



HAL
open science

Comment les sages-femmes de consultation et de secteur mère-enfant évaluent-elles la précarité, à la maternité régionale de Nancy en 2010 ?

Elsa Collin

► To cite this version:

Elsa Collin. Comment les sages-femmes de consultation et de secteur mère-enfant évaluent-elles la précarité, à la maternité régionale de Nancy en 2010 ?. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881064

HAL Id: hal-01881064

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881064>

Submitted on 25 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Comment les sages-femmes de consultation et de secteur mère-enfant évaluent-elles la précarité, à la maternité régionale de Nancy en 2010 ?

Mémoire présenté et soutenu par

Elsa COLLIN

Promotion 2007-2011

**Travail de recherche réalisé sous la
direction de Mme Belgy et sous
l'expertise de Mme Viel**

SOMMAIRE

Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction	7
Partie 1	9
1. Définitions	10
1.1. Le concept de précarité	10
1.1.1. Définition de précarité.....	10
1.1.2. Précarité et exclusion [5].....	11
1.1.3. L'impact de la précarité financière chez les femmes [1]	12
1.1.4. Mon expérience.....	13
1.2. Le concept de santé	14
1.2.1. La définition de la santé	14
1.2.2. La précarité au sein du système de santé	15
2. L'impact de la précarité sur la femme	18
2.1. La régulation des naissances [7]	18
2.2. Le suivi de la grossesse [1]	19
2.3. Pathologie et grossesse [1].....	20
2.4. Accouchement et précarité.....	21
2.5. Parentalité et précarité.....	23
3. Quelles sont les aides a proposer ?.....	25
3.1. La complexité des aides financières (annexe 1).....	25
3.2. Le travail en réseau	26
3.2.1. Le service social de la Maternité Régionale de Nancy	26
3.2.2. Le service de Protection Maternelle et Infantile et précarité (annexe 2)	27
Partie 2	29
1. Description de l'étude	30
2. Les résultats de l'étude	35
2.1. Des définitions différentes	35
2.1.1. Des difficultés à s'exprimer, sujet tabou ?	35
2.1.2. La diversité des termes utilisés et des interprétations	37
2.1.3. Le lieu d'activité influe sur la représentation de la précarité	37
2.2. Les indicateurs de la précarité.....	38
2.3. Un sujet facilement abordable ?.....	43
2.4. L'entretien prénatal, voie d'accès pour les sages-femmes de consultation :	44
2.5. L'intérêt de la prise en charge	45
2.6. Une définition finale de la précarité :	57
2.7. L'expérience professionnelle et son lien avec la représentation de la précarité :	58
Partie 3	61
1. Discussion.....	62

1.1.	La précarité comme axe de réflexion et d'intérêt pour les sages-femmes [12]	62
1.2.	Des sentiments ambigus et la difficulté d'une définition de la précarité [5]	63
1.3.	Une prise en charge complexe	65
1.4.	Le travail en réseau est-il efficace ? [13, 14]	70
2.	Analyse d'une étude similaire de 1988 (annexe 5) [15].....	73
3.	Le score d'EPICES, un outil pour évaluer la précarité ? (Annexe 6) [16]	77
	Conclusion.....	79
	Bibliographie	81
	TABLE DES MATIERES	85
	Annexe 1.....	I
	Annexe 2.....	3
	Annexe 3.....	5
	Annexe 4.....	7
	Annexe 5.....	Erreur ! Signet non défini.
	Annexe 6.....	780

Préface

Je souhaitais expliquer mon envie de traiter la précarité comme sujet d'actualité. Mais s'il est vrai que c'est un sujet d'actualité en 2010, cela était vrai aussi il y a 30 ans, 20 ans, 10 ans, et malheureusement ce le sera encore dans 10 ans. Cependant l'évolution remarquée aujourd'hui est la précarisation touchant de plus en plus les femmes. Alors est-ce ambitieux de vouloir faire une étude sur ce thème de santé publique, que l'on peut penser sans solutions ? Je n'ai pas voulu démontrer ce que les études nous prouvent toutes, à savoir que la précarité influence de manière négative le déroulement de la grossesse. Je n'ai pas davantage souhaité rencontrer des femmes pour étaler leur misère. Je me suis plutôt tournée vers les sages-femmes pour observer leur regard sur les femmes issues de milieux défavorisés.

Durant ma vie d'étudiante, j'ai pu remarquer des comportements très différents des sages-femmes face à ces parturientes, allant de la pitié à l'accompagnement complet. Et j'ai pu observer qu'il n'y avait pas de protocole établi pour une prise en charge de ces patientes ? Pourtant des moyens existent pour optimiser leur grossesse. Si ces protocoles ne sont pas rédigés, c'est certainement parce qu'on ne sait pas sur quelle population les mettre en place. Ainsi s'en est découlé ma recherche de mémoire : comment les sages-femmes de consultations et de secteur mère-enfant évaluent la précarité ?

Mon regard en tant que militante, étudiante et futur professionnelle se tourne vers les femmes, qu'elles soient soignantes ou soignées, pour comprendre comment améliorer leurs relations et permettre que les unes et les autres profitent pleinement de ces moments importants dans la vie d'une femme, nouvellement mère.

Introduction

En France, l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens de santé a défini cinq catégories de personnes en situation de précarité : les chômeurs, les bénéficiaires du RMI, les titulaires d'un contrat emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe et les jeunes de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. Aujourd'hui on y ajoute les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C. Mais cette définition repose essentiellement sur des situations face à l'emploi. Or la précarité est multifactorielle, elle concerne aussi l'isolement social, l'état de santé, l'état du logement, l'absence de diplômes.

Au cours des années, la sémantique du champ de la pauvreté a évolué de misère à précarité en passant par pauvreté, puis exclusion. Mais si le vocabulaire évolue, ce n'est que pour cacher une réalité qui elle, ne change pas. En effet, au cours de ces dernières décennies, les types d'emplois se sont modifiés (contrats à durée déterminée, contrats saisonniers, intérim, contrats aidés, apprentissage), les formes familiales ont évolué (unions moins durables, familles monoparentales), et le logement devient le problème majeur des Français.

Toutes ces difficultés économiques et sociales entraînent des inégalités de santé, également face à la grossesse. Les sages-femmes qui ont un rôle d'accompagnement des femmes enceintes sont directement concernées par cette précarité, et doivent en permanence s'adapter aux parturientes. Il est indispensable que la femme, quelque soit son origine, ses idéologies, sa religion, sa situation socio-économique vive au mieux sa grossesse et sa maternité, et c'est à la sage-femme d'y veiller. Mais il n'est pas toujours évident, surtout dans une maternité, lieu « stérile », de connaître les besoins des patientes.

Au delà des a priori, quels sont les indicateurs qui vont faire penser qu'une parturiente vit dans la misère ? Quelle perception ont les sages-femmes de ces femmes démunies ? Et quel rôle les sages-femmes peuvent jouer pour que la grossesse vécue dans une situation précaire se déroule au mieux ?

J'étudierai dans un premier temps les concepts de précarité et de santé, pour mieux comprendre l'influence de cette première notion sur la seconde, et plus particulièrement sur la maternité, à travers des données épidémiologiques.

Dans un second temps, j'exposerai une étude, réalisée grâce à des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes de consultations et de secteurs mère-enfant, et ses résultats. Cette enquête a pour but de mettre en évidence les représentations des sages-femmes de secteur de « suites de couches » et de consultations sur les femmes en situation de précarité.

Afin de discuter, dans un troisième temps, des résultats obtenus et d'analyser les difficultés pour les sages-femmes à optimiser ces grossesses précaires.

Partie 1

La précarité : ses influences sur la grossesse

1. DEFINITIONS

Pour aborder ce travail il m'a paru indispensable de bien définir certains concepts tels que ceux de précarité et de santé. La précarité est un mot que l'on entend souvent, il a une utilisation très large. Il me semble important de préciser ce terme afin de l'utiliser plus justement, et voir si les sages-femmes ont une définition proche de la réalité, ou si ce terme est un peu flou pour elles. De même, le concept de santé est à éclaircir, puisqu'il est régulièrement en remaniement et que la santé publique a aujourd'hui un réel rôle dans l'accès aux soins pour tous. La précarité pose donc un problème de santé publique.

1.1. Le concept de précarité

1.1.1. Définition de précarité

De nombreuses définitions de précarité m'ont été proposées lors de mes différentes lectures. Certains parlent de précarité lorsque la situation socio-économique d'une personne peut changer très rapidement, et la faire basculer vers la pauvreté. Pour d'autres la précarité est l'état de ce qui est précaire, c'est-à-dire qui n'offre aucune garantie de durée, ce qui incertain ou révoquant [1]. Souvent la précarité est ensuite suivie d'un nom pour la qualifier : précarité financière, précarité relationnelle, précarité affective...Le Haut Comité de la Santé Publique explique que « la précarité est un phénomène multifactoriel, variable selon les époques, les contextes géographiques, économiques et sociaux. Elle ne vise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. » [2]

J'ai fait le choix de retenir la définition de Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD quart-monde, dans son rapport au Conseil économique et social français [3] : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations*

personnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves, et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ces droits par soi-même, dans un avenir prévisible »

Cette description regroupe ainsi toutes les autres définitions, en incluant le souci d'insécurité. La sécurité est essentielle pour l'individu, car elle assure une protection, et ainsi donne une force à l'individu. Littéralement, la sécurité signifie un état dans lequel on n'est pas exposé au danger, une tranquillité d'esprit inspirée par la confiance, un sentiment de n'être pas menacé. On comprend mieux la détresse d'une personne vivant dans un état d'insécurité, et pourquoi il est primordial d'inclure ce sentiment à la définition de précarité. L'épée de Damoclès en permanence au dessus de sa tête ne permet pas à l'individu de s'épanouir. La précarité se différencie ainsi de la pauvreté, car la précarité ce n'est pas avoir peu, voire très peu, c'est de plus, avoir peur. Peur pour soi, peur de ne pas subvenir aux besoins de sa famille, peur du regard des autres, peur pour sa santé...

La précarité, comme on se l'imagine parfois, ne touche pas que le manque financier. Elle peut concerner différents aspects de la vie, notamment l'emploi, la famille ou le logement. Les principaux facteurs de risque retenus sont un bas niveau d'éducation, l'absence de ressources issues du travail, l'absence de couverture sociale, des conditions de logement précaires, les âges extrêmes, la solitude, l'immigration récente et d'éventuelles pathologies psychiatriques [4]. Si la précarité tend à se prolonger et devient persistante, elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté, surtout si elle affecte plusieurs domaines de l'existence.

1.1.2. Précarité et exclusion [5]

Pendant longtemps le terme d'exclusion était plus utilisé, exprimant une marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société, amenant à un processus de rupture plus ou moins brutal des liens sociaux. Aujourd'hui on préfère au mot « exclusion » la notion de « précarité », plus

politiquement correct, alors qu'elle vient du latin *precarius*, qui signifie « obtenu par la prière », on entend donc par là que le précaire dépend de la bonne volonté de l'autre. Il est important de reconnaître l'exclu, comme un sujet autonome, un sujet à part entière, qui est capable de mener lui-même sa vie et non seulement comme quelqu'un qui a été bousculé à différentes étapes de sa vie. Car c'est le fait de ne pas lui donner confiance, de ne pas le considérer comme respectable, qui génère la honte.

Avec cette récente vulgarisation du terme « précarité », une nouvelle notion est apparue: la « féminisation de la pauvreté ». Ce terme décrit par Pierre Levené, secrétaire général du secours catholique, est de plus en plus énoncé, faisant référence à une typologie de population précise.

1.1.3. L'impact de la précarité financière chez les femmes [1]

L'étude de l'INSERM (2009), suite à l'enquête nationale périnatale de 2003 nous montre que les caractéristiques sociodémographiques des femmes diffèrent suivant l'origine des revenus. Les femmes sans aide publique sont plus jeunes, plus souvent primipares, seules, de niveau d'étude faible et très souvent d'origine étrangère. Les femmes ayant uniquement des aides publiques sont elles aussi plus jeunes et seules ; elles se caractérisent par un niveau d'études extrêmement faible. Enfin les femmes ayant à la fois des ressources provenant d'un travail et une aide publique se distinguent des femmes ayant uniquement des ressources liées à un travail par le fait qu'elles sont moins souvent mariées et ont un niveau d'études un peu moins élevé. La précarité financière joue donc un rôle sur une précarité sociodémographique. Cette notion peut déjà donner des indices aux professionnels de santé, lors de l'anamnèse de la patiente, et permettre de repérer des patientes plus à risques, ou du moins dans des situations plus difficiles et parfois en situation de précarité.

Pour illustrer les différents concepts, et la manière dont la précarité est ressentie par les exclus, je vais aborder une partie expérientielle, suite à mon passé de militante à ATD quart monde.

1.1.4. Mon expérience

J'ai, pendant plusieurs années, milité au sein du mouvement ATD Quart Monde (anciennement Aide à Toute Détresse, renommé aujourd'hui par Agir Tous pour la Dignité), plus précisément dans le groupe TAPORI, mouvement de jeunes au sein d'ATD. J'ai ainsi participé au forum international des enfants Tapori, à l'ONU, à l'occasion des 10 ans de la Convention des Droits de l'enfant.

Etre, dès mon enfance, intégrée à ce milieu militant, mais surtout mêlée à des jeunes de tous milieux socio-économiques, m'a permis de ne jamais avoir un regard dévalorisant sur la pauvreté, de n'avoir jamais eu de jugement, mais d'être confrontée à des personnes, à des enfants, à des jeunes, aux histoires de vie peu communes avec les miennes. Cela m'a permis de comprendre que la pauvreté était malheureusement comme un cercle vicieux. Comment s'en sortir quand on n'a rien ? Même avec les meilleures volontés, toutes les portes se ferment face à une personne vivant dans la misère. J'ai pu m'amuser avec ces jeunes aux mêmes rêves que moi, mais j'observe maintenant que leurs projets sont bien dissemblables des miens : des études inachevées par manque de temps, d'espace, de suivi (aucun moment de solitude possible pour réviser, personne pour aider lorsqu'un exercice ne peut-être résolu), des soucis financiers (besoin d'aider la famille financièrement, coupures d'eau, d'électricité ...). Certains malgré toutes ces barrières ont réussi loin dans leurs études, mais après le secondaire, là encore toutes les portes se ferment devant eux (absence de réseau relationnel, absence d'argent, pertes d'allocations, difficultés de déplacement, etc...). Et le cercle vicieux recommence, et ils perdent toute dignité, à se retrouver dans la misère alors qu'ils pensaient enfin s'en sortir, alors qu'ils avaient tout mis en œuvre pour s'en sortir, mais c'est comme si l'Etat, les autres, le reste de la société les en empêchait.

Avec mes études je me suis éloignée de ce monde, et je me rends compte, que plus on s'éloigne de ces personnes, de leurs histoires, plus un gouffre se crée, et plus on remarque une différence, et plus on a du mal à la comprendre. En tant qu'étudiante sage-femme, j'ai remarqué qu'il existait réellement un décalage, une incompréhension lorsque deux milieux différents se croisent : le milieu médical et les milieux défavorisés. Mon expérience de militante me permet un regard professionnel autre. Dès ma première année d'étude, cette injustice face à un bon déroulement de la grossesse

chez les parturientes défavorisées m'a marqué. Je suis partagée entre vouloir en faire davantage pour ces patientes et le statut d'étudiant qui constitue parfois une entrave à nos convictions. Je remarque aussi que ce n'est pas toujours facile de prendre en considération ces femmes dans le cadre de la maternité, qu'il ne faut pas confondre avec le cadre associatif, les enjeux ne sont pas les mêmes.

Ma grande difficulté est de pouvoir concilier mes valeurs personnelles et professionnelles. Ce qui, cependant, ne devrait pas poser de problème puisque selon l'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 ».

1.2. Le concept de santé

1.2.1. La définition de la santé

« La santé est un état précaire qui ne laisse présager rien de bon » (Jules Romains dans *Knock*)

La définition de la santé a bien changé au fil des siècles, mais aujourd'hui reste la définition de la santé établie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant *"un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"* [6]. Cette définition de l'OMS, inchangée depuis 1946, implique d'une part, que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels, du stade de l'embryon à celui de la personne âgée ; d'autre part, elle exige une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.

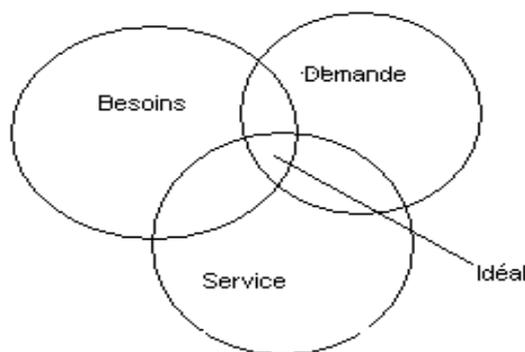
La notion de santé n'a pas qu'un caractère individuel ; la santé de l'homme est intimement liée aux conditions de vie et de collectivité à laquelle il appartient. C'est

pourquoi la précarité est un réel problème de santé publique. En effet, la santé publique a tout son rôle dans l'égalité devant l'accès aux soins pour les personnes précaires, puisqu'elle est définie en 1952 par l'OMS comme étant : la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective. Cependant l'accès aux soins reste encore utopique pour une partie de la population. D'où l'intérêt de promouvoir la santé, comme l'indique l'OMS : « *la promotion de la santé comme étant le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ».

La notion d'accès aux soins peut se définir comme la faculté offerte à tous de pouvoir se faire soigner, de manière préventive ou curative, sans référence à des niveaux de revenus. Il s'agit de l'un des principes fondamentaux de notre système de soins, s'appuyant sur une démarche humaniste. Or, le problème de l'accès aux soins se pose de manière vitale pour les personnes démunies ou en situation de précarité, d'autant plus avec la montée du chômage et de la pauvreté qui a majoré les difficultés d'accès au système de soins.

1.2.2. La précarité au sein du système de santé

Ce schéma permet de montrer clairement l'importance et l'imbrication des 3 facteurs : besoin, demande et service de santé. L'idéal se situant au centre, amenant, pour une personne en besoins, des services, grâce à une demande.



Besoins, demandes et services de santé

Une personne en situation précaire va sûrement avoir des besoins, besoins de soins, besoins de préventions, besoins de compréhension... Ces besoins ne sont pas évidents à exprimer, dans un premier temps parce qu'ils sont peut-être mal identifiés par la patiente. Elle ne saura juger quels sont ses besoins primordiaux. Dans un second temps, parce que ces besoins ne sont pas toujours faciles à formaliser. On rejoint donc le deuxième cercle, les demandes, si elles sont exprimées, vont être jugées inadaptées, ce qui va amener à un manque de réponses, surtout économiques, donc une absence de service. La convergence entre besoin, demande et service n'existera donc pas.

La précarité est aujourd'hui une des priorités des professionnels de santé. D'un point de vue législatif, en France, le nouveau Code de la santé publique en vigueur depuis mai 2003 (sous réserve de changements) veut (Article L1110-1) que « *tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne soient mis en œuvre pour protéger sa santé par les professionnels, les établissements et les réseaux de santé, ainsi que par les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme contribuant à la prévention et aux soins. Les autorités sanitaires doivent contribuer avec les usagers, à développer la prévention, dans un souci d'égalité d'accès de chacun et de tous aux soins que nécessite son état de santé. Il s'agit aussi d'assurer la continuité des soins ainsi que la meilleure sécurité sanitaire possible.* »

On retrouve dans ces différentes définitions de la santé et dans ce texte législatif, des mots qui me semblent importants : « bien-être social », « besoins fondamentaux », « adaptation », « prévention », « souci d'égalité ». Ce sont ces mots qui me font penser que notre métier de sage-femme s'étend bien au-delà des compétences cliniques, ce qui, pour moi, n'était pas si évident en commençant ma vie estudiantine.

2. L'IMPACT DE LA PRECARITE SUR LA FEMME

La précarité va influencer toute la vie génitale de la femme. Il est de notre rôle de sage-femme de permettre aux femmes d'avoir les mêmes accès à la prévention, à une contraception, à un suivi médical de grossesse.

2.1. La régulation des naissances [7]

Dès la prise en charge de la contraception, on va voir apparaître des difficultés pour ces patientes issues de milieux défavorisés : la pilule oestroprogestative pose des problèmes de compréhension liés à la langue, de financement lié au coût de certaines d'entre elles, de difficultés de réactions en cas d'erreur de prise ou d'effets secondaires puisque le recours au professionnel de santé est moins fréquent lorsqu'ils surviennent. Les microprogestatives présentent un profil de risque vasculaire moins élevé que celui des OP, mais leur efficacité contraceptive est moins bonne et leurs effets secondaires plus courants, ce qui peut déboucher sur des problèmes d'observance.

La contraception d'urgence, et ses conditions de mise à disposition prennent toute leur importance pour ces femmes issues de milieux défavorisés. Bien qu'il s'agisse d'une méthode d'exception, cette contraception pourrait être expliquée à l'avance au moment de la consultation de planning familial et si possible inscrite sur l'ordonnance.

La contraception hormonale transdermique peut apporter une solution théorique à des femmes ayant des problèmes d'observance. Mais ce produit présente l'inconvénient majeur dans ce contexte de ne pas être pris en charge par l'assurance maladie et de coûter une quinzaine d'euros par mois.

L'implant contraceptif se présente comme une solution bien adaptée aux problèmes rencontrés fréquemment par les femmes en situation de précarité : discrétion, facilité d'emploi, faible coût (138,5 euros taux de remboursement à 65%) ramené à sa durée d'action, observance par définition parfaite, excellente efficacité.

Le stérilet a le même profil d'utilisation que l'implant, le risque infectieux en plus.

Les contraceptions non médicales doivent être présentées comme des méthodes alternatives qui apportent, pour les méthodes barrières, l'avantage de diminuer le risque infectieux.

