstétricale  
Parcours Port-Royal, 2016-2017

Université Paris - Descartes

**Améliorer l'accès aux échographies obstétricales  
de dépistage  
pour les femmes migrantes.**

**Propositions d'initiatives originales**

**Nicolas COURATIN**

Sage-femme

Né le 16 mai 1984 à Montreuil

**Sous la direction du Dr Jacques FAUCHER**

vice-président de l'Espace Bioéthique Aquitain

Chercheur en bioéthique

Médecin généraliste,

Prêtre catholique,

Docteur en médecine



## Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement le Dr Jacques Faucher.

Son attention, son expérience et sa curiosité ont su guider ma main et repousser mes doutes.  
Son aide précieuse et son soutien ont permis l'accouchement de ce travail.

Je les remercie pour m'avoir formé,

Aurore Galmiche et Nelly Duranceau sages-femmes échographistes au Centre Hospitalier de  
Fontenay Le Comte,

Le Dr Yvert Marianne radio-pédiatre au CPDPN de de la Maison de santé protestante de  
Bordeaux-Bagatelle.

Merci à Véronique Lambert pour sa relecture et ses conseils

Merci à Christine pour son soutien et sa relecture

Merci à Marion de m'avoir soutenu sans relâche

Merci à Anouck pour sa joie de vivre

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, en m'accueillant, en répondant à mes questions, en m'invitant à des rencontres :

Samia Maillé, sage-femme bénévole à Médecins du Monde (Mdm) à Bordeaux,

Fanny Bordeianu, médiatrice en santé, Mdm à Nantes,

Stéphanie Rosa, sage-femme de PMI et à l'UGOMPS à Nantes,

L'équipe du Dr Carton, à l'UGOMPS à Nantes,

Pauline Auzou, Sakina Bouali, sages-femmes, Dr Bruno Renevier chef de service, Dr Sarah Abramowicz à l'UAP du CHI André Grégoire à Montreuil,

Martine Blasquiz sage-femme coordinatrice, Brigitte Senty, sage-femme, PMI Bordeaux,

Dr Véronique Lambert échographiste, responsable du DAN, Dr Gabriel Carles chef de service, maternité CHOG Franck Joly, St Laurent du Maroni,

Anne-Sophie Bonnin, sage-femme échographiste, réseau périnatal Mayotte, Dr Sophie Bélec, échographiste responsable du DAN et du réseau périnatal REPEMA à Mayotte,

Estelle Gioan psychologue, Dr Claire Mestre psychiatre-psychothérapeute et anthropologue, Claire Morel-Jégo interne en psychiatrie, et toute l'équipe de Mana à Bordeaux,

Béatrice-Anne Baratchart, conseillère médicale pôle PPS, direction santé publique, ARS Nouvelle-Aquitaine,

Dr Elie Azria, Chef de Service Maternité Notre Dame de Bon Secours. Inserm UMR 1153 Equipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé). Centre de Recherche Epidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité. DHU Risques et Grossesse - Université Paris Descartes,

Dr Catherine Deneux-Tharoux, Chercheur épidémiologiste INSERM. Coordinatrice de l'axe «Morbidity maternelle sévère»,

Vanessa Machault, Chargée de mission, Espace de Réflexion Ethique d'Aquitaine,

Dr Candice ESTELLAT (MD, PhD) Responsable adjointe, centre de Pharmaco-épidémiologie de l'AP-HP, Unité de Recherche Clinique Département Biostatistique, Santé Publique et Information Médicale INSERM UMR 1123 ECEVE, Hôpitaux Universitaires Pitié Salpêtrière - Charles Foix,

Irène Meriaux, médecin généraliste, centre de santé communautaire marseillais,

Anne Festa, réseau Acsanté93, directrice

Pierre Micheletti, Professeur associé à l'IEP de Grenoble, responsable pédagogique du DU « santé solidarité précarité » à la faculté de médecine de Grenoble, président de la commission santé de l'UNIOPSS, ancien président de Médecins du Monde, auteur,

Hannebique Guillemette, médiatrice en santé, Mdm Lyon

## Sommaire

I.	Etat des lieux de l'accès aux échographies pour les femmes migrantes en France.....	2
A.	L'immigration dans le monde, en Europe, en France. ....	2
B.	Quels droits pour garantir l'accès aux soins ? .....	3
C.	Les femmes migrantes cumulent des vulnérabilités .....	5
D.	Les obstacles à l'accès aux soins et aux droits sont mis en jeu par les déterminants de santé.10	
II.	Enjeux et difficultés de la consultation d'échographie prénatale.....	15
A.	Les migrantes des patientes différentes : .....	15
B.	Le déroulement de l'examen.....	17
C.	Le système de santé comme contrainte .....	18
D.	La place des échographistes libéraux.....	19
III.	Comment améliorer l'accès des migrantes à l'échographie obstétricale ? .....	20
A.	L'interprétariat .....	20
B.	La médiation de santé un enjeu de santé publique .....	20
C.	Repenser les structures de soins. Quelques exemples de structures : Les unités d'accueil pluridisciplinaires.....	21
D.	Les outre-mer, un contexte sociale et géopolitique particulier, des initiatives innovantes .....	24
E.	Vers une PASS échographique ?.....	29
F.	A Bordeaux, un exemple de travail en réseau pour faciliter l'accès précoce aux soins.....	30
G.	La transmission des informations médicales et sociales.....	33
H.	Les politiques de soin, le rôle des institutions .....	34
I.	La formation .....	35
J.	La recherche .....	35
K.	Gynécologie sans frontières .....	35
IV.	Quel positionnement adopter dans la politique de santé et d'accueil des migrants ? Quel rôle donner au droit et à l'éthique ? .....	36
A.	La déontologie .....	36
1.	Ce que dit le code de déontologie de la sage-femme : .....	36
2.	Ce que dit le code de déontologie du médecin :.....	37
B.	Le Droit .....	37
C.	Egalité/équité .....	38
D.	Information loyale et choix éclairé :.....	38
E.	L'annonce d'une anomalie et le deuil .....	39
F.	L'altérité .....	39
G.	Le rapport au corps .....	40
H.	Se positionner par rapport aux politiques de santé.....	41

## Abréviations

ONG : Organisation non gouvernementale

MdM : Médecins du Monde, ONG médicale

PMI : Protection maternelle et infantile, service du conseil départemental

CHOG : Centre hospitalier de l'ouest guyanais

UAP : Unité d'accueil spécialisé

UGOMPS : Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale

GSF : gynécologie sans frontières

DAN : Diagnostic anténatal

CHAR : Centre hospitalier André Rosemond de Cayenne

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

PPAG : Petit poids pour l'âge gestationnel

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

CNDA : Cours Nationale du Droit d'asile

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

AŠAV : Association pour l'accueil des voyageurs

ASAMLA : Association santé migrants de Loire Atlantique

CASO : Centre d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde

NEF : Réseau périnatal naître dans l'est francilien

SA : Semaines d'aménorrhées

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

REPEMA : Réseau périnatal de Mayotte

PUMA : Protection maladie universelle (remplace CMU)

ALD : Affection longue durée

CMU-c : Complémentaire de la couverture maladie universelle

ACS : Aide à la complémentaire santé

AME : Aide médicale d'Etat

Glossaire d'après le guide du COMEDE 2015 [125]

Migrant : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient Français de naissance ou étrangers

Etranger : personne qui n'a pas la nationalité française

Exilé : terme évoquant notamment le caractère contraint de la situation de migration, et en particulier ses aspects psychologiques.

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951

Réfugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

Apatride : toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation

## **Introduction**

Depuis toujours nomade, l'homme a pour sa survie dû se déplacer pour rechercher de la nourriture, fuir le danger, trouver des conditions de vie plus saines.

Parti d'Afrique, homo erectus puis homo sapiens (avec des rencontres avec Neandertal) a colonisé toute la planète. L'être humain n'a depuis cessé de rencontrer ses pairs, se métisser, échanger. La génétique nous prouve que ces déplacements sont notre essence puisque le brassage est partout. [51-57]

Les motifs de migrations sont nombreux. Notamment, la faim, le climat, les conflits, les persécutions, la barbarie ont poussé des milliards d'humains à quitter leur foyer pour chercher une sécurité alimentaire, économique, sociale, politique. Partir est un arrachement à sa maison, sa famille, ses amis, son histoire et sa culture. Loin d'être un choix, c'est pour beaucoup une nécessité, une question de vie ou de mort.

Ces migrations ne cesseront jamais. Elles ont permis la diversité de la population française qui est riche de ses différences et de l'apport de ses nombreux points de vue. L'apport social, culturel, économique des migrations a été démontré. [64 ; 69 ; 109]

Situés sur le parcours ou à l'arrivée de leur périple les professionnels de la périnatalité accueillent chaque jour des femmes migrantes.

Les échographistes exerçant en France voient le nombre de leurs patientes originaires d'un autre pays augmenter sensiblement ces dernières années.

Les femmes migrantes rencontrent de multiples obstacles, et des études révèlent que le suivi de ces femmes est loin d'être optimal, que la morbidité périnatale de ces femmes et de leurs enfants est plus importante que celle de la population générale. [24 ; 25 ; 28]

A travers mon expérience professionnelle en métropole, à Mayotte et en Guyane, j'ai été confronté à la vulnérabilité des femmes enceintes et à la difficulté d'exercer dans des contextes médicaux, sociaux et géopolitiques différents. L'altérité, le positionnement professionnel, l'éthique personnelle deviennent des enjeux quotidiens. Ce parcours a nourri une réflexion qui m'a encouragé à traiter de cette problématique.

Dans ce mémoire, nous tâcherons dans un premier temps d'aborder le contexte des femmes enceintes migrantes en situation de précarité en France, et de montrer comment il joue un rôle clé dans l'accès aux échographies obstétricales.

Nous essaierons de passer en revue les problématiques liées au travail de l'échographiste qui accueille ces patientes.

Puis nous nous efforcerons de mettre en valeur quelques initiatives qui permettent d'améliorer l'accès des femmes migrantes à l'échographie obstétricale.

Enfin nous tenterons d'analyser le positionnement des échographistes confrontés au phénomène des migrations et de proposer des pistes de réflexions et d'améliorations de nos pratiques.

Notes : l'utilisation du féminin ou du masculin lorsque nous parlons d'un membre d'une profession est indifférent et ne constitue pas volontairement une discrimination envers un genre en particulier.

Pour illustrer mon travail, j'ai rencontré et/ou contacté des acteur(trice)s accompagnant les femmes enceintes migrantes. J'ai tenté ici de retransmettre fidèlement leurs propos et expériences. Mais mes écrits n'engagent que moi et les erreurs ou inexactitudes s'y trouvant ne seraient engager ces personnes et/ou leur institution.

## **I. Etat des lieux de l'accès aux échographies pour les femmes migrantes en France**

La situation des femmes enceintes migrantes en France est particulièrement préoccupante. Le contexte politique, l'accès aux droits et à la protection sociale impactent fortement l'accès aux échographies et aux soins périnataux.

### **A. L'immigration dans le monde, en Europe, en France.**

Pedro Kadivar la ressent ainsi : « J'entends le mot migration au sens d'un mouvement intérieur inattendu, un vacillement, une interruption, un saut, bref une altération dans le cours des pensées et des sentiments, dans la perception individuelle des choses, à la suite d'un déplacement géographique, d'une rencontre, d'une confrontation, provoquée donc par un mouvement extérieur. » [4]

Il est intéressant de rappeler qu'au 19<sup>ème</sup> siècle près de 60 millions de personnes ont quitté l'Europe. [70]

En 2015, selon le Haut-commissariat aux réfugiés des Nations Unies (UNHCR), au moins 63 millions de personnes ont été obligées de se déplacer à travers le monde. [63]

Les migrations dans le monde se font majoritairement entre pays « du sud ». [70]. Elles représentent 1 à 2 millions de personnes en Europe, et la proportion de femme est importante. Selon ONU Femmes dans une enquête réalisée en 2015 [105], elles représentent 42%, chiffre confirmé par Médecins du Monde dans ces différents centres d'accueil le long des routes migratoires. [62]

Il existe une part non négligeable des migrants qui échappent aux « radars » et qui ne sont pas pris en compte par les études épidémiologiques.

Les migrants et ainsi les femmes migrantes ne forment pas un groupe homogène car chaque personne a des motifs différents d'exil, un chemin de vie et un parcours migratoire singuliers. Ils diffèrent par leur statut administratif, leur statut social, leur niveau d'« éducation », leur origine géographique, leurs expériences.

On parle de demandeurs d'asile, de réfugiés, de personnes en situation régulière ou irrégulière, d'apatrides, d'étrangers, de migrants...

Pour notre propos nous ciblerons les femmes enceintes migrantes en situation de précarité.

#### **1. Le coût humain des migrations**

Il est difficile à estimer et selon les spécialistes sous-évalué.

L'Organisation Internationale des Migrations (OIM) estime que plus de 5400 personnes sont mortes ou ont été portées disparues sur la route de l'exil dans le monde dont au moins 3770 personnes en méditerranée. Ce chiffre s'accroît d'année en année. Rien que dans les 5 premiers mois de 2016, 3100 migrants ont perdu la vie. Entre Anjouan et Mayotte, 38 personnes sont mortes noyées en 2015. L'OIM estime à plus de 60.000 les décès durant les 20 dernières années. [59]

#### **2. Contexte des migrants en France**

La France a depuis toujours été une terre dite d'accueil et plus particulièrement depuis la décolonisation. Historiquement et majoritairement issus des pays qui ont été sous le joug de l'Empire colonial français, on observe depuis quelques années un accroissement considérable des processus migratoires en provenance des zones de conflits ou d'extrême pauvreté.

Selon les acteurs sur le terrain, la politique migratoire française est volontairement dure et vise à faire sentir aux migrants qu'ils ne sont pas les bienvenus [78]. L'accueil réservé par la société semble très négatif [95], malgré l'étude *Refugees Welcome Survey* d'Amnesty International réalisée dans 27 pays auprès de 27000 personnes en 2016, qui tend à prouver la volonté de solidarité dans les pays d'accueil [94]. En opposition à cela, la politique des états diverge. Les initiatives de solidarité sont peu reconnues, voire condamnées [76].

Il est utile de rappeler que les politiques nationales et internationales tentent de contenir un processus qui est un droit fondamental, un droit de l'Homme. [79]

Les Etats liberticides n'hésitent pas à confisquer ce droit en enfermant dans des camps des personnes dont des enfants et des femmes enceintes qui n'enfreignent aucune loi (sauf celles qui bafouent le droit international dont la convention internationale des droits de l'enfant et son article 37 [65]). Les harcèlements quotidiens des migrants par les forces de l'ordre interrogent sur le rôle des autorités. [80-83]

### **3. La liberté de circulation : un droit de l'homme**

Ainsi, la Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948 [11] signée par la France stipule dans l'article 13 que : « Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un Etat. Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays. » L'article 14 assure quant à lui le droit d'asile aux victimes de persécutions.

Comme le déclare le premier article de la déclaration universelle des droits de l'homme : « Les Hommes naissent libres et égaux en droits ». [11]

Cependant dans les faits, il existe des inégalités sociales de santé [71-73]. Les droits français, européen et international tentent de rendre effectif le droit à la santé en luttant contre les inégalités d'accès au soin et les discriminations.

### **B. Quels droits pour garantir l'accès aux soins ?**

La France a ratifié des textes internationaux et voté des lois pour garantir l'accès aux soins pour tous.

#### **1. La protection sociale et le droit à la santé dans les textes**

##### **a) Les Nations Unies**

La Déclaration universelle des droits de l'Homme et la Convention internationale des droits de l'enfant prévoient une protection sociale et un droit à la santé.

#### **Déclaration universelle des droits de l'Homme**

##### **Article 22**

« Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».

##### **Article 25**

« 1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins

médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté .

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale ».

#### Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 [65]

##### Article 24

« ... Assurer aux mères des soins prénataux et postnataux appropriés ».

##### b) Droit européen

Les articles 11, 12 et 13 de La Charte sociale européenne prévoit un accès à la santé, une protection sociale et un accès à une assistance sociale et médicale. [74]

Les articles 34 et 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne assure un droit à la protection sociale et à la santé. [75]

##### c) Droit français

Entre autres textes, le préambule de la 4<sup>ème</sup> constitution de la République française, intégré dans l'actuelle constitution, et la loi du 4 mars 2002 affirment le droit à une protection sociale et/ou garantissent le droit à la santé.

#### Préambule de la 4<sup>ème</sup> Constitution française du 27 octobre 1946 :

« 11. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». [84]

#### L'article L. 1110-1 du Code de la santé publique :

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et la meilleure sécurité sanitaire possible. » [43]

Ainsi, eu égard à ces textes fondateurs, la France a légiféré sur la protection sociale.

## **2. La protection sociale en France**

Le code de la sécurité sociale prévoit un arsenal de dispositifs permettant un accès aux soins pour tous. Selon leur situation administrative, les personnes peuvent prétendre au régime général, à l'aide à la complémentaire santé (ACS), la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), la prise en charge pour affection longue durée (ALD), et l'aide médicale d'Etat (AME). La reconnaissance d'un handicap ouvrant de nouveaux droits.

La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a mis en place la protection universelle maladie (PUMA) le 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les personnes qui travaillent ou vivent légalement et de façon continue en France [61]. Cette réforme renforce

la continuité de la protection sociale mais les règles administratives pour y accéder ont été restreintes.

Pour les personnes ne pouvant bénéficier de l'AME, comme les personnes en situation irrégulière ne pouvant justifier d'une domiciliation en France depuis au moins trois mois ou les personnes déboutées du droit d'asile, le droit prévoit le dispositif dit des soins urgents encadrés notamment par la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 [14].

Ce dispositif prévoit la prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) en outre-mer de tous les soins relatifs au suivi de la grossesse, incluant les échographies.

Les soins ne sont donc pas avancés par les femmes. Les soins et factures avancés par l'hôpital sont payés par la caisse de sécurité sociale.

Le droit prévoit une prise compte en urgence des demandes de protection sociale dans le cas d'une grossesse. Les témoignages que j'ai pu recueillir affirment que ce n'est pas souvent le cas. Certaines femmes peuvent attendre 3, 4 voire 5 mois avant que leur CMU (ancêtre de la PUMA) ou leur AME soit effective. Ce qui implique un retard dans l'accès aux échographies obstétricales.

Comme nous venons de le voir, les droits français, européen et international prévoient de garantir un accès pour tous aux soins.

Malheureusement dans les faits les personnes migrantes n'ont pas facilement accès aux droits, aux soins, et à la prévention. Cet état de fait participe de manière plus générale à l'accroissement des inégalités de santé en France et dans le monde. [6]

Ainsi, en 2011, MDM constate que seuls 14 % des adultes rencontrés dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) et 11 % des mineurs ont des droits ouverts alors que la grande majorité a des droits potentiels. [2]

En 2012, 32% des patients accueillis dans les CASO n'ont aucun droit.

En 2015, en Europe, 67,8% des femmes enceintes accueillies par MDM n'a aucune couverture maladie. [62]

A Mayotte, la PUMA, la CMU complémentaire et l'AME n'existent pas. Pour permettre aux femmes enceintes et aux mineurs d'avoir un accès aux soins, a été écrite l'ordonnance 2012-785 du 31 mai 2012 instaurant la gratuité des soins pour les mineurs et les enfants à naître (donc des femmes enceintes) sans condition d'urgence [40].

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 [15] réaffirme la place de la promotion de la santé et des soins de préventions. Elle défend l'accès aux soins pour tous. La CMUc pour Mayotte y est abordée mais pas légiférée, l'AME n'est pas à l'ordre du jour pour Mayotte.

Après avoir abordé la protection sociale, nous allons nous pencher sur la santé des femmes enceintes migrantes.

### **C. Les femmes migrantes cumulent des vulnérabilités**

Une grande partie des femmes migrantes est vulnérable car elle est confrontée quotidiennement à des difficultés qui souvent s'accumulent, s'intriquent. 96% des femmes reçues par MDM en 2015 étaient étrangères. [164] Elles peuvent rencontrer plusieurs précarités, ou vulnérabilités qui vont devenir des obstacles à l'accès aux soins et aux droits. Leur condition de femme et encore plus de femme enceinte les exposent tout particulièrement et notamment aux violences.