Le préservatif féminin a de plus l'intérêt de redonner aux femmes dépendantes d'un chantage sexuel masculin (refus d'utiliser le préservatif masculin) une liberté de choix (accepter les rapports tout en contrôlant son risque infectieux et gestationnel). Le prix, surtout pour les préservatifs féminins, reste un obstacle.

Chez ces consultantes pauvres, les problèmes médicaux sont dominés par les difficultés d'observance ainsi que la fréquence de l'obésité et de l'intoxication alcoolotabagique dont il faut tenir compte dans la présentation des diverses modalités contraceptives.

2.2. Le suivi de la grossesse [1]

On arrive maintenant à la grossesse. On retrouve l'étude de l'INSERM (2009) ayant pour objectifs les répercussions de la précarité professionnelle et financière sur le déroulement de la grossesse et la santé à la naissance. Elle démontre tout d'abord, que la surveillance prénatale est moins intense parmi les femmes ayant uniquement des aides publiques ou d'autres aides, comme peut le prouver la distribution de nombre de consultations et d'échographies. Le pourcentage de femmes qui n'ont pas eu le nombre minimal de consultations fixé par la loi, passe de 19,4% chez les femmes sans aide publique à 10,4% chez les femmes vivant uniquement de ces aides et à 2,3% pour les femmes ayant uniquement des ressources provenant d'une activité professionnelle. Ces chiffres sont inquiétants, car malgré une visée de la santé publique d'aujourd'hui, ils démontrent une réelle inégalité d'accès aux soins en lien avec l'absence des ressources financières propres.

Chez les primipares, la proportion de femmes qui ont suivi une préparation à la naissance diminue progressivement. En effet, le taux passe de 71,7% pour les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle à 28,1% pour les femmes bénéficiant d'aides publiques. Cela peut s'exprimer de nombreuses façons : un accès difficile à ces séances de préparation, des moyens de locomotions difficiles, un manque de temps à se consacrer...

2.3. Pathologie et grossesse [1]

Une autre étude, toujours réalisée par l'INSERM (2009), a voulu comprendre l'origine des disparités observées par rapport au diagnostic prénatal de la trisomie 21. En effet, l'avènement du diagnostic anténatal semble avoir fait naître une augmentation des disparités, avec un risque plus accru chez les femmes précaires, de naissances d'enfants porteurs de handicap (anomalies de fermeture du tube neural, trisomie 21). Par rapport aux femmes cadres, le risque de naître trisomique 21 est augmenté par un facteur 2,4 [1,7-3,3] chez les femmes sans emploi. Les données concernant le dosage des marqueurs sériques indiquent que 26,5% des femmes précaires n'ont pas réalisé le test car celui-ci ne leur a pas été proposé, alors que la majorité a eu une déclaration de grossesse avant la fin du premier trimestre. A cela s'ajoutent des tests dont les patientes ne savent pas s'ils ont été réalisés (27,4%) et des consultations trop tardives pour qu'ils soient proposés (4,3%). Au total, l'enquête nationale périnatale 1998 indique qu'il y a dix ans 30,8% seulement des femmes sans emploi avaient eu accès au dépistage par les marqueurs sériques alors que ce pourcentage atteignait 75,7% chez les femmes cadres. Des progrès semblent avoir été faits depuis 1998. On souligne encore la réduction d'accès aux soins, ainsi qu'un manque d'explications de qualité pour ces femmes précaires face au diagnostic anténatal. Puisque la trisomie 21 n'a aucune raison d'être liée par elle-même à la précarité, les différences observées ne sont que les résultats d'une inégalité devant un dépistage qui se veut normalement accessible à tous.

On constate que les hospitalisations prénatales sont plus fréquentes parmi les femmes qui avaient uniquement des aides publiques ou d'autres aides. En effet, cela peut s'expliquer car les femmes en précarité professionnelle ou financière peuvent être plus fatiguées du fait d'un manque de confort, des moyens limités de transport, un stress et une anxiété élevés suite aux difficultés à trouver un emploi, à garantir des conditions de vie minimales, s'assurer d'un logement décent. Et pour les femmes immigrées s'ajoute également le souci de régulariser leur situation de s'intégrer dans un pays inconnu. De plus, la consommation de tabac avant la grossesse et pendant la grossesse est plus fréquente chez les femmes qui ont des aides publiques : 41,1 % vs 17,9 % pour les femmes dont la source de revenus est le travail. Près d'un quart des femmes ayant uniquement des aides publiques ont fumé au moins 10 cigarettes par jour, au lieu de 6 % des femmes ayant des ressources provenant uniquement d'une activité professionnelle.

Ce qui explique peut-être un nombre d'hospitalisations plus fréquentes, et une issue de la grossesse moins eutocique.

Cette issue de la grossesse chez les femmes ayant des ressources précaires est très intéressante à observer. Les accouchements avant terme et les enfants hypotrophes sont plus fréquents chez les femmes ayant uniquement des ressources publiques ou d'autres aides ; en particulier, 8,7% des enfants sont hypotrophes parmi les femmes ayant uniquement des ressources liées à une activité professionnelle au lieu de 13,2% parmi les femmes ayant uniquement des aides publiques. Ces différences se traduisent également par une proportion plus élevée d'enfants transférés dans un service de néonatalogie ou hospitalisés dans un secteur particulier de la maternité.

Cette étude a présenté aussi l'issue de la grossesse suivant d'autres indicateurs de la situation sociale et familiale. Le taux de prématurité passe de 4,9% chez les cadres à 8,6% dans les ménages qui ne déclarent aucune profession, et le taux d'hypotrophie passe de 7,2% à 13,7% entre ces deux groupes. Par rapport aux cadres, les ménages employés et ouvriers ont un risque de prématurité de près de 30% supérieur et les ménages sans profession déclarée de 50% supérieur, après ajustement sur les autres facteurs de risques. On peut imaginer ici l'influence de la vie précaire financière des femmes sur leur santé et sur celle de leur enfant. Une vie fatigante, stressante (recherche d'emploi, difficultés avec les moyens de transports, HLM avec de nombreux étages sans ascenseurs...), des carences nutritionnelles, le tabac... De même, on peut supposer les conséquences sur la relation mère-enfant de par les difficultés à venir visiter son enfant prématuré.

2.4. Accouchement et précarité

Les femmes qui avaient uniquement des aides publiques ou d'autres aides pendant leur grossesse ont plus souvent accouché dans une maternité publique, en particulier CHU ou CHR, et dans une maternité de niveau II B ou III. Elles ont été également plus souvent assistées par une sage-femme pour leur accouchement (60,5% contre 46,8% chez les femmes ayant des ressources venant d'une activité professionnelle.). On comprend l'intérêt d'accoucher dans une maternité publique pour

les femmes en précarité financière. Tandis que les refus de soins aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat et de la couverture maladie universelle par les médecins libéraux sont régulièrement dénoncés, l'hôpital est le dernier recours pour beaucoup. Cependant l'institution hospitalière, traditionnellement lieu d'accueil des plus pauvres, s'est départie de ses missions sociales pour se concentrer sur sa vocation de plateau technique et d'hôpital d'entreprise. L'hôpital public est aujourd'hui le principal, parfois le seul lieu d'accueil des personnes malades les plus vulnérables, souvent par le biais des urgences. Mais il est dans le même temps de plus en plus inadapté à la prise en charge des maladies de la pauvreté, de la précarité, de l'exclusion : « *Le système hospitalier est devenu plus efficace en termes de soins, mais moins performant en termes d'humanisation* » [8].

Le fait qu'elles accouchent dans une maternité II B ou III, s'explique aussi par les risques prénataux liés à la précarité. Enfin, l'accompagnement par une sage-femme plus fréquent chez ces patientes, lors de l'accouchement, montre bien que nous sommes plus souvent confrontées à ces patientes que les médecins, et qu'il est important pour nous d'optimiser cet accompagnement.

Nous avons pu bien observer grâce à cette étude, les inégalités, tout au long de la grossesse, entre les femmes ayant un revenu et les femmes bénéficiant d'aides publiques ou d'autres aides. Ces résultats montrent bien que la précarité financière s'accompagne d'une surveillance un peu moins importante et des attitudes préventives nettement moins favorables pour l'enfant. L'issue de la grossesse est moins favorable, avec en particulier une augmentation du risque d'hypotrophie. Il me semble important de souligner que ce mode d'enquête n'est peut-être pas tout à fait adapté pour analyser la situation de femmes qui vivent dans des conditions extrêmes, car ces femmes restent peu de temps à la maternité et sont donc plus difficiles à contacter ; de plus, elles ne souhaitent pas toujours participer à des enquêtes ou déclarer précisément leur situation. Il est donc possible que les associations observées dans cette étude soient sous-estimées, en particulier pour les groupes ayant uniquement des aides publiques ou d'autres aides.

La prise en charge reste donc très complexe. Surtout quand tout l'environnement du patient lui dénie la capacité d'aller mieux. « *Quel sens du soin quand un malade, remis à la rue ou rejoignant l'insalubrité, le manque d'hygiène, la promiscuité, ne sera pas en mesure de poursuivre ses soins ? Quand, n'ayant que la mendicité pour se*

nourrir, il ne pourra pas suivre de régime adapté à son diabète ? » [8]. Les personnes en situation de précarité vivent un quotidien bordé d'insécurité, plaçant leur santé au second plan au regard des besoins vitaux (se nourrir, dormir, survivre). Aussi, lorsque la grossesse s'annonce, la prise en charge obstétricale peut s'avérer très vite insuffisante devant l'intrication d'obstacles :

- les difficultés d'accès aux soins, avec un suivi de grossesse insuffisant, voire absent, une inscription tardive dans une maternité ;
- les difficultés d'accès aux droits, avec une discordance importante entre les droits supposés et les droits effectifs en matière de protection sociale ;
- les difficultés d'hébergement pour le couple mère-enfant, face à des besoins de plus en plus croissants ;
- l'augmentation de l'incidence de certaines pathologies périnatales ;
- les difficultés éventuelles rencontrées lors d'un parcours de rue : violence, isolement affectif, addiction pouvant nécessiter un soutien à la parentalité ;
- la difficulté à assurer une prise en charge coordonnée devant la fragmentation des suivis (médical et social, anté- et postnatal, ville et hôpital), la mobilité géographique des femmes, ou encore leur difficulté à accéder aux institutions.

Cette diversité des besoins nécessite donc une prise en charge se référant à plusieurs champs de compétences.

2.5. Parentalité et précarité

Enfin cette précarité peut avoir aussi un impact sur la parentalité, et sur le passage de la vie de femme à la vie de mère. « *On ne naît pas parents, mais on le devient* » (Françoise Dolto). Être parent est une construction, qui s'effectue dans un contexte, individuel, familial, sociétal, environnemental. Et éduquer un enfant n'est facile pour personne. Il s'agit de réussir à poser un cadre structurant pour que l'enfant puisse grandir, de le protéger et de le rassurer, de pourvoir à ses besoins physiologiques, psychologiques, affectifs ou culturels..., de l'aider à s'épanouir et à se socialiser. Or on a vu précédemment que la précarisation amenait à un sentiment d'insécurité. Si les parents eux-mêmes se sentent en insécurité, il leur sera difficile de rassurer leur enfant. Difficile aussi de beaucoup donner, quand on a peu reçu. La parentalité est donc mise à

rude épreuve. Ils se sentent diminués, l'estime de soi est atteinte, ce qui nuit à l'autorité parentale.

Suite à ces constats de pauvreté, et parce que, seules, ces femmes ne peuvent vivre décemment, le système de soins français s'est muni de nombreuses aides financières.

3. QUELLES SONT LES AIDES A PROPOSER ?

3.1. La complexité des aides financières (annexe 1)

Notre système de soin français se fonde sur des démarches humanistes, en visant à élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population. Cependant on remarque que ce système présente de nombreuses failles.

Lorsque les personnes percevaient le RMI, cela ouvrait automatiquement des droits à la CMU de base et à la CMU-C. Le RSA, complique les formalités : il faut des demandes et les réponses sont fonction de la situation professionnelle et des revenus. Les personnes percevant le « RSA socle » peuvent bénéficier de la CMU-C. Pour ceux qui perçoivent le « RSA chapeau » l'accès dépend des ressources. De plus, le RMI représentait 50% du SMIC à sa création en 1988 alors que le RSA ne représente plus que de 43,5% aujourd'hui [9].

Fin 2007, 4,3 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire. Ses bénéficiaires sont, en principe, exonérés de toute avance de frais et les professionnels, qui sont dans l'obligation de les recevoir, ne doivent pas leur appliquer des dépassements d'honoraires. Dans la réalité, le vécu des détenteurs de la CMU complémentaire est bien différent. Une enquête réalisée en 2006 par le fond CMU révèle l'attitude des médecins à l'égard de ces patients : un taux de refus de 41% chez les spécialistes et de 17% chez les généralistes de secteur 2.

8 personnes accueillies par Médecin du Monde sur 10 ont droit à une couverture maladie et ne le savent pas [10]. Médecins du Monde souligne aussi les difficultés auxquelles les personnes se heurtent. Il faut d'abord les informer de leur droit à une couverture maladie. Or, beaucoup ne le savent pas en raison de la complexité du système et, parfois, de la barrière de la langue. Au mieux, elles se tournent alors vers le dispositif associatif. Il faut ensuite qu'elles obtiennent l'ouverture de leur droit à l'AME ou la CMU. Or, depuis quelques années, des conditions supplémentaires compliquent l'obtention de la CMU ou de l'AME. Une fois leur droit acquis, les pauvres doivent comprendre comment l'utiliser et enfin trouver les médecins qui les acceptent avec ces couvertures. Ajouter à ce sombre tableau, la réalité quotidienne des personnes qui, dans la précarité, ont pour priorité la nécessité de s'assurer un toit pour la nuit et de la nourriture. La santé passe toujours en dernier. Jusqu'à ce que la situation morbide ne

puisse plus attendre. Pourtant il apparaît que d'un point de vue économique, il est bien plus rentable de soigner des personnes en amont de leur maladie, dès les premiers signes, d'ouvrir largement l'accès aux soins préventifs plutôt que d'attendre que la maladie évolue vers un stade plus avancé.

Une solution envisagée aujourd'hui serait un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes vivant en France sous le seuil de pauvreté, afin de simplifier toutes les procédures, et permettre ainsi un plus grand nombre d'adhérents.

3.2. Le travail en réseau

La loi française garantit le libre choix des professionnels de santé qui vont accompagner la femme durant toute sa grossesse. A chaque étape de la grossesse, pendant et après la naissance, les professionnels du réseau s'engagent à assurer un accompagnement global et continu au plus proche des attentes de la patiente. Dans ce travail, le réseau de professionnels concerne les médecins de villes, les services de Protection maternelle et infantile, la maternité, des associations d'usagers et le service social de la maternité qui intègre la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé pour la femme, nommée l'Espérelle à la maternité de Nancy).

3.2.1. Le service social de la Maternité Régionale de Nancy

Le service social de la maternité se compose de 3 assistantes sociales et d'une secrétaire. Il est à la disposition de toutes les patientes consultantes et hospitalisées. Il leur donne des informations législatives et administratives (reconnaissance, autorité parentales, accès aux aides financières, problèmes de logement...), et aide les patientes dans ces différentes démarches. Les assistantes sociales contribuent à améliorer la situation sociale, économique, psychologique et culturelle des patientes démunies. Elles travaillent beaucoup en collaboration avec les sages-femmes (moins avec les médecins), qui n'hésitent pas à faire appel à elles, face à une patiente démunie. Un staff hebdomadaire a lieu entre les assistantes sociales, où les sages-femmes y sont régulièrement conviées, afin d'avoir un avis pluridisciplinaire, et une meilleure prise en charge de la patiente. Ainsi un lien bidirectionnel entre les équipes médicales et

administratives de l'établissement et les interlocuteurs extérieurs, principalement le service de PMI, est facilement utilisé.

3.2.2. Le service de Protection Maternelle et Infantile et précarité (annexe 2)

Au cours de mes études, j'ai effectué un stage au centre de PMI de Vand' Est, qui m'a permis de mieux comprendre et cibler le rôle de la sage-femme. Ce n'est pas seulement un suivi médical qu'exerce la sage-femme de PMI mais réellement un accompagnement global. Les femmes font appel à ce service soit pour des raisons médicales, mais surtout pour un accès plus pratique à la prévention et à l'information, puisque le suivi à la maternité n'est pas toujours facile (problèmes de transports, de garde des enfants, l'avance de certains frais, absence de couverture sociale...). Les patientes aiment ce contact différent et l'on se sent souvent accueillies, attendues. Ces visites permettent aussi de voir le domicile de la patiente et son entourage et ainsi d'évaluer s'il existe une précarité financière, relationnelle, environnementale. En effet la plupart des rendez-vous à domicile sont un secours à la patiente, puisque cela va lui permettre de mieux accepter et vivre sa grossesse, mieux préparer la venue de son enfant. Le fait d'être entouré de personnes compétentes, mais qui n'ont pas cette barrière de l'hôpital (pas de blouse blanche, pas de bureau qui sépare de la patiente, possibilité de venir à domicile) permet d'établir une vraie relation de confiance entre patiente et sage-femme. Il existe cependant une limite à ce système, des portes restent parfois fermées et l'impossibilité de rencontrer une femme peut exister.

Ce lieu d'exercice permet de se rendre compte de l'environnement des femmes, et de prendre conscience de leur mode de vie. Certains appartements sont délabrés, trop petits pour le monde qui y habite, les immeubles sont en très mauvais états. Le décalage entre l'image de la patiente lors de ses consultations et sa réalité quotidienne est impressionnant, voir inimaginable et a produit sur moi une forte impression. Je me souviens d'une jeune parturiente, avec une vie déjà compliquée, que la sage-femme de PMI a suivi tout au long de sa grossesse. Elle était au 8^{ième} mois de grossesse, et en se rendant chez elle (où elle vivait avec son conjoint, sa mère et son beau-père, ses frères et sœurs), on s'est aperçu qu'il n'y avait pas encore de place prévue pour l'enfant. Seules une armoire remplie d'habits neufs pour bébé, de peluches et une poussette toute neuve

étaient préparées. Comme pour nous prouver qu'elle allait bien s'occuper de son enfant. On a donc essayé de trouver un moyen pour que cet enfant ait une place. Finalement sa sœur et elle ont superposé leur lit, afin de libérer un espace pour y mettre un berceau. A la fin de mon stage, on a croisé cette jeune femme dans la rue, avec sa belle poussette nous présentant fièrement son fils, très beau et très bien vêtu. Je me suis dit qu'à la maternité, jamais je n'aurais pu imaginer sa façon de vivre, parce qu'elle ne m'aurait montré que la surface, la belle poussette et les beaux habits. Il est parfois pénible de penser que des femmes vivent dans ces conditions, dans notre société de nantis, et on se dit que l'enfant qui va naître leur permet une lueur d'espoir. Si les mères prennent, consciemment ou pas, la décision d'élever un enfant dans un contexte délicat, c'est bien que celui-ci représente une espérance de renouveau.

Les sages-femmes de PMI ont donc un regard sur la précarité bien précis, elles la côtoient presque tous les jours, et assurent un très bel accompagnement avec ces femmes. Les sages-femmes de maternité publique, de mon point de vue, ne peuvent avoir accès à cette réalité, parce que les parturientes loin de leur environnement, ne veulent présenter que leurs atouts, et vont mettre toutes leurs économies et leur énergie dans la venue de leur enfant. D'où la nécessité d'un travail en réseau, ce dont les sages-femmes de toutes formes d'exercice sont conscientes. Mais qu'en est-il réellement de la perception des sages-femmes sur la précarité ? L'étude qui suit le montrera.

CONCLUSION :

Nous comprenons à la fin de cette première partie que le déroulement de la grossesse, d'un point de vue médical, psychologique ou social n'est pas égal pour toutes les femmes, ceci est dû à l'imbrication de nombreux facteurs. Essayons de voir avec quel regard les sages-femmes de maternité publique approchent la précarité ; sont-elles conscientes de ce réel fossé, mettent-elles en place une prise en charge particulière ?

Partie 2

Etude

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

Etude monocentrique :

Il était important que cette étude se déroule à la maternité régionale de Nancy, parce qu'étant un gros centre, une maternité réputée, servant parfois de référence, il me semblait intéressant de voir comment la précarité y était perçue, abordée. De plus, la maternité de Nancy est une maternité régionale, de niveau III, donc englobant un plus grand secteur et ainsi une plus grande disparité de patientes. Enfin faisant partie du secteur public, les populations les plus précaires y sont souvent présentes.

Etude épidémiologique, la population choisie :

Mon enquête s'intéresse aux sages-femmes. J'aurais pu choisir une étude dans l'autre sens, et questionner des patientes en situation de précarité. Mais je ne voulais pas tomber dans le voyeurisme, et ayant milité plusieurs années à ATD Quart Monde, j'ai pu me faire un aperçu sur ce qu'elles vivent. Par contre, la perception des sages-femmes sur les femmes en situation de précarité m'a intéressée. Je voulais ici me rapprocher de ma future profession, et avoir un point de vue, de l'autre côté du bureau ! Savoir quelle représentation elles ont de la précarité, quels sont leurs indicateurs pour identifier ces femmes, comment elles créent des liens avec elles, comment elles les prennent en charge, qu'elles sont leurs difficultés ?

Il m'a fallu cibler encore ma population. Les domaines où la sage-femme exerce étant très variés, je ne pouvais tous les aborder. Les sages-femmes de consultations ont tout d'abord attiré mon attention. En effet, ce sont elles qui ont les premiers contacts avec la patiente, elles la suivent régulièrement pendant 9 mois, ce sont souvent elles qui ont la meilleure relation avec la patiente, une relation à la fois humaine et professionnelle, parfois loin de la relation soignant-soigné. Elles ont un rôle primordial parce que tout le bon déroulement de la grossesse, que ce soit d'un point de vue médical, social ou psychologique va dépendre d'elles. Mettre en évidence la précarité est donc important pour elles, puisque l'on a vu que c'est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies comme la prématurité. Mais est-ce si simple ? Certes elles les suivent régulièrement, mais lors de rendez-vous qui ne durent que 30 minutes, et au sein

de la maternité, donc dans un lieu « aseptisé », ce qui permet moins l'échange et la relation de confiance.