## 1. La santé des femmes migrantes

### a) Problèmes liés à la précarité en général [2 ; 8 ; 125]

Les conditions de vie extrême et la promiscuité rendent ces populations plus vulnérables aux infections respiratoires (dont la tuberculose), aux dermatoses dont la gale et viroses, aux pathologies digestives. Les accidents fréquents et les violences provoquent des traumatismes du fait des tentatives de passages dans les camions, les trains : fractures, lésions, déchirements musculaires.

Les maladies chroniques et la mauvaise santé bucco-dentaire sont liées ou aggravées par les conditions de vie précaires et l'éloignement du système de soin.

MdM a pu observer un faible taux de vaccination chez les populations roms, inférieur à 40% en 2010, puis lors d'une autre enquête en 2010-2011 avec notamment 50% de vaccination contre le ROR dans un contexte de risque épidémique réel.

La grande précarité contribue à l'aggravation des pathologies et rend difficile l'accès aux soins. L'accès au logement, à la nourriture, aux vêtements est très difficile notamment à cause des expulsions répétées, au vol par les autorités des couvertures, chaussures même en plein hiver. [80-83] Ces difficultés aggravent l'état de santé de ces personnes.

A cette vulnérabilité s'ajoutent les violences subies dans leurs pays d'origine et sur tout leur parcours.

### b) Les violences subies par les femmes migrantes

Les migrants subissent des violences liées aux forces de l'ordre, aux tensions entre communautés, aux passeurs, et aux petits groupes extrémistes qui viennent faire des « ratonnades » dans les campements.

Mais à ces violences que subissent tous les migrants s'ajoutent les violences liées au genre.

L'OMS estime que dans le monde, « 35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre à un moment de leur vie » [60] Beaucoup de femmes sont victimes de violences liées au genre dans leur pays d'origine mais aussi sur leur parcours de migration et dans le pays d'arrivée. Selon l'ONU Femmes un grand nombre de femmes a vécu des atteintes à leurs droits : des bombardements contre des zones habitées par des civils, des meurtres ou des disparitions de membres de leur famille, des violences sexuelles et liées au genre, des restrictions d'accès à la nourriture, à l'eau, à l'électricité, des destructions de leur maison et de leurs conditions de vie. Elles ont subies de nombreux déplacements, des abus, des exploitations, des viols, des tortures. [105]

En France, beaucoup sont victimes de violences physiques, psychiques, économiques, administratives (confiscation des papiers), et sexuelles, des mutilations.

Ces violences ont des effets désastreux sur la santé des femmes mais aussi sur leurs enfants, et bébés à naître.

### c) La santé mentale des femmes exilées

Les conditions d'accueil dans les pays « hôte » et les parcours de vie impactent particulièrement la santé psychique des migrants.

### L'impact du logement

Nous le verrons dans un chapitre suivant, le logement est un des déterminants de l'accès aux soins des femmes migrantes. Cette exclusion entraîne de la souffrance psychique. Selon l'observatoire du Samu social de Paris dans l'étude SAMENTA, un tiers des personnes sans domicile fixe souffrent de maladies psychiatriques graves comme les troubles psychotiques, les troubles dépressifs, les troubles anxieux généralisés... [5] Le risque de suicide est aussi plus marqué chez les populations sans domicile. [145]

### Les réfugiées traumatisées [119 ; 158]

Les femmes qui ont vécu des répressions politiques, des traumatismes vivent des souffrances gravissimes. Beaucoup présentent des syndromes post traumatiques. Elles n'ont pas de demandes, souffrent en silence. L'observation fine permet de dépister des mimiques, un visage figé... Ces femmes ne sont plus les mêmes. Elles ont des problématiques de mémoire, de concentration, fond des cauchemars... L'accueil des nouveau-nés dans ce contexte sera très difficile et nécessitera une aide attentive et contenante.

### Les déboutés du droit d'asile

Plus de 50.000 personnes ont été déboutées du droit d'asile en France en 2016. [162]

Ces personnes qui ont supporté des périodes sur des mois, voire des années dans des conditions extrêmes ont investi psychiquement le but de leur parcours : la protection du droit d'asile, encadrée par la convention de Genève [19].

Ces personnes qui ont vécu des traumatismes graves n'ont pas toujours la capacité de tenir un discours précis sur leur vécu. Lors des convocations à l'OFPRA ou à la CNDA c'est la suspicion qui domine. Les associations tentent d'aider les personnes à travailler leur discours pour qu'ils puissent convaincre de la véracité de leur vécu. Dans une grande proportion, elles se voient brutalement refuser ce droit. Après ce qu'elles ont vécu, elles ne peuvent repartir. Leur retour serait insupportable. Elles errent en subissant l'injustice, la violence, la répression, sans protection car sans droit. Il arrive parfois que des femmes demandeuses d'asile ne puissent se rendre aux convocations car elles viennent d'accoucher et qui sont déboutées par incompréhension de l'administration, négligence, malveillance.

### Etre mère en exil [119 ; 145]

La « barrière de la langue », l'isolement, les politiques de répression administratives et policières, le sentiment de déqualification sociale, rendent ces femmes encore plus vulnérables lorsqu'elles sont enceintes et génèrent angoisse, tristesse, découragement, sentiment de détresse.

Une part non négligeable des femmes enceintes migrantes le sont après un viol. Se projeter en tant que future mère est rendu très difficile dans ce contexte. Imaginer son enfant demande un travail psychique intense. Et les troubles peuvent apparaître pendant la grossesse mais aussi à la naissance.

A l'inverse de la protection offerte par le groupe lors d'un événement marquant, l'isolement et l'acculturation fragilise la mère qui va accoucher. La prévention pour ces futures mères est cruciale pour prévenir des troubles de l'attachement, l'apparition de dépression postnatale voire de décompensation comme la psychose puerpérale.

### Impact de la souffrance maternelle sur la santé des bébés

Le stress subi par la mère durant sa grossesse et dans les premiers jours de vie a des impacts délétères sur le développement du cerveau des enfants. Il diminue la neurogénèse, affecte le développement des circuits neuronaux, la plasticité cérébrale et peut provoquer la destruction de neurones dans des structures comme le cortex préfrontal, l'hippocampe, le corps calleux et le cervelet. [96-103].

La migration a également un impact direct sur la santé psychique des enfants. [156]

Les addictions sont également plus fréquentes chez les migrants en précarité. [145]

La migration est un arrachement à sa famille. Tous les migrants, même ceux qui émigrent dans des conditions dignes vivent un bouleversement.

Les traumatismes psychiques sont fréquents et s'associent aux nombreuses violences subies par les migrants.

Parent pauvre des politiques publiques, la situation inquiétante de la psychiatrie en France est marqueur du peu de place laissée aux personnes en situation de précarité. Les conditions de vie extrêmes et les traumatismes vécus par les femmes migrantes rendent les services de psychiatrie en périnatalité, les équipes mobiles de psychiatrie et les CMP, des partenaires incontournables dans la prise en charge.

Malheureusement, le manque de moyens implique que l'offre de soin est trop peu accessible malgré les PASS psychiatrie, et les associations comme MdM.

L'accès à la santé sexuelle et reproductive est un enjeu majeur pour ces femmes.

#### d) La santé sexuelle et reproductive

Les grossesses non-désirées sont très nombreuses. L'accès à une contraception et à l'IVG est une des principales demandes des femmes consultant au COMEDE et chez MdM. [8; 125]

La prise en charge des soins et hospitalisations concernant l'IVG sont garantis par le dispositif des soins urgents [14]. Dans les faits certains établissements n'assument pas cette responsabilité.

Après avoir évoqué les problématiques de santé rencontrées par les femmes migrantes nous allons nous concentrer sur la question de la périnatalité chez les femmes migrantes.

## **2. La grossesse chez les femmes migrantes**

Les femmes migrantes nous l'avons vu sont confrontées à l'isolement, la déqualification sociale, le rejet de la société d'accueil qui aggravent la vulnérabilité liée à la grossesse. Cette une période à risque pour ces femmes qui nécessite un accompagnement bienveillant.

Le COMEDE a réalisé une étude rétrospective de 2012 à 2013 sur les dossiers médico-psychologiques des femmes au cours de leur grossesse. Ces chiffres proviennent de l'intervention « Avoir un enfant en situation de migration : grossesses et naissances dans la clinique de l'exil » de Laure Wolmark du COMEDE lors de la journée scientifique « La grossesse à l'épreuve des migrations ». [27]

Parmi les 173 femmes enceintes reçues en 2012-2013 au COMEDE, 24% étaient enceinte à la suite d'un viol, 51% avaient subi des violences, et 7% des tortures. 20% de ces femmes sont sans abris : 12% sont hébergées de manière sporadique par le SAMU social, 6% sont à la rue et 2% en squat. Seules 3% des femmes enceintes reçues déclaraient avoir un chez-soi. 69% d'entre elles n'ont aucune famille en France, 63% n'ont aucun soutien du père, 23% ne parlent ni Français ni anglais. Pour les femmes reçues après les trois premiers mois de grossesse, plus de

la moitié n'a pas pu avoir d'échographie du premier trimestre. MmM reçoit de plus en plus de femmes mineures enceintes dans ses CASO. [164]

Les grossesses des femmes migrantes sont régulièrement associées à des facteurs de risque, des pathologies.

a) Comorbidité

Les pathologies compliquant les grossesses des femmes migrantes les plus retrouvées sont : le Diabète (type 2 et gestationnel), les infections (VIH, VHB, VHC), l'obésité, des cardiopathies, les pathologies vasculaires : HTA, la drépanocytose. [27 ; 125]

L'OMS en 2015 estime qu'environ 1,6 % de tous les décès maternels survenus dans le monde sont des décès indirects liés au sida. Cela représente 2% en Afrique Sub-Saharienne [108].

Selon MmM en 2015 et en Europe, seules 42,3 % des femmes enceintes déclarent avoir été dépistées pour le VIH, 48,1 % pour le VHB et 42,9 % pour, le VHC. Seules 42,7 % des femmes enceintes savent où aller se faire dépister.

L'accès aux soins et au dépistage précoce du VIH est très difficile. Des populations comme les femmes d'Afrique Sub-Saharienne y sont particulièrement exposées.

D'autres pathologies liées aux origines géographiques, aux pays traversés pendant l'exil, peuvent avoir un impact maternel et/ou fœtal. Certaines pathologies sont liées aux épidémies ou endémies présentes dans les régions d'origine de ces femmes ou sur leur parcours migratoire comme par exemple les arboviroses (dengue [137-139], zika [143; 144], chikungunya, fièvre jaune...), les parasitoses (paludisme [142], toxoplasmose amazonienne...), mais aussi aux conditions de vie, à l'environnement : intoxications au plomb ou au mercure, Beri-beri. [154]

Elles peuvent également être liées à des habitudes, des rites culturels comme la géophagie à kaolin qui entraîne des malabsorptions, des anémies par carence martiale sévère avec des concentrations plasmatiques et urinaires en aluminium élevées et des conséquences potentielles sur le fœtus. [140 ; 141]

Ces particularités difficiles à dépister, doivent être connues ou recherchées par l'échographiste pour orienter son examen et le suivi ultérieur.

Les femmes enceintes vulnérables sont exposées à des risques périnataux.

b) Morbimortalité périnatale [32. 72 ; 157]

Les études montrent qu'il y a plus de prématurité chez les femmes en situation de précarité [114]. Mais aussi que les inégalités face à la mortalité périnatale sont très liées à la nationalité étrangère des parents. [157] Elles montrent également une plus grande prévalence de PPAG, RCIU, et petits poids de naissance. [160] La mortalité périnatale est plus élevée en Ile de France et dans les départements d'outre-mer, ce qui est associé à la plus grande précarité des mères [26 ; 32]. Cette mortalité périnatale est associée à une augmentation de la morbidité maternelle.

c) Une plus forte mortalité maternelle chez les femmes migrantes :

La mortalité maternelle représente en France environ 9 à 10/100.000 naissances. Elle est double pour les femmes migrantes [25]

Dans une méta-analyse de 2014, de Pedersen et al. [24], les auteurs retrouvent un risque relatif (RR) de 2 en défaveur des femmes nées à l'étranger comparé au risque des femmes nées dans le pays d'origine. Et ce, malgré l'hétérogénéité du groupe dit des femmes migrantes.

En France, d'après les données 1996-2001 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [28] ce risque est augmenté de 2,5 puis de 2 après ajustements. Les données 2010-2012 issues d'une RMM pour 100.000 naissances provenant de l'ENCMM prochainement publiée (confiées par le Dr Deneux-Tharoux lors du colloque « La grossesse à l'épreuve des migrations » du 9 juin 2017 [27]) confirme ce sur-risque relatif de 2.

d) Une morbidité maternelle sévère (MMS) également plus élevée

De la même façon les études tendent à montrer qu'il existe un risque relatif plus élevé de morbidité maternelle sévère mais c'est plus particulièrement le sous-groupe des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne (ASS) qui apparaît plus à risque et ce qu'elle que soit la définition de la morbidité maternelle sévère qui diffère selon les études. [28-30]. Ce risque est multiplié parfois jusqu'à 6 dans les données de l'ENCMM de 1996-2001[28] pour ce groupe de femmes. En 2010-2012 le sur-risque est dominé par les femmes Haïtiennes avec un OR à 3,4.

Les femmes migrantes originaires d'Afrique sub-saharienne apparaissent régulièrement comme plus à risque de pathologies hypertensives graves durant la grossesse mais cette prédisposition doit être plus documentée.

Pour quelles raisons ces femmes sont-elles plus à risque de complications graves ?

Les données manquent encore dans ce domaine mais certains auteurs tendent vers des explications convergentes. L'étude EPINOMS réalisée dans 6 régions françaises en 2013 et dont les résultats ne sont pas encore publiés [27] a voulu identifier les raisons de ce sur-risque pour les femmes originaires d'ASS. Les auteurs ont pu identifier une pathologie particulière le sepsis sévère dont le sur-risque d'apparition chez ces femmes pourrait résulter d'une surveillance prénatale inadéquate. (Stewart et al. manuscrit en préparation).

**D. Les obstacles à l'accès aux soins et aux droits sont mis en jeu par les déterminants de santé.**

Il existe en France comme dans le reste du monde des inégalités sociales de santé. Elles sont liées à une injustice sociale, une inéquité en santé. [71-73]

Il existe un gradient social qui implique une moins bonne espérance de vie en bonne santé pour une classe sociale par rapport à une autre immédiatement supérieure. Elles sont liées à des facteurs multiples qui peuvent s'additionner : les déterminants de santé.

Cette inéquité est particulièrement présente chez des personnes en situation de précarité.

Ce terme de précarité a été défini par le père Joseph Wresinski, un des fondateurs d'ATD ¼ monde, dans un rapport intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » pour le Conseil économique et social dont il fit partie, et qui fut adopté le 11 février 1987. [92]

Dans les propositions de la Fédération hospitalière de France et de Médecins du Monde pour améliorer la prise en charge des personnes vulnérables dans le système de santé [6], les auteurs préfèrent parler de vulnérabilité plutôt que de précarité.

Ils la définissent ainsi : « la vulnérabilité traduit l'absence d'une ou de plusieurs sécurité(s) pour des personnes qui présentent une ou plusieurs difficultés : accès au logement, accès à l'emploi, insuffisance des revenus, statut pour les personnes en demande d'asile, etc. La vulnérabilité doit être étudiée comme un processus dynamique dans lequel l'impossibilité d'accéder à certains

droits ou services fait courir le risque d'une dégradation de la situation sociale et d'une désaffiliation pour les personnes concernées ».

Dans l'étude de cohorte PreCARE [88], les auteurs ont élaboré des critères plus fins et plus proches des conditions de vie des femmes enceintes en s'appuyant sur un score de vulnérabilité des femmes enceintes défini dans l'ENCMM [91]. Ils mettent en avant l'isolement social, le manque de ressources, l'absence de protection sociale, l'absence de logement stable.

Des structures comme le réseau Acsanté93 utilisent le score EPICES [134] pour évaluer les conditions de vie en précarité et pour induire une prise en charge pluridisciplinaire, une continuité par la coordination des soins et des démarches sociales, et en soutenant les femmes.

Les situations des migrants sont diverses mais une grande partie de ceux qui constituent les grandes vagues migratoires actuelles vers l'Europe vivent dans des situations d'extrême précarité.

Ces déterminants vont influencer l'accès aux soins et donc aux échographies pour les femmes enceintes migrantes. Nous développerons ceux qui sont les plus fréquemment retrouvés et qui impactent le plus la santé des femmes enceintes migrantes vulnérables.

### **1. Le logement**

C'est l'une des problématiques principales des femmes migrantes.

A ce jour un quart des sans domicile sont de nationalité étrangère en France. Près de deux sur cinq sont des femmes [françaises et étrangères] [145]

Beaucoup de femmes migrantes se retrouvent seules ou avec leurs enfants dans la rue ou hébergées avec contrepartie. [119]

Cette situation les expose à des violences et une précarité psychique mais également à des pathologies psychiatriques.

Trouver un logement devient une préoccupation principale qui mobilise une grande énergie et influe sur la charge mentale de ces femmes. Cette mobilisation bloque les autres actions comme le recours aux soins.

### **2. L'emploi/Le revenu/les ressources économiques**

Pour la grande majorité des femmes migrantes, l'accès à un emploi et/ou à un revenu décent est très difficile. Il est conditionné par le statut administratif mais également par le respect du droit des travailleurs étrangers.

Par manque de solutions pour trouver des ressources, parce qu'elles n'arrivent pas à accéder à un emploi ou parce qu'elles ont été prises dans l'étau d'un réseau qui les exploite, des femmes se prostituent.

### **3. L'isolement :**

Protégeant contre les aléas de la vie, le tissu social est de plusieurs natures : les liens de filiation, les amis et voisins (participation élective), l'école et le travail (participation organique), la citoyenneté.

L'isolement est une réalité pour de plus en plus de femmes migrantes qu'elles soient enceintes ou non avec ou sans enfant. Selon MdM en 2015 et en Europe, 35,8% des femmes enceintes rencontrées par l'association sont isolées : 16,9% ne peuvent compter sur personne et 18,9% le

peuvent dans de rares cas [62] En France en 2015, 66% des femmes reçues par MdM vivent seules. [164]

C'est particulièrement inquiétant car l'isolement a des conséquences très néfastes sur la santé psychique et rend les femmes enceintes particulièrement vulnérable. [119]

#### **4. Non recours aux soins**

Il existe une usure, l'état de santé se dégrade progressivement. Le non-recours augmente avec la précarité.

Dans le renoncement, l'intention de consultation n'aboutit pas, la temporalité devient un problème, il devient difficile de se rendre à un rendez-vous.

La personne est rétractée sur elle-même, incapable d'émettre un souhait, il n'y a pas de désir et sortir de cette situation passe par un long parcours.

#### **5. Les transports et la restriction des déplacements :**

Par manque de moyens financiers, d'offres de transport ou par peur de la police certaines femmes renonce à leurs soins.

Selon Médecins du Monde, en 2015, en Europe 58,7% des femmes enceintes en situation irrégulière limitent leurs déplacements de peur d'être arrêtées. Lorsque celles-ci consentent à se déplacer c'est pour rechercher de la nourriture et un abri, avant les soins. [62]

En Guyane, depuis 2007, des barrages permanents donc illégaux situés sur les seules routes qui relient l'ouest et l'est du département à Cayenne font obstacle aux soins des personnes « sans papiers » qui nécessitent des soins spécialisés.

#### **6. La répression policière : le témoignage des associations**

[2] MdM dénonce les évacuations répétées des lieux de vie sans alternative au relogement qui entraînent des ruptures de soins, de scolarisation et constituent de fait des obstacles à l'accès aux droits et aux soins. C'est catastrophique en termes de santé individuelle et de santé publique.

Le harcèlement est délibéré. Le but étant de faire sentir aux migrants qu'ils ne sont pas les bienvenus.

Il vise les migrants eux-mêmes, les associations et particuliers qui les aident. Les forces de l'ordre détruisent également le matériel donné par les associations comme les duvets, les tentes, les couvertures. La violence va même jusqu'à confisquer les chaussures et les couvertures des migrants en pleine nuit en hiver. [80 - 83]

MdM recommande de faire appliquer le volet « prévention des démantèlements de campements illicites » de la circulaire interministérielle du 26 août 2012. [2]

Cette circulaire prévoit d'anticiper l'expulsion par des mesures respectant la dignité des personnes : « ... Cela suppose, dans une logique d'anticipation et d'individualisation, l'établissement, chaque fois que possible, d'un diagnostic et la recherche de solutions d'accompagnement, dans les différents domaines concourant à l'insertion des personnes (scolarisation, santé, emploi, logement/mise à l'abri...) ». [45]

En ce moment, ce dispositif est contourné dans certaines régions par des arrêtés de péril qui bien souvent ne respectent pas l'esprit de la circulaire. [2]

On peut citer aussi les expulsions illégales, les mesures exceptionnelles réservées aux départements d'outre-mer, l'interprétation liberticide due à l'Etat d'urgence, le déchirement des papiers, le forçage des maisons, les expulsions de mineurs seuls,...

## **7. Obstacles administratifs**

Selon MdM [2], pour accéder à l'aide médicale d'Etat (AME), il faut justifier de domiciliation alors que 82 % des roms-migrants ne disposent pas d'adresse postale, 17 % seulement ont une domiciliation administrative. Il faut maîtriser la langue pour remplir les dossiers. Il y a parfois des pièces abusives qui sont demandées dans certaines préfectures.

En 2015, seulement 3% des femmes enceintes (96% de migrantes) avaient des droits ouverts à la sécurité sociale. [164]

Il peut exister également des discriminations des fonctionnaires des institutions comme les préfectures ou les CPAM qui de manière abusive et illégale font obstacle aux droits des personnes. [86]

La loi française permet aux femmes migrantes qui se séparent d'un conjoint violent de conserver leur titre de séjour. Elles ne peuvent être expulsées au motif d'une séparation si celle-ci est la conséquence de violences de couple. (Art. L313-12 du CESEDA [106]).

Le planning familial a pu constater que dans les faits ce droit n'était pas garanti. Ces femmes très vulnérables, qui deviennent illégalement expulsables parce qu'elles « osent » s'extraire de leur calvaire conjugal, font face au chômage, à l'isolement. La peur d'être expulsées les empêchent de témoigner et de venir porter plainte au commissariat [107]

Le COMEDE et le GISTI ont élaboré un recueil des textes internationaux opposable au droit français à destination des juristes pour faire valoir les droits à une protection sociale selon les situations administratives. [35]

Professionnel(le)s incontournables pour permettre l'accès aux droits, les assistant(e)s sociales(aux) ont et doivent avoir une très bonne connaissance du Droit. Il est important de noter que les dispositifs d'aide, leurs conditions d'accès et les justificatifs demandés évoluent sans arrêt. Pour aider les personnes dans leur singularité, elles (ils) travaillent à plusieurs, s'intéressent à chaque sphère disciplinaire pour élaborer un projet de soin.

## **8. La langue**

La « barrière de la langue » est identifiée par tous comme l'obstacle le plus souvent rencontré pour l'accès aux droits et aux soins. L'interprétariat est identifié comme crucial mais est aussi sous-employé.

## **9. La connaissance du système de soins et du suivi de grossesse :**

[2] MdM note que les personnes accueillies ont une méconnaissance des structures de soins et qu'il existe une insuffisance des dispositifs de droit commun tels que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces dernières ne sont pas toutes opérationnelles et en nombre insuffisant.

Selon l'étude RÉMI, 40% des femmes d'origine étrangère d'Ile de France ont une méconnaissance des examens de dépistage et de diagnostic de la trisomie 21 en prénatal. [1]

## **10. Le rôle du système de soin :**

### **a) Une inégalité de traitement envers les femmes enceintes migrantes**

Les données française [28 ; 32] mais aussi des études européennes [31] tendent à prouver qu'il y aurait des soins différenciés dans le dépistage et la prise en charge de complications graves de la grossesse selon l'origine des femmes. Contrairement à l'a priori fréquent, ce n'est pas

l'observance des femmes mais les soins qui interviennent : des diagnostics non-faits, des traitements et des prises en charge inadéquats.

Les données à notre disposition sont antérieures à la crise humanitaire actuelle mais sont tout de même préoccupantes.

Chez les femmes de Seine St Denis dont une part importante est d'origine étrangère, on observe un défaut d'information concernant le dépistage et le diagnostic de T21. Il arrive parfois que les femmes ne savent pas si elles en ont été informées ou si l'examen a été réalisé [1]

#### b) Les stigmatisations, stéréotypes et discriminations

Malheureusement, les femmes migrantes sont exposées régulièrement à des discriminations ou des attitudes non-professionnelles qui les empêchent de bénéficier de soins optimaux. [19 ; 22] Ces préjugés touchent de manière générale toutes les personnes en situation de précarité. Il est intéressant de rappeler l'étude d'ATD ¼ Monde publiée le 16 octobre 2014, qui révèle que 97% des français ont au moins un préjugé sur la pauvreté. [18]

Dans « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes migrantes » dans trois maternités franciliennes. [23] Alexandra Nacu, nous montrent comment les soignants ont recours à des catégorisations culturalistes envers les femmes migrantes. Ces catégorisations sont mises en avant pour justifier la non-adhésion, la non-observance des femmes et tenter de les soumettre à l'autorité des soignants. Elles tentent également de rendre ces femmes responsables du dysfonctionnement du système de soin.

Dans l'étude « malade étranger dans la relation de soin » [19], les auteures au lieu de parler de stéréotypes qui font référence à des « représentations générales d'ordre social » parlent de figures qui associent le social et l'intime, propre à chaque soignant. Qu'elles soient positives comme par exemple : « les femmes africaines accouchent bien », ou négatives : « les femmes étrangères sont enceintes pour les papiers », elles influencent la relation soignant et peuvent entraver le soin.

Une étude a prouvé que les discriminations raciales diminuaient l'immunité cellulaire et augmentaient les récurrences d'infections à EBV. [163]

Comme le rappelle le Dr Véronique Lambert, médecin échographiste à St Laurent du Maroni, l'accès aux soins de la population générale en Guyane pose problème. Les soignants qui arrivent très difficilement à obtenir des rendez-vous et qui, par non application du tiers-payant se voient obligés d'avancer les frais de leurs soins peuvent être tentés de limiter l'accès aux soins et aux droits des étrangers.

En Guyane, et en particulier à St Laurent du Maroni, la pression démographique est très importante, l'accès aux soins est un enjeu, plus qu'ailleurs, politique, soumis à la contrainte sociale.

A Mayotte, l'immigration est un sujet qui peut enflammer les foules et le positionnement des professionnels et des institutions se heurtent entre eux, et surtout à une partie de la population mahoraise.

La différence de traitement des populations d'outre-mer par rapport à la métropole et les grandes difficultés sociales, d'accès à l'emploi, aux soins, à l'éducation, aux droits en général participent à l'émergence de stigmatisations des populations immigrées.

Il arrive aussi que le dispositif de prise en charge fonctionne bien mais que les professionnels se restreignent à les utiliser. [68]

## **11. Le refus de soin et entravent aux droits du patient :**

Un tiers des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) se sont vus refuser les soins par un professionnel de santé. [7]

Le refus de soin est interdit par l'article Article L1110-3 du code de la santé publique. [44]

D'autre part, Il m'a été rapporté que des patientes ne pouvant régler leur échographie en cabinet libéral se voient refuser le droit à leur compte-rendu. L'article L1111-7 du code de la santé publique déclare que : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation,... ». [46].

### **a) Accès à l'échographie non-optimal**

Les soins sous-optimaux envers les femmes migrantes ont été relevés dans de multiples études de par le monde et l'accès à l'échographie en fait partie.

Dans l'étude RÉMI [1 ; 33; 34], les auteurs ont pu montrer que 25,6% des femmes d'origine étrangère (contre 18% des femmes de Seine St Denis ,12% en Ile de France) avaient un suivi prénatal insuffisant c'est-à-dire une déclaration de grossesse au 2<sup>ème</sup> ou au 3<sup>ème</sup> trimestre et/ou un nombre d'échographies inférieur à trois et/ou un nombre de consultations insuffisant par rapport au terme à l'accouchement.

Nous le relevons une nouvelle fois, l'information concernant le dépistage de la trisomie 21 et sa mise en œuvre font défaut [112 ; 159] alors que cette information doit être délivrée. [13]

L'accès à l'échographie est soumis aux déterminants de santé que nous avons énumérés précédemment. Cependant des obstacles supplémentaires viennent s'y ajouter et impacteront la consultation d'échographie.

## **II. Enjeux et difficultés de la consultation d'échographie prénatale**

Accueillir une patiente migrante en consultation d'échographie peut confronter le professionnel à plusieurs obstacles. Les femmes migrantes, nous l'avons vu, n'ont pas les mêmes armes que la majorité des femmes françaises pour aborder leur suivi de grossesse.

### **A. Les migrantes des patientes différentes :**

Les femmes migrantes font face à des difficultés nombreuses. Elles ont des singularités qui peuvent rendre le travail de l'échographiste plus complexe. Elles peuvent être allophones, avoir des pathologies particulières, des références concernant le suivi de grossesse différent.

Elles ont également des représentations, des notions entre normal et pathologique qui peuvent diverger, un rapport à leur corps et au handicap également différent.

#### **1. La représentation de l'échographie**

Même si la majorité des femmes font confiance à la médecine occidentale. Les représentations peuvent être différentes. [127-129]. Le fait d'avoir accès à l'intérieur du corps, « voir » l'enfant à naître peut impliquer chez certaines femmes que des mauvaises forces s'emparent de l'enfant, de son âme. [146]

L'échographie devient pour elles un danger potentiel pour l'issue de la grossesse et la santé de leur enfant.

D'autres femmes ne font pas le lien facilement entre ce qu'elles voient sur l'écran et une anomalie potentielle sur leur enfant. Certaines femmes n'ont pas ou peu de notion d'anatomie ou de physiologie et le discours de l'échographiste, s'il n'est pas adapté, ne sera pas compris. Ignorer ces représentations peut nuire à la relation de confiance entre la femme, son couple, sa famille et le professionnel.

## **2. La reconnaissance de l'échographie par les femmes :**

Les sociétés occidentales bénéficient d'une médecine de pointe basée sur la preuve (*evidence based medicine*) et portée par les avancées technologiques. L'offre de soins, au-delà de l'obligation de moyen tend vers une sécurité maximale.

Ce suivi de qualité proposé en France n'est malheureusement pas généralisé dans le monde. Certaines personnes ne ressentent pas la nécessité de l'examen échographique durant la grossesse. Leurs connaissances dans le suivi de grossesse français est souvent faible et peut être difficile à appréhender. L'issue de la grossesse peut être perçue comme ne dépendant pas des soins extérieurs mais procédant d'autres forces ou de médecines différentes. [128 ; 129]

## **3. Le recours aux soins tardif**

On observe chez une grande partie des femmes migrantes, un recours tardif aux soins et des grossesses peu, mal ou non suivies. Avec pour ses femmes un recours aux urgences plus fréquent et parfois plus facile par manque de repères. [2]

Les situations de précarité ont un impact négatif démontré à Paris sur le dépistage anténatal [115] En 2015, 43% des femmes enceintes reçues chez MdM avaient un retard de suivi de grossesse. [164]

Accueillir une femme en urgence n'est alors pas facile et n'implique pas forcément une prise en charge optimale. Nous citerons l'exemple caricatural mais redondant dans les maternités : dans le « *rush* » des urgences, à 3h du matin, l'échographiste (interne, obstétricien, ou sage-femme) qui réalise l'examen, par manque de temps, d'énergie, de motivation, ne prend pas toujours la peine de faire un examen complet, appliqué, irrémédiablement chronophage.

## **4. La rupture de soin**

Le suivi de grossesse des femmes migrantes est souvent marqué par une rupture de soins, une mobilité au sein des structures de par leurs difficultés à pouvoir jouir d'un logement sûr et fixe. L'accès au dispositif de soin peut être rendu difficile par la difficulté de trouver un moyen de transport lorsqu'on habite une région isolée ou que l'on manque de ressources financières.

Le suivi est difficile et les informations précieuses recueillies peuvent être perdues.

## **5. La non-observance et la non-compliance**

Les femmes migrantes n'ont pas les armes pour faire valoir leurs choix. Ne pas observer ce que le soignant leur demande de faire peut être pour la personne une stratégie de recherche de maîtrise de leur vie, elles ont un choix. Même si c'est une stratégie par défaut qui ne permet pas d'influencer les pratiques des soignants dans le sens souhaité pour elles. [23]

Pour certaines femmes, la médecine occidentale rationnelle est un des moyens qui permet d'accompagner la naissance d'un enfant en bonne santé. Un guérisseur aura une part non négligeable dans le vécu de la grossesse et ne pas en tenir compte serait aller contre la personne.

## **B. Le déroulement de l'examen**

La barrière de la langue, la difficulté de communiquer implique que l'interrogatoire, la délivrance de l'information, l'annonce d'une anomalie, et l'orientation pour la suite du suivi seront considérablement impactés.

### **1. Les difficultés de l'interrogatoire :**

L'interrogatoire est incontournable dans toute démarche clinique.

Il permet notamment d'identifier les antécédents maternels, héréditaires et familiaux, les pathologies maternelles, facteurs de risque, et les symptômes pouvant orienter l'examen de dépistage.

Malheureusement, si la patiente n'est pas francophone, ou si le consultant ne parle pas sa langue, la fameuse « barrière de la langue » s'érige.

Dans certains services, un collègue peut être appelé si par chance il est bilingue, un membre de la famille, de la communauté, un logiciel de traduction en ligne perfectible peuvent en dernier recours être utilisés par l'échographiste. Si un interprétariat n'est pas prévu et mobilisable facilement, le système « D » est alors utilisé selon la volonté et l'énergie de l'échographiste, ou pas du tout.

### **2. Délivrer une information loyale assurant un choix éclairé [75 ; 77]**

Lorsque la langue, la culture, les représentations du corps, de la notion de normal et de pathologique sont différentes, l'échographiste se trouve rapidement limité(e) dans son action. Seul (e), il (elle) aura de grandes difficultés à permettre ce choix éclairé.

### **3. L'annonce d'une anomalie lors de l'examen peut être également très difficile.**

Même si la patiente ou le couple sont francophones, le rapport au corps personnel, familial, culturel, peut être différent. Ce rapport au corps est influencé par la culture, la famille mais est aussi individuel. L'expérience intime de chacun et ce, qu'elle que soit sa culture et son origine, est singulier.

Le handicap n'est pas perçu par tous de la même façon. La représentation du corps, la place du handicap dans la société peut être accepté, rejeté, perçu comme une punition, une honte, une sanction.

### **4. L'orientation vers le diagnostic, expliquer le parcours de soin**

La difficulté de communication implique également des problèmes lorsque le consultant doit expliquer la suite du suivi. Garantir la continuité des soins devient difficile.

### **5. Les représentations / a priori**

Les femmes migrantes sont en grande majorité dans des situations de précarité. La précarité psychique a une importance et un effet très délétère. Elle induit des comportements qui peuvent être mal interprétés par le consultant.

Les femmes ayant vécu des traumatismes ne sont pas dans des situations de demande explicite. Ainsi l'échographiste qui ne reconnaît pas ces signes, cet état de fait, peut se dire que la patiente qu'il a en face d'elle (de lui) n'est pas intéressée par son suivi. Une approche « empathique » du type « je vous écoute... » et qui n'entraîne pas de réponse de la part de la patiente, peut ne mener qu'à un braquage mutuel dû à une incompréhension des enjeux.

Ainsi l'exemple rappelé par Estelle Gioan psychologue à l'association Mana de Bordeaux, lors d'une réunion « femmes, grossesses en exil » : Une femme enceinte passe la consultation au téléphone pour joindre le 115 (il faut parfois des heures avant de pouvoir joindre quelqu'un et les places sont rares même pour les femmes enceintes) afin de bénéficier d'un logement le soir - ce qui est l'urgence absolue du moment pour elle - rendra le professionnel agacé, énervé, parfois vexé.

La charge mentale de ces femmes est énorme. Ces femmes doivent penser à trouver un logement, de la nourriture, accéder à des droits, s'occuper de leurs enfants, se cacher de la police... et prendre soin d'elles. Leur attention n'est pas toujours totalement acquise au consultant.

L'échographiste n'est pas isolé et fait partie d'un système de santé qui peut devenir une contrainte à l'accueil des femmes enceintes migrantes.

### **C. Le système de santé comme contrainte**

L'enquête Delphi en Seine-Saint-Denis en 2013 [33] faisant partie du projet RéMI, a mis en exergue les facteurs ou causes de décès périnataux et néonataux liés aux soins. Les facteurs identifiés comme « très important » était pour les acteurs de santé : le délai pour les prises de rendez-vous, la saturation des consultations de PMI, le recours insuffisant aux interprètes, la souffrance des soignants : débordés et démunis, le manque de temps à consacrer aux patientes et la difficulté d'accès aux soins si la patiente est sans papiers, les problèmes d'organisation des réseaux ville-hôpital, l'absence de dossier de soins partagé, le nombre trop important d'intervenants autour de chaque femme, l'absence de suivi par un médecin traitant.

#### **1. Contrainte de temps**

Les temporalités de l'échographiste ou du système de soin, et de la patiente peuvent ne pas être « en phase ». Le retard ou l'absence au rendez-vous peut entretenir ou créer un rejet, un énervement, une source d'épuisement chez le soignant.

Les obstacles que nous avons tenté d'énumérer précédemment obligent à bénéficier d'un temps de consultation plus long. L'échographiste se trouve coincé entre une obligation de moyens et ses propres contraintes de tenir les délais, respecter les heures de rendez-vous imposées par l'organisation du service, par son temps de consultation.

Du point de vue des femmes cette temporalité du système de soin peut aussi être perçue comme une contrainte insurmontable, voire même pour certaines inconcevable. L'espace-temps étant différent.

Les temporalités sont différentes d'une culture à l'autre. Mais ce sont surtout les déterminants de santé comme les problèmes de logement, administratifs, de transport qui se heurtent aux impératifs de planning des structures de soins.

Si ces déterminants ne sont pas connus, se produit irrémédiablement une tension entre la patiente et le consultant qui pourrie la relation et dégrade la qualité du suivi, la confiance mutuelle.

#### **2. L'épuisement professionnel**

Les conditions de travail des professionnels de santé deviennent de plus en plus difficiles.

Une part de plus en plus importante des professionnels médicaux et paramédicaux est en situation d'épuisement professionnel et certains sont victimes de *burnout*. Selon une étude réalisée en 2015, près de la moitié des professionnels de santé ayant répondu déclaraient avoir

été ou être en situation de *burnout* ou de fort risque de *burnout* avec près de 14% d'entre eux concernés par des conduites addictives. [66]

Les politiques de santé à travers les techniques de management, la réduction des moyens humains et financiers, le manque de reconnaissance des professionnels, et la précarisation des contrats, participent à cet état de fait. [67 ; 89 ; 90]

Cet épuisement a un impact sur la qualité des soins. [135 ; 136]

Ce risque est augmenté chez les soignants qui reçoivent des personnes en situation de précarité. La complexité des situations rencontrées chez les personnes vulnérable et notamment les situations extrêmement préoccupantes des femmes enceintes migrantes induisent une mise en péril de la relation soignant-soigné [119]

### **3. Moyens humains**

Les files actives et les délais d'attente pour avoir une échographie augmentent considérablement dans toute la France et arriver à avoir un rendez-vous rapide est quasiment impossible. Les termes recommandés pour la réalisation des échographies et du dépistage de la trisomie 21 au premier trimestre ne peuvent être tenus pour un grand nombre de femmes enceintes migrantes. Même si elles consultent précocement, les obstacles administratifs et la lisibilité du parcours de soin empêchent de tenir les délais.

### **4. Non-respect du droit**

Malgré un droit permettant un accès pour toutes les femmes à des échographies dans le cas de la grossesse, plusieurs exemples nous montrent que cet accès n'est pas toujours garanti.

Ainsi dans le cas d'une femme sans couverture sociale (primo-arrivante ne pouvant bénéficier de l'AME, exilée déboutée du droit d'asile, femme dont le renouvellement des droits est difficile, ou simplement une personne sans complémentaire santé dans les premiers mois de sa grossesse avant qu'elle bénéficie du 100% maternité), la prise en charge peut être refusée.