Puis je me suis tournée vers les sages-femmes de secteur mère-enfant. Certes l'action sur la grossesse n'est plus de leur ressort, mais ce sont elles qui doivent s'assurer d'un bon lien mère-enfant et d'un retour à la maison qui soit le mieux pour la mère et pour l'enfant. Or en trois jours, toujours dans ce lieu neutre qui est la maternité, peuvent-elles s'assurer que cette femme est prête à rentrer chez elle, à accueillir l'enfant dans un environnement sûr ? Que mettent-elles en place afin d'évaluer la précarité, afin d'aider les mères à bien gérer le retour à la maison dans des conditions difficiles ? Sont-elles au courant des situations difficiles ?

Enfin il m'a semblé important, au sein de ces secteurs, de choisir des sages-femmes d'âge et d'expérience professionnelle différents, afin d'observer si le facteur générationnel a une influence sur leur vision de la précarité, si l'expérience professionnelle apporte un plus à la relation avec la patiente, un mieux-être, il y a-t-il un changement dans les pratiques entre le début et la fin de carrière.

Ainsi mes entretiens ont été réalisés avec 6 sages-femmes, d'âge différent, 3 sages-femmes de consultations et 3 sages-femmes de secteur mère-enfant.

	Sage-femme 1	Sage-femme 2	Sage-femme 3	Sage-femme 4	Sage-femme 5	Sage-femme 6
Lieu d'exercice	Consultation	Mi-temps entre le secteur de consultation et d'anténatal	Secteur mère-enfant	Consultation	Secteur mère-enfant	Secteur mère-enfant
Année D'expérience	35 ans	15 ans	16 ans	19 ans	1 mois et demi	24 ans

Etude observationnelle, le choix des entretiens :

Je ne pouvais pas aborder la précarité en répondant à un questionnaire fermé. J'avais besoin de visages en face de moi, de réactions, d'humanité pour aborder mon

action. C'est donc pour cela que je me suis tournée vers les entretiens. Ainsi je pouvais me trouver face aux sages-femmes, observer leurs différentes réactions. Les entretiens me permettaient une plus grande liberté, et aussi de m'adapter à la sage-femme, ce qu'un questionnaire n'aurait pu faire.

Au début de chaque entretien, avant d'aborder ma grille d'entretien, je posai la même question à chaque sage-femme : « Comment nommez-vous, personnellement, ces patientes ? Par exemple, lors de vos transmissions ». Ou « Quel est le mot qui vous vient spontanément quand vous rencontrez ces femmes ? ». Dans ces questions, j'essayais de ne pas citer de nom définissant ces femmes, qui aurait pu les influencer. Comme j'introduisais mon entretien en expliquant mes recherches de mémoire, les sages-femmes savaient quelle population je ciblais. Cette question était très importante, car elle me permettait de réutiliser leur vocabulaire pendant la suite de l'entretien. Il y a un vocabulaire si large, j'avais besoin de leur vocabulaire quotidien. Je ne voulais pas les embrouiller en leur imposant le mot précarité, qui est un mot tellement vaste. Il me fallait m'adapter à elles et non l'inverse. De plus, cela avait une double action, puisque participant à l'intérêt du mémoire, de savoir comment ces femmes précaires sont nommées par les sages-femmes.

Ma grille d'entretien (annexe 3) s'est assez rapidement divisée en 3 items principaux à partir de la question de recherche : Sur quel(s) critère(s) les sages-femmes évaluent-elles la femme en situation de précarité, à la Maternité Régionale de Nancy en 2010 ?

Au préalable, il me fallait savoir qu'est-ce que la précarité pour les sages-femmes ? Comment définissent-elles ? Mon premier item devait donc s'y intéresser, en définissant la précarité en 3 mots. Ainsi j'avais une réponse claire, précise, de ce qu'elles entendaient par là. Mais en y réfléchissant et en posant cette question à des personnes « tests », je me suis rendue compte que ce n'était pas évident. La précarité étant un mot très vaste, qui pour certaines ne représente pas grand-chose, répondre à cette question était trop difficile et/ou mal compris. C'est pour cela qu'en posant cette question, j'ai utilisé leur vocabulaire, leur réponse à ma première question, et que j'ai placé cette définition de la précarité à la fin de l'entretien, afin qu'après le moment passé ensemble à s'entretenir autour de la précarité, l'immersion autour de ce sujet, elles puissent me donner une réponse plus spontanée et mieux comprise. Toujours par rapport à cette définition de la précarité, je me suis tournée vers leur expérience professionnelle et me suis demandée si il y avait eu un changement dans leur définition

entre le début de leur carrière et aujourd'hui. Je trouve cela intéressant de voir comment la profession de sage-femme et l'expérience peuvent moduler l'avis qu'elles ont sur la précarité. Enfin, comme je l'ai dit, la précarité étant un sujet étendu, au cours de mes entretiens, une question m'est venue : « Quelles sont les femmes défavorisées qui vous interpellent le plus ? » Je voulais savoir quelle précarité est pour elles la plus touchante, celle pour laquelle elles porteront davantage attention.

Ensuite je me suis intéressée au regard des sages-femmes sur ces patientes défavorisées. « Quels sont les indicateurs qui leur permettent d'évoquer la situation de précarité de ces femmes ? Quels sont les clignotants ? Abordent-elles ce sujet ? » J'éprouve des difficultés à évoquer la précarité avec les patientes, les sages-femmes ont-elles la même difficulté ?

Enfin je me suis demandée si les sages-femmes ont une prise en charge différente pour ces patientes ? J'attendais des concepts évoquant le travail en interdisciplinarité comme : « travail en réseau », « assistante sociale », « PMI, sage-femme de PMI », « suivi à domicile », dans les entretiens. Je me suis aussi tournée vers leur ressenti face à ces patientes. Se sentent-elles mal à l'aise, ce qui peut avoir un effet sur la prise en charge. Rencontrent-elles des difficultés à leur parler, à les écouter, à se faire bien comprendre ? Je me suis posée la question de savoir si les sages-femmes remarquaient une différence dans les connaissances médicales des patientes défavorisées par rapport aux patientes aisées. Mon intention était d'observer les liens induits par la précarité, pour voir si selon les sages-femmes, elle est liée à un manque d'éducation (du à un illettrisme, à une scolarisation inexistante ou trop vite arrêtée), une différence culturelle, ou si, au contraire, le manque d'éducation et/ou la différence culturelle amène à une précarité. Mon but était de mettre en évidence l'adaptation des sages-femmes dans le passage d'informations.

Lors de mon premier entretien avec une sage-femme de consultation, j'ai trouvé opportun de poser des questions autour de la visite post-natale et de son intérêt dans l'efficacité de la prise en charge, ainsi que des questions autour de l'intérêt pour ces sages-femmes d'exercer dans le service de consultation ? Est-ce une meilleure relation avec la patiente ? Un lien de confiance entre la professionnelle et la patiente ?

Et lors de mon entretien avec la première sage-femme de secteur mère-enfant, la question des chambres doubles et de la sortie de la maternité des patientes m'a paru évidente. Les patientes bénéficient-elles également des bienfaits (le repos, la mise en route de l'allaitement, les réponses à toutes les questions) du séjour à la maternité en

chambre double ou seule ? Les sages-femmes arrivent-elles à aborder les mêmes sujets, à mettre en place la même relation avec une patiente en chambre double, et en chambre seule ? Puis la sortie de la maternité ? J'ai parfois, avec mon expérience d'étudiante, déjà ressentie une appréhension en voyant des femmes qui me semblaient encore fragiles quitter la maternité ; je voulais connaître l'impression des sages-femmes à ce propos. Bien sûr, la grille d'entretien et les questions me permettaient un repère, une chronologie lors de mes entretiens, mais il a été important de s'adapter à la sage-femme et à ses réponses.

2. LES RESULTATS DE L'ETUDE

Les entretiens se sont tous très bien déroulés. Les sages-femmes ont toutes acceptées facilement de s'entretenir avec moi. Une sage-femme m'a paru moins intéressée par l'entretien et un peu mal à l'aise. Les 5 autres sages-femmes ont été très intéressées par l'entretien.

2.1. Des définitions différentes

Pour commencer l'étude, je cherchais à savoir comment les sages-femmes nomment ces femmes en précarité, afin de savoir comment elles se représentent la précarité. La représentation, au sens courant, est l'image que l'on se fait du monde, et c'est cette image que l'on va ensuite représenter, communiquer, au reste du monde. Il est donc essentiel de savoir comment les sages-femmes se représentent la précarité, car cela va sûrement jouer sur leur prise en charge et leur relation avec la patiente. On observe des comportements bien différents :

2.1.1. Des difficultés à s'exprimer, sujet tabou ?

Cette première question, peut-être trop personnelle, a été vécue très différemment chez les sages-femmes. La sage-femme 1 m'a répondu immédiatement « *situation précaire* », sans hésitations. Alors que la sage-femme 6 a semblé très gênée par la question, a eu du mal à répondre, et elle s'est finalement exprimée en disant : « *C'est pas très heu...il y a des choses pas très...c'est des choses un peu péjoratives souvent, des cas sociaux. On se dit ben voilà c'est des pauvres femmes, milieu défavorisé* ». De mon point de vue, l'expérience professionnelle n'est pas obligatoirement un facilitateur d'aisance pour évoquer le sujet de la précarité. Pour certaines il est facile d'en parler, pour d'autres le sujet est délicat, embarrassant, même avec plus de 20 ans d'expérience. Cette dernière réponse montre à la fois l'embarras suscité par le sujet et les jugements de valeur, puisque qu'elle nomme les femmes

pauvres avec « *des choses péjoratives* ». Pourquoi la précarité amène des termes jugeants à connotation négative ?

Le terme « *difficulté* » apparaît souvent. Une sage-femme de consultation utilise ce terme, et qualifie le ou les domaine(s) concerné(s). Ainsi je comprends que pour elle la précarité n'est pas une définition toute tracée mais un ensemble de difficultés : « *difficultés financières, difficultés familiales* ». La sage-femme 4 utilise également le mot « *difficulté* » mais auquel elle ajoute « *difficultés financières* » pour parler de la précarité. Elle explique après qu'elle utilise aussi le terme cas social : « *mais le terme cas social pour moi est un petit peu plus large que la précarité. Pour moi cas social on a en plus des difficultés d'ordre familiales, psychologiques parfois, sociales, c'est plus...voilà...cas social il n'y a pas que la précarité financière, d'autres soucis notamment familiaux* ». Pour l'une précarité représente des difficultés à tous les niveaux, l'autre la réduit à l'aspect financier.

Les sages-femmes de secteur mère-enfant ont une définition différente. L'une explique : « *On dit souvent que c'est un milieu défavorisé, problèmes sociaux, (silence) cas sociaux. C'est souvent les termes qu'on utilise* ». Il est intéressant, outre les termes encore différents pour définir précarité, de remarquer qu'elle n'utilise pas la première personne du singulier pour répondre mais « on », comme si elle s'exprimait au nom des autres sages-femmes, comme si elle justifiait sa réponse en expliquant que les autres font comme elle. De plus, le silence avant d'annoncer « cas sociaux » comme si ce mot était interdit à prononcer, parce qu'il représente, peut-être, pour elle, quelque chose de négatif. Elle exprime ici un ensemble pour définir précarité, qui ne s'arrête pas à l'argent mais concerne tout un ensemble social. Tout comme sa collègue de secteur mère-enfant qui répond : « *je dis toujours elle a un contexte social difficile, je dirai jamais...enfin jamais je ne la jugerai. Je dirai toujours c'est une pauvre patiente, mais dans le sens pauvre, que j'ai de l'empathie pour elle quoi, j'irai jamais dire c'est une pauvre fille* ». Elle englobe aussi tout le côté social dans sa définition, elle utilise le mot pauvre, mais pas dans son sens premier, économique. Là encore, on remarque une gêne par rapport à cette question, en se justifiant rapidement en disant : « *jamais je ne la jugerai [...] jamais j'irai dire que c'est une pauvre fille* ».

2.1.2. La diversité des termes utilisés et des interprétations

On observe à la fois une richesse de vocabulaire autour de la précarité et une disparité des interprétations de ce même concept. Une patiente va être en précarité pour l'une et ne le sera pas pour l'autre. De la définition de la précarité et de ses indicateurs dépendront la prise en charge, si les définitions offrent des grandes disparités, les prises en charges seront effectivement différentes. Une patiente souffrant de pré-éclampsie (définition simple et universelle puisque se définissant par l'association d'une protéinurie et d'une hypertension gravidique), va être diagnostiquée de la même manière quelque soit le soignant, et va être soignée, le traitement répondant à un protocole bien précis, de la même façon quelque soit le professionnel. Or, la précarité, étant définie totalement différemment chez des personnes pratiquant le même métier, ayant suivies les mêmes études, le diagnostic et la prise en charge seront bien différents et dépendants de la sage-femme. La réponse d'une sage-femme nous le prouve : « *Pour moi la précarité ce n'est pas synonyme de cas social, dans ma tête hein, je ne sais pas si je défini correctement* ». Il existe un réel empêchement à définir la précarité, à l'exprimer oralement.

2.1.3. Le lieu d'activité influe sur la représentation de la précarité

Enfin j'ai observé dès cette première question une différence entre les sages-femmes travaillant en consultations et en secteur mère-enfant. Les professionnelles de consultation ont été beaucoup moins dérangé par ma question et avec des réponses assez précises, directes. Alors que les sages-femmes de secteur mère-enfant ont mis plus de temps à répondre, se sont justifiées et ont donné des définitions plus générales, elles ont eu plus de mal à mettre des mots.

Mais cette dissemblance entre les divers modes d'activité, peut aussi s'expliquer par le fait que les femmes se présentent différemment quand elles viennent en consultations et en secteur mère-enfant. En consultation, cacher leurs difficultés : « *Une belle poulette, blonde, super bien sapée, la ceinture Guess, très mimie, j'ai mis la sage-femme libérale pour une surveillance, je ne sais plus quoi. Elle m'a rappelée*

immédiatement en me disant : « Ouh la la chez elle ça ne va pas du tout, tu verrais dans quoi elle vit... », (entretien 2, ligne 382 à 386), ce qui est bien plus difficile en suite de couche, ou elles sont plus à nues (sens propre comme figuré).

Vient ensuite la représentation de la précarité par les sages-femmes. Je leur ai demandé quels sont les clignotants qui vont leur faire penser qu'une femme est dans cette situation ?

2.2. Les indicateurs de la précarité

L'état physique comme premier indicateur

Dans un premier temps je vais ici relater les réponses qui touchent aux premières impressions. On y trouve de nombreux points communs. Pour certaines, le clignotant c'est dès le premier coup d'œil : *« Ca se voit sur elles »*, exprime une sage-femme de secteur mère-enfant, de même que sa collègue : *« Juste au visuel »*, la sage-femme 2 énonce : *« physiquement, là tu peux sentir que physiquement quand même elle a pas « inventé la poudre » entre guillemets »*. D'un point de vue encore physique, 2 sages-femmes de secteur décrivent une mauvaise hygiène, qui les fera penser à une personne en situation de précarité : *« Souvent elles font plus vieilles que leurs âges, souvent elles ont un mauvais état dentaire, une mauvaise hygiène », « Ou alors là une patiente qui a des soucis dentaires importants, tu te dis que derrière il n'y a pas d'argent pour avoir des soins »*. On remarque que ce côté physique est plus étudié chez les sages-femmes de secteur mère-enfant. Ce qui peut se comprendre car elles observent les patientes jour et nuit, au quotidien pendant 4 jours. Alors que les sages-femmes de consultation ne la rencontre que 30 minutes donc ne peuvent pas juger là-dessus. L'aspect physique n'est pas ici cité pour juger les patientes. Le corps peut être très important pour évaluer la précarité car il peut-être révélateur de situations d'exclusion, il peut-être le témoin d'une précarité, que le corps « psychique » se force à démentir. Gisèle Dambuyant-Wargny explique dans un article de « La revue française de service social » que *« Dans ce monde, où les ressources économiques, culturelles et sociales sont rares, le corps devient l'ultime ressource car tous les supports de l'individu (la famille, le travail, les relations amicales ou sociales) vont s'amoinrir voire disparaître. Ainsi, la dernière et ultime ressource personnelle encore mobilisable devient le corps »*. [11]

Le niveau d'hébergement, un autre indicateur

Les sages-femmes de secteur expliquent aussi le fait de séjourner à la maternité dans une chambre double, comme clignotant de précarité : *« Ou alors quand elles sont en chambre double, direct tu te diras qu'elle a des soucis financiers importants », « souvent c'est des dames qui sont à Vermellin premier en chambre double, parce qu'il n'y a pas de mutuelle, donc pas de supplément à payer ».*

Le comportement, un indicateur important

Enfin, ce qui a été décrit par 5 sages-femmes, ce qui les marque rapidement et va leur faire penser que cette patiente est issue d'un milieu défavorisée est leur manière de s'exprimer, de se comporter, l'attitude : *« la façon de se comporter, à la façon dont elles vont nous parler, leur manière d'agir, en fait, envers nous, c'est comme ça, tout de suite je les catalogue, enfin je les catalogue dans le sens où c'est une patiente qui a des soucis économiques », « la manière de s'exprimer », « sa manière de s'exprimer », « la manière de parler, d'appréhender les choses, la maturité », « la manière de poser leurs questions », « Des fois on se dit : « Tiens... », dans sa façon de s'exprimer, ou dans sa façon de verbaliser ce qu'elle vit », « dans l'attitude peut-être du patient », « la façon dont elle répond à vos questions », « l'attitude, au comportement des mamans parfois un peu agressives, ou qu'on ne sens pas trop à l'aise et qui nous le verbalise ».*

Le fait de vivre dans la pauvreté, d'être isolé, d'être dans une insécurité sociale, familiale, économique amènerait donc à une attitude, vis-à-vis des autres, différente, à une façon de se comporter et de s'exprimer peu commune ? Ou ce comportement est-il réservé exclusivement au monde médical ? Face à un milieu dans lequel les femmes ne se sentent pas en sécurité, face à un milieu où elles sont beaucoup observées, où la pudeur n'est plus de mise, dans lequel elles se sentent donc jugées. On retrouve toujours cette peur, par la sage-femme, d'être jugée dans sa pensée, son besoin de se rassurer quant à ses pensées : *« ...tout de suite je les catalogue, enfin je les catalogue dans le sens où c'est une patiente qui a des soucis économiques ».*

A chacune ses indicateurs de la précarité

Observons maintenant ce qui marque, dès la première rencontre, chaque sage-femme, les propos caractéristiques propres à chacune d'elles. La sage-femme 6 souligne la barrière linguistique : « *quand voilà c'est des gens réfugiés, quand il y a une barrière linguistique, et tout le service social* ». Le langage comme indicateur de précarité ? Une autre aborde aussi des difficultés par rapport au langage, mais sous un autre angle : « *qu'elles ont un langage quand même assez grossier, vulgaire et on sent tout de suite que c'est des patientes défavorisées* », elle énonce aussi : « *Ou alors des enfants, il y a beaucoup d'enfants, il n'y a pas de contraception* », ou encore « *C'était une patiente maghrébine avec le voile, la famille autour, ils étaient dix, enfin vous voyez...c'est toujours un peu ce genre de patiente où tu sens qu'il y a quelque chose derrière, qu'il y a une difficulté sociale, difficulté au niveau de l'argent* ». Pour une sage-femme de consultation : « *il y a la façon dont la personne nous regarde, si elle est renfermée, c'est très important* », mais pour sa collègue : « *son « niveau intellectuel » entre guillemets. Parce que bon il y a des petites jeunes qui ne savent même pas, par exemple quand est-ce qu'elles ovulent pendant un cycle* ». Même avec certaines représentations communes de la précarité, chaque sage-femme, quelque soit son âge, son milieu d'exercice professionnel, a ses clignotants à elle pour diagnostiquer une femme démunie, qui font appels à plusieurs genres de précarité.

Les indicateurs au décours de l'anamnèse :

Dans un second temps, étudions l'anamnèse et non plus le versant physique. Les dossiers médicaux, plus particulièrement le recueil de données se révèlent un indicateur de la précarité pour les sages-femmes.

Face au dossier les sages-femmes peuvent faire preuve de deux comportements ; soit elles le regardent, soit elles vont déjà voir leur patiente et examinent leur dossier ensuite.

Les dossiers sont très importants pour les sages-femmes de consultations, c'est en l'établissant, en réalisant l'anamnèse, que l'opinion sur leur patiente est plus objective.

Pour les sages-femmes de secteur, c'est un peu différent ; l'une m'explique qu'elle préfère voir le dossier seulement après avoir rencontré la patiente : *« En fait moi je lis les dossiers toujours après avoir vu les patientes, parce que je veux toujours me faire mon opinion avant d'aller lire dans le dossier »*, alors que les autres préfèrent avoir déjà des renseignements sur la patiente avant de la rencontrer par le dossier et les consignes.

Les items observés pour définir la précarité peuvent être d'ordre social comme la profession ou l'absence, la situation maritale, l'environnement familial, la couverture sociale, ou être liée à des facteurs de risques comme les addictions.

On retrouve souvent la profession, qui pour les sages-femmes, quelque soit leur milieu d'exercice, va être un indice sur leur milieu social : *« si la situation financière a changé, on voit par la profession »*, *« pas d'emploi, elle touche rien, lui pas d'emploi »*, *« La profession, mine de rien. La profession sans jugement aucun, mais ça va souvent avec »*, *« une patiente qui a quitté l'école au collège, qui a quitté la troisième, qui est donc sans formation, sans travail, avec un conjoint qui été au chômage jusque là, et qui vient de retrouver un travail mais à durée déterminée »*, *« elle n'a pas de boulot »*. Ce qui paraît être un bon critère d'évaluation, sachant que l'absence de ressources issues du travail est un des principaux facteurs de risques de la précarité, et suite à l'analyse de l'étude périnatale de l'INSERM analysée dans ma première partie[1].

La CMU est citée par 2 sages-femmes de secteur : *« cette patiente elle est CMU »*, *« il y a cette histoire de mutuelle à payer ou à ne pas payer, enfin de mutuelle qu'on a ou qu'on n'a pas. La majorité des femmes qui sont à la CMU par exemple, sont à Vermellin 1 en chambres doubles. Donc on sait qu'on rentre dans des familles où il y a des moyens financiers qui sont différents que des dames qui sont sur V2. Par cette histoire de mutuelle, effectivement... »*. J'ai pu le remarquer aussi lors de mes stages, la CMU est devenue un « adjectif » qualifiant les personnes précaires. Comme le prouve une sage-femme de secteur, une patiente est CMU. La CMU est l'un des seuls critères qui permette de faire penser aux professionnels que cette patiente est en situation précaire. Puisqu'étant bien concret, répondant à une population bien précise, les personnes bénéficiant de la CMU sont tout de suite cataloguées dans le groupe « situation précaire » pour tous professionnels.

L'isolement marque aussi les sages-femmes, lors de leurs anamnèses. Deux sages-femmes de consultations expliquent : *« je trouve qu'à l'heure actuelle, la précarité en France, pour moi c'est plus l'isolement, plus des jeunes filles qui sont*

perdues », « *il y a pas de copain entre guillemets « clair, net et précis »* », « *elle toute seule d'ailleurs* ». Seulement une sage-femme de secteur souligne ce clignotant : « *C'est une dame qui est seule* ». Je suis étonnée que cela n'ait pas été plus abordé, car le moment de la grossesse et de la naissance est souvent un moment où la femme est beaucoup entourée, et surtout c'est un moment qui se partage à deux, avec le père. Or les femmes seules ne se font vraiment pas rares et demandent un suivi particulier, que ce soit pendant la grossesse, ou en suite de couche, et surtout pour le retour à la maison qui est bien plus difficile. De plus, il a été montré dans la première partie que l'isolement fait partie des facteurs de risques de la précarité.

Pour deux sages-femmes de consultations, le tabac est un clignotant signe de situation précaire : « *Tout le monde fume* », « *effectivement il y a le tabac là-dessus* ». Cela correspond bien à l'étude de l'INSERM [1].

L'entourage de la femme donne souvent des indices aux sages-femmes de secteur, comme de consultations : « *Les deux autres enfants précédents étaient placés* », « *Elle côtoyait beaucoup de gens sdf* », « *L'indépendance des gens aussi, si ils sont encore dépendants de leurs parents, si ils ont leur appartement, leur maison à eux* », « *après le milieu de vie, voilà aussi* », « *le milieu social dans lequel ils vivent* », « *la gamine qui vit chez une copine* », « *pour moi elle est en situation précaire parce qu'elle vit avec son compagnon dans un appartement qu'elle partage avec la sœur, le beau frère, l'oncle qui habite au-dessus, la grand-mère en dessous et pour que la belle sœur et le beau frère aillent dans leur chambre, il faut qu'ils passent dans leur chambre à elle* ».

Les propos de la patiente

Les propos de la patiente constituent aussi un signal.

Pour la sage-femme 3, c'est surtout les propos de la patiente par rapport à son retour à domicile avec son enfant : « *aussi dans ce qu'elle va nous raconter sur la sortie, par rapport à la prise en charge du bébé, c'est ça aussi, disons on va peut-être se pencher plus sur cette patiente parce qu'on va se demander comment elle vit chez elle, comment heu elle se comporte avec sa famille, comment elle va prendre en charge son bébé à la maison...* ».

J'ai pu observer que quelque soit l'expérience de la sage-femme, et son secteur d'exercice, elles ont chacune une représentation de la précarité, parfois la même (la profession, les chambres doubles, un manque de soins...), parfois très différente (le langage, le niveau intellectuel, les familles nombreuses...). Il n'y a pas pour elles de représentation précise, mais plutôt des clignotants, des indices qui vont leur faire penser qu'une patiente est défavorisée.

2.3. Un sujet facilement abordable ?

Apparaît maintenant la difficulté (ou non) pour les sages-femmes à amener le sujet de la précarité aux femmes, qu'elles pensent dans le besoin. Quatre sages-femmes ont répondu oui à cette question, dont une de secteur mère-enfant et 3 de consultation. La sage-femme 6 a répondu non : « *Je ne l'ai jamais amené. Non souvent elles sont connues du service social, donc j'appelle l'assistante sociale, elle les connaît, viens les voir* ». Une autre sage-femme de secteur mère-enfant a répondu que « *c'est un peu délicat* ». Il paraît donc moins évident pour les sages-femmes de secteur d'amener le sujet. Soit parce que c'est déjà fait par d'autres professionnels, soit parce que c'est peut-être plus difficile dans ce cadre professionnel, par rapport aux sages-femmes de consultations, où tout est plus abordable, parce que la relation avec la patiente n'est pas la même, est plus sur le long terme, et cette question peut paraître moins déplacée car elle s'inscrit dans la prise en charge lors de l'anamnèse. L'expérience professionnelle intervient peut-être, puisque c'est une sage-femme jeune diplômée qui m'a répondu « *c'est un peu délicat* ».

C'est pourquoi j'ai continué mon entretien sur ce thème et voulu savoir si elles trouvaient cela simple d'amener le sujet ? La sage-femme 5 répond : « *Elles n'ont pas forcément envie de se confier aussi, donc heu...C'est vrai que c'est un peu délicat devant ce genre de situation [...] tu as beaucoup d'autres chose à faire, en plus du secrétariat, que ton rôle de sage-femme* » (entretien 5, ligne 82 à 99). Alors que la sage-femme 3 énonce : « *Oh non ce n'est pas difficile. Quand on sent qu'une maman est en détresse par rapport à des problèmes d'argent ou autre chose, ben ça vient presque de façon naturelle* ».

2.4. L'entretien prénatal, voie d'accès pour les sages-femmes de consultation :

Une sage-femme de consultation explique qu'elle n'hésite pas à « creuser » pour avoir des informations mais surtout qu'elle utilise l'EPI (Entretien Prénatal Individuel) pour parler de ce sujet avec la patiente : « *Heu...La patiente a parlé très volontiers, en fait j'avais vu dès le départ que la situation n'était pas simple, mais j'ai essayé de creuser [...] au cours de la consultation d'EPI, si, si, si. Heu, pour moi c'est indispensable, c'est le moment où il faut en parler. Parce que si les gens ont besoin d'aide voir si on peut leur proposer quelque chose, voir si on peut les orienter, les aider* » (entretien 4, ligne 109 à 125).

Une autre sage-femme de consultation parle aussi de l'EPI, en termes de confiance : « *Oui, moi je pars du principe que déjà elles te donnent la réponse qu'elles veulent. Il faut qu'elles aient confiance en toi, il ne faut pas leur demander dans les 3 premières minutes, je trouve que ce n'est pas... Une fois que tu termines ta consult', que tu as parlé un peu chômage, et qu'elle sait que tu sais déjà que c'est un peu précaire, lui demander de but en blanc. Moi pour les EPI je leur demande : « vous vous en sortez financièrement ? A deux ? Qu'est-ce que vous en pensez avec bébé ? ». On parle des brocantes, on parle de la vraie vie et puis après du coup... ». Mais elle souligne un peu plus loin, une communication plus difficile avec une autre précarité : « *Par rapport à la précarité pas de gêne. J'aurais plus d'ennui avec l'alcool ou les femmes maltraitées, par exemple. Là (silence), si elles ne me le disent pas c'est un peu difficile d'insister lourdement. Mais financièrement, non.* ». La dernière sage-femme de consultation exprime aussi la facilité à parler de précarité avec ses patientes, mais aussi de l'intérêt des consultations dans ce domaine dû au suivi régulier : « *Alors je vais pas l'amener la première fois mais on l'a suivie quand même, ça c'est l'avantage, on les suit pendant 9 mois donc il y a toujours un moment où elles ont confiance en vous donc vous pouvez amener le sujet. (silence) [...] non pourquoi ce serait difficile ? si vous allez dans le modèle du monde de l'autre sans a priori je ne vois pas pourquoi ce serait difficile de les amener dans le vôtre. Si vous vous n'avez aucun a priori par rapport à la femme qui est en face de vous je ne vois pas, non* ». Tout cela me confirme que l'expérience qu'elle*

soit professionnelle ou personnelle, permet de prendre de l'assurance par rapport à ce sujet de la précarité, pour savoir l'aborder avec les femmes.

2.5. L'intérêt de la prise en charge

Des difficultés face aux patientes précaires ?

Ensuite l'étude aborde la prise en charge des patientes démunies. Je commence cette partie en m'intéressant aux difficultés que les sages-femmes peuvent peut-être rencontrer. Une sage-femme de secteur mère-enfant n'en rencontre pas : « *Non je ne vois pas (silence)* ». Pour les autres sages-femmes les réponses sont très diverses et intéressantes. Une de secteur explique que c'est avec le suivi à domicile qu'elle éprouve le plus de difficultés, pour le faire accepter par les patientes : « *Heu, là où on a le plus de difficultés c'est quand on leur parle d'un suivi à domicile, qui n'est pas toujours accepté par les familles parce que je pense qu'elles ont peur d'être jugées entre guillemets, je pense que ça crée un malaise dans ces familles là [...] elles acceptent facilement les aides, après, heu, le suivi à domicile, ça dépend des familles.* » (entretien 3, ligne 96 à 108).

La sage-femme 5 exprime ses craintes personnelles vis-à-vis des femmes défavorisées : « *(silence) D'entrer dans un jugement peut-être. Oui je vais te dire ça, parce que c'est vrai que tu as toujours tendance à vouloir juger la dame, si elle te dit qu'elle a eu 4 enfants et qu'elle ne bosse pas depuis 10 ans, et qu'elle a jamais voulu chercher de travail parce qu'elle se trouve bien à la maison [...] je pense que c'est ça le plus dur, ne pas entrer dans le jugement de valeur.* » (entretien 5, ligne 165 à 178).

Pour les sages-femmes de consultation les réponses varient aussi, l'une exprime : « *Moi ce qui m'inquiéterais le plus, j'ai déjà eu une fois, c'est la femme qui n'a pas de logement...Et là, en attendant de la mettre quelque part à l'abri c'est vrai que c'est assez, assez stressant [...] Il y a des places au foyer maternel mais ce n'est pas toujours évident d'arriver à les y emmener* » (entretien 2, ligne 141 à 152). L'autre raconte que la principale difficulté est de leur proposer une prise en charge, et la réponse agressive qui peut en découler : « *Ca dépend. Il y a des patientes qui sont vraiment très dociles, qui ne demandent qu'à être aidées, [...] c'est une incompréhension de leur*

part, que nous on leur veut du bien et on veut les aider, et en fait elles elles prennent ça à un certain moment comme une contrainte et voilà [...] Mais bon c'est souvent des gens qui ont d'énormes difficultés relationnelles avec les parents, des nœuds familiaux pas possibles, c'est souvent ça. » (entretien 4, ligne 145 à 150). Les sages-femmes rencontrent donc bien des difficultés face à ces patientes de tout ordre, qui ne se résolvent pas grâce à un traitement ou à un protocole. Deux sages-femmes ont exprimé le souci de faire accepter par ces patientes une aide, un suivi à domicile, une prise en charge différente. Et cela rejoint la difficulté de la jeune sage-femme : comment leur amener une prise en charge différente, sans pour autant les juger ? Les femmes, parfois, se sentent jugées, observées si on leur amène une aide, et ne veulent pas être considérées comme une personne demandeuse de soins particuliers.

Une prise en charge modifiée par le travail en réseau ?

Continuant sur la prise en charge, mon étude essaye de savoir si les sages-femmes la modifie en fonction des femmes qu'elles ont en face d'elles ?

Deux sages-femmes de secteur répondent qu'elles ne changent rien, elles ont la même prise en charge pour chaque patiente, quelque soit son milieu socio-économique : « *Mais non, je ne change pas, je serai toujours égale à moi-même* », « *Non c'est la même prise en charge. Une sage-femme libérale à la sortie aussi* ». L'autre sage-femme de secteur explique : « *en général ça se fait assez facilement, on leur propose l'assistante social, qui passe, elles acceptent facilement les assistantes sociales du secteur, elles acceptent facilement les aides, après, heu, le suivi à domicile, ça dépend des familles [...] Ben si on sent qu'il n'y a pas trop de moyens, ou pas trop d'aides dans la famille, ou pas trop d'aides financières, on lui propose une assistante sociale et on lui propose la PMI. Pas systématiquement toutes les patientes, quand on sent qu'il y a un milieu un peu défavorisé* ». Ici, les assistantes sociale ainsi que le service de PMI sont nommés dans la prise en charge des femmes de milieu défavorisées.

De même pour deux sages-femmes de consultations : « *J'utilise beaucoup la PMI. Si elles veulent. Le problème de la PMI c'est qu'elles rentrent chez elles donc souvent elles n'aiment pas trop avoir un œil qui vient à la maison. Donc je leur dis d'y aller. Les assistantes sociales du secteur, pareil, j'ai l'impression que j'ai plus de mal que les nôtres. Parce que j'ai l'impression que les nôtres quand je les inclus dans la grossesse c'est des gens qu'elles ne reverront plus et elles en lancent plus. Alors que*

dans le secteur, la fille pourrait la revoir, par rapport à son bébé par exemple. Elles se méfient quand même. », « il faut surtout travailler avec tout ce qui est réseau, et je crois que ça c'est important. Parce que si c'est pas avec nous que ça va aller, ça ira avec quelqu'un d'autre. Plus elle va avoir de personnes, plus elle risque de tomber sur la bonne personne. C'est pas obligatoirement moi, mais quand vous faites un EPI ou autre, vous pouvez proposer le psychologue, le psychiatre, le sevrage tabagique, la sage-femme libérale, la sage-femme de PMI, le service social... C'est ça en fait qui fait que vous allez réussir, ne pas travailler seule dans votre coin sauf si elle ne veut que vous, mais je veux dire, le réseau est vraiment important. Les sages-femmes doivent apprendre maintenant de travailler en réseau ». Cette dernière énonce tout le travail en réseau, toute une équipe pluridisciplinaire afin d'aider au mieux ces femmes. La dernière sage-femme de consultation a répondu très différemment à la question : *« D'un point de vue médical, bien sur que non, maintenant on n'est pas attentif aux mêmes causes [...] Je serai peut-être plus vigilante, effectivement [...] C'est-à-dire que chez ces patientes là il y a plus de risques infectieux, il y a plus de risques de menace d'accouchement prématuré, il y a plus de risques de retard de croissance intra-utérin [...] Simplement c'est au niveau de l'entretien de la consultation que se sera différent, on posera des questions différemment, heu, voilà »* (entretien 4, ligne 130 à 134 et 190 à 195). Même si face à cette question les réponses sont un peu diverse (compréhension sans doute différente de la question), dans chacun des entretiens, chez toute sage-femme, quelque soit son secteur d'activité, le recours au service de PMI et au service social de la maternité ont été énoncés. Ce qui faisait partie de mes objectifs.

On remarque bien que le travail en réseau (plus ancré chez les unes que les autres, certes), est systématiquement mis en œuvre par les sages-femmes, qu'elles n'hésitent pas à faire appel à un relais, si elles éprouvent des difficultés avec des patientes. En observant qu'elles m'avaient toutes énoncé au moins les mots « PMI » et « assistantes sociales », je leur ai demandé si ce n'était pas difficile d'amener ce réseau à la patiente, si elles acceptaient facilement de s'ouvrir à ces autres personnes ?

Des limites au travail en réseau :

Il est fondamental dans notre prise en charge, de savoir instaurer tout un réseau au profit de la patiente, afin de l'aider à mieux vivre sa grossesse, et sa vie avec son jeune enfant. Mais cela ne se fait, à mon avis, pas si facilement, car elles n'ont pas forcément envie de cela, pas forcément envie de raconter leur histoire, encore, à de nouveaux inconnus, pas forcément envie d'être considérées comme une femme ayant besoin d'une aide. En pratique, qu'en pensent les sages-femmes ? Arrivent-elles facilement à mettre ce réseau en place ? Une sage-femme de consultation m'a répondu : *« pas si facilement que ça, elles ne vont pas l'accepter si dès la première séance elles sont stigmatisées, elles sont heu... Faut pas les mettre face à ce qui ne va pas, c'est tout doucement. C'est comme une dame qui arrive qui est obèse on va pas commencer à l'embêter avec son poids, moi j'attends toujours, c'est souvent la main sur la clenche qu'elles disent : « moi j'ai un problème avec mon poids » [...] J'ai essayé de savoir quel était le souci, j'ai dit : « il vous est arrivé quoi ? » mais c'est pareil, j'ai pas trop creusé, je l'ai laissée repartir. (silence). Mais ca s'apprend, c'est difficile »* (entretien 1, ligne 153 à 177). Et sa collègue m'a expliqué : *« Bah sinon il faut que la patiente vienne à elles. Il faut qu'elles aillent au CAMS, aux choses comme ça et que ce ne soit pas la PMI qui rentre chez elles. [...] Quand elles déclarent à la déclaration de grossesse et qu'elles te disent qu'elles n'ont pas de conjoint, moi je leur dis toujours : « Bon ben la partie là, vous ne la remplissez pas, hein si vous ne vivez pas avec, si vous n'avez pas de conjoint, et sachez après qu'il faudra voir l'assistante sociale pour vous aidez à essayer de voir ce que vous avez le droit, en plus. » »* (entretien 2, ligne 124 à 136). Pour une autre collègue, tout simplement : *« Oui, pas de souci »*. Pour les autres on voit bien que ce n'est pas si évident, qu'avec l'expérience, elles ont des petites astuces, elles établissent une relation de confiance avant tout, bref que ceci s'apprend.

La sage-femme 5 me raconte : *« Les patientes que j'ai eues avec des problèmes financiers elles le demandent pas forcément. Il y en a une seule qui m'a demandé un jour est-ce que je peux voir l'assistante sociale, sinon je leur en parle systématiquement. J'essaye de leur amener les choses vraiment de manière très sympa, ne pas leur faire peur en leur disant : « Faut que vous voyez la psy », pour leur faire comprendre qu'elle est malade alors que ce n'est pas le cas. Et non c'est vrai qu'elles l'acceptent toujours assez bien quand je leur propose, parce que je leur explique quand*

même un bon bout de temps pourquoi, et elles comprennent. Je n'ai jamais eu de soucis par rapport à ça. » Pour elle, cela ne pose pas de problème particulier, si elle arrive à bien prendre le temps d'expliquer à la patiente.

Une relation complexe entre sage-femme et patiente démunie :

Découle ensuite une question, qui me paraît intéressante pour connaître le vécu des sages-femmes : Avez-vous parfois l'impression d'être mal à l'aise avec ces patientes ? Mais qui peut avoir aussi un effet sur la prise en charge. Quatre sages-femmes sur cinq m'ont répondu non à cette question : « *Jamais* », « *Avec la précarité ? Je dirais non* », « *Non pas du tout* », « *Jamais, non je ne suis pas mal à l'aise, j'ai de l'empathie. J'ai de l'empathie pour certaines patientes, même pour toutes je dirai, mais je ne me sens pas mal à l'aise, non, ce n'est pas le terme* », « *(silence) Non, parce qu'elles sont plus simples même des fois* ». Seule la sage-femme 5 a affirmé : « *Oui, enfin, clairement ça dépend des patientes. Après t'as des patientes qui sont très ouvertes, qui vont te dire clairement : «Ben voilà, j'ai trois enfants, là je veux une contraception car j'avais pas de suivi médical » Quand c'est comme ça, ça se passe très bien et je fais au maximum de ce que je peux faire. Mais tu en a d'autres qui sont très fermées, qui ont pas envies que tu les aides, et toi t'es mal à l'aise parce que ben tu vois bien que c'est une patiente, une pauvre patiente, qui n'a pas de suivi, qui est un peu malheureuse quand même dans son histoire, et je me sens mal à l'aise, c'est vrai. Des fois j'ai du mal, je fais mon maximum, mais des fois j'ai du mal à m'ouvrir un peu, à essayer aller plus loin quoi, parce que tu ne sais jamais trop ce qui va ressortir dans leurs histoires, et quand ça t'arrives des fois en plein visage tu ne sais pas trop quoi faire. Voilà* ». L'expérience professionnelle joue donc sûrement un rôle dans la confiance en soi, et l'assurance face à ces patientes. On le reverra plus tard dans l'entretien.

Un bas niveau d'éducation comme critère de précarité ?

Puis l'étude s'intéresse aux échanges entre les professionnelles et les patientes. Remarquent-elles une différence dans leurs connaissances médicales, Ont-elles plus de mal à faire passer des informations, ou mettre en place l'allaitement maternel ?

Comme je l'ai énoncé dans l'explication de mes entretiens, cette question afin d'observer si l'éducation, la différence culturelle à un rôle dans la précarité pour les sages-femmes (ou réciproquement), et comment réagissent les sages-femmes face à ces femmes illettrées, ou peu éduquées, ou parlant une autre langue ?

Excepté une sage-femme de secteur, toutes les sages-femmes associent précarité à un manque d'éducation, du moins observent une différence dans leurs connaissances médicales, et expliquent qu'elles doivent s'adapter aux patientes, modifier leur langage. Je peux ici séparer les réponses des sages-femmes de consultations et celles de secteur mère-enfant.