J'ai obtenu des témoignages m'indiquant que dans un CHU de France, l'administration de l'hôpital refuse de prendre en charge les échographies. Les factures sont adressées aux femmes parfois avec des arriérés sur plusieurs années avec pénalités. Certains acteurs affirment que des femmes ont même vu leurs allocations familiales réduites par prélèvement direct par l'administration pour régler ces factures.

### **5. Les échographies, des examens recommandés mais pas obligatoires.**

Il arrive que les institutions jouent sur le fait que les échographies ne sont pas des actes obligatoires [12]. Ainsi les conseils départementaux via les services de PMI accueillent de manière inconditionnelle toutes les femmes quel que soit leur statut. Les consultations et les examens de laboratoire sont pris en charge par les conseils départementaux.

Par contre les échographies sont rarement prises en charge. Les budgets des collectivités territoriales étant en baisse, la perspective de voir les conseils départementaux prendre en charge les échographies apparaît peu probable sans financements supplémentaires.

### **D. La place des échographistes libéraux**

Ils sont indispensables dans le parcours de soin des femmes migrantes. Les services hospitaliers publics et privés sont engorgés. L'AME et la PUMA prennent en charge les actes d'échographie et rend accessible les libéraux pour ces femmes.

Ils ne sont pas isolés mais font partie du réseau local. La complexité des situations doivent les encourager à connaître les partenaires et à orienter les femmes si besoin.

Les professionnels se retrouvent souvent désespérés lorsqu'ils doivent accompagner ces femmes lors d'une consultation. Les obstacles à la réalisation d'un examen satisfaisant sont nombreux. La démotivation peu facilement s'installer par manque de solutions. Cependant des initiatives émergent depuis plusieurs années pour inventer des moyens d'améliorer l'accès aux échographies pour les femmes migrantes.

### **III. Comment améliorer l'accès des migrantes à l'échographie obstétricale ?**

#### **A. L'interprétariat**

Pointé comme primordial par l'ensemble des professionnels et associations qui accueillent et travaillent avec les personnes migrantes, l'interprétariat professionnel est également le dispositif qui fait cruellement défaut en partie par manque de fonds dans les structures de soins. C'est un métier à part entière soumis à un cadre et à une déontologie.

Ce cadre permet de garantir une qualité d'interprétariat des plus fines et de satisfaire à des exigences d'éthique et de respect du secret professionnel. [12 ; 121 ; 39]

Les enjeux de la fonction de l'interprète sont nombreux. Il doit être fidèle aux deux messages, ne pas influencer l'une ou l'autre des parties, respecter chacune d'elles... C'est pourquoi l'interprète doit s'inscrire dans une équipe où la réflexion et la reconnaissance permettent de tendre vers une pratique éthique. [119]

#### **B. La médiation de santé un enjeu de santé publique**

L'intérêt de la médiation de santé avait déjà été évoqué dans la première conférence internationale pour la promotion de la santé de l'OMS réunie à Ottawa le 21 novembre 1986 [37].

Interface entre le patient et les professionnels de santé et sociaux, le médiateur a plusieurs fonctions. Il permet d'améliorer l'accès aux soins et aux droits pour la personne en utilisant « l'aller vers », c'est-à-dire en allant au contact de personnes éloignées du système de soin.

La médiatrice ou le médiateur permet de développer des programmes de promotion et d'éducation à la santé en s'appuyant notamment sur des stratégies de soin communautaire. Il (elle) s'appuie sur des pairs en intégrant la communauté dans les projets. Elle (il) a également un rôle de veille sanitaire et d'alerte pour assurer le respect du droit.

Son but est de faciliter l'accès au droit commun et de s'effacer progressivement en assurant l'autonomie du patient et la continuité des soins.

Il doit réussir à obtenir la confiance du patient et des professionnels pour être identifié comme bénéfique, favorisant le lien patient-professionnel.

Il est soumis à des devoirs et une déontologie. Il existe une charte de la médiation en santé [122] et un code de déontologie des médiateurs [123].

Il existe un enjeu éthique de la médiation en santé. Certaines institutions et structures de soins se sont enrichies de médiateurs. Le fait d'appartenir à une structure indépendante de la communauté et du système de soin (comme une association) a l'avantage de garantir une plus grande neutralité. Contrairement à la Roumanie par exemple où ce métier est reconnu et réglementé depuis 2001, ce n'est pas encore le cas en France.

Le programme expérimental de médiation sanitaire en direction des populations roms migrantes en France [2 ; 126] : une amélioration du suivi échographique

Suite aux recommandations du collectif Romeurope depuis sa création en 2000 sur les conditions de vie, de santé et d'accès aux soins des populations roms migrantes en France et particulièrement la santé des femmes enceintes et des enfants, la Direction générale de la santé a soutenu en 2008-2009 une action d'ingénierie de projet, dont l'objet était de préfigurer la mise en place de projets pilotes de médiation.

A l'issue de ce projet en 2009, le collectif Romeurope a publié un rapport de préfiguration duquel a découlé le Programme National de Médiation Sanitaire avec dès 2011 une phase expérimentale sur deux ans. Il a été coordonné par l'AŠAV, en lien avec Médecins du Monde, et d'autres associations. [2 ; 126].

Pour résumer, les actions de médiations sanitaires ont notamment permis d'améliorer l'accès aux consultations prénatales. Avant l'action, les premières consultations se faisaient vers le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse. Après l'expérimentation, le premier contact se fait entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois de grossesse et le suivi est optimal avec un nombre d'échographies et de consultations correspondant aux recommandations.

La majorité des femmes est à présent autonome et consulte dans des structures de droit commun au lieu des associations. Cette médiation a permis d'augmenter le recours à la médecine de ville et de diminuer le recours aux services d'urgence. L'augmentation du nombre de domiciliations via des associations agréées ont permis aux femmes d'obtenir l'AME ou de la renouveler. (93% contre 42% avant l'expérimentation).

Les liens tissés avec les structures comme l'UGOMPS à Nantes, l'UAP à Montreuil, les caisses de CPAM et d'autres acteurs ont contribué à améliorer le suivi des femmes enceintes.

Le rôle clé de la médiation de santé été réaffirmé par la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale les 10 et 11 décembre 2012 [124] et par l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 [15]. Il a introduit l'article L1110-132 dans le code de la santé publique et induit l'élaboration par l'HAS de référentiels de compétences pour la médiation en santé et l'interprétariat. [38 ; 39]. Ces référentiels ont été soumis à une consultation publique début 2017. Elle débouchera, il faut l'espérer, sur la reconnaissance du métier.

Pour, MdM la médiation sanitaire : « c'est un plus pour la santé individuelle et la santé publique, et une « arme de destruction massive » contre les stéréotypes sanitaires et xénophobes sources de stigmatisation ». [2]

Suite au constat que la morbidité des femmes vulnérables et notamment migrantes était plus importante que dans la population générale, des initiatives ont vues le jour pour repenser l'accueil et le suivi de ces femmes dans les structures de soin.

### **C. Repenser les structures de soins. Quelques exemples de structures : Les unités d'accueil pluridisciplinaires**

#### **1. L'Unité de gynécologie-obstétrique-médico-psycho-sociale (UGOMPS) de Nantes :**

Cette unité est née en 2005, de la séparation de trois structures lors du déménagement dans les nouveaux locaux de la maternité du CHU de Nantes et du fait de la refonte du financement notamment en provenance du conseil général. Coexistaient jusqu'alors un centre de planning et

d'éducation familiale (CPEF) créé en 1975, un centre régional d'accueil des victimes d'agressions sexuelles, homme et femmes, de tout âge, et une unité d'accueil des femmes enceintes en difficulté. Après séparation, l'accueil des femmes enceintes vulnérables est alors devenu l'activité principale et a été dénommée UGOMPS.

C'est une unité isolée du reste de la maternité, avec une salle d'attente dédiée où sont regroupés tous les professionnels afin que la lisibilité du parcours de soin et leur coordination soit aisée.

L'UGOMPS permet notamment le suivi pluridisciplinaire des femmes enceintes vulnérables. Elle regroupe dans un même lieu : quatre médecins : deux généralistes et deux gynécologues-médicaux, quatre sages-femmes, dont une sexologue et une sage-femme de PMI, une cadre sage-femme, deux assistantes sociales (A.S.), trois psychologues et deux secrétaires.

Les assistantes sociales et les psychologues sont mutualisées avec la maternité. Elles interviennent dans des champs très divers en dehors et à l'intérieur de l'hôpital, et font le lien avec les différents partenaires (psychiatrie et pédopsychiatrie de secteur, réseau périnatal, PMI, sages-femmes et équipes du service de maternité, foyers, HOME, Médecins du Monde,...)

Environ 75% des femmes accueillies sont migrantes. Elles sont d'origines variées : Guinée, RDC, Roms de Roumanie, Tchétchénie, républiques de l'ex URSS, Corne de l'Afrique,...

Le suivi est personnalisé et peut associer si besoin tous les professionnels. Ça peut aller d'un « simple » soutien, d'un « cocooning » à une prise en charge globale pluridisciplinaire sur un même lieu avec des partenaires extérieurs et une coordination des actions.

« Ce qui rassemble toutes ces femmes, c'est souvent un vécu douloureux et le souhait ou la nécessité de pouvoir bénéficier d'une prise en charge, d'une écoute et d'un accompagnement individualisés » Dr Carton, gynécologue et responsable de l'unité.

Les temps de consultation sont plus longs qu'à la maternité pour permettre un accueil et un parcours de soins adaptés à chaque femme.

Cette unité est financée par le conseil départemental de Loire-Atlantique et le CHU de Nantes via une MIG (mission d'intérêt général) précarité. Ce n'est pas une PASS mais elle en joue le rôle. Elle ouvre des dossiers PASS afin que les patientes puissent bénéficier de l'AME et les examens complémentaires nécessaires à un suivi de grossesse standard sont pris en charge, en particulier les échographies. Les femmes sont ensuite orientées vers le plateau technique de l'hôpital pour réaliser ces examens. Pour l'accès à des traitements médicamenteux, les femmes accueillies sont orientées vers la PASS de l'hôpital qui leur donne accès à la pharmacie de l'hôpital.

Parmi les femmes accueillies, certaines ont subi des mutilations sexuelles. L'unité est un centre de référence pour leur prise en charge en lien avec un gynécologue qui propose des réparations chirurgicales.

« Globalement, c'est l'axe prévention qui est privilégié. En effet, en étant à l'écoute des difficultés d'une femme devenant mère nous pouvons tenter de prévenir, de comprendre et d'aider une personne à se mobiliser autour de cette parentalité naissante ou qui s'est avérée délicate pour un autre enfant » une psychologue de l'unité.

L'équipe de l'UGOMPS a beaucoup d'autres actions notamment la prévention et la formation des différents professionnels agissant auprès des femmes vulnérables à l'hôpital mais aussi à l'extérieur (ateliers santé-ville, CADA,...). Stéphanie Rosa, sage-femme de PMI y assure la coordination avec le réseau des PMI de la région nantaise.

Les professionnels de cette unité travaillent en réseau avec l'association ASAMLA qui propose de l'interprétariat professionnel, de la médiation sociale interculturelle, de la sensibilisation et de la formation.

Ils ont également noué un partenariat avec Médecins du Monde et particulièrement avec Fanny Bordeianu médiatrice en santé qui accompagne des femmes enceintes migrantes roms pour favoriser leur accès aux soins. Ce travail de médiation a permis la rencontre sur leur lieu de vie de ces femmes avec des membres de l'équipe de l'UGOMPS. Cette connaissance mutuelle a facilité l'accès aux soins des femmes enceintes.

## **2. L'Unité d'accueil UAP à Montreuil**

Initialement, la maternité du CHI André Grégoire de Montreuil, avait dans son offre de soin une sage-femme spécialisée dans l'accueil des victimes de violences et qui a progressivement élargi son action aux femmes vulnérables, une consultation médicale était dédiée, et un staff médico-psycho-social était mis en place. [Mme Mathilde Delespine, sage-femme, est aujourd'hui coordinatrice de la maison des femmes de St Denis. [www.lamaisondesfemmes.fr](http://www.lamaisondesfemmes.fr)] La Seine St Denis présente le taux de mortalité périnatale le plus élevé de la France métropolitaine depuis près de 20 ans. Pour essayer de réduire cette différence, l'ARS d'Ile de France a initié le projet RÉMI (Réduire la mortalité infantile et périnatale) [1 ; 33 ; 34].

Le but était de comprendre pourquoi ce département avait ces mauvais taux de mortalité périnatale puis de réaliser un audit d'un an de tous les décès périnataux.

Parmi les résultats, les auteurs ont retrouvé au moins un facteur sous-optimal dans 72% des décès et montré que 33% étaient possiblement ou probablement évitable. Etait dit sous-optimal un écart à ce qui est considéré comme une bonne pratique ou un standard de suivi.

Un des axes de travail proposés à partir des résultats de l'étude a été de mieux adapter les services de santé aux besoins des femmes en prenant en compte la diversité des femmes migrantes tant sur le plan social que médical.

C'est ce qui a amené Pauline Auzou, Sakina Bouali toutes deux sages-femmes et le Dr Bruno Renevier chef du service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil a porté le projet d'une unité dédiée au suivi des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. L'UAP (unité d'accueil personnalisée) est née en janvier 2017.

Cette unité réunit dans un même lieu, et avec une salle d'attente dédiée, des professionnels formés à la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité. Ainsi à l'UAP, travaillent ensemble deux sages-femmes, deux assistantes sociales, deux gynécologues, une addictologue, et deux psychologues. Le financement de cette unité est assuré par l'ARS pour les temps de coordination des sages-femmes et de l'une des assistantes sociales. Les temps de consultation sont financés par l'hôpital.

La prise en charge des femmes vulnérables est pluridisciplinaire et s'appuie également sur les ressources de l'hôpital (CeGID, consultations spécialisées, dont diabétologie, DAN, infectiologue, néphrologie,...) et sur les partenaires extérieurs (ville de Montreuil avec son réseau de lutte contre les violences, Acsanté93, Solipam, MdM, les PMI, secours catholique, maison des femmes de Montreuil, SOS femmes...)

Le repérage se fait en intra et en extra hospitalier. Les femmes sont ensuite orientées par une fiche navette du réseau NEF ou directement via un numéro et une adresse mail dédiée.

Le but de cette unité est d'améliorer le repérage des femmes en situation de vulnérabilité, de les accompagner en organisant avec elle un suivi médico-psycho-social personnalisé en simplifiant le parcours de soin et en coordonnant tous les acteurs entre eux.

Le Dr Sarah Abramowicz accueille les femmes victimes de mutilations génitales et propose des reconstructions chirurgicales.

L'accès aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité est facilité.

Une fois par semaine, un échographiste assure les échographies pour les femmes reçues dans cette unité. Cette vacation permet de limiter le retard de prise en charge et de faciliter la continuité des soins et l'accès au DAN si besoin. Les autres échographies sont réalisées dans le service de la maternité avec la file active classique.

Les temps de consultation sont plus longs, avec une sage-femme, ou un médecin s'il existe une pathologie. Ce consultant restera le même pendant tout le suivi ce qui limite les intervenants et fluidifie le suivi pour ces femmes. Les patientes sont associées à leur projet de soin avec la signature d'un projet de soin partagé. Les informations médico-psycho-sociales recueillies au cours du suivi à l'unité sont retranscrites dans un dossier confidentiel attaché au dossier obstétrical. Les sages-femmes continuent le suivi en suites de couches en rendant visite à leurs patientes et proposent une consultation en post-partum à l'unité ou en relai avec la PMI.

L'interprétariat est disponible par téléphone et en présentiel et la médiation sanitaire est amenée par MdM pour les femmes migrantes roms.

Après 4 mois de fonctionnement l'unité a accueilli 106 femmes, 31 d'entre elles n'avaient aucun droit ouvert, 40 avaient l'AME ou la CMU. Le terme moyen d'accueil est 25 SA.

30% n'avaient aucun suivi préalable, 33% n'avaient pas eu d'échographie du premier trimestre. 76% de ces femmes avaient au moins un facteur de comorbidité : obésité, diabète de type II ou gestationnel, antécédent de mort fœtale in utero, par exemple. Les vulnérabilités des femmes qui ont été reçues sont multiples mais les violences subies et l'isolement sont prépondérants.

Après quatre mois, 9 internes et 25 étudiants en médecine ont été formés. Une sage-femme est actuellement en formation.

Les professionnels de la maternité participeront à un séminaire en octobre où l'activité de l'unité et les enjeux de l'accès aux soins des femmes vulnérables seront présentés.

Le temps de coordination comprend notamment une participation aux staffs hebdomadaires d'orientation du suivi de grossesses pathologiques et au staff médico-psycho-social tous les mois. Un suivi de l'activité est prévu deux fois par an.

Le retour des femmes suivies est positif. Elles se sentent écoutées et bien accompagnées, les consultations sont plus sereines. La lisibilité du parcours et l'adhésion au suivi est bonne.

Du point de vue des professionnels l'accueil est également positif, mais des améliorations sont souhaitables dans l'identification des vulnérabilités en amont, dans le partage d'information et dans l'accompagnement des maladies psychiatriques.

Ces deux exemples montrent que la prise en charge spécifique et pluridisciplinaire des femmes enceintes migrantes est possible à l'hôpital. Elle permet d'améliorer l'accès aux soins et notamment à l'échographie et améliore l'adhésion des femmes par l'écoute qu'elle reçoive, la temporalité différente d'un parcours de soin classique. Le suivi est plus lisible, les femmes sont aidées à retrouver les ressources pour aller vers plus d'autonomie. Elles sont associées au projet de soin. Ces unités ont un rôle de prévention et de promotion de la santé pour ces femmes et leurs bébés grâce au maillage tissé en intra et en extra hospitalier.

## **D. Les outre-mer, un contexte sociale et géopolitique particulier, des initiatives innovantes**

### **1. L'expérience du Centre hospitalier de l'ouest guyanais.**

#### **a) Contexte historique et géographique :**

Située sur le Maroni, à l'ouest de la Guyane et à la frontière avec le Surinam, St Laurent du Maroni est une ville cosmopolite qui a connu et connaît de multiples migrations venues des Caraïbes, d'Amérique du sud, d'Asie, d'Europe, d'Afrique.

Faible jusqu'au 20<sup>ème</sup> siècle, la démographie guyanaise croît fortement de 2,4 % entre 2009 et 2014 selon l'INSEE. Ce solde positif est dû à l'accroissement naturel (différence entre natalité et mortalité), l'émigration et l'immigration s'équilibrent. Le taux de fécondité y est très élevé 3,6 enfants par femmes en 2015. Les grossesses précoces sont nombreuses avec 80 pour 1000 femmes de 15 à 19 ans. La population étrangère est très importante puisqu'elle est estimée à plus de 84.000 personnes pour une population guyanaise de plus de 250.000 personnes [147]

b) La maternité du CHOG :

La maternité accueille une grande proportion de femmes étrangères. Plusieurs cultures, ethnies s'y rencontrent : créole, amérindienne, bushinengue, hmongs, chinoises, brésilienne (du Nordeste), européenne, africaine,...

La maternité du CHOG accueille donc depuis longtemps toutes ces diversités au quotidien et a acquis une expérience de la consultation transculturelle grâce notamment au travail du service de médiation culturelle et de Madame Diane Vernon, anthropologue, à la retraite aujourd'hui. [128 ; 129]

« L'échographie a débuté au CHOG en 1984 et a révolutionné la prise en charge et le suivi des patientes qui accouchaient beaucoup à domicile. Elle a été perçue comme un objet magique et moi comme un sorcier mais a permis de faire rentrer les patientes dans le circuit de surveillance des grossesses par la PMI » explique le Dr Gabriel Carles, chef de service de la maternité du CHOG.

Les échographies obstétricales dans l'ouest guyanais sont réalisées à l'hôpital et en libéral par des sages-femmes et des médecins.

c) Enjeux de la consultation d'échographie : la langue, les représentations, l'adhésion au suivi médical occidental :

La population allophone y est homogène et il est relativement aisé de trouver des soignants qui parlent la langue de la patiente : le Nengue Tongo (Njuka, Paramaca, Saramaca, etc. ), Portugais (brésiliennes), Espagnol (dominicaines), créole (haïtien, les créoles guyanais et antillais sont tous bilingues). Le Dr Véronique Lambert responsable du DAN (diagnostic anténatal) au CHOG parle le njuka, ce qui lui permet de limiter les problèmes de compréhension lors de ses consultations.