Les sages-femmes de consultation vont plus aborder la difficulté dans la domaine des informations. Par exemple lors de la première consultation, on sait que les sages-femmes font passer énormément d'informations sur les mesures de prévention de certaines maladies infectieuses à éviter, les règles d'hygiène, le déroulement de la grossesse, les différents examens à réaliser, tout cela n'est pas simple. Elles m'expliquent donc : *« il ne faut pas parler pareil d'une patiente à une autre, vous n'allez pas expliquer le diabète pareil, [...] Ca aussi c'est votre boulot de s'adapter à la personne qui est devant vous. On sélectionne pas nos patientes et encore heureux d'ailleurs hein ? c'est plus enrichissant d'avoir des gens de tous milieux et de tous niveaux, c'est à vous de ne pas parler de la même façon [...] »* (entretien 1, ligne 211 à 220), *« Oui, je suis simple. Ben, je leur donne, mais comme tu parles à un enfant, voilà ; tu utilises des mots simples ; le livret sur la toxo est en image claire ; je me lance dans la listériose je survole, je saisis 3 info principales, je lui détaille pas, je dis « tout cuit », « chaîne du froid » [...] Pour l'HT 21 je leur raconte si elles ont compris, c'est pas évident à expliquer, pas évident à comprendre, je suis sûre qu'elles comprennent rien, là ça c'est clair [...] donc voilà il faut vraiment qu'elles comprennent que c'est pas un examen obligatoire, que c'est pas 100% fiable et que c'est pas oui ou non la réponse... »* (entretien 2, lignes 255 à 270), et la troisième : *« Oh oui, il y a plus de difficultés, plus d'ignorance en général, oui,oui. Ah oui, moi j'utilise un langage plus simple, adapté. [...] Ah oui au niveau du langage, et parfois même les mots simples ne sont pas très bien compris, donc le langage c'est très très important. »* (entretien 4, ligne 209 à 218). On remarque donc que les sages-femmes de consultations doivent s'adapter à ces patientes, et surtout elles insistent au niveau du langage. Elles s'expriment de manière différente, car observent que les patientes défavorisées ont plus de mal à assimiler toutes ces informations. Ces informations si importantes de début de

grossesse sont donc expliquées très différemment d'une patiente à une autre, mais ont-elles finalement eu la même information ? Parce que une sage-femme explique quand même « *je survole* », ou par rapport à la trisomie 21 « *je suis sûre qu'elles comprennent rien, là ça c'est clair* », même si on voit bien qu'elle s'efforce de donner toutes les informations à la patiente.

Chez les sages-femmes de secteur, c'est plus l'allaitement qui a été ciblé : « *Alors c'est assez curieux, il y a moins de connaissances médicales dans ces familles là, mais heu en ce qui concerne avec l'allaitement maternel, c'est une remarque que l'on se fait toujours toutes, c'est que ça se passe...c'est beaucoup plus facile, c'est quelque chose qui reste encore naturelle, et du coup...On se dit tout le temps que c'est des dames qui ne se posent pas de questions mais du coup ça joue en faveur de l'allaitement parce que c'est plus simple. Pas toujours mais dans la majorité des cas, oui.* », « *Non, je leur dirai toujours,... avec toute patiente je donnerai les mêmes informations mais j'aurai par contre l'impression que ça ne rentre pas de la même manière. (silence) [...] elles n'allaitent pas pour la plupart, c'est plus des allaitements qui sont artificiels, et par contre celles qui allaitent, elles gèrent très bien leurs allaitement, elles sont absolument pas demandeuses d'aide quand c'est le cas. Mais sinon, pour la plupart elles souhaitent quand même ne pas allaiter.* » (entretien 5, ligne 183 à 199). Ainsi, chez ces deux sages-femmes de secteur, des connaissances médicales, des problèmes d'assimilation d'information sont aussi évoqués, mais elles remarquent un allaitement maternel bien plus simple et mieux géré chez les patientes précaires, parce qu'elles se posent moins de questions et le font de manière plus naturelle. La sage-femme 6 ne souligne pas de différence dans les connaissances médicales et passe l'information de la même manière chez toutes les patientes, mais a quand même un avis sur l'allaitement maternel : « *Des fois c'est vrai qu'on se dit...ceux qui n'allaitent pas, on se dit ils devraient plutôt allaiter que de demander, oui, qu'on leur donne du lait, c'est vrai il y en a qui allaitent pas des fois on se dit, il a pas d'argent, le mieux se serait d'allaiter [...]Est-ce qu'elles allaitent plus ou moins, non je ne saurai pas dire.* » (entretien 6, ligne 118 à 124).

La question que se pose cette sage-femme, l'allaitement maternel étant gratuit, pourquoi les patientes précaires ne le pratique pas automatiquement, je l'ai souvent entendue au cours de mes stages. Allaiter son enfant au sein est un choix très personnel, et si la patiente est très pudique, ou si pour elle allaiter au biberon est bien plus rassurant, qu'elle soit d'un milieu défavorisé ou non, ce choix est à respecter. Pour les patientes de

grande précarité, qui n'arrivent pas tous les jours à se nourrir, donner son lait paraît absurde et mauvais pour l'enfant. Elle-même n'arrive pas à se nourrir, donc elle ne pense pas pouvoir donner son lait à son enfant, ce lait doit être insuffisant et de mauvaise qualité. Dans ces conditions, allaiter son bébé ferait-il d'elle une mauvaise mère ? L'allaitement artificiel semble rassurer les mères, et les renforcer dans leur capacités à être une bonne mère, en effet, quoi de mieux pour son enfant que ce lait, dont on voit sur les publicités qu'il donne de beaux enfants, dont on connaît les quantités exactes ingérées par l'enfant, et qui de ce fait donne de la sécurité

On remarque que les sages-femmes associent à la précarité, un manque de savoir (exceptée une, mais inconsciemment le pense, car ne comprend pas que ces femmes sans argent n'allaitent pas leurs enfants, elles sont donc moins éduquées ?). Pour certaines il est donc important de savoir s'adapter afin qu'elles aient les mêmes informations, pour d'autres même en s'adaptant les informations ne seront pas totalement acquises, et pour d'autres encore ce manque de savoir leur est parfois profitable par rapport à l'allaitement.

Les consultations, secteur privilégié ?

La suite de mon entretien est ensuite différente selon que je suis face à des sages-femmes de consultation, ou à des sages-femmes de suite de couche. Je vais donc d'abord présenter les questions posées dans le service de consultation.

J'ai beaucoup appréciée mes stages en consultation et cela grâce à la relation avec la patiente, qui est bien différente des autres services. J'ai donc voulu savoir si les sages-femmes ressentaient comme moi, et justement cette relation particulière au cours des neuf mois, aide-t-elle dans la prise en charge des patientes défavorisées. Voici leurs réponses : « [...] c'est là que j'ai trouvé le meilleur épanouissement. En consult' parce que c'est 9 mois. Ca me gêne pas moi de ne pas les revoir après, j'ai juste besoin d'accompagner [...] » (entretien 1, ligne 266 à 284), « Oui ben c'est ça, parce qu'en temps que sage-femme c'est à mon avis la partie la plus intéressante pour moi de notre profession [...] C'est là où on a les meilleurs retours, les meilleurs contacts tu vois ça fait un an et demi là elles commencent à se passer le mot, je vois bien j'ai les cousines, les copains...et c'est un petit réseau. Mais il faut...il faut...La première consulte' bon tu montes ton dossier, tu cernes ça je suis bien d'accord mais tu lances pas le plan ORSEC à la première consultation, c'est trop risqué. [...] Il faut qu'elles elles aient plus peur de

toi, qu'elles saches que la prochaine fois tu vas pas forcément les examiner si tout va bien parce que t'as fait ce que tu avais à faire, tu leur redonneras leurs résultats », (entretien 2, ligne 288 à 305), « Oui, parce que l'on prend plus le temps. Dans les services on est plus dans l'urgence, on voit les patientes peut-être au long court, mais d'une manière très furtive au cours d'une journée. Et là, on prend vraiment le temps avec la patiente. Une demi-heure, parfois une heure, personne pour nous déranger, et il y a vraiment un lien qui se crée qui est intéressant. Le fait de les voir... ».

Elles expriment donc toutes les trois la meilleure relation avec la patiente, le temps qu'elles peuvent leur consacrer, le plaisir de travailler sur le long terme, l'accompagnement. C'est ce temps pris et ce lien, particulier en consultation, qui va sûrement permettre à la patiente de faire confiance aux les sages-femmes, malgré leurs blouses roses et leur milieu d'exercice, et ainsi permettre une meilleure prise en charge. Elles vont pouvoir aborder leurs soucis et accepter plus facilement l'intrusion d'autres personnes pour les aider, si ce sont ces sages-femmes en qui elles ont confiance qui les conseillent.

Suite à cette question, la première sage-femme interrogée a spontanément évoqué la visite post-natale, est-elle un reflet de la prise en charge de la grossesse, permet-elle aux sages-femmes de s'assurer d'une bonne prise en charge pendant la grossesse ?

Les avis sont un peu partagés : *« En post-natal, je dis toujours j'aimerais vous revoir, parce que j'aimerais voir votre bébé et puis relire le dossier avec vous de votre accouchement pour que la boucle soit bouclé et qu'elles puissent par la suite souhaiter une autre grossesse [...] je leur dis justement de revenir avec bébé et c'est là qu'on voit que la relation a pu s'établir, qu'elles regardent leur bébé [...]... Il ne faut pas les stigmatiser et leur dire qu'elles sont foutues que ça n'ira pas, elles ont 20 ans, elles ont toute la vie devant elles. »* (entretien 1, ligne 284 à 288 et 325 à 335). Les deux autres sages-femmes sont plus dubitatives, peut-être dû à leur expérience en consultation bien plus récente : *« Là je pense qu'elles reviendront moins, c'est quasi certain qu'elles ne reviendront pas, peu. J'en ai quand même beaucoup des consultes post- natales, et honnêtement, tu vois je me rappelle pas, maintenant que tu me le dis, je ne me rappelle pas avoir vu une dame... Si, au centre maternel, mais que j'avais posée au centre maternel avant. Mais elle, elle venait quasiment tout le temps sinon tu les revois pas », « Alors moi depuis que j'ai repris le travail, je n'en ai pas encore vu en post-natal, mais ça a sûrement son importance. Je manque un peu de recul là ».*

Je n'ai donc pas vraiment trouvé de réponse par rapport au rôle de la visite post-natal dans la prise en charge des femmes précaires. Peut-être parce qu'elles ont leur enfant et ne veulent plus entendre parler de la maternité. En même temps, si une vraie relation s'est établie avec la sage-femme, elles pourraient avoir du plaisir à présenter leur enfant. La visite post-natale n'est donc peut-être pas le reflet de la prise en charge.

Les chambres doubles, évocatrice d'une précarité :

Viennent ensuite mes questions pour les sages-femmes de secteur mère-enfant. Durant mes stages en secteur mère-enfant, je me suis toujours demandé si le fait de vivre ce séjour en chambre double ou seule changeait ce séjour. Je trouve qu'il n'est parfois pas facile de parler avec les patientes, quand il y a une autre patiente à côté, que l'intimité est vraiment peu respectée. Je me suis donc tournée vers les sages-femmes de secteur pour avoir leur avis, et si elles observaient plus de difficultés à établir le lien mère-enfant dans ces chambres doubles.

Toutes abordent la difficulté de parler avec les patientes de chambre double. La difficulté de parler de sujets délicats devant la voisine de chambre, garder le secret professionnel, mais vouloir en même temps aider, informer la patiente. Une explique que, si nécessaire, elle emmène la patiente dans une autre pièce afin de pouvoir discuter ouvertement, les deux autres sages-femmes disent plutôt que la prise en charge est donc différente qu'une patiente en chambre seule, car elle s'interdit d'approfondir certaines discussions, certains problèmes à cause du manque d'intimité : *« Si, il y a vraiment des choses dont on ne peut pas parler devant la voisine, il faut leur proposer de les rencontrer dans une autre pièce, ça arrive. Des mamans, des patientes toxicomanes par exemple, quand on a besoin de les rencontrer, on va pas dans une autre chambre parce que ça ne se fait plus trop, on va dans les cafétérias, on va dans une pièce. Et on parle avec elle toutes seules. [...] Oh non je ne pense pas que le fait qu'elles soient en chambre double pose de problèmes pour le lien mère-enfant. [...] Il y a une ambiance un peu particulière. »* (entretien 3, ligne 132 à 164), *« Je pense parce que au niveau de l'intimité c'est carrément zéro, étant donné que t'as toujours les visites de la voisines qui sont là pour te déranger, quand elles veulent allaiter, ben si c'est une patiente qui est pudique et ben t'as un rideau qui sépare, un rideau qui arrive à mi-cuisse donc tu vois ce qui se passe à côté, donc je pense vraiment que la chambre double, pour ce qui est de l'intimité, et le lien mère-enfant je pense clairement que ce n'est pas une bonne*

chose.[...] C'est vrai que la chambre double... j'avoue c'est un peu délicat quand on est du côté chambre double, parce qu'on ne peut vraiment pas poser toutes ces questions là.[...] Oui, tu te donnes des barrières, je pense qu'on se donne toutes des barrières par rapport à ça parce qu'on ne veut pas...[...] Pour peu qu'elles n'aient pas la même culture, c'est pareil, enfin c'est un peu délicat pour elles. » (entretien 5, ligne 119 à 153), « Il y en a qui aiment bien être en chambre doubles, souvent elles se tutoient, elles se familiarisent, mais bon...c'est difficile de savoir leurs ressentis, je ne peux pas...C'est délicat pour nous parfois de parler de certains sujets. Quand c'est des dames qui sont sous traitement substitutif, c'est délicat, on peut pas parler de tout parce que il y a une femme à coté, ça empêche parfois de parler de certaines choses ».

Par contre leurs avis divergent en ce qui concerne l'influence des chambres doubles sur le lien mère-enfant. L'une ne pense pas qu'il y ait un rapport entre ces deux caractères, l'autre pense que si, la troisième ne s'exprime pas là-dessus. Je ne peux donc conclure là-dessus, mais cette question me permet d'affirmer que la prise en charge est plus délicate pour les sages-femmes, chez les patientes séjournant en chambre double.

Le paradoxe du séjour à la maternité :

Etant donné la durée des séjours en secteur mère-enfant de plus en plus courts, les sages-femmes ne s'inquiètent-elles jamais de l'après, du retour à la maison ? Tout simplement parce que en stage je me suis souvent posée cette question, mais aussi lors de mon stage en PMI, en observant les patientes chez elles, j'ai vraiment bien vu que l'on ne s'imaginait pas au sein de la maternité, vers où, vers quoi on laissait les femmes et leurs enfants.

Les réponses sont très intéressantes. L'une fait confiance au relai à l'extérieur : « *Ca dépend, si on sait que la PMI passe puis qu'elle prend en charge la maman, je ne m'inquiète pas, je fais confiance à mes collègues. L'avantage de la PMI, puisque pour moi être défavorisé c'est de n'avoir pas trop de moyens matériels ou financiers, heu, en l'adressant à la PMI je pense qu'ils vont pouvoir lui apporter ça. Pour moi le relais il sera fait. [...]* (sourire) *Bah on aimerait bien (garder les patientes plus longtemps), on peut pas. Puisque l'on parle plutôt de rentabilité, donc forcément ce sont des gens qui ne sont pas rentables puisqu'ils n'ont pas de sous, ils n'ont même pas de sécu. (silence). [...]* en même temps on ne peut pas non plus garder toutes les personnes qui sont dans ce genre de situation. Peut-être qu'il faudrait inventer ou créer quelque chose pour ces

personnes dans cette période de la vie. Parce qu'une naissance, un bébé c'est quand même pas rien » (entretien 3, ligne 252 à 256 et 296 à 308). On sent tout de même une frustration, même si elle a confiance en la PMI, elle avoue qu'elle préférerait parfois garder les patientes plus longtemps. La sage-femme 5, se pose beaucoup de questions sur le retour des patientes à domicile : *« Ah ben si, si complètement. Parce que effectivement ça m'embête toujours de ne pas savoir comment va se passer la suite, l'après, parce qu'on est là que trois jours. [...] J'ai eu le souci il y a un mois de ça, un enfant qui est parti, qui est passé par la fenêtre, donc du coup...heu...ben forcément... maintenant j'ai beaucoup de mal et je pense à l'après suite à cette expérience là. [...] (silence) Ben...quand des patientes ne se sentent pas prêtes à sortir, on peut toujours essayer de faire pression pour la garder plus longtemps, mais après c'est des critères de service [...] Oui, voilà c'est vraiment le côté pour le bébé qui est important, parce que la patiente elle peut sortir...Enfin c'est la politique de la maternité de Nancy, après c'est comme ça, quoi. »* (entretien 5, ligne 205 à 235). On sent là encore une frustration pour cette sage-femme, de ne pas garder les patientes plus longtemps, même avec une sortie avec la PMI, la sage-femme libérale... Pour la dernière sage-femme, elle ne se pose pas plus de questions que pour les autres patientes, seul le côté médical (état de l'enfant, allaitement...) l'interroge parfois : *« Ben pas pour elles plus que pour les autres. Oui il y a une frustration parce que on démarre à peine, on sait qu'il y a un relais à l'extérieur, elles ne sont pas lâchées dans la nature. [...] Oui ça m'est déjà arrivé mais heu pour des dames dont le bébé est hospitalisé en néonate. Et puis pas seulement les patientes défavorisées, même pour d'autres patientes quand le bébé est en néonate et qu'elle l'allait. [...] de toute façon ce n'est pas en un jour qu'on règle leurs problèmes. Ou alors des fois un jour de plus dans le service si il y a un souci, ou si on ne peut pas la chercher le jour là, mais on ne peut pas rallonger de plusieurs jours. »* (entretien 6, ligne 129 à 165) ».

Deux sages-femmes sur les trois avouent trouver cela inquiétant que les sages-femmes ne soient pas sûres d'elles quand au bon retour à la maison des patientes. On ne laisse pas rentrer une patiente avec des lochies trop sanglantes ou hémorragiques, tant qu'on n'est pas sûrs de connaître la cause, de traiter et de s'assurer que les saignements s'estompent. Certes la précarité n'est pas une maladie, mais ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas surveiller et s'assurer d'un bon état maternel lors du retour à la maison. J'en veux pour preuve, la jeune sage-femme raconte le décès d'un nouveau-né lors du retour à domicile. Elle m'a raconté cela la bouche nouée, et depuis, elle est très stressée

lors du retour à domicile des patientes précaires, même en installant tout un relai derrière.

2.6. Une définition finale de la précarité :

Enfin, la dernière partie de mon questionnaire, aborde la définition de la précarité par les sages-femmes. Je souhaitais mettre ces questions à la fin de l'entretien, parce qu'après en avoir parlé durant 30 minutes, je m'imaginai avoir des réponses plus spontanées.

Tout d'abord, je leur ai demandé de me donner 3 mots qui définissent, pour elles, la précarité. Pour la sage-femme 2, sont ressortis les mots : « *solitude, jeunesse et difficultés financières* », en insistant sur le fait de mettre difficultés financières en dernier. Une autre sage-femme de consultation a énoncé les mots : « *plus fragiles, plus grossesses à risques, le relationnel* », et la troisième : « *difficultés financières, difficultés intellectuelles, manque d'intégration sociale* ». La sage-femme 5 a cité : « *Précarité, CMU, chômage* », alors que la sage-femme 3 a préféré : « *manque de moyens financiers* ». La troisième sage-femme de secteur, qui tout au long de l'entretien a paru moins intéressée et a répondu de manière souvent brève, n'a pas réussi à répondre à cette question, malgré les silences que j'ai laissé pour lui permettre de réfléchir : « Ce n'est pas facile, Heu non je ne vois pas ».

Cette question n'a pas été facile pour les sages-femmes. Je voulais juste trois mots afin de voir ce qui ressortait vraiment pour elles. On remarque que pour certaines c'est vraiment l'aspect financier qui prime, pour d'autres plus un côté social. En tout cas, elles ont toutes une définition très personnelle. En dehors du côté financier qui revient souvent, chacune utilise un vocabulaire très différent.

Il m'est parfois arrivé de poser la question : Quelles sont les femmes défavorisées qui vous interpellent le plus ? Je n'ai pas eu deux fois la même réponse.

Une sage-femme de consultation m'a répondu : « *je suis plus embêtée avec les jeunes et tout ce qui va avec* ». C'est cette forme de précarité qui l'inquiète beaucoup. Pour une sage-femme de secteur, les personnes étrangères vont plus l'interpeller : « *Ce qui m'inquiète le plus, c'est les personnes étrangères, sans papiers qui viennent*

accoucher en France parce qu'elles l'ont choisies ou pas choisies, Heu moi ce qui m'inquiète c'est plus ces personnes là.[...] Donc si lui en tant que père ne se sentait pas en sécurité, je me suis dit un bébé, avec sa femme là dedans ça m'a fait peur, ça me fait peur. Ça c'est un truc je pense qu'il y aurait du travail à faire là-dessus. Je ne sais pas si il y a des choses en place ou qui sont prévues mais ça oui ça me fait peur. » (entretien 3, ligne 261 à 274). Enfin, pour la sage-femme 5, deux facteurs totalement différents, la préoccupent plus que les autres, les violences conjugales, et les familles « trop » nombreuses : « Quand il y a des violences conjugales, parce qu'on le retrouve quand même souvent dans ces cas-là. Ca va tout de suite m'interpeller parce que je vais penser à la maman, à l'après et au bébé. Et c'est vrai que c'est quelque chose qui m'inquiète beaucoup et aussi quand il y a énormément de grossesses et beaucoup beaucoup d'enfants, parce que quand c'est les deux parents qui ne travaillent pas, au niveau financier, ce n'est pas évident d'élever parfois 5,6, 7 enfants en bas âges, alors qu'ils aient des aides sociales certes, mais ça, ça m'inquiète aussi, et j'essaye de mettre en place une contraception derrière pour éviter quand même une grossesse trop rapprochée. Après si la patiente refuse on ne peut pas la forcer, donc dans ces conditions là, l'implanon est quand même ce qu'on propose, mais si elle ne veut pas, tant pis »

2.7. L'expérience professionnelle et son lien avec la représentation de la précarité :

Enfin, pour clore mon entretien, je me suis demandé si au début de leur carrière professionnelle je leur avais posé la même question, aurai-je eu ces mêmes mots ? La durée de leur vie professionnelle intervient-elle dans leur représentation de la précarité ?

Toutes ont affirmé cela, de manière différente : « Oui obligatoirement, puisque moi quand j'ai commencé l'aide aux mères célibataires n'existait pas. [...]A l'époque les jeunes femmes qui étaient enceintes en situation précaire ce n'était pas exprès à la limite, vous comprenez ? C'était ce qu'on appelait un accident, il n'y avait pas la contraception, vous aviez pas l'IVG donc c'était heu, la précarité entraînait de réels problèmes alors qu'à l'heure actuelle... (silence)...vous pouvez pendant 3 ans vivre avec un enfant tandis qu'avant les abandons étaient dus à ça, à la honte d'être enceinte

sans être mariée et qu'on nous donnait pas de sous pour s'en occuper. Non ça a changé, c'est plus les mêmes. C'est pour ça qu'à l'heure actuelle la précarité ça me fait un peu sourire...parce que je l'ai connue la vraie précarité hein ? », explique la sage-femme 1. Sa collègue énonce : « Moi je pense qu'avant c'était peut-être plus les étrangers, que les femmes françaises. Maintenant avec la jeunesse des grossesses, la crise, le manque de thunes, l'arrêt des études, tout, je dirai finalement que je m'inquiéterai peut-être moins pour les étrangers qui sont ensemble, qui sont coachés par les assistantes sociales, par la PMI. Que par des jeunes qui ne connaissent pas le système, qui se retrouvent en précarité mais seuls. Je me méfierai peut-être plus aujourd'hui de ces jeunes là. [...] quand tu vois certaines filles qui vivent, d'une copine à l'autre, de la voiture de machin, déjà elles demandent pas, elles savent pas ce qu'elles ont, ce qu'elles peuvent, et que c'est blindé, je m'inquiéterai plus pour elles. » (entretien 2, lignes 469 à 480). La sage-femme 4 me raconte que bien sûr sa représentation de la précarité a bien changé, parce qu'avant de travailler elle ne côtoyait pas ces femmes : « Ah bah sûrement parce qu'avant je ne la côtoyais pas. Quand on voit les gens dans la rue on n'a qu'une vague idée de ce que les gens vivent. Oui évidemment. C'est-à-dire qu'on comprend mieux pourquoi les gens réagissent comme ça. [...] Mais elle a évolué aussi au cours de ma carrière, c'est-à-dire qu'au départ j'y prêtais pas trop attention, quoi, c'était pas...j'étais plus focalisée sur le problème médical, je voulais bien faire mon travail, faut pas oublier ça...Un petit peu comme toutes les jeunes professionnelles et au fur et à mesure, on se bonifie, hein, je dirai. On mûrit aussi. On voit des tas de situations autour de soit et on arrive mieux à prendre en charge ce genre de situation » (entretien 4, ligne 329 à 344). Pour cette sage-femme, il n'y a pas de doute que le relationnel vient avec l'expérience.

Du côté secteur mère-enfant, les réponses sont toujours affirmatives mais pour diverses raisons : « Je trouve que c'est de pire en pire. Il y avait des gens pauvres quand j'ai commencé à travailler, et là je trouve qu'il y a des gens très pauvres ». La sage-femme 5, malgré une petite expérience professionnelle me développe : « Oui parce que en fait j'ai remplacé en libérale, et quand on voit une patiente à la maternité, tu t'imagines forcément où elle vit, enfin tu te fais un schéma de sa situation, de sa vie familiale. Et quand j'ai travaillé en libérale, j'étais amené à aller chez les patientes, à domicile, et là je me suis vraiment rendu compte de ce que c'était la pauvreté, la précarité et depuis j'ai vraiment changé mon jugement, et je suis dans l'empathie vraiment, parce qu'elles vivent vraiment dans des conditions des fois, enfin c'est

vraiment laborieux, quoi. [...] J'ai changé un peu mon jugement par rapport à tout ça, dans le sens où je me rends vraiment compte de ce qui attend, ce qui va se passer derrière la naissance et où vont vivre ces enfants, et ça m'inquiète, franchement » (entretien 5, ligne 300 à 315). Enfin la troisième sage-femme de secteur : *« ben là, je remarque qu'il y en a qui abusent beaucoup, quand même, qui savent profiter...les étrangers, surtout les gens qui viennent de l'est, me mettent un peu hors de moi maintenant, à force de les voir...qui savent très bien... il y a des gens peut-être qui ont plus besoin qui n'ont pas...et d'autres qui abusent du système, qui demandent tout, alors qu'ils ont de la famille... »*.

Il est intéressant de voir que pour toutes les sages-femmes, leur vie professionnelle et personnelle a joué sur leur représentation actuelle de la précarité, et les aident à mieux gérer certaines situations. Mais cette représentation a évolué de manière bien différente chez toutes les sages-femmes puisque l'une dit : *« C'est pour ça qu'à l'heure actuelle la précarité ça me fait un peu sourire...parce que je l'ai connue la vraie précarité hein ? »*, tandis que sa collègue exprime : *« Je trouve que c'est de pire en pire. Il y avait des gens pauvres quand j'ai commencé à travailler, et là je trouve qu'il y a des gens très pauvres »*. De même l'une : *« j'ai vraiment changé mon jugement, et je suis dans l'empathie vraiment, parce qu'elles vivent vraiment dans des conditions des fois, enfin c'est vraiment laborieux, quoi. »*, alors que l'autre : *« ben là, je remarque qu'il y en a qui abusent beaucoup, quand même, qui savent profiter...les étrangers, surtout les gens qui viennent de l'est, me mettent un peu hors de moi maintenant, à force de les voir... »*.

Donc certes on peut conclure que l'expérience professionnelle joue un rôle dans le changement de notre représentation de la précarité, mais que ces changements ne sont pas obligatoirement bénéfiques, du moins n'apportent pas un même regard aux sages-femmes.

Partie 3

Analyse et Discussion

1. DISCUSSION

1.1. La précarité comme axe de réflexion et d'intérêt pour les sages-femmes [12]

Mes entretiens ont été bien accueillis, appréciés ; ce travail révèle l'intérêt pour les sages-femmes de ce sujet, un besoin peut-être d'en parler. La précarité est un vrai thème d'actualité (le taux de pauvreté en France était de 13,2 % en 2007) et qui plus est, concerne de près les sages-femmes puisqu'elle touche de plus en plus des personnes jeunes (45% des personnes pauvres ont moins de 25 ans), et les femmes. D'après de récentes études de l'INSEE, la pauvreté des femmes dans l'Hexagone y est supérieure à celle des hommes, et ce différentiel varie au cours du cycle de vie. La « sur-pauvreté » des femmes est donc plus aiguë aux périodes de conciliation entre la maternité et la vie professionnelle (30-49 ans), puis au cours de la seconde phase de retraite qui coïncide fréquemment avec une situation de veuvage. Dans cette même étude, l'INSEE s'est penché sur la Lorraine, où le taux de pauvreté de la population est de 14,1 %. De plus, les femmes lorraines seraient encore plus concernées par les bas salaires : *« En 2007, 156 900 Lorrains ont perçu un bas salaire. Parmi eux, 60% sont des femmes, soit un peu plus que la moyenne nationale de 57,5%. Peu variable entre départements, la situation est plus contrastée au niveau des zones d'emploi, de 57% à Nancy jusqu'à 63% à Sarreguemines, et davantage encore au niveau des cantons, de 53% dans le canton de Forbach à 69% dans celui de Fénétrange. Cette surreprésentation des femmes parmi les individus à bas salaire s'observe alors que les femmes sont minoritaires, à hauteur de 45%, dans l'emploi salarié. »*

Toutes les sages-femmes se sont questionnées au cours de l'entretien, certaines m'ont même dit : « ah je ne m'étais jamais posé la question », toutes m'ont confié que c'était intéressant. Ainsi pouvaient-elles peut-être mettre des mots sur la précarité ; je pense que certaines n'avaient jamais pris le temps de s'interroger sur ce qu'elles définissaient par précarité, au vu du temps qu'elles ont pris pour répondre, pour trouver une définition.

Seule une sage-femme de secteur m'a paru bien moins intéressée, l'entretien a été rapide, réalisé dans le bureau, donc avec du bruit autour ; moins concentrée, cette dernière a cependant répondu très spontanément, avec un avis très direct sur la question.

1.2. Des sentiments ambigus et la difficulté d'une définition de la précarité [5]

Ce sujet amène à la controverse, certaines n'ont pas paru mal à l'aise face à mes questions, alors que d'autres si. J'ai pu remarquer qu'elles avaient souvent besoin de se justifier, de parler au nom des sages-femmes et non en leur propre nom, ceci afin de s'assurer de leurs propos. Les silences avant certaines réponses exprimaient parfois la gêne ou « comment répondre juste à la question ». Une ambiguïté dans leurs réponses prouve l'ampleur des mots à utiliser pour parler de la précarité, et la lourdeur de la prise en charge.

Jean Maisondieu, psychiatre, a une façon très singulière d'aborder la question de l'exclusion, et la relation entre les exclus et les professionnels qui les prennent en charge. Il énonce que *« la honte constitue l'essentiel de la souffrance psychique de l'exclu. Or la honte fait honte à celui qui est en face. Celui-ci y répond généralement par le mépris, qui se transforme en pitié. Comme celle-ci est à la remorque du malheur, elle a besoin du malheur de l'autre pour pouvoir s'exercer. Et par conséquent, elle va condamner l'exclu à rester dans l'exclusion, tout en faisant semblant de l'aider à s'en sortir. Par pitié, soyez sans pitié, sans pour autant être impitoyables... »*. Il semble bien que les propos exprimés par les sages-femmes ont une connotation qui peut faire évoquer la pitié. Cette pitié manifestée par les professionnelles est-elle de cet ordre, est-elle commisération d'une femme envers une autre ?

Plus on est maladroit face à la précarité, plus on a du mal à la définir, moins on peut être à l'aise face à des femmes vivant dans la misère. Il est nécessaire que les sages-femmes soient réconciliées avec la précarité, qu'elles ôtent tous leurs préjugés, afin de se sentir en confiance face aux patientes en situation de pauvreté, et ainsi assurer une prise en charge encore plus efficace. Une phrase d'une sage-femme illustre bien ceci : *« si vous allez dans le modèle du monde de l'autre sans a priori, je ne vois pas pourquoi ce serait difficile de les amener dans le vôtre »*. On voit dans ces entretiens

que certaines sages-femmes en connivence avec ce sujet de la précarité ont beaucoup plus de facilité avec leur patientes, ont beaucoup moins de jugements face à ces patientes. Alors que les sages-femmes encore peu renseignées, peu intéressées par le sujet, sont dérangées par ces femmes, donc les jugent plus facilement, et peut-être adaptent-elles moins leur prise en charge ?

La prise en charge est différente selon la représentation que l'on a de la précarité. Or on a bien vu au début des entretiens que les sages-femmes ont une représentation à chaque fois très personnelle de la précarité, d'où en découle une prise en charge très subjective.

Mais cette manière d'être, face à des personnes qui n'ont pas la même culture, pas les mêmes conditions de vie, n'est pas forcément naturelle; ces personnes nous renvoient une image peu rassurante, qui fait peur, parce que cette situation peut nous arriver, ou parce qu'on a du mal à comprendre.

Pendant nos 5 années d'études, jamais ce sujet, et la manière de l'aborder, ne nous a été enseigné. Nous avons de nombreux cours autour de la psychologie, à savoir comment réagir face à des femmes qui vivent un moment douloureux dans leur vie, mais la pauvreté, la précarité n'est jamais abordée (sauf dans les facteurs de risques de telle ou telle pathologie). Une sage-femme de consultation pendant un entretien me confie justement : *« l'être humain communique difficilement et à l'école de sage femme (peut-être que maintenant vous allez avoir quelques notions), nous on n'avait rien du tout, aucun cours et encore moins l'aspect communication. Je pense qu'aujourd'hui l'école c'est différent, apprendre à communiquer, parce que la psychologie avec tous les bouquins que vous voulez, si vous ne savez pas communiquer ils vous serviront à rien ces trucs »*. On voit que ça n'a pas changé. C'est seulement quand on devient professionnelle, que des formations peuvent-être proposées autour de la communication, comme l'exprime cette même sage-femme : *« on fait des formations, c'est pour ça que je dis que ça s'apprend. J'avais envie de communiquer et je sentais bien que j'avais des manques que je n'ai pas eu à l'école de sage-femme ; on ne nous apprenait pas tout ça »*. Comment alors, une fois professionnelle assurer une prise en charge optimale, face à des patientes qui nous déstabilisent ?

De plus, dans ces diverses réponses, seules deux sages-femmes de secteur mère-enfant prennent en compte, dans leur définition, l'individu. Pour les autres sages-femmes la situation précaire n'est pas un concept isolé ; pour la traduire, il faut prendre en compte le contexte, la situation, le milieu. La question portait sur les femmes en

situation de précarité et les réponses portaient sur un groupe social, sur un contexte difficile, sur un milieu défavorisé.

On observe une généralisation de la situation ces femmes, ceci peut-être, afin de se protéger, de mettre ces femmes dans un ensemble, et non de les individualiser. Les propos entendus lors des entretiens sont parfois en contradiction avec mon expérience du terrain. En effet, lors de mes stages en secteur mère-enfant, la dénomination de « cas social » revient souvent : par exemple lors des transmissions, l'on précise qu'une patiente est un « cas soc' », comme l'on soulignerait qu'elle est dépressive, toxicomane... Ainsi tout le personnel soignant comprend, et la situe dans une « case », et derrière ce terme, adapte sa prise en charge. D'ailleurs, ces mots revenaient lorsque le dictaphone était éteint, les sages-femmes plus à l'aise, utilisaient ce terme, l'une d'elle a précisé que ce terme lui était venu spontanément, mais qu'elle n'avait osé le dire. Il semblerait bien que ce concept entraîne une certaine gêne, voire un peu de honte qui constituerait un véritable frein à une expression libre. Je me suis donc demandée pourquoi je n'ai pas retrouvé ce terme dans mes entretiens ? En commençant mon questionnaire, je demandais aux sages-femmes de m'énoncer comment elles nomment une femme vivant dans un milieu défavorisé ? Ainsi je faisais appel à un individu, une femme seule et non à un groupe de personne. C'est peut-être cette notion différente qui a déstabilisé les sages-femmes. Quand d'habitude elles utilisent le terme « cas soc' », elles font appel à un ensemble, elles globalisent. Alors que là, je faisais référence à une personne, il leur était peut-être insupportable de citer « cas soc' », car de manière individuelle, cela leur démontrait le côté péjoratif de ce terme. Globaliser leur permet peut-être de se protéger.

Il serait intéressant de mettre en place un protocole, avec un vocabulaire très précis, afin que tout le personnel soignant « parle la même langue ». C'est-à-dire une utilisation, par tous, des mêmes termes pour définir des patientes précaires afin d'en ressortir une prise en charge adaptée.

1.3. Une prise en charge complexe

Beaucoup de sages-femmes se plaignent d'une certaine agressivité de ces patientes, pourquoi la maternité n'est pas un lieu sécurisant pour ces patientes ? [5]

On a vu dans la première partie l'importance pour l'humain de se sentir en sécurité. Et que le manque de sécurité amenait à une précarité. Si les sages-femmes ressentent une agressivité, une rébellion de la part des patientes précaires, cela est peut-être dû au fait que celles-ci ne se sentent pas en sécurité. L'agressivité est une réponse naturelle au sentiment d'insécurité et de peur. Je me pose donc la question de savoir pourquoi les femmes se sentent en insécurité au sein de la maternité ? Ce lieu est pourtant censé rassurer, parce que le meilleur pour leur santé et celle de leur enfant, entouré de personnel soignant. Ce lieu pour les femmes souligne peut-être davantage leur exclusion face aux autres. Les femmes en précarité peuvent déranger parce qu'elles nous mettent face à une réalité que l'on n'ose parfois pas voir. Ainsi peut-être nos comportements ne sont pas des plus adaptés face à elles. Comme le dit Maisondieu, il ne faut pas avoir pitié, parce que celle-ci ne s'exerce que si l'on pense que la personne en face en a besoin et cela lui rappelle sa souffrance. Il va d'ailleurs plus loin en expliquant : « *Apprenons à nous intéresser à lui, en le reconnaissant non pas seulement comme un individu ballotté par les événements et bousculé par la vie, mais comme un sujet capable de mener sa vie lui-même* ». Ce qui explique peut-être ce mal être des femmes au sein de la maternité. Il nous faut apprendre à les reconnaître comme des sujets autonomes, afin qu'elles ne perdent pas leur confiance en elles.

La différence de perception entre sage-femme de consultation et sage-femme de secteur mère-enfant :

Je remarque aussi la différence entre les sages-femmes de consultation et de secteur mère-enfant. Dans le service de consultation elles se sentent davantage concernées par ce problème, elles ont plus le temps, elles maîtrisent mieux, sont plus indépendantes. Si elles ont besoin de prendre plus de temps avec une patiente, elles le prendront ou alors programmeront une autre consultation. Contrairement aux sages-femmes de secteur qui sont plus dépendantes de l'établissement puisque, par exemple, 2 sages-femmes sur les 3 expliquent qu'elles préféreraient garder les patientes plus longtemps mais ne peuvent pour une question de rentabilité. On met en œuvre tous les moyens pour que notre maternité de niveau 3 assure une sécurité aux patientes, mais une sécurité médicale. Faire rentrer une patiente à domicile avec un enfant qui n'a pas repris son poids de naissance n'est pas envisageable, mais faire rentrer à domicile une

patiente qui n'a pas de logement, pas de lieu pour accueillir son enfant (qui certes aura repris son poids de naissance, mais pour le perdre ensuite ?) ne dérange pas. En tout cas cela dérange quand même un peu les sages-femmes, mais elles avouent leur sentiment d'impuissance et de frustration.

Les sages-femmes de consultation ont aussi l'avantage de l'EPI : moment consacré à la patiente, à ses besoins, ses attentes, ses projets. En secteur mère-enfant, l'enfant est plus ciblé, il est le centre des attentions. Une sage-femme se plaint du manque de temps en secteur et pense que la meilleure relation avec la patiente reste celle des consultations. (entretien 5 ligne 93)

Dans la deuxième partie, je soulignais que les patientes n'ont pas le même comportement face aux sages-femmes de secteur et de consultation. Elles ne vont pas refléter la même image à la sage-femme, puisque en consultation c'est la patiente qui s'introduit dans le monde de la sage-femme, dans son bureau, donc peut rester maître de ses émotions, de l'image qu'elle veut donner, alors qu'en secteur c'est l'inverse, c'est la sage-femme qui pénètre dans le monde de la patiente, dans sa chambre, donc la patiente y est plus fragile.

Les chambres doubles, une vraie différence dans la prise en charge ?

Ce sujet m'a beaucoup interpellé. Les chambres doubles sont instaurées, parce qu'elles permettent aux femmes sans mutuelle de séjourner à la maternité gratuitement. Cependant, suite à ces entretiens, on remarque bien qu'elles ont de nombreux inconvénients pour la bonne prise en charge des patientes. Les sages-femmes soulignent une relation moins approfondie avec les patientes séjournant en chambre double, puisque s'il il faut aborder des sujets plus personnels, elles n'osent pas, par rapport à la voisine de chambre : *« c'est délicat, on ne peut pas parler de tout parce que il y a une femme à côté, ça empêche parfois de parler de certaines choses »*, *« Au niveau de la prise en charge je pense que même pour nous c'est plus difficile, parce qu'on peut jamais aller au-delà de ce qu'on...aller très loin dans la discussion pour savoir est-ce qu'il y a quelque chose derrière, pourquoi elle travaille pas, pourquoi elle a des soucis, pourquoi on voit ça dans le dossier...C'est vrai qu'on ne posera pas les mêmes questions que si on était tout seule dans la chambre avec la patiente »*. Une sage-femme souligne le réel manque d'intimité dans les chambres doubles : *« au niveau de l'intimité*

c'est carrément zéro, étant donné que t'as toujours les visites de la voisines qui sont là pour te déranger, quand elles veulent allaiter, ben si c'est une patiente qui est pudique et ben t'as un rideau qui sépare, un rideau qui arrive à mi-cuisse donc tu vois ce qui se passe à côté, donc je pense vraiment que la chambre double, pour ce qui est de l'intimité, et le lien mère-enfant je pense clairement que ce n'est pas une bonne chose ». Ce qui ne doit pas améliorer le sentiment de sécurité pour les patientes.

Une sage-femme explique qu'en général les patientes s'entendent très bien dans les chambres doubles et deviennent même copines ; cependant parfois c'est l'inverse, et une agressivité et une violence peuvent se produire dans ces chambres de la part des voisines ou de leur entourage : *« des fois ça passe pas, là par contre ça peut devenir dangereux, il y en a qui se tapent dessus, enfin bon j'exagère un peu, une fois on a été obligé de faire intervenir la sécurité.[...] Pour un peu qu'on ait deux couples un peu agressifs et oui ils sont tout à fait capables de s'agresser verbalement et des fois je vais te dire, on a appelé la sécurité parce qu'ils étaient prêts à se taper dessus. C'est quand même des fois associé à des violences verbales et même physiques et dans ces familles là, on peut rencontrer cela, et du coup d'une famille à l'autre ça peut se ressentir. Il y a une ambiance un peu particulière ».* Alors existe-t-il des solutions pour les patientes demeurant en chambre doubles ? Ne pas hésiter à leur parler dans une autre pièce, dans un endroit neutre (cafétéria ou chambre vide, ou créer un espace) si l'on a besoin de se retrouver seule avec elles, afin qu'elles conservent une intimité et qu'elles comprennent qu'on est là, que ce n'est pas parce qu'elles sont deux dans une chambre que l'on ne s'occupe de chacune qu'à moitié. De plus il est vrai qu'un rideau plus grand afin qu'elles puissent établir un cocon avec leur enfant ne serait pas un luxe.