Une grande partie des femmes venant accoucher au CHOG sont originaires des rives du Maroni et sont pour la plupart BushiNengue. Cette situation implique que la majorité des soignants à St Laurent a des bases en njuka ou en srananTongo : langue créole parlée par les Surinamais associant des racines européennes (anglais, néerlandais, portugais, etc.) et des langues africaines. Le nengue tongo et le sranan tongo sont très proches.

D'autres femmes se font accompagner par des traducteurs rémunérés.

Parfois l'obstacle de la communication et les manques de ressources en interprétariat, impliquent que les patientes sont orientées vers le DAN sans information complète. Si les doutes se confirment, l'interprétariat est utilisé. Les femmes sont incitées à venir avec des personnes de confiance et bilingues, particulièrement au DAN lorsque une affection est particulièrement grave.

Certaines femmes n'ont pas pu accéder à l'école et ont une connaissance réduite de l'anatomie et de la physiologie. Les anomalies retrouvées lors de l'échographie ne seront pas toujours bien comprises.

Qu'elle que soit la culture, les représentations autres qu'occidentales sont très présentes. La santé des femmes fait appel aux concepts occidentaux et traditionnels.

*« Des informations non sincères du corps médical brouillent parfois la crédibilité des informations délivrées : parfois les femmes confondent test de dépistage T21 et amniocentèse car on leur a fait comprendre que le bébé (qui avait un fort risque de T21) était « handicapé » : quand l'enfant naît normal après ça, on ne nous croit plus. Il perdure un certain scepticisme sur des anomalies non visibles (contenu cérébral). Je ne vois pas vraiment de différence selon les ethnies. C'est plutôt un problème d'éducation et de croyance. Beaucoup de femmes ont une grande confiance dans la réversibilité des anomalies par la force des prières ou par le pouvoir des bushidatras (littéralement : docteurs de la forêt. Les soignants traditionnels). La pensée magique des femmes est forte, et faible leur capacité à imaginer un handicap et ses répercussions sur le quotidien des familles... »* Dr Véronique Lambert échographe, responsable du diagnostic anténatal au CHOG.

Cette pensée magique s'associe à une large utilisation des nouvelles technologies. Le Dr Lambert et les échographistes de St Laurent du Maroni ont pu observer par exemple que durant l'épidémie de zika qui a touché fortement la Guyane, les patientes avaient un grand besoin d'être rassurées par les échographies.

La PASS de l'hôpital, via les soins urgents permet la prise en charge des échographies et de tous les examens nécessaires au suivi de grossesse après avoir étudié les droits potentiels des femmes et débuté les démarches pour les obtenir. Les professionnels : médecins ou sages-femmes établissent des certificats de soins urgents et orientent les patientes vers la PASS, puis vers le laboratoire, l'échographe, la pharmacie.

#### Les obstacles aux droits.

Malgré un accès aux droits possible via la PASS de l'hôpital, il existe de nombreux problèmes d'accès aux droits en Guyane.

Dans un contexte social défavorisé et une politique migratoire particulièrement sévère, certains personnels des institutions font obstacle délibérément aux droits des étrangers par des actions discriminatoires. [68]

Il arrive également que les professionnels de santé eux-mêmes s'autolimitent et ne proposent pas à toutes les patientes qui y auraient droit un passage à la PASS. [85-87]

#### L'éloignement géographique :

Une grande part des femmes qui vivent dans l'ouest guyanais habite à plusieurs dizaines de kilomètres de l'hôpital. Peu de ces femmes possèdent une voiture et les transports en commun sont peu développés. Le coût des taxis et aussi la difficulté de faire garder ses enfants sur une longue période constituent des réels problèmes d'accès à l'hôpital et aux échographies.

#### d) Les missions échos sur le Maroni : l'aller-vers pour faciliter l'accès aux soins des populations isolées.

Les femmes qui résident à Apatou et à Gran Santi, communes situées sur le Maroni respectivement à deux et sept heures de pirogue de St Laurent du Maroni (variable selon la saison et le niveau du fleuve), dépendent de l'hôpital pour leur accouchement.

Les consultations prénatales sont assurées par les centres de santé gérés par l'hôpital de Cayenne (CHAR) et par la PMI.

En 1990, le Dr Carles a mis en place à Gran Santi et à Apatou des missions d'échographies tous les deux mois. Elles ont permis d'attirer les femmes du fleuve vers la médecine occidentale puis progressivement vers un accouchement à l'hôpital. Elles se faisaient avec la pirogue de l'hôpital au départ de St Laurent. L'avion a depuis réduit la durée des voyages.

Actuellement elles ne se font plus qu'à Gran Santi puisqu'une route a été ouverte en reliant Apatou à St Laurent du Maroni qui n'est plus qu'à 45 minutes en voiture.

Tous les deux mois un médecin et une sage-femme, parfois un interne, se rendent à Gran Santi par l'avion pour réaliser deux journées de vacations d'échographie.

Certaines femmes de l'ouest guyanais accouchent à domicile. Ce peut être expliqué notamment par l'isolement géographique. Accoucher loin de sa famille, en laissant parfois des enfants en bas âge à la maison, dans une ville où on ne connaît personne, où on est parfois mal comprise, voire stigmatisée peut ne pas être envisageable pour certaines femmes.

Pour diminuer le risque d'accouchements inopinés, le CHOG dispose d'un lieu d'hébergement à quelques mètres de la maternité où il accueille les femmes éloignées géographiquement lors de leur dernier mois de grossesse.

#### e) Développement de la télémédecine

Le Dr Carles a participé à une étude pour évaluer la mise en place d'un système de télémédecine échographique. Le but étant de pouvoir faire bénéficier les femmes habitant des régions isolées d'échographies de qualité. [111]

Un service de télémédecine est effectif entre l'hôpital de Cayenne et le centre de santé de Maripassoula sur le haut Maroni. Le faible débit internet à Gran Santi empêche la mise en place de ce service entre Gran Santi et le CHOG pour le moment.

## 2. A Mayotte, une consultation d'échographie mobile.

#### a) Contexte historique et géographique

Mayotte est une petite île située à l'entrée Nord du Canal du Mozambique entre Madagascar et le continent africain. Elle appartient géographiquement à l'archipel des Comores, ex-colonie française. En 1974 puis 1976 Mayotte participa à un vote pour statuer sur une décolonisation ou un rattachement à l'Etat Français. Ce processus fut remis en cause par l'Organisation des Nations Unies car il ne respectait pas le droit international (Mayotte est toujours revendiquée par l'Union des Comores comme l'a rappelé le président AZALI Assoumani le 5 juillet 2016 [47]). La souveraineté de l'Union des Comores sur Mayotte a été rappelée par l'organisation des Nations Unies à de multiples reprises rappelant à l'Etat français le droit international. En effet 14 résolutions des Nations unies sur "la question de l'île comorienne de Mayotte" [48] ont été prises entre le 21 octobre 1976 et le 28 novembre 1994 et notamment dans la résolution 3385 des Nations Unies lors de l'admission des Comores à l'ONU le 12 novembre 1975 [49]. Malgré tout la France a affirmé son lien avec cette île puisqu'elle devint le 101<sup>ème</sup> département Français en 2011 et par l'Europe qui l'intègre aux régions ultrapériphériques (RUP) le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Mayotte devint membre de l'Union Européenne.

#### b) Contexte social et géopolitique

D'après les résultats de l'enquête périnatale à Mayotte en 2010, sur l'échantillon des naissances étudié, 65% des mères sont étrangères : 58% comoriennes et 5% malgaches. 31% d'entre elles n'ont jamais été scolarisé, seulement 10% ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Seulement 26% des femmes ayant accouché à Mayotte occupaient un emploi en début de

grossesse. Au moment de l'enquête, Mayotte n'étant pas un département, le RSA n'existait pas. 45% des femmes déclaraient toucher moins de 500 € par mois et 19% entre 500 et 1000 €. [113] La situation économique, politique, et sanitaire catastrophique des îles voisines implique un fort taux d'immigration sur son territoire. La majorité de ces migrants viennent des Comores. Mais il y existe également des demandeurs d'asile, d'origine Africaine essentiellement. Les conditions de leur traversée en bateaux de pêche (kwassas) sont très périlleuses et beaucoup de personnes périssent noyées. [59]

#### c) La protection sociale à Mayotte

Bien que département français, le droit commun ne s'applique pas comme en métropole à Mayotte. L'AME, et la CMUc n'y sont pas accessible

L'accès aux échographies et aux soins prénataux ont pu être par le passé difficile d'accès. L'ordonnance 2012-785 du 31 mai 2012 [50] instaure la gratuité des soins pour les mineurs et les enfants à naître (donc des femmes enceintes) sans condition d'urgence ou de gravité.

L'hôpital de Mayotte garantie officiellement à toutes les femmes enceintes la prise en charge des examens prénataux et donc des échographies obstétricales.

#### d) Les échographies obstétricales à Mayotte

Les 22 PMI de Mayotte assurent l'essentiel du suivi de grossesse.

Les grossesses pathologiques sont adressées au centre hospitalier à Mamoudzou ou dans un des 4 hôpitaux périphériques (Kahani, Dzoumonié, M'Ramadoudou, Dzaoudzi).

Les datations des grossesses sont réalisées par les sages-femmes de PMI lors de la première consultation prénatale, puis elles orientent vers l'hôpital le plus proche pour les trois échographies recommandées. Quelques échographistes libéraux médecins et sages-femmes complètent l'offre de soin. Depuis quelques années, deux sages-femmes de PMI détiennent le diplôme universitaire d'échographie. Les soins réalisés dans les PMI de Mayotte sont pris en charge par le Conseil départemental si les femmes n'ont pas de couverture maladie.

Lors de l'enquête périnatale de 2010 27,9% des femmes ne savaient pas si le dépistage de la trisomie 21 avait été fait ou si on leur avait proposé. Le nombre d'échographie par femme est nettement inférieur à celui de la métropole : 2,7 contre 4,5. [113]

#### e) La Répémobile

Le réseau périnatal de Mayotte nommé REPEMA permet d'améliorer les soins prénatals et postnatals dans ce contexte et d'articuler les différents professionnels. Il est financé par l'ARS.

Le réseau périnatal de Mayotte a créé en 2012, une unité mobile, un minibus baptisé répémobile. Une sage-femme et une monitrice éducatrice interprète, propose lors de leur passage dans les villages, une consultation obstétricale et/ou gynécologique, des échographies, une permanence sociale, de l'information et de l'orientation.

Ces consultations s'adressent à toutes les femmes et se réalisent deux à trois fois par semaine dans différentes communes du département.

Les missions de cette répémobile sont :

- la sensibilisation à l'importance du suivi précoce et régulier de la grossesse (initiation d'une prise en charge par une échographie de datation dans le camion), du lien mère/enfant, de l'allaitement maternel exclusif les six premiers mois,

- la sensibilisation à l'importance d'un suivi gynécologique en dehors de la grossesse : informations sur les différents moyens de contraception, informations sur la prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus, des IST (distribution de préservatifs),
- la prévention de l'obésité par un message éducatif à une alimentation saine et variée,
- le dépistage des vulnérabilités médico-psycho-sociales et l'orientation pour une prise en charge adaptée.

Dans un contexte d'accès aux soins difficile et notamment par crainte des contrôles et des expulsions par les forces de l'ordre lors de leur trajet vers les structures de soin, cette initiative d' « aller vers » permet un accès précoce aux soins des femmes enceintes en situation administrative irrégulière.

### **E. Vers une PASS échographique ?**

Les PASS sont des structures au sein des hôpitaux ou en ville dont le but est de permettre l'accès aux soins des personnes vulnérables.

Leur fonctionnement a été initié par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [17] et précisé par la circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013. [9]

Elles ont une mission d'accès aux soins et d'accompagnement médico-social des patients vulnérables dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Leur rôle n'est donc pas d'être un service dédié à ses populations qui se substituerait à l'offre de soin existante. Elles ont également une mission d'information à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

Leur financement est attaché aux hôpitaux mais sur des budgets différents de la T2A (tarification à l'activité). Ce sont les missions d'intérêt général (MIG) conditionnés par la file active. Les MIG- PASS permettent d'assurer leur fonctionnement tant en moyens humains de temps de consultation médical, social, de coordination, mais permet aussi la prise en charge des examens médicaux [9]

A ce budget MIG PASS peut s'ajouter une MIG précarité qui selon le guide MIGAC [10] « sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées ».

Cette MIG permet notamment d'assurer la prise en charge des examens en attendant que les droits des patientes puissent être ouverts.

Elles peuvent être mobiles et venir assurer des permanences dans des lieux divers comme des associations, des CHRS, CADA,... Elles doivent justifier d'une file active de plus de 100 personnes, pouvoir proposer de l'interprétariat, être visibles, travailler en lien avec le territoire c'est-à-dire un réseau, et leur composition est souple, dépend des projets du territoire.

Cette souplesse pourrait envisager la présence d'un échographiste assurant des vacations au sein des PASS et permettrait de limiter le retard de dépistage échographique.

En s'appuyant sur les exemples précédents, nous pourrions imaginer une PASS Périnatale mobile qui dans une démarche d' « aller-vers » proposerait une évaluation psycho-sociale des

situations et des bilans précoces de grossesse alliant consultations obstétricales et échographies. Elle aurait l'avantage de se rendre sur les lieux de vie des populations isolées, non-informées, pour initier précocement la surveillance prénatale et coordonner les soins en lien avec les structures de droit commun et les partenaires du réseau local.

## **F. A Bordeaux, un exemple de travail en réseau pour faciliter l'accès précoce aux soins**

### **1. Le repérage des femmes enceintes par l'ensemble des acteurs du réseau**

Le travail étroit en réseau et la connaissance mutuelle des actions et des fonctionnements de chacun permet de fluidifier le parcours difficile des femmes migrantes en situation de précarité dans leurs démarches auprès des institutions pour faire valoir leurs droits et se faire soigner.

A Bordeaux, les femmes enceintes sont orientées par tous ces acteurs vers la protection maternelle et infantile ou l'association médecins du monde.

#### **a) Une sage-femme de PMI pour les femmes vulnérables**

Le rôle des PMI est essentiel dans l'accès aux soins des femmes enceintes vulnérables. Leur répartition sur le territoire permet un maillage fort et garanti à toutes un suivi de qualité en consultation en centre de PMI ou à domicile.

Les missions de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de veille sanitaire y est importante. Elles ont également, selon les territoires, une activité de planning familial et de lutte contre les violences faites aux femmes.

A Bordeaux, Brigitte Senty, sage-femme de PMI aidée d'une de ses collègues, cumule une activité de secteur et une permanence trois fois par semaine, dans une structure en centre-ville, pour les femmes enceintes qui ne bénéficient pas de protection sociale. Sur ce même lieu une puéricultrice assure le suivi des enfants deux jours par semaine.

Entre 70 et 80% des femmes dont elle s'occupe sur tout son temps de travail sont des migrantes. Elles fuient la guerre, les réseaux de prostitution, les violences communautaires. Elles rencontrent beaucoup de difficultés à trouver un hébergement, se nourrir, sortir de leur isolement.

Elles viennent du Moyen-Orient, d'Afrique Sub-Saharienne, d'Europe de l'Est, etc.

Ces permanences sont bien identifiées par les femmes, grâce au bouche à oreille et par les partenaires comme les sages-femmes de PMI, l'association Médecin du Monde, l'association Promofemme, Maison Simone, Maison des familles, Maison des femmes, la Coccinelle, etc. Les femmes enceintes migrantes peuvent dès le premier contact bénéficier d'un suivi de grossesse et de la prise en charge des bilans biologiques.

Madame Senty anime des groupes de paroles avec l'association MANA, et l'association Promofemmes qui accompagne sur le plan social, culturel et professionnel les femmes migrantes. [151] Elle anime également une fois par mois des séances de préparation à la naissance avec l'association MANA.

Elle assure également des permanences au centre d'accueil d'urgence de Leydet et aux Lits halte soins santé de Bordeaux.

#### **b) L'association Médecins du Monde (Mdm)**

Organisation non gouvernementale créée en 1980, elle est présente sur les zones de conflits, de catastrophes naturelles mais aussi là où résident des personnes stigmatisées par leur sexualité, leur ethnie, leur statut. Elle aide les personnes en rupture avec leur état antérieur à le retrouver. MdM est présent sur toute la trajectoire migratoire ce qui lui permet de témoigner des conditions de vie des migrants et de la façon dont ils sont « accueillis ». MdM dénonce la crise humanitaire actuelle où des femmes, enceintes ou non, des mineurs isolés sont victimes d'une crise de l'accueil des pays riches.

MdM est présent en France notamment dans les CASO, le but n'est pas de se substituer au droit commun mais d'aider les personnes accueillies à bénéficier de leurs droits et à les orienter vers le droit commun, de fournir des soins immédiats et de promouvoir l'accès aux soins pour les personnes vulnérables.

L'association promeut des programmes d'aller-vers comme les cliniques mobiles, les programmes de médiation en santé... Les bénévoles et volontaires se rendent dans les lieux de vies : squats, rue, camps, foyers pour aider les personnes éloignées du système de soins à accéder à leurs droits et notamment à la santé.

A Bordeaux des sages-femmes et des médecins accueillent les femmes migrantes.

J'ai pu rencontrer Samia Maillé sage-femme à la retraite du CHU de Bordeaux et bénévole à l'association depuis de nombreuses années.

Elle est le premier contact de certaines femmes migrantes. Lors de cette première consultation médicale, elle fait le point sur l'état de santé des futures mères puis oriente vers la PMI pour la suite du suivi.

MdM a un partenariat avec une structure hospitalière qui assure depuis quelques années des échographies gracieusement pour les femmes sans protection sociale et qui attendent l'ouverture de leurs droits.

Les sages-femmes de PMI lui adressent leurs patientes pour profiter de ce partenariat et garantir leur droit à un suivi de grossesse recommandé par la Haute Autorité de Santé. [149]

Les sages-femmes de PMI et de MdM coordonnent leur action avec les partenaires et accompagnent si besoin les femmes dans leurs démarches pour continuer leur suivi. Elles prennent des rendez-vous, les accompagnent à l'hôpital, etc...

Pour les acteurs, cette année 2017 est très difficile. Plus de personnes arrivent à Bordeaux et le manque de place d'hébergement est criant.

Les baisses des fonds alloués aux associations impactent dramatiquement les conditions d'accueil et d'hébergement. Certaines femmes qui viennent d'accoucher restent hospitalisées avec leur enfant à la maternité près de 20 jours car sans solution d'hébergement.

Grâce à des outils fournis par le réseau périnatal d'Aquitaine, Martine Blasquiz sage-femme - qui est dorénavant sage-femme coordinatrice à la PMI, avec l'aide des partenaires locaux à initier des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les cas les plus complexes. Elles ont été lancées en 2014 et sont coordonnées par la sage-femme du réseau périnatal d'Aquitaine. N'importe quel professionnel qui rencontre une situation complexe peut solliciter la sage-femme coordinatrice qui va réunir les professionnels. Un groupe « femmes à la rue » se réunit deux fois par an pour se parler, échanger et inventer. Elle est portée par un groupe de terrain et s'associe à une dynamique de recherche-action qui garantit un cadre et donc une éthique. Des étudiants y réalisent des études et des travaux de thèses. [167]

## 2. L'association Mana [155]

Claire Mestre Psychiatre-psychothérapeute, est formée à la psychothérapie d'inspiration analytique et est anthropologue. En 1994 elle a créé une consultation transculturelle au CHU de Bordeaux et en 1998 a participé à la création de l'association Mana financée par l'Etat (ARS), le conseil général de Gironde et la ville de Bordeaux.

Cette association agit dans plusieurs domaines

### a) Les rencontres « Maternité et Familles en Exil »

Depuis 2007 tous les 3 mois puis tous les 2 mois maintenant l'association organise des réunions ouvertes à tous les professionnels et bénévoles agissant pour aider les femmes migrantes lors de leur grossesse et en post-partum qui désirent travailler en réseau.

Elles ont pour but de se rencontrer, d'échanger sur des situations rencontrées et de solliciter un éclairage transculturel. Ces réunions favorisent le lien entre professionnels, éclairent sur les missions de chacun afin de mieux orienter et de trouver des solutions. Elles permettent aux différents acteurs de sortir de leur isolement face aux situations complexes et de déconstruire les préjugés. Mana a créé une charte qui définit les engagements de l'association et l'idée des réunions. Cette initiative est financée par l'ARS.

### b) La consultation transculturelle : quelles indications ? [119]

Ces consultations à la maternité du CHU et à l'hôpital St André sont destinées à toutes les femmes migrantes qui cumulent des précarités de toute sorte et se trouvent dans des situations complexes. Elle associe ethnopsychiatrie et ethnopsychanalyse. Elle est complémentariste c'est-à-dire qu'elle se fait en équipe, en groupe, en associant psychanalyse et anthropologie. Elle tente de mettre en exergue les thèmes, les codes comme la sorcellerie, l'envoûtement, les expressions codées culturellement. Les représentations deviennent des leviers thérapeutiques pour engager un processus de guérison. Cette transculturalité met l'accent sur les contenants de pensée comme la culture, la langue maternelle qui permettent de mettre du sens là où il y a un dysfonctionnement. Ces consultations se font dans un cadre : le groupe qui accompagne la gestion des moments importants de la vie. Les actions s'inspirent de l'éthique du « *care* » et se veulent une interface entre la violence institutionnelle et le soin. Ces consultations permettront aux femmes d'y tirer des ressources pour aller de l'avant.

L'association Mana reçoit des subventions de l'ONU pour soigner les victimes de répressions politiques et de tortures.

### c) L'école des femmes

Le but de cette initiative est de favoriser la promotion et l'éducation à la santé mais aussi l'accès aux droits. L'association propose avec des partenaires des séances de préparation à la parentalité, des ateliers de périnatalité... Elle propose aussi des ateliers de médiation : peinture, contes, théâtre, psychomotricité-parole, danse, bien-être, kinésithérapie.

### d) L'interprétariat professionnel [119]

L'association propose également de l'interprétariat social et médical. Cette fonction est le fruit d'une démarche de réflexion éthique sur la pratique et répond à une déontologie, à une charte.

Les préparations à la naissance en groupe ont prouvé grâce à l'*empowerment*, une amélioration de la qualité des soins, de leur accès et limitaient les risques de soins sous optimaux. [165]

## **G. La transmission des informations médicales et sociales**

Transmettre les informations recueillies lors des interrogatoires, retranscrire les résultats d'examens ou des échographies, les consultations, et rapporter les événements survenus au cours de la grossesse est indispensable pour assurer la continuité des soins et un suivi optimal. Les femmes enceintes ne sont pas toutes suivies à l'hôpital et il est important de ne pas perdre d'information entre les différents consultants.

Les femmes enceintes migrantes sont, pour les plus vulnérables, souvent amenées à changer de lieu de vie pour les raisons que nous avons pu évoquer.

Le recours à l'interprétariat et à la médiation sanitaire est malheureusement peu utilisé. Ainsi, par exemple, des informations essentielles comme des antécédents maternels ou des pathologies ayant un impact et pouvant orienter la conduite de l'examen échographique peuvent avoir été collectées lors d'une consultation et perdues aussitôt si la patiente consulte ensuite dans un établissement où on sera passé à côté.

### **1. Le carnet de maternité**

Toute grossesse déclarée est connue des services de PMI. Elle entraîne systématiquement l'envoi d'un carnet de suivi de grossesse financé par les conseils départementaux. Malheureusement, les budgets des collectivités territoriales fondent, et cet envoi est parfois remis en cause dans certains départements.

L'avantage de ce carnet est de permettre la transmission écrite d'informations médicales nécessaires à la continuité des soins. Il est peu rempli par les professionnels car c'est chronophage. Il peut être perdu ou confisqué par les forces de l'ordre lors de contrôles ou d'expulsions.

Il existe des exemples de carnets de maternité qui ont été pensés par et pour les femmes d'origines étrangères, allophones ou illettrées : le Car'mat à Nantes, le carnet du réseau périnatal de Guyane. Ils sont traduits, illustrés et expliquent le parcours de soin, le rôle du suivi et des examens de grossesses, les informations concernant les droits.

Pour tenter de parer à cette perte d'informations cruciales, transmettre par écrit semble être le minimum.

### **2. Le dossier partagé**

Les dossiers médicaux informatisés, partagés, sécurisés et consultable à distance, se révèlent une solution très intéressante pour les femmes enceintes en général et particulièrement pour les femmes migrantes.

Les réseaux de soins sont des acteurs importants de la transmission de l'information. Ils développent des outils innovants pour la permettre.

### **3. Le rôle des pairs dans la transmission de l'information, la vulgarisation des informations, donner accès à l'information**

[2] A Nantes, le travail en partenariat avec le service prévention de la CPAM de la Loire-Atlantique qui a proposé à un groupe de femmes de participer à des bilans de santé, a débouché sur des actions concrètes autour de l'alimentation des enfants et le sevrage tabagique. Il s'agissait là de propositions faites par les femmes elles-mêmes. Leur implication a été déterminante dans le succès de ces ateliers.

[2] A Bobigny, durant le programme d'accès aux soins des migrants par la médiation, la PMI a pu collaborer pour former des femmes relais roms pour sensibiliser au suivi médical

durant la grossesse, vaccination, contraception, utilisation des antibiotiques, pathologies pouvant être rencontrées dans la petite enfance.

#### **4. Les exemples des maisons de santé communautaires**

A St Denis, Toulouse, Grenoble et bientôt Marseille, se sont ouvertes des maisons de santé communautaires. Elles investissent leur territoire en partant des habitants eux-mêmes. Les projets de promotion, d'éducation à la santé, d'accès aux droits et à la santé permettent de favoriser le recours précoce aux soins de personnes vulnérables et notamment des femmes enceintes migrantes. Une revue de la Cochrane s'est intéressée à ces projets communautaires. [166]

### **H. Les politiques de soin, le rôle des institutions**

L'Etat, les Agences régionales de santé (ARS), les régions, les départements et les communes engagent des actions pour améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes vulnérables.

#### **1. Les agences régionales de santé (ARS) [152]**

Les ARS ont plusieurs outils que nous ne développerons pas mais qui démontrent une volonté d'agir. Nous nommerons le Projet régional de santé (PRS), les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), les contrats locaux de santé, les pactes territoires santé, etc. Ces agences permettent et assure le financement de beaucoup de projets différents qui améliorent l'accès aux soins des femmes enceintes migrantes.

#### **2. Collectivités territoriales**

Il existe des plans régionaux et départementaux pour réduire les inégalités de santé. Par des projets et des financements, les acteurs locaux mènent à bien des actions. Nous pouvons citer en exemple le financement du projet de médiation en santé par des conseils départementaux et régionaux. En Seine St Denis le conseil départemental finance des consultations gratuites pour promouvoir l'accès des jeunes à la santé.

#### **3. Communes**

Les communes participent à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Nous citerons l'exemple des centres municipaux de santé (CMS) de Montreuil. Ils assurent une prise en charge médico-psycho-sociale et travaillent en réseau sur leur territoire en s'appuyant sur des actions communautaires avec des pairs. [153]

#### **4. La Réserve Sanitaire [93]**

Réponse politique de l'Etat à une crise sanitaire en France ou à l'étranger, ce service basé sur le volontariat, dispose de moyens médicaux, paramédicaux, logistiques qui permettent d'épauler les établissements demandeurs.

Elle a été mobilisée notamment en Haïti, à Mayotte, et à St Laurent du Maroni où, pendant l'épidémie de zika, elle a pu, en fournissant un échographe et des sages-femmes, libérer des sages-femmes échographistes déjà en poste.

Ce dispositif, par le professionnalisme et les moyens dont il dispose permettrait de gérer efficacement la crise sanitaire à Calais, Paris, etc.

## **I. La formation**

Comprendre les enjeux qui conditionnent l'accès à l'échographie obstétricale et les particularités du suivi des femmes enceintes migrantes est essentiel pour offrir des soins optimaux. Avoir une connaissance minimale du droit et de la protection sociale est également nécessaire.

Pour cela les acteurs que nous avons pu rencontrer insistent sur la nécessité de la formation des professionnels de santé de la périnatalité mais aussi de toutes les personnes qui interviendront dans le parcours de soin des femmes enceintes migrantes.

Ce peut être une formation systématique des nouveaux internes par les sages-femmes de l'UAP de Montreuil, ou les professionnels de l'UGOMPS par exemple, ou bien la mise en place de rencontres « maternité, familles en exil » de l'association MANA. Il existe également des DU et DIU, des formations continues proposant de traiter des femmes enceintes vulnérables.

Malgré l'engagement que peut avoir l'échographe pour s'efforcer de délivrer des soins de qualité, les femmes enceintes migrantes, nous l'avons vu, peuvent en amont, être empêchées d'accéder aux consultations. Les personnels d'accueil, administratifs, les directeurs d'hôpitaux, les cadres de santé, les secrétaires, les professionnels paramédicaux et médicaux, les travailleurs sociaux, les agents des CPAM, les policiers, etc. doivent tous être préoccupés de l'accès aux droits et aux soins de ces femmes. Ils doivent donc être formés.

Il nous paraît judicieux d'intégrer cette problématique dans les formations initiales et pourquoi pas dans la formation des échographistes.

Le COMEDE publie régulièrement un guide très complet qui permet d'aider la pratique quotidienne [125].

## **J. La recherche**

La recherche dans le domaine de l'accès aux soins des femmes enceintes migrantes est en plein essor en France et dans le monde. Il existe peu de travaux dans le domaine de l'échographie obstétricale. L'expérience acquise dans le monde entier peut bénéficier à tous, et les échanges, notamment au niveau national peuvent améliorer la question.

Les expériences singulières des échographistes et professionnels médicaux des maternités d'outre-mer et notamment à St Laurent du Maroni et à Mayotte qui accueillent des femmes d'origines diverses dans des contextes de difficultés sociales et migratoires préoccupantes sont riches. Nous pouvons apprendre les uns des autres. Les RCP sont des bons moyens d'allier action et recherche.

Des entreprises innovent et tentent de réaliser des échographes portables peu coûteux. Ce type d'appareil conviendrait bien à des missions mobiles d'échographie d'aller vers. [148]

## **K. Gynécologie sans frontières**

Nous tenons à mettre en valeur l'action très importante de l'association Gynécologie sans frontières qui depuis le 15 novembre 2015, à travers sa mission CAMINOR (Mission camps de réfugiés-migrants du Nord et Pas de Calais) assure le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des violences liées au genre et des actes gynécologiques en coordination avec les hôpitaux de la région. Les sages-femmes et gynécologues assurent notamment des consultations mobiles car les structures d'aide sont parfois situées à plusieurs kilomètres des camps grâce à une camionnette nommée Dispensaire Mobile de soins en Gynéco-Obstétrique (DMGO). Ils proposent notamment des échographies. Leur action est consultable sur leur site internet. [150]

L'ensemble des acteurs qui interviennent auprès des femmes migrantes souligne l'importance de l'aller-vers, de *l'empowerment*.

Ils insistent sur la nécessité de s'appuyer sur un réseau. Le travail étroit et continu, et la connaissance mutuelle améliore la qualité du suivi des femmes migrantes, leur orientation judicieuse vers les partenaires, afin de garantir la continuité du suivi, le rendre le plus simple, fluide et efficient. Cette approche pluridisciplinaire et pluri institutionnelle apparaît nécessaire pour assurer un repérage précoce des vulnérabilités et une prise en charge médico-psychosociale de qualité. De cette coopération dépend l'amélioration de l'accès à l'échographie obstétricale pour les femmes migrantes vulnérables.

La formation des acteurs à tout stade du parcours de soin apparaît indispensable et est soulignée par les personnes expérimentées.

Le 7 juillet 2017, le Haut Conseil à l'Égalité a remis à Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, un rapport intitulé « Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité ».

Les recommandations de ce rapport sont semblables aux recommandations des acteurs que nous avons pu rencontrer. [36]

#### **IV. Quel positionnement adopter dans la politique de santé et d'accueil des migrants ? Quel rôle donner au droit et à l'éthique ?**

Les politiques migratoires des pays européens se heurtent aux droits fondamentaux. Il peut apparaître difficile, lorsqu'on fait partie d'une institution dépendant du système de santé de trouver un espace laissant place à une pratique éthique.

Ce n'est jamais un choix absolu des femmes que de ne pas faire suivre correctement leur grossesse, ou d'être inobservante. Cela participe d'une intrication de plusieurs facteurs qui déterminent leur accès aux soins (éducation, connaissance du corps, obstacles aux droits, lisibilité du parcours de soins, etc.).

Apparaissent des défaillances de la société, des politiques publiques, du système de santé, qui ne respectent pas le droit ou les recommandations et qui ne prennent pas en compte les inégalités de santé volontairement ou par négligence.

Nous l'avons vu, le droit français permet de garantir l'accès de toutes les femmes enceintes à un suivi de grossesse optimal incluant trois échographies de dépistage.

Comment alors se positionner en tant qu'échographiste face à des logiques géopolitiques ou économiques?

Il apparaît fondamental de commencer par interroger le droit, déontologie et l'éthique.

##### **A. La déontologie**

Les codes de déontologie médicaux assurent à tous un accès à des soins optimaux sans discrimination et en toute indépendance vis-à-vis des institutions.

##### **1. Ce que dit le code de déontologie de la sage-femme :**

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

« La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou

son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant. »

## **2. Ce que dit le code de déontologie du médecin :**

Art. R.4127-47 Code de la santé publique (art. 47 Code de déontologie médicale) :  
« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. »

Art. 4127-50 Code de la santé publique (art. 50 Code de déontologie médicale) : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ».

Art. 4127-95 Code de la santé publique (art. 50 Code de déontologie médicale) : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».

## **B. Le Droit**

Il est utile de rappeler que le Droit international ratifié par la France peut être opposé au Droit Français si celui-ci le bafoue. [35].

Un des phénomènes émergents et malheureux est le refus de soin pour AME ou CMU. Ces pratiques sont illégales et contraires à la déontologie.

L'article L. 1110-3 du code de la santé publique interdit à tout professionnel de santé de refuser des soins à une personne compte-tenu de sa protection sociale. [44]

Ainsi, l'article L. 1110-5 du code de la santé publique [43] précise : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées... ». C'est une obligation de moyens.

Le droit assure la confidentialité des informations confiées. Ainsi l'article 1110-4 du code de la santé publique en plus de rappeler l'obligation du secret professionnel pour tous les acteurs du système de soins, encadre la divulgation des informations: « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ... » et de l'accord de la personne : «... La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment... ». Cette confidentialité protège les personnes d'une éventuelle stigmatisation, voire d'une exclusion.

L'article 1111-4 du code de la santé publique [116] implique que la personne est au cœur des décisions pour sa santé : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

Le Droit parle de personnes et non de citoyens. Il s'applique à tous quel que soit le statut administratif, l'âge, le handicap. Il ne parle pas ici de curatelle, tutelle, majorité.

### **C. Egalité/équité**

L'égalité d'accès aux soins doit être garantie, mais comme nous l'avons vue cette égalité n'est pas suivie dans les faits à cause d'obstacles dans l'accès aux structures de soins existantes soit physiquement, administrativement ou psychologiquement.

L'égalité de traitement est un non-sens quand nous observons que de fait le temps de consultation ne suffit pas à certaines patientes.

Il est nécessaire alors de tendre vers une équité dans la prise en charge en prenant en compte l'inégalité de ressources, d'autonomie de nos patientes.

Si, pour caricaturer, nous opposons une femme française lettrée, habituée, initiée aux rapports soignants-soignés, au système de soin et une femme guinéenne isolée parce que sans domicile, vulnérable, ayant une histoire redoutable, le temps nécessaire à son accueil sera beaucoup plus long.

Il n'est pas question ici de parler de favoritisme ou d'inégalité par rapport à une file active classique mais de prendre en compte la singularité des femmes et des couples rencontrés. Il convient, pour assurer leur autonomie et leurs droits en tant que patient, de prendre en compte leur contexte, leurs difficultés, mais aussi leurs représentations, leur culture, leur imaginaire.

La loi rappelle que prendre en compte ces vulnérabilités ne constitue pas une discrimination [16].

Ces femmes ont des préoccupations plus importantes comme : « Que vais-je manger ce soir ? Où vais-je dormir en sécurité ? »

Ces consultations feront l'objet de la délivrance d'informations sur l'examen et ses conséquences.

### **D. Information loyale et choix éclairé :**

Prévue par le code de déontologie médicale [77], l'information conduisant à un choix éclairé est obligatoire dans notre démarche de dépistage. La réalisation de l'échographie, la proposition du dépistage de la trisomie 21, l'orientation vers un examen de diagnostic, la délivrance d'un résultat, d'une anomalie, nécessite une information loyale et adaptée. Elle doit pouvoir amener la patiente, le couple à émettre un choix éclairé.

Nous l'avons abordé, l'accès à l'interprétariat, à la médiation en santé et à la médiation transculturelle, permet d'aider à délivrer une information loyale, adaptée à chacun. Le choix ne pourra être éclairé que si et seulement si l'échographiste s'assure de la bonne compréhension de cette information. Il (elle) n'est pas seul(e), les partenaires peuvent l'aider dans son travail. Ainsi, la signature d'un document ne suffira pas.

L'aspect médico-légal ne doit pas faire perdre de vue l'objectif de notre relation de soin. C'est-à-dire offrir un acte qui épouse le projet de soin de la personne. Que veut-elle ? Qu'est-ce qui pour elle est important pour sa santé et celle de son futur enfant ? Le manque de temps, le systématisme, la standardisation des actes impliquent parfois la perte de vue de cet objectif à atteindre qu'est rendre autonome la personne dans ses propres décisions.

Pour un exercice juste et éthique il doit s'accompagner d'une pratique loyale, déontologique. L'apport du code de Nuremberg est important dans ce domaine.

Bien que chronophage et malgré les contraintes structurelles des établissements de santé, nous devons, en tant que professionnels de santé nous efforcer d'assurer des soins et leur accès en toute circonstance.

Il est important de noter que l'échographiste peut être, en urgence par exemple, le premier contact de ces femmes avec le système de soin. L'examen ne peut se réduire à une simple réalisation de biométries pour dater la grossesse ou à la mesure de la longueur du col de l'utérus dans le cas d'une menace d'accouchement prématuré.

L'enjeu est d'arriver à profiter de cette consultation pour organiser précocement un suivi échographique et un suivi de grossesse optimal sans perdre ces enjeux de libre choix.

A cette information loyale se lie l'annonce d'une anomalie.

### **E. L'annonce d'une anomalie et le deuil**

L'annonce d'une anomalie dans notre pratique est quotidienne. Elle peut, par habitude, être banalisée, voire négligée.

Cependant elle doit avoir une place toute particulière dans le temps de la consultation. Les retards accumulés lors de la vacation ne doivent pas empêcher de porter une attention toute particulière à ce moment.

Le travail d'Elisabeth Kübler-Ross [161] est précieux pour comprendre les enjeux de cette annonce et les réactions qu'elle provoque chez les patientes. La mort, le handicap, le deuil sont universels mais les formes qu'ils prennent peuvent varier d'une personne à l'autre, d'une culture à l'autre et au sein d'une même famille.

Porter une particulière attention à cette annonce, c'est œuvrer à trouver tous les moyens pour garantir une compréhension des enjeux par la mère, le père, la famille.

Se repose alors la question de la délivrance de l'annonce avec un tiers professionnel comme un médiateur en santé, un médiateur transculturel, un interprète.

Le choix éclairé pour décider de la poursuite ou non de la grossesse, de l'orientation vers une consultation de diagnostic prénatal, de la pratique d'examen complémentaires dépendra de la qualité de cette annonce.

Il est intéressant, dans ce cadre de la migration, de chercher à accompagner les femmes qui décident de ne pas demander d'interruption médicale de grossesse lorsqu'une pathologie particulièrement grave leur est annoncée. Des associations comme SPAMA et l'expérience du service du DAN du CHOG replacent ces choix personnels dans le contexte de la société française où accepter le handicap et l'accompagnement de la fin de vie ne vont pas toujours de soi. Informer loyalement c'est aussi informer sur les alternatives qui existent comme les soins palliatifs, l'accouchement sous « X », l'adoption.

L'obligation de moyens est un des piliers de nos professions médicales.