L'expérience, l'un des meilleurs atouts pour la prise en charge (ou le pire) ?

Tout au long des entretiens, on remarque que l'expérience, qu'elle soit professionnelle ou personnelle, a une influence sur la relation soignant-soigné. Seule la sage-femme récemment diplômée exprime son mal-être parfois face aux patientes précaires. Toutes les autres sages-femmes qui ont une plus longue carrière professionnelle ne ressentent pas cette déstabilisation. Je pense que l'expérience

favorise l'assurance, liée à notre vécu personnel, mais aussi grâce aux situations déjà rencontrées lors de notre vie professionnelle. Cependant cette assurance n'est pas que positive. L'expérience peut aussi nous faire dire que l'on connaît, que l'on a déjà vu et nous faire nous reposer sur nos acquis. Ce n'est pas évident d'évoluer, de changer son propre regard au cours du temps. Cela est pourtant indispensable afin de s'adapter. La précarité d'aujourd'hui n'est pas la même que celle d'hier. Vivre dans une situation de pauvreté hier n'engendre pas les mêmes conséquences que vivre dans la pauvreté dans notre société actuelle. L'expérience doit être un outil dans la prise en charge mais ne doit pas être un acquis. Il est important de savoir capitaliser notre expérience.

Comment aider les sages-femmes à amener une prise en charge différente ? Comment réussir à faire passer les mêmes informations ? Modifier son langage est-il la seule solution ? [1]

On remarque bien, suite à ces entretiens que pour les sages-femmes la prise en charge ne doit pas tout à fait être la même, mais en même temps elles expriment leurs difficultés à l'optimiser. Dans un premier temps, toutes parlent de « *s'adapter* ». Certaines modifient leur langage, plus simple, moins médical, d'autres utilisent les dépliants sur lesquels figurent des dessins que les patientes peuvent ramener chez elles, d'autres encore vont « *moins dans le détail* » (entretien 3, ligne 201). Mais cela est-il suffisant ? Puisqu'elles expriment toutes leurs craintes face au manque de compréhension de la patiente. Par exemple face au test de la trisomie 21, une sage-femme de consultation exprime sincèrement : « *je suis sûre qu'elles comprennent rien, là ça c'est clair* ». Ce qui peut être mis en relation avec l'étude de l'INSERM analysée dans ma première partie qui prouve que 26,5% des femmes précaires n'ont pas réalisé ce test. Autre exemple d'une sage-femme de secteur mère-enfant : « *avec toute patiente je donnerai les mêmes informations mais j'aurai par contre l'impression que ça ne rentre pas de la même manière (silence). J'ai parfois l'impression qu'elles n'assimilent pas ce que je leur dis, même si je leur explique trois fois* ». Cela m'inquiète de voir que les informations ne sont pas toutes bien comprises par les patientes. Ces informations font partie du travail de prévention, et l'on comprend mieux alors pourquoi les patientes précaires sont plus sujettes à des soucis médicaux, puisque tout un travail de prévention n'a pu se faire correctement.

L'EPI pourrait être ce moment particulier, où la sage-femme peut prendre plus de temps, et vraiment engager un travail de prévention ; d'ailleurs les sages-femmes de consultations l'énoncent dans leur prise en charge : *« moi pour les EPI je leur demande : « vous vous en sortez financièrement ? A deux ? Qu'est-ce que vous en pensez avec bébé ? ». On parle des brocantes, on parle de la vraie vie et puis après du coup... », « au cours de la consultation d'EPI, si, si, si. Heu, pour moi c'est indispensable, c'est le moment où il faut en parler. »* Encore faudrait-il bien savoir « vendre » ce moment, et bien expliquer à la patiente l'intérêt de ce rendez-vous prénatal.

Dans un deuxième temps, certaines évoquent aussi la relation de confiance qu'il faut établir. Je pense en effet qu'il faut commencer par cela pour pouvoir ensuite mieux répondre aux attentes de la patiente. Seulement cette relation n'est pas toujours simple à créer. Quels sont les gestes, les paroles qui pourraient mettre en confiance les patientes ? Le suivi de la grossesse et les rendez-vous avec les sages-femmes sont souvent un bon moment pour les patientes, car cela leur permet d'entendre le cœur de leur enfant, de s'assurer que celui-ci va bien, et c'est aussi un moment où elles peuvent parler d'elles, de l'attente de leur enfant. Les patientes précaires vont mettre tout en œuvre pour que ces moments soient aussi cela, et non un moment où l'on va parler de leur quotidien. C'est-à-dire qu'elles vont revêtir leur plus belle robe, afin que le professionnel ne la considère pas comme une patiente précaire et qu'elle puisse ainsi profiter pleinement de cet instant, ne plus penser à son quotidien, mais juste au petit cœur qui bat et qui va lui donner de l'espoir. Il faut que la patiente se sente en confiance pour qu'elle veuille revenir, et peut-être parler de ces difficultés afin de trouver de l'aide. Mais lui apporter cette aide, lui proposer de rencontrer d'autres intervenants comme la sage-femme de PMI ou l'assistante sociale n'est pas simple pour les sages-femmes, toutes ont exprimé cette difficulté. Comment proposer une prise en charge différente à la patiente sans pour autant qu'elle se sente jugée ? Cela nous amène aussi à la question :

1.4. Le travail en réseau est-il efficace ? [13, 14]

Si toutes les procédures sont mises en places, alors il remplit ses objectifs ; il permet à la patiente de rencontrer plusieurs professionnels, ainsi si elle ne se sent pas à

l'aise avec l'un, un autre pourra sûrement mieux répondre à ses attentes. Une équipe pluridisciplinaire, une communication entre tous ces professionnels, mais aussi l'accord de la patiente sont indispensables pour que ce réseau fonctionne. Et c'est de cette dernière condition que vient la plus grosse difficulté dans l'instauration du réseau. L'amener à la patiente peut lui prouver qu'elle a besoin d'aide, ce qui n'est peut-être pas facile à accepter. Cela est d'ailleurs clairement énoncé par une sage-femme de « suite de couche » quand je lui ai demandé si elle rencontrait des difficultés face aux patientes défavorisées : *« Heu, là où on a le plus de difficultés c'est quand on leur parle d'un suivi à domicile, qui n'est pas toujours accepté par les familles parce que je pense qu'elles ont peur d'être jugées entre guillemets, je pense que ça crée un malaise dans ces familles là. »*. Une sage-femme de consultation explique qu'elle a besoin de « truquer » pour amener les patientes vers d'autres professionnels en parlant argent : *« enfin faut parler argent, hein. Faut leur dire qu'en étant maman célibataire elles ont des droits et elles ont des possibilités financières autres, si elles le marque nulle part et si on ne le sait pas, ben il ne se passera rien quoi. Donc là, elles commencent à réfléchir autrement déjà. »*.

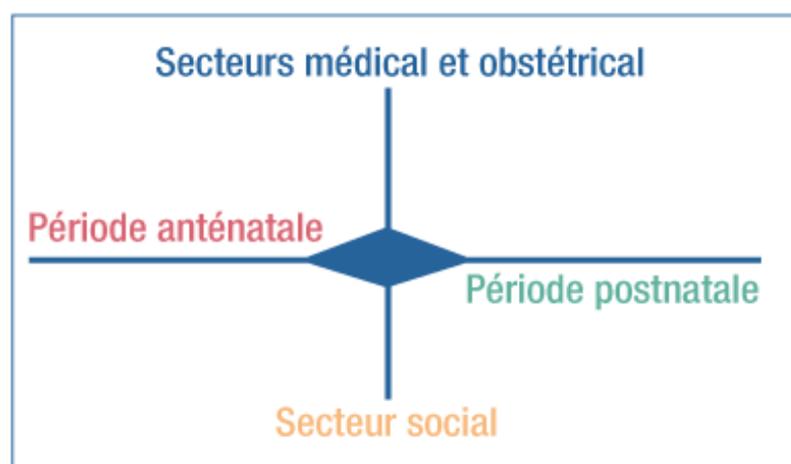
Il me semble que les sages-femmes de consultation sont plus exposées à ce souci. Elles doivent être sûres de ne pas faire peur à la patiente, d'avoir un bon contact, car si la patiente n'apprécie pas, se méfie, elle peut ne plus revenir, ne plus oser se faire suivre, donc l'impact de ces propositions de travail en réseau est plus important, et donc plus délicat à aborder. La question de l'accompagnement social, je l'ai retrouvé plusieurs fois dans ma bibliographie. Avec souvent ces inquiétudes sur comment mener à bien cet accompagnement, qui restent sans réponses. Un article sur « Clinique de la précarité, précarité de la clinique », écrit par Olivier Daviet, psychologue dans un foyer d'hébergement, explique que pour qu'une personne accepte cet accompagnement, cela signifie qu'elle accepte un travail d'introspection, qui n'est pas si simple quand on vit dans la précarité car cela fait appel à notre égo, et amène des inconnus à avoir un regard sur notre histoire : *« le désir d'introspection ou la volonté consciente de se débarrasser de symptômes trop encombrants fait souvent appel à des assises narcissiques suffisantes et/ou à un certain « capital culturel ». Ne serait-ce que parce que la démarche implique une confrontation avec son fonctionnement et son histoire et au regard d'un autre sur celle-ci »*. De plus, il ajoute que le suivi chez des personnes qui sont sans cesse dans des situations de ruptures, peu faire peur, ils n'osent pas garder une relation de confiance afin de ne pas réactiver le risque de perte, d'abandon : *« Rompre avant l'attachement*

peut alors constituer une tentative de garder un contrôle sur son vécu ». On comprend donc qu'il n'est pas facile pour les sages-femmes de garder un lien de confiance avec ces patientes, de garder un suivi, et de leur instaurer un accompagnement pluridisciplinaire.

On a vu dans ce travail que la prise en charge des parturientes défavorisées devait s'adapter à des besoins de plus en plus divers, et donc ne pas s'arrêter à une prise en charge obstétricale mais s'ouvrir à d'autres champs de compétences. Comment apporter et améliorer une prise en charge médicosychosociale à ces femmes enceintes ? Comment faciliter leur intégration dans le système de soins ? Une réflexion à ces interrogations suggère une réponse en deux axes :

- Dans un premier temps : séparer la prise en charge médicale, obstétricale de la prise en charge sociale, c'est-à-dire décloisonner les différents secteurs concernés afin « *d'articuler les diverses prises en charge et potentialiser les ressources du terrain* ».
- Dans un second temps, permettre à la parturiente d'avoir un même intervenant en période ante et post-natale : « *devant la mobilité géographique de ces femmes, instaurer un référent entre les périodes anténatale et postnatale* ». Les sages-femmes pourraient être actrices de cette double mission de pivot, qui rentre totalement dans leur champ de compétence.

Ces deux axes permettraient une meilleure coordination dans les suivis et ainsi gagner en cohérence.



Les axes de la prise en charge

2. ANALYSE D'UNE ETUDE SIMILAIRE DE 1988 (ANNEXE 5) [15]

Une étude réalisée en 1988, à la maternité régionale de Nancy, par M. Baumann, a retenu toute mon attention. Son objectif était d'étudier l'image qu'ont les sages-femmes des femmes défavorisées, afin de déterminer le regard qu'elles leur portent. En lisant cet article, j'ai pu observer l'évolution des pratiques, des pensées, des comportements face à la précarité en 22 ans. Bien que la méthodologie utilisée par Bauman, soit différente de l'angle d'approche de ce travail, le sujet présente de grandes similarités, la MRUN, les sages-femmes, la pauvreté pour l'étude de Bauman, la précarité pour cette étude. Une comparaison s'est donc imposée, elle permet de voir l'évolution du regard des praticiennes 22 ans plus tard.

Tout d'abord analysons les inférences entre cette étude et ce travail. Baumann, s'intéresse aux « *regards des sages-femmes d'une maternité publique sur l'extrême pauvreté et les femmes de milieu très défavorisé* », en demandant aux sages-femmes exerçant en consultation prénatale et « suite de couche », de décrire lors d'entretien, des situations dites d'extrême pauvreté. Ces objectifs et méthodes paraissent identiques, ce qui nous prouve qu'aujourd'hui, on se pose encore les mêmes questions. Ainsi, je vais pouvoir observer si le regard des sages-femmes en 22 ans a changé. Il y est décrit que « *pour certaines sages-femmes, ce sont les situations culturelle, affective, sanitaire et matérielle dans lesquelles les personnes vivent qui dominent. Alors que pour d'autres, ce sont les conditions socio-économiques qui sont mises en avant* ». Les entretiens révèlent la même chose, puisque lorsque j'ai demandé aux sages-femmes de me donner 3 mots définissant la précarité, l'une me répond : « *plus fragiles, plus grossesses à risques, le relationnel* », face à sa collègue qui avance : « *manque de moyens financiers* ». Ensuite, l'étude expose les stéréotypes de l'extrême pauvreté, en énonçant les critères permettant d'identifier des indicateurs de pauvreté, cités par les sages-femmes : la dentition en mauvais état, la subsistance assurée par des allocations, la solitude affective, la situation de chômage de longue durée, l'absence d'emploi régulier et stable, l'accumulation et la répétition d'évènements difficiles. Les sages-femmes que j'ai interrogées ont les mêmes critères puisque plusieurs ont signalé le mauvais état

dentaire et un manque d'hygiène (« *une patiente qui a des soucis dentaires importants* » (entretien 5), « *les dents, j'insiste* » (entretien 2)), toutes ont abordé l'absence d'emploi, le chômage (« *sans formation, sans travail, avec un conjoint qui était au chômage jusque là* » (entretien 4)), certaines ont énoncé la solitude affective (« *je trouve qu'à l'heure actuelle, la précarité en France, pour moi c'est plus l'isolement, plus des jeunes filles qui sont perdues* » (entretien 1), d'autres la subsistance assurée par les allocations (« *Ils ne savent dire qu'un mot c'est « social ». »* (entretien 6)). Ces stéréotypes, critères d'évaluation de la précarité de la sage-femme, en 1988, se retrouvent donc en 2010.

Quand on regarde l'échelle construite par l'étude de Baumann des regards sur l'extrême pauvreté, on trouve de nombreuses similitudes avec ce que des sages-femmes ont pu me dire : « *pauvreté vestimentaire plus ou moins cachée* », « *absence de support familial* », « *isolement* », « *hygiène corporelle insuffisante* », « *multiparte jeune* », « *concubinage avec séparations fréquentes* », « *sans couverture sociale* » etc...ainsi la pauvreté et ses représentations par les sages-femmes n'ont pas beaucoup changé ; si je n'avais pas vu la date de cet article j'aurais pu penser qu'il était contemporain de mon étude.

Un autre point commun a attiré mon attention : la difficulté de communication avec des parturientes défavorisées, les sages-femmes signalent que ces femmes « *ne les comprennent pas* », d'où l'intérêt du langage. Il y est écrit : « *Toute communication avec des femmes très défavorisées paraît compromise par des difficultés liées à la personnalité et à la compréhension* ». J'ai retrouvé cela aussi au décours des entretiens, avec comme difficultés souvent rencontrées par les sages-femmes : « *c'est une incompréhension de leur part* » (entretien 4). Toutes ont abordé le problème de la communication, de la compréhension, et leur besoin de s'adapter, grâce au langage : « *il ne faut pas parler pareil d'une patiente à une autre* » (entretien 1), « *comme tu parles à un enfant, voilà ; tu utilises des mots simples* » (entretien 2), « *on adapte le discours [...] D'ailleurs si on est trop technique dans notre discours elles savent bien nous dire : « je comprends pas.. » »* (entretien 3), « *J'ai parfois l'impression qu'elles n'assimilent pas ce que je leur dit, même si je leur explique trois fois* » (entretien 5). Le langage garde donc, quelle que soit l'époque, quelles que soient les avancées technologiques, sa place privilégiée, mais il se modifie en fonction de l'expérience et la formation des sages-femmes : « *Considéré comme un système indispensable à l'apprentissage, le*

langage est utilisé pour aider la femme enceinte à élaborer un comportement de maîtrise de soi, capable de gérer sa grossesse ».

Cependant des indices dans cet article me permettent de penser qu'une évolution sur quelques points s'est faite. Dans un premier temps, le champ sémantique est bien différent du notre. Le mot précarité n'apparaît pas dans cette étude, c'est l'extrême pauvreté qui est utilisée. Pourtant l'étude ne concerne pas que le côté économique de la pauvreté, mais aussi la pauvreté culturelle, sociale, affective... On y trouve de plus des termes que l'on n'entend plus aujourd'hui tel que « *la misère physiologique* ». Dans un second temps, concernant le classement des traits de caractères des patientes précaires les moins appréciés par les sages-femmes, je ne retrouve que peu de similitudes avec mon étude. « *On ne comprend pas ce qu'elles disent, elles sont menteuses, nerveuses, nous font des reproches, on ne peut pas leur faire confiance* ». Ces traits de caractères n'ont pas été notés par les sages-femmes avec lesquelles je me suis entretenue. L'appréciation par le physique des parturientes défavorisées n'a pas beaucoup changé depuis 1988, par contre le regard sur la personnalité et la sociabilité de ces femmes a évolué au cours de ces années.

Dans un troisième temps, Baumann dénonce : « *Le peu d'attention attribué aux difficultés liées à la sociabilité, aux pauvretés affectives, culturelle, sociale, n'engendrent-ils pas des attitudes de non écoute et de non réponses dont se plaignent les mères et qui créent un des besoins les plus évidents auxquels l'institution de santé ne répond pas de façon satisfaisante ?* » Aujourd'hui les entretiens m'ont fait percevoir que les sages-femmes ne prennent plus en compte que le côté financier, mais intègrent tout un ensemble social dans leur définition et dans leur prise en charge. Pour l'une ce sera « *Quand il y a des violences conjugales* » (entretien 1) que la précarité l'interpelle le plus, pour l'autre : « *Ce qui m'inquiète le plus, c'est les personnes étrangères, sans papiers qui viennent accoucher en France parce qu'elles l'ont choisies ou pas choisies* » (entretien 3). Pour une autre encore, la précarité se définit par « *difficultés financières, difficultés intellectuelles, et problème d'intégration sociale, manque d'intégration sociale* ». (entretien 4). Sa collègue, elle, ne trouve pas de définition, ce qui prouve que ce n'est pas seulement une histoire d'argent, mais que c'est bien plus complexe à définir. Je pense que ce questionnement de M. Baumann et son équipe n'est plus d'actualité puisque les sages-femmes prennent vraiment conscience de toutes les précarités. De plus, le travail en réseau, non énoncé dans ce texte, répond de son mieux

aux besoins de ces patientes, puisqu'il leur permet une plus grande écoute et pourrait être une des réponses de l'institution de santé qu'énonce Baumann.

Enfin cet article porte une analyse très intéressante sur le regard des sages-femmes en tant que professionnelles, c'est-à-dire issues d'une catégorie plutôt aisée. Elle démontre que notre regard sur les patientes peut être doublement dominateur, supérieur, puisque non seulement nous sommes soignantes face à ces femmes (statut professionnel), mais aussi puisque notre profession nous met dans une situation socioéconomique aisée (statut social). Ces décalages de statut entre les parturientes et les sages-femmes risquent « *d'enfermer la pauvreté dans une image où prévalent les aspects économiques et matériels* », ce qui me semble encore d'actualité.

Cette étude, ainsi que mon travail prouvent qu'il n'est pas facile de retrouver des indicateurs de précarité identiques chez les sages-femmes, puisqu'elles ont des représentations très subjectives de la pauvreté. Afin d'uniformiser ces indicateurs, un score d'évaluation de la précarité a été créé.

3. LE SCORE D'EPICES, UN OUTIL POUR EVALUER LA PRECARITE ? (ANNEXE 6) [16]

En 1998, a été mis en place l'utilisation du score d'EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé), afin d'évaluer la précarité. C'est un score quantitatif, comprenant 11 items binaires, qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée). Ce score permettrait de repérer des individus précaires qui ne seraient pas repérés comme en situation de précarité par d'autres indicateurs socio-économiques. C'est un score simple à déterminer prenant en compte les principales dimensions de la précarité, établi au niveau individuel et validé dans une population de grande taille. Il est aujourd'hui utilisé comme l'indicateur de précarité des CES de l'Assurance Maladie depuis 2002 ainsi que dans le milieu hospitalier.

Une étude réalisée au CHU de Saint-Etienne a voulu vérifier si la précarité était associée aux complications périnatales, et a ainsi mesuré la « vulnérabilité sociale » par le score d'EPICES. Les résultats démontraient que les patientes en situation de précarité avaient beaucoup plus de pathologies obstétricales avec notamment plus de diabète gestationnel, d'anémie et avec 3,2 fois plus de risque d'accouchement prématuré. Cette étude souligne bien l'intérêt de l'utilisation systématique du score d'EPICES pour repérer les patientes défavorisées. De nombreux CHU l'ont déjà adopté afin d'optimiser la prise en charge de la grossesse. Il pourrait être une solution aux difficultés rencontrées pour repérer les patientes en situation de précarité. Il est scientifiquement validé. Son utilisation systématique permettrait de faire un repérage aisé, standardisé, des patientes en difficulté sociale, le plus tôt possible dans la grossesse, dans les dossiers obstétricaux ou lors de l'entretien individuel prénatal.