Dans ce cas elle assure une autonomie aux personnes.

Cet engagement pris auprès de nos patientes est sous-tendu par notre rapport à l'autre.

### **F. L'altérité**

La personne que nous recevons dans nos salles, nos bureaux est autre. Sa posture, sa culture, ses représentations, sa méconnaissance du système, de l'anatomie, de la langue, des codes

culturels, peuvent nous faire prendre le risque de disqualifier ses choix, ses compétences à prendre de « bonnes décisions ».

Il est facile de préjuger des intentions, des réactions, de la posture de l'autre en fonction de ce qu'il ou elle nous renvoie. La femme migrante, comme toutes les femmes, ne répond pas à un standard établi. Elle est ce que sa culture, sa religion, son sexe, son pays, son village, sa ville, sa famille, ses parents, ses amis, ses frères et sœurs,... ont « fait » d'elle en interagissant avec elle depuis sa vie fœtale. Mais elle « est » - au sens de ce qu'elle ressent, transmet - également par son histoire personnelle, ses sens, son corps.

La relation soignant-soigné, même empathique et bienveillante, est verticale. Le sachant délivre son savoir. La détention d'un pouvoir de soigner, et d'un savoir, peut induire un positionnement dominant qui transparaît dans la volonté consciente ou inconsciente de diriger le choix de l'autre.

Cet autre qui vient d'ailleurs et qui peut être dévalué parfois consciemment, par discrimination, racisme mais sinon le plus souvent par des processus inconscients, intégrés par notre éducation, par le fait d'avoir grandi dans notre société au passé colonial. Cet autre qui vient par exemple d'Afrique, continent « en développement » vient demander l'asile mais également le savoir, la technologie de l'homme, de la femme « occidental(e) », du pays « développé ».

Il ne faut pas oublier que c'est la voix de l'autre qui compte. Et remettre en cause la légitimité de la médecine à se prévaloir de son propre choix. Ce n'est pas sa fonction.

Le risque est également de juger son rapport au corps.

### **G. Le rapport au corps**

Le corps de la femme enceinte est le lieu de la grossesse. Le lieu de toute l'attention, le lieu d'expression de la technique, de l'échographie.

Le risque de notre pratique échographique qui comme la médecine en générale est de plus en plus technique, c'est de réduire l'autre à son corps. L'autre est son corps et a son corps. Ainsi Maria-Michela Marsano-Parisoli dans cette citation nous prévient : « En acquérant rigueur, elle (la médecine) a parfois réduit le patient à son corps objet, en oubliant que la personne n'est pas un simple corps et, surtout, que le corps humain est à la fois un corps-objet et un corps-sujet » [132]. La consultation d'échographie ne se limite pas à cet examen du corps du fœtus à travers celui de sa mère. C'est souvent par l'échographie que cette grossesse devient concrète. C'est après elle que nombre de femmes s'autorisent à vivre psychologiquement et physiquement cette grossesse.

La grossesse est une expérience singulière, mais aussi culturelle. Le risque est de vouloir transférer ce que l'on pense être bon pour que l'autre devienne une bonne mère selon nos critères. Il y a des milliards de façons d'être une bonne mère et de vivre sa grossesse.

Le corps de la femme enceinte de par sa vulnérabilité est soumis à de nombreux rites, attentions, mais est aussi le lieu des violences et de la domination des hommes (ou de la société) sur les femmes.

Une part importante des femmes migrantes a été ou est confrontée aux violences. Le viol est une arme de destruction massive qui est utilisée systématiquement par des groupes pour « punir » d'autres groupes dans des conflits. Ils sont aussi l'apanage de toutes les nationalités

et cultures. Les femmes qui ont traversé la Lybie ont presque toutes subi des violences sexuelles, des viols. Les mutilations génitales sont elles aussi particulièrement retrouvées par les professionnels rencontrés. Ces traumatismes potentiellement vécus ne sont surtout pas à oublier lorsqu'on touchera, explorera le ventre de ces femmes. Il est légitime de se demander si l'examen échographique par voie vaginale n'est pas à proscrire systématiquement lorsqu'un doute persiste sur la qualité de la communication. Les femmes qui parlent français et qui ont une bonne lisibilité de notre système de santé mettent, quand elles y parviennent et qu'on les écoute, parfois plusieurs années avant de réussir à se confier d'avoir subi des violences et plus particulièrement un viol. Il paraît encore plus difficile de le faire quand on vit en plus la douleur de l'exil et le rejet de la société dite d'accueil.

Le dépistage systématique des violences est recommandé par l'HAS [130 ; 131]. C'est le premier pas qui permet à beaucoup de femmes d'en parler la première fois. La grossesse étant plus à risque de violences, la place des échographistes est essentielle pour dépister et permettre aux femmes de bénéficier d'une prise en charge et d'aller de l'avant. Il faudra veiller dans notre approche de l'examen à ne pas oublier ces notions.

Partir du consentement à l'examen, puis aborder le corps de l'autre avec respect et bienveillance.

L'examen échographique se réalise dans une structure qui le soumet à des contraintes.

## **H. Se positionner par rapport aux politiques de santé**

Travailler au sein d'un établissement implique qu'on le représente mais aussi qu'on dépende directement des politiques de santé et des logiques administratives et économiques mises en œuvre dans celui-ci.

Il y a un contrat moral engagé entre le professionnel et son employeur, sa structure.

Ce contrat peut se nommer devoir de réserve comme dans la fonction publique.

Cette réserve peut également être sollicitée par des instances administratives comme la CPAM, l'ARS, la préfecture, auprès de leurs agents.

Les obstacles aux soins comme la non prise en charge financière des échographies est inadmissible car contraire aux lois en vigueur et aux droits fondamentaux. Certains agents peuvent appliquer sans discernement, par malveillance ou par négligence, ces directives de la hiérarchie.

Nous évoluons dans une société médiatisée qui traverse les murs de l'hôpital et influence les actes de chacun. La soumission volontaire à l'autorité est facile. La loi du nombre, les habitudes, le manque de temps, le manque de réflexion, peut décourager certain(e)s de s'en remettre à leur libre arbitre. C'est ce que Hannah Arendt appelait « la banalité du mal ».

L'échographiste est seul à pouvoir décider d'appliquer le droit, la déontologie, l'éthique pour défendre les droits des personnes à accéder à des soins de qualité.

Il peut alors invoquer son droit de retrait ou son droit à se démarquer de la politique de l'établissement si celle-ci lui paraît illégale, injuste, contraire à l'éthique médicale.

### **1. L'aspect économique, un argument discutable ?**

L'argument économique évoqué continuellement est aberrant car le coup humain et économique d'une prise en charge tardive, entraînent des dépenses à moyen et long terme bien plus importantes que si les soins avaient été optimaux et accessibles précocement.

Il suffit de comparer le prix d'une consultation ou d'une échographie à celui d'une journée d'hospitalisation en réanimation néonatale.

L'argument est de court terme, basé sur les politiques de performance et de chiffres dont le seul but est électoraliste.

La prévention est depuis très longtemps identifiée comme permettant une amélioration de la santé des personnes et de la santé publique en général. Elle est au centre de certaines politiques de santé pragmatiques d'Europe du nord qui ont compris l'enjeu humain mais aussi économique.

L'apport des migrants à l'économie a été prouvé par l'étude dirigé par le Pr Xavier Chojnicki, en 2010 pour le compte du ministère des Affaires sociales [58]. Le coût des politiques d'expulsions est énorme.

## **2. Le devoir du citoyen : entre le légal et le moral, l'éthique :**

L'échographiste est un citoyen. C'est la responsabilité du citoyen que de porter secours et de témoigner, quitte à désobéir, si la situation l'exige. L'articulation entre l'éthique du soignant et celle du citoyen est un travail difficile. Il faut garder la juste distance pour être en capacité d'apporter de l'aide, soigner.

Il faut laisser de l'espace à l'autre pour garantir son autonomie et s'occuper de lui-même et admettre que la solution au problème ne soit pas acceptable tout à fait.

L'insatisfaction implique l'humilité du soignant, la perfectibilité de son action. Elle encourage la recherche de solutions toujours plus satisfaisantes.

Remise en mars 2011 aux ministres de la santé de 12 pays européens, 147 organismes de professionnels de santé ont signé la déclaration européenne des professionnels de santé [41], dans laquelle ils déclaraient que : « *la discrimination dans l'accès aux soins va à l'encontre de la déontologie. L'éthique des professionnels de santé nous impose la responsabilité conjointe de reconnaître et de faire valoir les droits du patient* ».

Ils rappelaient une déclaration de l'Association médicale mondiale en 1981 : « *Lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution privent les patients de [leurs] droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer.* » [42]

Ces déclarations résonnent avec la pensée de Thoreau dans la Désobéissance civile et notamment à travers cette citation : « Il existe des lois injustes : devons-nous consentir à leur obéir ? Devons-nous tenter de les amender tout en leur obéissant jusqu'à ce que nous parvenions à nos fins – ou le devoir nous impose-t-il de les transgresser d'emblée » [117]

Il faut se questionner sur notre pratique, retrouver du sens à nos actions et s'interroger sur ce qui nous paraît juste en toute situation et malgré les cadres que l'on veut nous imposer.

Interrogeons-nous maintenant sur la place que l'on veut donner aux patient(e)s

## **3. La personne soignée doit redevenir le centre**

Ce travail et cette approche différente, pourraient se transposer à notre pratique quotidienne auprès de toutes nos patientes et de leurs conjoints. Le peu d'expérience que j'ai eu en tant que sage-femme libéral m'a fait prendre du recul sur mon travail hospitalier. J'ai été mis en alerte sur le vécu des femmes de toute condition sociale ou culturelle. A distance de l'accouchement, parfois plusieurs années après, les expériences du système de soin chez les femmes qui ont eu leur premier enfant sont assez souvent douloureuses, fréquemment différentes de leurs attentes.

Lors des grossesses suivantes, leur expérience leur permet d'appréhender différemment le système de soin, de mieux faire valoir leur droit à exprimer leurs choix.

Il serait intéressant de repenser notre pratique en partant plus souvent de ce que la personne nous apporte de ce qu'elle est, sans préconçus, systématismes. Paul Ricœur fait écho à cette démarche d'amélioration de nos pratiques : « Appelons visée éthique la visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes ». [118]

Il est évident que les contraintes administratives, économiques, de ressources humaines et matérielles doivent également être revues car l'échographiste est contraint par le cadre dans lequel il évolue. Repenser sa pratique est essentielle mais cela doit participer d'une réflexion globale qui s'inscrit dans un temps politique. Il nous apparaît révoltant que les patients, les usagers, doivent s'adapter aux cadres rigides du système de soin, de ses institutions, quitte à produire du mal, à aller contre notre première obligation : « primum non nocere ».

## **Conclusion**

La France accueille sur tout son territoire de plus en plus de personnes migrantes. Le nombre de femmes seules ou en famille est en forte augmentation et leur situation est préoccupante.

Dans ce mémoire nous avons souligné que les femmes migrantes sont confrontées à des problématiques médico-psycho-sociales difficiles ayant un impact néfaste sur leur santé et celle de leurs enfants. Ces femmes doivent malheureusement faire face quotidiennement à des obstacles pour accéder aux soins périnataux et plus généralement à leurs droits.

Nous avons vu quels enjeux intervenaient dans la consultation d'échographie obstétricale pour ces femmes. Les échographistes, acteurs de la périnatalité, sont en première ligne pour garantir des soins de qualité et un accès aux droits fondamentaux. Leurs conditions d'exercice sont difficiles et accueillir ces femmes peut les mettre encore plus en difficulté.

Ils peuvent compter sur l'émergence de solutions innovantes, à des niveaux différents qui pourront contrer ce phénomène d'inégalité et rétablir une justice sociale.

Le travail en réseau au sein du territoire d'exercice, en prenant en compte la singularité de la patiente, par une prise en charge empathique, et englobant toutes les problématiques rencontrées permet un suivi échographique de qualité et une continuité des soins.

L'échographiste n'est pas seul mais constitue un des fils de ce maillage territorial dense.

Enfin, nous avons proposé ce qui devrait favoriser une pratique et un positionnement éthique de l'échographiste dans ce contexte. L'échographiste peut s'appuyer sur de nombreux textes et recommandations qui lui permettront d'envisager un exercice digne et déontologique.

Dans le cadre légal prévu par le Droit français et international, la politique de santé, la formation et la recherche sont des leviers pour réinventer sans cesse une médecine plus juste.

## Références

- [1] Carayol M., Bucourt M, Cuesta J, et al. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d’Ile-de-France ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2014 (en ligne 2 avril 2014 : doi:10.1016/j.jgyn.2014.02.006).
- [2] Actes du colloque du vendredi 14 décembre 2012. La médiation, pour l’accès à la santé des populations précarisées : l’exemple des Roms. Ministère des Affaires sociales et solidaires.
- [3] HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques  
Version provisoire soumise à consultation publique. 2017
- [4] Pedro Kadivar note sur la pièce de théâtre « Tétralogie de la migration ». Site de la francophonie Limousin... Cité par Marie Rose Moro in « bébés d’ici, mères d’exil » C. Mestre, et al. Eres, Toulouse, 2016.  
<http://www.lesfrancophonies.fr/KADIVAR-Pedro-535>
- [5] Observatoire du Samu social de Paris, Inserm, Santé mentale et Addictions chez les personnes sans logement d’Île-de-France, 2009.
- [6] La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l’hôpital et dans le système de santé. Les propositions de la Fédération hospitalière de France et de Médecins du Monde. Mai 2014.
- [7] DREES, *Les Bénéficiaires de l’AME en contact avec le système de soins*, 2008.
- [8] Médecins du Monde, Observatoire de l’accès aux soins de la mission France – Rapport 2012, octobre 2013.
- [9] Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 consultable via :  
[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir\\_37144.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37144.pdf)
- [10] Circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d’intérêt général NOR: AFSH1304733C consultable via :  
[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir\\_36777.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir_36777.pdf)
- [11] Déclaration universelle des droits de l’homme du 10 mai 1948 consultable sur le site de l’ONU : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
- [12] Articles R2122-1 et R2122-2 du code de la santé publique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190389&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- [13] Article R2131-2 du code de la santé publique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000028470114&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170714>

[14] Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003). NOR : *SANH0530112C*

[15] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) NOR:AFSX1418355L.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20170716>

[16] LOI n° 2016-832 du 24 juin 2016 visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale (1) NOR: AFSX1514889L  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032769440&dateTexte=20170716>

[17] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions NOR: MESX9800027L

[18] <https://www.atd-quartmonde.fr/97-des-francais-ont-au-moins-un-prejuge-sur-les-pauvres-et-la-pauvrete-mais-leur-opinion-peut-evoluer/>

[19] Convention dite de Genève relative au statut des réfugiés. Conférence des Nations Unies du 28 juillet 1951 à Genève. <http://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62>

[20] Pestre E, Baligand P, Wolmark L. Ségrégations à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin. Cliniques méditerranéennes, ERES 2016, Les figures actuelles de la ségrégation, 2 (94) : 51 - 68.

[21] Winnicott D. W. The good enough mother. 1953.  
Edition Française : Winnicott D. W., La mère suffisamment bonne, Petite Bibliothèque Payot, 2008.

[22] Commission Nationale consultative des Droits de l'Homme, La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie - Année 2013, La Documentation française, avril 2014.

[23] Nacu. A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. Sociologie du travail 53. (2011) 109–130

[24] Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH. Maternal mortality among migrants in Western Europe: a meta-analysis *Matern Child Health J.* 2014 Sep;18(7):1628-38.

[25] Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport 2007-2009. INSERM, nov 2013 ; 118

[26] Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M. Understanding regional differences in maternal mortality: a national case-control study in France. *BJOG* 2012;119:573–581

- [27] La grossesse à l'épreuve des migrations, journée scientifique du 9 juin 2017 proposée par les Dr Azria et Dr Deneux-Tharaud à Paris. Vidéos accessibles via : <http://www.relations-medicales.com/replay/C172/>
- [28] Philibert M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle M-H. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? BJOG. 2008 october ; 115 (11) : 1411–1418
- [29] Van den Akker T, Van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective.. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Apr; 32 : 26-38.
- [30] Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, et al. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. Eur J Public Health 2015 ; 25 : 620–5.
- [31] Esscher A, Binder-Finnema P, Bødker B, et al. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14: 141.
- [32] Sauvegrain P, Azria E, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant and Native Women in France With Hypertensive Disorders During Pregnancy: A Qualitative Study. BJOG. 2017 Mar 25
- [33] Sauvegrain P, Carayol M., Egoet A., et al. Comment comprendre le risque élevé de mortalité infantile et périnatale dans une zone géographique ? L'exemple de la situation en Seine-Saint-Denis. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(6-7):116-22. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015\\_6-7\\_4.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_4.html)
- [34] Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, et al.. Mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis : analyse des certificats de décès néonataux. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2013;42(3):271-4.
- [35] GISTI & COMEDE. La protection sociale des personnes étrangères par les textes internationaux 3e édition. Gisti- les cahiers juridiques. février 2016.
- [36] Bousquet D, Couraud G, Lazimi G, et al. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017 [.http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/actualites-53/article/la-sante-et-l-acces-aux-soins-une](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/actualites-53/article/la-sante-et-l-acces-aux-soins-une)
- [37] Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Ottawa (Canada), 17–21 novembre 1986. <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

[38] HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soin - Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Soumis à la consultation publique du 20 février au 13 mars 2017. Haute autorité de santé. 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_2746314](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2746314)

[39] HAS. Interprétariat dans le domaine de la santé - Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Soumis à la consultation publique du 20 février au 13 mars 2017. Haute autorité de santé. 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_2746317](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2746317)

[40] Ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025943780>

[41] European declaration of health professionals. Towards non-discriminatory access to health <http://MdMeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/european-declaration-health-professionals.pdf>  
[www.humanetwork.org](http://www.humanetwork.org)

[42] Déclaration de Lisbonne de l'Association médicale mondiale sur les droits du patient (1981). <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-lisbonne-de-lamm-sur-les-droits-du-patient/>

[43] Article L. 1110-5 du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031972245>

[44] Article L. 1110-3 du code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026268225&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

[45] CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE NOR INTK1233053C du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites. [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/08/cir\\_35737.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/08/cir_35737.pdf)

[46] Article L1111-7 du code de la santé publique relatif à l'accès au dossier médical. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685776&dateTexte=&categorieLien=cid>

[47] Discours de Son Excellence Monsieur AZALI Assoumani Président de l'Union des Comores à l'occasion de l'Aïd-El-Fitr 1437 et du 41ème anniversaire de l'indépendance du pays. Beit Salam, 5 juillet 2016. Disponible sur le site de la présidence de l'Union des Comores. <http://beit-salam.km/discours-du-president/discours-excellence-monsieur-azali-a-loccasion-de-l%E2%80%99a%C3%AFd-el-fitr-1437-et-du-41%C3%A8me-anniversaire.html>

[48] La souveraineté de l'Union des Comores selon les Nations unies.  
<http://www.gisti.org/spip.php?article2495>

[49] Résolutions de la trentième session de l'Assemblée Générale des Nations Unies.  
<http://www.un.org/french/documents/ga/res/30/fres30.shtml>

[50] Ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte. NOR: AFSX1207294R  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025943780>

[51] Pagani L., Lawson DJ, Jagoda E., et al. Genomic analyses inform on migration events during the peopling of Eurasia. Nature. 2016 Oct 13;538(7624):238-242.  
Doi: 10.1038/nature19792. Epub 2016 Sep 21.

[52] Malaspina A.-S., Westaway MC., Muller C. et al. A genomic history of Aboriginal Australia. Nature. Published online September 21, 2016. doi:10.1038/nature18299

[53] Mallick S., Li H., Lipson M. et al. The Simons Genome Diversity Project: 300 genomes from 142 diverse populations. Nature. Published online September 21, 2016. doi:10.1038/nature18964

[54] Timmerman A. and Friedrich T. Late Pleistocene climate drivers of early human migration. Nature. Published online September 21, 2016. doi:10.1038/nature19365

[55] Saey T.H. Human DNA found in a Neandertal woman. Science News. Vol. 189, March 19, 2016 : 6.

[56] Bower B. Some Stone Age humans ventured back to Africa. Science News. Vol. 189, June 25, 2016 : 14.

[57] Bower B. Humans reached Asia in two waves. Science News. Vol. 180, November 5, 2011 : 13.

[58] Chojnicki X., Defoort C., Drapier C., et al. Migrations et protection sociale : étude sur les liens et les impacts de court et long terme. Rapport pour la Drees-Mire. Juillet 2010  
[http://droit.univ-lille2.fr/uploads/media/Rapport\\_Drees\\_EQUIPPE\\_V3\\_02.pdf](http://droit.univ-lille2.fr/uploads/media/Rapport_Drees_EQUIPPE_V3_02.pdf)

[59] Brian T., Laczko. F. IOM Global Migration Data Analysis Centre. GMDAC. Fatal journeys volume 2. Identification and tracing of dead and missing migrants. International Organization for Migration (IOM) 2016.  
[http://publications.iom.int/fr/system/files/fataljourneys\\_vol2.pdf?language=fr](http://publications.iom.int/fr/system/files/fataljourneys_vol2.pdf?language=fr)

[60] OMS. Genève 2016. La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes.

[61] LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (1) NOR: FCPX1523191L  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/21/FCPX1523191L/jo/texte>

[62] Médecins du Monde. European network to reduce vulnerabilities in health..Rapport de l'observatoire 2016 : L'accès aux soins de personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes et 12 pays. Novembre 2016

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/15/rapport-de-observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-europe-2016>

[63] Edwards, A. (2016) Des déplacements de populations sans précédent à travers le monde. UNHCR

<http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/6/57641727a/deplacements-populations-recedent-travers-monde.html>

[64] Dumont, J-C, Scarpetta, S. (2016) 'Europe will win from integration' in OECD yearbook 2016 Paris.

[65] OHCHR. Convention internationale des droits de l'enfant. 20 novembre 1989

<https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

[66] Association de soins aux professionnels de santé. Stethos International. Les souffrances des Professionnels de Santé. Résultats de l'enquête menée par Internet en Novembre 2015.

<http://asso-sps.fr/etudes---ouvrages.html>

[67] Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi .Le rapport qui pique. Janvier 2015.

[68] Carde E. Immigration(s) et accès à la santé en Guyane. Anthropologie et santé, n° 5, 2012. <http://anthropologiesante.revues.org/1003>

[69] Schnapper D. Les conséquences de l'immigration sur la société française. Cahiers Français n°383. 2014.

[70] Sous la direction de Gildas Simon. Dictionnaire des migrations internationales. Approche géohistorique. Armand Colin. 2015.

[71] Inégalités sociales de santé : définition et concept du champ / Inpes, dossier en ligne, 2012 <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>

[72] Azria E, Stewart Z, Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharaux C. Inégalités sociales de santé maternelle Gynecol Obstet Fertil. 2015 Oct;43(10):676-82. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.09.004. French.

[73] Leclerc A., Fassin D., Granjean H., et al. Les inégalités sociales de santé. INSERM. La Découverte. 2000.

[74] Conseil de l'Europe. La charte sociale européenne. 1961 et protocoles additionnels. <http://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168048b058>

[75] Journal officiel des communautés européennes. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. 2000.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>

[76] Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Article L622-1 relatif au « délit de solidarité ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006147789&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20090408>

[77] Information du patient. Code de déontologie médicale. Article R4127-35 du code de la santé publique.

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=659647895AA51B700D9B90C55BEA33DB.tpdila08v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006196409&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170719](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=659647895AA51B700D9B90C55BEA33DB.tpdila08v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006196409&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170719)

[78] Amnesty International. Des contrôles aux confins du Droit. Violations des droits humains à la frontière avec l'Italie. Synthèse de mission d'observation. Février 2017.

[https://amnestyfr.cdn.prismic.io/amnestyfr%2F97f9ee3c-f7f6-4549-bf7d-d04483c7ec01\\_aif\\_synthese\\_mission+a+la+frontiere+franco-italienne\\_2017\\_fr+.pdf](https://amnestyfr.cdn.prismic.io/amnestyfr%2F97f9ee3c-f7f6-4549-bf7d-d04483c7ec01_aif_synthese_mission+a+la+frontiere+franco-italienne_2017_fr+.pdf)

[79] Le Défenseur des droits. République Française. Les droits fondamentaux des étrangers en France. Mai 2016.

[https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170\\_ddd\\_rapport\\_droits\\_etrangers.pdf](https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf)

[80] Human Rights Watch. France : Les migrants et les demandeurs d'asile victimes de violence et démunis. <https://www.hrw.org/fr/news/2015/01/20/france-les-migrants-et-les-demandeurs-dasile-victimes-de-violence-et-demunis>

[81] Médecins Sans Frontières. Migrants dans la rue à Paris : le harcèlement et les violences policières doivent cesser. 7 janvier 2017. <http://www.msf.fr/presse/communiqués/migrants-rue-paris-harcelement-et-violences-policieres-doivent-cesser>

[82] Communiqué de Presse du collectif "Petit Dej à Flandres". Médiapart. 8 janvier 2017. <https://blogs.mediapart.fr/la-chapelle-en-lutte/blog/080117/stop-au-harcelement-policier-des-migrantes-de-pajol-par-le-collectif-du-ptit-dej>

[83] Médecins du Monde. Communiqués de presse des 12 janvier et 15 juin 2017.

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/migrants/2017/01/12/le-meilleur-cotoie-le-pire>

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/tribunes/2017/06/15/pour-un-changement-radical-de-la-politique-migratoire-en-france>

[84] Conseil constitutionnel. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

[85] Carde E. Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane », Espace Populations Sociétés, 2009 ; 1 : 175-189. DOI : [10.4000/eps.3638](https://doi.org/10.4000/eps.3638)

[86] Carde E. "On ne laisse mourir personne." Les discriminations dans l'accès aux soins, Travailler, 2006 ; 16 : 57-80. DOI : [10.3917/trav.016.0057](https://doi.org/10.3917/trav.016.0057)

[87] Carde E. « Quand le dominant vient d'ailleurs et l'étranger d'ici : l'accès aux soins en Guyane au prisme de la double altérité », Autrepart, 2010 ; 55 : 89-106.

DOI : [10.3917/autr.055.0089](https://doi.org/10.3917/autr.055.0089)

[88] Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharoux C. et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:126 DOI 10.1186/s12884-017-1310-z

[89] Safy-Godineau F., « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 3 | 2013, mis en ligne le 30 octobre 2013, URL : <http://nrt.revues.org/1042> ; DOI : 10.4000/nrt.1042

[90] Belorgey N. L'hôpital sous pression, enquête sur le nouveau management public, Paris, La Découverte, 2010, Paris

[91] Opatowski M. La précarité sociale pendant la grossesse : construction d'un indice et association avec la santé des femmes enceintes. Enquête nationale périnatale 2010. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* , avril 2015 ; 63 (2) : 146

[92] Wresinsky J. Conseil Economique et Social. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. 28 février 1987.

<http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

[93] La Réserve Sanitaire. Santé publique France. <http://www.gouvernement.fr/risques/la-reserve-sanitaire>

[94] Amnesty International, GlobeScan.. Refugees Welcom Survey. Amnesty International. 2016. <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2016/05/refugees-welcome-index-shows-government-refugee-policies-out-of-touch/>

[95] Wike, R., Stokes B, Simmons K. Europeans fear wave of refugees will mean more terrorism, fewer jobs. Sharp ideological divides across EU on views about minorities, diversity and national identity. Pew Research Center, 2016.

[96] Gueguen Catherine. Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation des enfants à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Robert Lafon. 2014, p. 154-202 (pour l'édition POCKET).

[97] Curley J P, Jensen CL, Mashoodh R, ChampagneSocial FA. Influences on neurobiology and behavior epigenetics effects during development. *Psychoneuroendocrinology*, 36 (3) : 352-371.

[98] Kundakovic M, Lim S, Gudsnuk K, Champagne FA. Sex-specific and strain-dependent effects of early life adversity on behavioral and epigenetic outcomes. *Front psychiatry*, 4 : 78.

[99] Korosi A. Early-life stress mediated modulation of adult neurogenesis and behavior. *Behavioral Brain Research*, 227 (2012) : 400-409.

- [100] Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : How and Why ?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007 ; 48 (3-4) : 245-261.
- [101] Glover V., Annual research review : Prenatal stress and the origins of psychopathology : An evolutionary perspective ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011 ; 52 (4) : 356-367.
- [102] Meaney MJ, Diorio J, Francis D, et Al. Early environmental regulation of forebrain glucocorticoid receptor gene expression : Implications for adrenocortical responses to stress, *Developmental Neuroscience*, 18 (1-2) : 49-72.
- [103] Frodl T, Reinhold E, Koutsouleris N, et al. Interaction of childhood stress with hippocampus and prefrontal cortex volume reduction in major depression. *J Psychiatr Res*. 2010;44:799–807
- [104] Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science* , 2003 ; 302 (5643) : 290-2
- [105] UN Women. Gender assessment of the refugee and migration crisis in Serbia and Fyr Macedonia. Europe and central Asia Regional office. Istanbul, Turkey. January 2016
- [106] Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-12  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000032171230>
- [107] Le Planning Familial. « La double peine des femmes migrantes victimes de violences de couple ». <https://www.planning-familial.org/actualites/la-double-peine-des-femmes-migrantes-victimes-de-violences-de-couple-0013382?prehome=off>
- [108] OMS. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. 2015  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO_RHR_15.23_fre.pdf?ua=1)
- [109] Dumont, J-C, Scarpetta, S. (2016) ‘Europe will win from integration’ in OECD yearbook 2016 Paris.
- [111] Arbeille P, Fornage B, Boucher A, et Al. Telesonography: Virtual 3D image processing of remotely acquired abdominal, vascular, and fetal sonograms. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2014, february ; 42 ( 2) : 67–73
- [112] De Villardi de Montlaur D. Évaluation des connaissances des patientes concernant le dépistage de la trisomie 21 lors de l’échographie du premier trimestre : résultats d’un sondage prospectif sur un échantillon de 201 femmes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2016 ; 45 : 62—70
- [113] Centre d’observation et d’analyse des besoins en santé. L’enquête périnatale à Mayotte en 2010. ARS Océan Indien. Dossier statistique n° 04, mai 2011.  
[https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Enquete\\_Perinat\\_Mayotte\\_2010\\_0.pdf](https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Enquete_Perinat_Mayotte_2010_0.pdf)

[114] Torchina H, Ancela P.-Y. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2016 ; 45 : 1213—1230

[115] Brugier C, Morel O, Ricbourg A, et Al. Impact de la précarité sur la qualité du dépistage anténatal. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2012 ; 41 : 454—459

[116] Article L. 1111-4 du code de la santé publique.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>

[117] Thoreau H. D. La désobéissance civile. 1849. Le passager clandestin. p. 34.

[118] Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris. Seuil. 1990. p. 202.

[119] Mestre C. (s/ la direction). Bébés d'ici, mères d'exil. 1001 BB 149. Erès. Toulouse. 2016.

[120] Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012. <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>

[121] Norme internationale ISO 13611, Interprétation — Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social, Première édition 2014-12-01

[122] Charte de référence de la médiation sociale, Comité interministériel des villes, octobre 2001.  
<http://i.ville.gouv.fr/referance/2874/charte-de-referance-de-la-mediation-sociale>

[123] Code national de déontologie du médiateur, Rassemblement des organisations de la Médiation (R.O.M), 2009.  
<http://www.anm-mediation.com/images/anm/documents/code-de-deontologie.pdf>

[124] Ministère des solidarités et de la santé. Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. 2012.  
<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/lutte-contre-l-exclusion/article/conference-nationale-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale>

[125] COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015. Guide pratique pour les professionnels. COMEDE. 2015.  
<http://www.comede.org/guide-comede/>

[126] Le programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de grande précarité. <http://www.mediation-sanitaire.org/>

[127] Camara N.-A., Pommier F. Différence culturelle dans la perception de l'image échographique : étude des représentations maternelles dans une perspective interculturelle Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2012 ; 60 : 166–175.

- [128] Vernon D. Dans les sociétés noir-marronnes du Surinam et de Guyane, la confrontation à un concept étranger. In Gardou C. Le handicap au risque des cultures. Eres. 2010 : 153-173
- [129] Vernon D. Les représentations du corps chez les Noirs Marrons Ndjuka du Surinam et de la Guyane Française. Institut Français de recherche scientifique pour le développement en coopération. Collection Etudes et Thèses. Editions de l'ORSTOM, Paris, 1992.
- [130] Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. DGS, Paris, 2004.
- [131] HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé, HAS, Avril 2005.
- [132] Marzano-Parisoli M.-M. Penser le corps. Questions d'éthique. Presses universitaires de France, Paris, 2002.
- [133] L'article L. 1110-1 du code de la santé publique.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685741>
- [134] Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, et Al. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. La Revue de l'IRES. 2007 ; 1 (53) : 3 – 49.
- [135] Dusmesnil H. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 2009 ; 4 : 355 – 364
- [136] Shanafelt TD, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med, 2002 ; 136 : 358-67.
- [137] Basurko et al. Maternal and foetal consequences of dengue fever during pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology ,2009 ; 147 : 29–32
- [138] Friedman EE, et al.) Symptomatic Dengue Infection during Pregnancy and Infant Outcomes: A Retrospective Cohort Study. PLoS Negl Trop Dis, (2014 ; 8(10): e3226. doi:10.1371/journal.pntd.0003226
- [139] Carles et al. Redistribution of fetal blood flow in response to an acute fever episode during pregnancy in comparison with malaria Journal of Infectious Diseases and Immunity April, 2011 ; 3(4) : 68-72
- [140] Lambert V. et al. Plasma and Urinary Aluminum Concentrations in Severely Anemic Geophagous Pregnant Women in the Bas Maroni Region of French Guiana: A Case-Control Study Am. J. Trop. Med. Hyg., 2010 ; 83(5) : 1100–1105 doi:10.4269/ajtmh.2010.10-0370
- [141] Lambert V. et al. La géophagie : avancées dans la compréhension de ses causes et conséquences. La Revue de Médecine Interne, 2013 ; 34 : 94-98
- [142] Arbeille P. Consequences of reduced umbilical and increased fetal cerebral flow during malaria crisis on fetal behavior. Parasitology, 2003 ; 126 : 513-519

- [143] Epelboin L. Épidémie de virus Zika en Amérique latine : quels enjeux pour la Guyane française en avril 2016 ? Bull. Soc. Pathol. Exot. 2016  
DOI 10.1007/s13149-016-0490-5
- [144] Picone O, et al. Infection par le virus Zika chez la femme enceinte. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.03.005>
- [145] Adam et al. La santé des populations vulnérables. Ellipses. Paris, 2017.
- [146] Bouleau-Belec S. Culture et traditions comoriennes face aux exigences du diagnostic anténatal. Mémoire Master 2 échographie diagnostic anténatal. Option dépistage. Université Paris 5 - Paris Descartes. 2011-2012.
- [147] Rémi Charrier. Synthèse démographique de la Guyane - Une démographie toujours dynamique. INSEE Flash Guyane N° 57 Paru le : 17/01/2017  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184>
- [148] Harris RD., Marks WM. Compact ultrasound for improving maternal and perinatal care in low-resource settings: review of the potential benefits, implementation challenges, and public health issues. J Ultrasound Med. 2009 Aug;28(8):1067-76.
- [149] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Mise à jour Mai 2016. Haute autorité de santé. 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_605115/fr/suivi-des-femmes-enceintes-recommandations-maj-mai-2016](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_605115/fr/suivi-des-femmes-enceintes-recommandations-maj-mai-2016)
- [150] Mission CAMINOR. Gynécologie sans frontières. <https://gynsf.org/mission-camps-de-refugies-migrants-du-nord-pas-de-calais/>
- [151] Association Promofemmes. Solidarités interculturelles. <http://www.promofemmes.org/>
- [152] ARS Nouvelle Aquitaine. Site internet : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/>
- [153] Centres municipaux de santé de la ville de Montreuil.  
<http://www.montreuil.fr/sante/loffre-de-soins/centres-municipaux-de-sante-cms/>
- [154] InVS. Epidémie de béribéri infantile à Mayotte - rapport d'investigation 25 mai - 25 juin 2004. Institut de Veille Sanitaire. 2004.  
[http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=5706](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=5706)
- [155] Association Mana. Site internet : <http://www.cliniquetransculturelle-mana.org/>
- [156] Martin L. La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants : étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile. Thèse de médecine. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01284227>
- [157] Dinh Quang Chi. Les inégalités sociales de la mortalité infantile s'estompent. In: Economie et statistique. Juin 1998 ; 314 : 89-106. DOI : 10.3406/estat.1998.2634
- [158] Veisse A et al. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. BEH 2-3-4 / 17 janvier 2012

- [159] Azria E, Guittet L, Delahaye M. et al. Improvement of first-trimester ultrasound screening in socially deprived settings through a community-based perinatal network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Dec;159(2):351-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.09.028. Epub 2011 Oct 13.
- [160] Azria E. Social inequalities in perinatal health. *Arch Pediatr.* 2015 Oct;22(10):1078-85. doi: 10.1016/j.arcped.2015.07.006. Epub 2015 Aug 20. Review. French
- [161] Elisabeth KR. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Familie.* Macmillan, 1969
- [162] Office français de protection des réfugiés et apatrides. Rapport d'activité 2016. [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_dactivite\\_ofpra\\_2016\\_1.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2016_1.pdf)
- [163] Christian LM, Iams JD, Porter K, Glaser R. Epstein-Barr virus reactivation during pregnancy and postpartum: effects of race and racial discrimination. *Brain Behav Immun.* 2012 Nov;26(8):1280-7
- [164] Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en 2015. MdM. 2016. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/file/22173/download?token=MFh71CRj>
- [165] Ickovics, Jeannette PhD; Lewis, Jessica MFT, and al. Group Prenatal Care Compared With Traditional Prenatal Care: A Systematic Review and Meta-analysis *Obstetrics & Gynecology*: January 2017; 129( 1):203–204
- [166] Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, and al. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Dec 1; (12): 1–157
- [167] Chabellard N. Caractéristiques médico-psycho-sociales et suivi obstétrical des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sur Bordeaux métropole. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux. 2015.

## Bibliographie

Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G, La santé des personnes vulnérables. Ellipses. 2017

Mestre C, Gioan E, Quattoni B, Lkhadir A, Bébés d'ici, mères d'exil. Eres. 2016.

Marzano-Parisoli M.-M. Penser le corps. Questions d'éthique. Presses universitaires de France, Paris, 2002.

Djigo S. Les migrants de Calais. Enquête sur la vie en transit. Contre-Feux. Agone. 2016.

Neyestani M. Petit manuel du parfait réfugié politique

Lequette S, Le Vergos D. Décamper. De Lampedusa à Calais, un livre de textes et d'images et un disque pour parler d'une terre sans accueil. La Découverte. 2016.

Krafft R. Passeur. Buchet Chastel. 2017.

Thoreau H. D. La désobéissance civile. (1849). Le passager clandestin. 2007

Arendt H. Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal, Gallimard, Paris, 2002

## Mayotte

Masson C. Droit du sol. Ecritures. Casterman. 2009.

## Guyane

Price R. Les premiers temps. Vents d'ailleurs. 2013.

Taubira C. Nous habitons la Terre. Philippe Rey. 2017.

## Résumé

Les femmes migrantes sont chaque année plus nombreuses en France. Les femmes enceintes migrantes font face à des obstacles pour accéder aux échographies et à leurs droits. Leur prise en charge par les échographistes est soumise à des difficultés inhérentes aux particularités de ces femmes et au système de soin. Cependant des initiatives originales qui permettent l'accès aux échographies existent et la sensibilisation des femmes et des professionnels permet une amélioration de cet état de fait. Le Droit, la déontologie et l'éthique guident l'échographiste dans sa pratique et ses questionnements.

## Abstract

The number of Migrant women is increasing in France every year. Pregnant migrant women face barriers to access ultrasounds and their rights. Medical sonographers have to deal with their particularities and the health care system constraints. However, there are original initiatives that improve access to ultrasound scans, including awareness raising for women and professionals. Law, medical deontology and ethics guide the sonographer in his practice and his questions.

## Mots clés

Echographie ; grossesse ; migration ; accès aux soins ; migrantes ; réfugiée ; exil

## Key words

Ultrasound ; pregnancy ; migration ; health care access ; immigrant women ; refugee ; exile