J'ai utilisé le conditionnel dans ce paragraphe, car il me semble qu'il n'y a pas encore assez de recul pour l'utilisation générale de ce score, et s'il me paraît être un bon outil, je crains une stigmatisation et une trop grande simplification de la précarité.

Puisque même avec la mise en place d'un travail en réseau de plus en plus développé, même avec des critères d'évaluation de plus en plus précis, le bon déroulement de la grossesse chez les femmes en situation d'exclusion n'est peut-être

qu'une utopie ; c'est en tout cas l'avis de Martine XIBERRAS, docteur en anthropologie sociale et culturelle, auteur de l'ouvrage « Les théories de l'exclusion » :
« *Une exclusion réussie est une exclusion qui ne se voit pas, et par conséquent qui ne s'imagine pas* ».

Conclusion

Ce travail qui avait pour thème le regard des sages-femmes sur la femme en situation de précarité a soulevé de nombreuses problématiques.

Tout d'abord il existe une imprécision du terme de précarité. Cette confusion, retrouvée chez les sages-femmes, mais aussi dans la littérature, amène à une véritable difficulté pour les praticiennes d'évaluation de la précarité. Ce qui engendre un suivi de grossesse moins adapté à la patiente, et répondant moins à ses besoins. La représentation de la précarité est très subjective, et dépendante de notre propre vécu. On retrouve néanmoins trois domaines, plus ou moins cumulés, qui font l'unanimité : l'état de santé, le niveau de revenu et les facteurs psycho sociaux ou culturels.

Ensuite, ce travail met en évidence l'importance de l'accompagnement global. Le travail en réseau n'est certes pas une solution, mais un véritable renfort pour accompagner au mieux ces femmes défavorisées. Un renfort qu'il ne faut pas négliger mais continuer à développer, permettant un repérage précoce des risques psychosociaux, une concertation entre les professionnels, une proposition de prise en charge globale individualisée, une facilitation de l'accès aux droits et aux soins. Cette approche de la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale doit comprendre une prise en charge médicale, coordonnée étroitement à l'action psychosociale, incluant des prestations sociales précoces et larges. En effet, l'aggravation de la situation économique pourrait avoir des répercussions marquées parmi ces femmes, car le système social risque de moins bien compenser qu'avant les effets de la dégradation de la situation financière des familles ou de l'installation d'une situation précaire dans la durée.

Il a été bien mis en évidence que pour favoriser l'égalité des chances, l'égalité de traitement, de nombreux aspects sont essentiels à prendre en compte dont la reconnaissance et l'écoute des personnes démunies, la levée des obstacles financiers, la connaissance plus élargie de leurs difficultés d'accès aux soins

Enfin, ce travail prouve que les sages-femmes ont un regard plus ouvert sur ces femmes précaires, distinguant la pauvreté sociale, culturelle, ou affective. Mes recherches ont débutées sur des notes pessimistes, en observant cette inégalité face au suivi de grossesse, pour finir sur des notes plus optimistes, en essayant d'améliorer la

prise en charge de ces femmes par les sages-femmes. Ce travail a essayé d'apporter ma pierre contradictoire au propos de Martine XIBERRAS, puisque si je l'ai réalisé, c'est que, comme l'une des convictions du mouvement ATD Quart Monde, je ne crois pas en la fatalité de la misère, nul ne s'y résigne, ni ceux qui la subissent, ni ceux qui la découvrent.

D'ailleurs le mouvement ATD Quart Monde a récemment modifié l'intitulé de son sigle, puisque passant de Aide à Toute Détresse à Agir Tous pour la Dignité. Ce changement souligne l'importance accordée au respect de l'autre. Aujourd'hui, le mouvement traduit sa vision du militantisme par l'apport du droit à la dignité : donner ne suffit pas pour éliminer la précarité, il y a nécessité de comprendre l'autre, et pour le comprendre il y a le besoin de le respecter dans sa dignité d'être humain.

Il me semblerait intéressant de connaître le devenir de ces familles et de ces enfants en situation précaire. Certes, il est important d'optimiser cette période de la grossesse, et des premiers moments de la maternité, mais qu'en est-il à plus long terme ? Il devient indispensable, en France, de reconnaître l'existence chez ces ménages fragilisés, d'un risque sanitaire particulier, et d'un devenir souvent très éloigné du reste de la population.

BIBLIOGRAPHIE

[1] **Société française de médecine périnatale,**

enquêtes nationales INSERM, *39^{ème} journées nationales de médecine périnatale* Ed Arnette 2009. page 3 à 91. ISBN : 978-2-7184-1210-8

[2] **Haut Comité de Santé Publique,**

« La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé, février 1998

[3] **WRESINSKI Joseph,**

Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Journal officiel, Paris, Février 1987

[4] **LEJEUNE C.**

Précarité et périnatalité. *Médecine et enfance*, janvier 2008, page 21 à 24

[5] **MAISONDIEU Jean.**

Reconnaissance et prise en compte de la souffrance psychique liée à l'exclusion sociale. *Revue française de service social*. N° 234, page 72 à 79

[6] **Préambule de « constitution of the World Health Organization »,**

signée à New-York le 22 juillet 1946, <<http://www.who.int/en/>>

[7] **LEROY Françoise.**

Quelle contraception en milieu défavorisé ? *Gyn.Obs* . février 2005, n° 487, pages 19 à 22

[8] **LE BRIS, Maryannick.**

Ethique médicale et précarité : une équation complexe. *Actualités sociales hebdomadaires*. 2009, N° 2609, page 30 à 33

[9] **Communiqué de presse,**

Précarité, jeunesse sacrifiée ? [en ligne], Paris, 14 octobre 2010. <<http://www.atd-quartmonde.asso.fr/?Dimanche-17-October-Journee>>

[10] *L'accès aux soins des plus démunis en 2009,*

dossier publié par l'association Médecins du monde à l'occasion de la Journée mondiale du refus de la misère, le 17 octobre 2009

[11] **DAMBUYANT-WARGNY Gisèle.**

Les plus démunis, quand le corps témoigne de la précarité sanitaire et sociale. *Revue française de service social*. N°233 page 8 à 12

[12] **COCHER Chantal, MOREAU Gérard.**

Pauvreté et précarité professionnelle des Lorraines : l'enjeu des mobilités. [en ligne] *Economie Lorraine : INSEE*. Juin 2010, N° 222. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=16292#sommaire

[13] **DAVIET Olivier.**

Clinique de la précarité, précarité de la clinique. *Le journal des psychologues*. N°269 juillet-août 2009, page 56 à 60

[14] **BATTUT Anne.**

Femmes enceintes en situation de grande précarité, quelle prise en charge ? *Vocation sage-femme*. 2008, Vol 7, N° 66, pp. 10-15

[15] **BAUMANN M. DESCHAMPS J-P. DESCHAMPS G. GUENIFFEY Y.**

Regards des sages-femmes d'une maternité publique sur l'extrême pauvreté et les femmes de milieu très défavorisé. *Psychologies médicale*. 1988, Vol. 20, N° 1, pp. 33-37

[16] **CONVERS M.**

Utilisation du score d'EPICES pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La revue Sage-femme*. 2010, Vol 9, N° 1, pp. 3-9

[17] **HELFTER C.**

Observer la pauvreté, pour quoi faire ? *Actualités Sociales Hebdomadaires*. Décembre 2009, N° 2636, pp. 28-31

[18] **N. R-G.**

Précarité et grossesse : Les PMI en première ligne. *Profession Sage-Femme*. N° 122, pp. 8-9

[19] **POLENA V.**

Le niveau d'éducation maternelle influe sur la mortalité périnatale. *Vocation Sage-femme*. Février 2010, N°79, p 6

[20] **PAQUET M.**

Travailleurs pauvres, les impensés de la protection sociale. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. Novembre 2007, N° 2531, pp. 27-30

[21] **ROUFF K.**

Les familles monoparentales dans la précarité. *Lien Social*. Septembre 2006, N°809, pp 8-15

[22] **SORITHI S.**

L'aide budgétaire aux parents en difficulté. *TSA*. 2009, N°4, pp 34-39

[23] **BERTRAND F.**

Le revenu de solidarité active. *L'ASSMAT*. Septembre 2009, N°81, pp 33-37

[24] **LEJEUNE C.**

Précarité et périnatalité, *Médecine & enfance*. Janvier 2008, pp 21-24

[25] **LANGLET M.**

Les précaires écartés de l'accès aux soins. *Lien Social*. Novembre 2007, N°861, pp 8-11

COLLOQUE SANTE ET PRECARITE,

vendredi 5 mars 2010, organisé par l'institut de sciences criminelles et de droit médical

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction.....	7
Partie 1	9
1. Définitions	10
1.1. Le concept de précarité	10
1.1.1. Définition de précarité.....	10
1.1.2. Précarité et exclusion [5].....	11
1.1.3. L'impact de la précarité financière chez les femmes [1]	12
1.1.4. Mon expérience.....	13
1.2. Le concept de santé	14
1.2.1. La définition de la santé	14
1.2.2. La précarité au sein du système de santé	15
2. L'impact de la précarité sur la femme	18
2.1. La régulation des naissances [7]	18
2.2. Le suivi de la grossesse [1]	19
2.3. Pathologie et grossesse [1]	20
2.4. Accouchement et précarité	21
2.5. Parentalité et précarité.....	23
3. Quelles sont les aides a proposer ?.....	25
3.1. La complexité des aides financières (annexe 1).....	25
3.2. Le travail en réseau	26
3.2.1. Le service social de la Maternité Régionale de Nancy	26
3.2.2. Le service de Protection Maternelle et Infantile et précarité (annexe 2)	27
Partie 2	29
1. Description de l'étude	30
2. Les résultats de l'étude	35
2.1. Des définitions différentes	35
2.1.1. Des difficultés à s'exprimer, sujet tabou ?.....	35
2.1.2. La diversité des termes utilisés et des interprétations	37
2.1.3. Le lieu d'activité influe sur la représentation de la précarité	37
2.2. Les indicateurs de la précarité.....	38
2.3. Un sujet facilement abordable ?.....	43
2.4. L'entretien prénatal, voie d'accès pour les sages-femmes de consultation :	44
2.5. L'intérêt de la prise en charge.....	45
2.6. Une définition finale de la précarité :.....	57
2.7. L'expérience professionnelle et son lien avec la représentation de la précarité :	58
Partie 3	61
1. Discussion.....	62

1.1.	La précarité comme axe de réflexion et d'intérêt pour les sages-femmes [12]	62
1.2.	Des sentiments ambigus et la difficulté d'une définition de la précarité [5]	63
1.3.	Une prise en charge complexe	65
1.4.	Le travail en réseau est-il efficace ? [13, 14]	70
2.	Analyse d'une étude similaire de 1988 (annexe 5) [15].....	73
3.	Le score d'EPICES, un outil pour évaluer la précarité ? (Annexe 6) [16]	77
	Conclusion.....	79
	Bibliographie	81
	TABLE DES MATIERES	85
	Annexe 1.....	I
	Annexe 2.....	3
	Annexe 3.....	5
	Annexe 4.....	7
	Annexe 5.....	Erreur ! Signet non défini.
	Annexe 6.....	780

ANNEXE 1

Les aides financières

1. Le RSA

Créé par la loi du 1^{er} décembre 2008, le revenu de solidarité active (RSA) a remplacé, depuis le 1^{er} juin 2009, deux allocations dont il reprend les principales caractéristiques : le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation de parent isolé (API). Il a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, d'inciter à l'exercice d'une activité professionnelle et de lutter contre la pauvreté de certains travailleurs, qu'ils soient salariés ou non salariés.

Pour bénéficier du RSA, le demandeur doit remplir plusieurs conditions :

- être âgé de plus de 25 ans ou assumer la charge, sans condition d'âge, d'un ou de plusieurs enfants nés ou à naître ;
- Etre de nationalité française ou titulaire, depuis au moins cinq ans, d'un titre de séjour autorisant à travailler ;
- Disposer de ressources ne dépassant pas des montants variables selon la composition du foyer.

Le RSA joue deux rôles : celui d'un revenu minimum d'existence garanti (« RSA-socle »), et celui d'un complément de revenu pour les travailleurs qui ont une activité qui leur procure un salaire trop modeste (« RSA-chapeau »).

2. La CMU

La couverture maladie universelle se compose de la CMU de base qui permet l'affiliation au régime général d'assurance maladie sur critère de résidence stable et régulière, elle peut concerner certains demandeurs d'asile ou des personnes en demande de régularisation, et de la CMU complémentaire qui couvre le ticket modérateur à l'instar d'une mutuelle.

La CMU de base :

Elle concerne aussi bien des personnes sans ressources que d'autres qui ont des revenus importants. Si les revenus sont inférieurs à 752, 08 euros par mois pour une

personne seule, il n'y a pas de cotisation à payer. S'ils dépassent 752,08 euros, la cotisation s'élève à 8% du montant supérieur à 752,08 euros. La CMU de base ouvre droit aux mêmes remboursements que pour le régime obligatoire : l'assurance-maladie rembourse entre 35% et 65% du prix pour les médicaments et 70% pour les frais médicaux. L'affiliation à la CMU de base n'est pas automatique, il faut en faire la demande auprès de la caisse primaire d'assurance-maladie.

La CMU complémentaire :

Il reste à charge le ticket modérateur, la franchise médicale, le forfait journalier hospitalier (16 euros par jour d'hospitalisation), la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations, examens radiologiques et analyses, un forfait de 18 euros sur les actes médicaux supérieurs à 91 euros.

Ainsi, les personnes percevant moins de 626,75 euros par mois, peuvent bénéficier gratuitement d'une complémentaire santé, en en faisant la demande, il n'y pas d'automatisme.

Pour les bénéficiaires de la CMU, cette complémentaire est appelée la CMU-C. Accéder à une complémentaire santé gratuite permet de ne pas avoir à payer les forfaits et le ticket modérateur, tant que le parcours de soins coordonnés est respecté (c'est-à-dire le choix d'un médecin traitant). Le renouvellement de la CMU-C n'est pas non plus automatique, il faut la demander dans les deux mois qui précèdent la fin des droits.

3. L'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

Si les revenus mensuels sont situés entre 626,75 et 752,08 euros (pour une personne seule), il existe une aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé, souscrite auprès d'un organisme de protection complémentaire. L'ACS est accordé pour un an, une demande de renouvellement doit être faite en cas de besoin.

4. L'aide Médicale d'Etat (AME)

L'AME est la couverture maladie pour les étrangers en situation irrégulière de séjour, résidant en France depuis plus de 3 mois de manière ininterrompue et dont les revenus sont inférieurs à 626,75 euros mensuels.

ANNEXE 2

La protection maternelle et infantile a été créée par une ordonnance du 2 novembre 1945, permettant une surveillance médicale des femmes pré et post-natale, une surveillance médicale des enfants de 0 à 6 ans et la création de ses services dans les départements. Depuis 1983, les services de PMI sont sous la responsabilité administrative et financière du Conseil Général de chaque département. Aujourd'hui, le service de PMI comprend des mesures de prévention médicale, des actions d'accompagnement psychologique et social, des actions de prévention et de dépistage des handicaps, la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et enfin l'agrément des assistantes maternelles.

Ce n'est qu'en 1975 que les sages-femmes sont intervenues dans ce service. Les sages-femmes de PMI envoient un courrier à toutes les femmes enceintes et proposent un rendez-vous dans le CMS (centre médico-social) dont elles dépendent. Ce courrier propose une rencontre avec une attention particulière à toutes les primipares, ainsi qu'aux femmes qui peuvent présenter une situation de grossesse plus difficile à vivre. Par exemple : grossesses chez des mineures, déclarations tardives de grossesse, un nombre élevé d'enfants, une adresse connue comme étant un logement précaire et insalubre, pas d'activité professionnelle ou femmes déjà connues par la sage-femme... Suite à cette première rencontre un suivi pourra être proposé par la sage-femme, la plupart du tps à domicile et s'établira ou non (selon l'envie de la patiente) un lien entre la sage-femme de PMI et la patiente, l'objectif étant que le future maman vive au mieux sa grossesse, répondre à toutes ses questions que ce soit médical, psychologique ou plus social, l'aider à préparer la venue de son enfant, et son arrivé. Afin de permettre un bon travail en réseau, une des sages-femmes de PMI a pour rôle de faire le lien entre la maternité et le service PMI. Ainsi la maternité est prévenue lorsqu'une patiente en difficulté vient consulter ou accoucher et réciproquement la maternité informe le service de PMI, via cette sage-femme, quand une patiente a besoin d'être suivie plus particulièrement à la sortie de la maternité. Il est important de souligner le travail en équipe réalisé. Il existe une réelle communication entre médecins, puéricultrices et sages-femmes ce qui permet un accompagnement global de la patiente. De plus, les

sages-femmes ont aussi un rôle de prévention de la contraception, puisque actrices au sein des centres de planifications.

Ce service de protection maternelle et infantile est primordial de par son mode de fonctionnement et la gratuité de ses actes.

ANNEXE 3

Question de recherche	Questions thème	Questions de relance
<p>Sur quel(s) critère(s) les sages-femmes évaluent-elles la femme en situation de précarité, à la Maternité Régionale de Nancy en 2010 ?</p>	<p>Lors de vos consultations / Lors de vos visites dans les chambres, qu'est ce qui vous fera penser qu'une patiente vit pauvrement ?</p>	<p>Comment vous représentez-vous une patiente qui vit dans la pauvreté ? Quels sont les clignotants qui vont vous faire penser qu'une femme est dans cette situation ? Quelles sont vos premières impressions ? Faites-vous plutôt attention à l'apparence de la personne, à sa manière de s'exprimer ou vous référez-vous plutôt à son dossier ? Est-ce qu'il vous arrive d'amener le sujet ? Est-ce simple ?</p>
	<p>Comment prenez vous en charge ces patientes ?</p>	<p>Avez-vous des difficultés avec ces patientes ? Quelle est pour vous la principale difficulté ? Modifiez-vous votre prise en charge ? Avez-vous parfois l'impression d'être mal à l'aise avec ces patientes ? Pourquoi ? Remarquez-vous une différence dans leurs connaissances médicales ? Avez-vous plus de mal à faire passer des informations / mettre en place l'allaitement maternel ? Pourquoi ? La consultation est-elle pour vous le secteur qui permet la meilleure confiance, relation avec la patiente ? Quel rôle de la visite post natale dans la prise en charge ?</p>

		<p>Vous permet-elle de vous assurer de la bonne prise en charge pendant la grossesse ?</p> <p>Que pensez-vous des chambres doubles ? Il y a-t-il plus de difficultés à établir le lien mère-enfant ?</p> <p>Avec des séjours en secteur mère-enfant de plus en plus courts, ne vous inquiétez-vous jamais de l'après ? Le suivi à domicile vous paraît-il important ?</p>
	<p>Comment qualifieriez-vous la précarité ?</p>	<p>Citez 3 mots qui définissent pour vous la pauvreté.</p> <p>Cette représentation a-t-elle changée depuis le début de votre expérience professionnelle ?</p> <p>Quelles sont les femmes défavorisées qui vous interpellent le plus ?</p>

ANNEXE 4

1 Premier entretien : Sage-femme depuis 35 ans et exerçant depuis 16 ans en
2 consultations.

3

4 Je voulais vous remercier déjà de vous entretenir avec moi. On sait qu'aujourd'hui la
5 précarité a une grande influence sur la santé, et que l'accès aux soins reste difficile pour
6 les personnes défavorisées. Pendant mes stages en tant qu'étudiante sage-femme et avec
7 mes recherches bibliographiques, j'ai bien mis en évidence un lien entre précarité et
8 déroulement de la grossesse. Donc j'aimerais, pour mon mémoire, me tourner vers vous
9 sages-femmes, qui êtes directement confrontées à ces femmes et à ce constat.

10

11 Tout d'abord j'aimerais savoir comment nommez-vous ces personnes ? Parce que tout
12 le monde utilise son langage ? Pour ensuite utiliser le vôtre pendant l'entretien.

13

14 - Situation précaire c'est la meilleure, « cas soc' » je n'aime pas trop, de toute façon, et
15 puis les difficultés...on peut être en situation précaire et avoir des difficultés différentes.

16

17 C'est ce qui vous interpelle ?

18

19 -Ah oui oui

20

21 Lors de vos consultations, la dernière patiente en situation précaire qui vous a marquée,
22 j'aimerais savoir un peu si vous pouviez me décrire la situation, qu'est ce qui vous a fait
23 dire que cette personne était en situation précaire, les clignotants ?

24

25 -C'est quoi ce que vous appelez situation précaire ? Parce que moi j'ai une jeune
26 femme en ce moment, je l'ai vue hier pour moi elle est en situation précaire parce
27 qu'elle vit avec son compagnon dans un appartement qu'elle partage avec la sœur, le
28 beau frère, l'oncle qui habite au-dessus, la grand-mère en dessous et pour que la belle-
29 sœur et le beau-frère aillent dans leur chambre, il faut qu'ils passent dans leur chambre à
30 elle. Tout le monde fume, elle, elle fume pas, le bébé aura même pas sa pièce, et comme
31 elle a été abandonnée cette jeune femme étant petite, elle veut pas le quitter parce

32 qu'elle a peur de se retrouver seule alors que ses parents à elle, lui proposent, ils louent
33 des apparts, de lui laisser un appart. Alors je sens que ça avance là, elle est venue, hier
34 ça avance, elle est en situation précaire.

35

36 D'accord pour vous ce n'est pas obligé quelque chose de financier ?

37

38 - Ben non parce qu'elle gagne très peu sa vie mais elle travaille dans une école
39 quelques heures par jour et puis je sais que si elle a un souci financier, elle a ses
40 parents adoptifs mais pour moi c'est une situation précaire parce que ça peut être
41 nocif pour l'enfant heu... (silence) c'est pour cela je vous dis : ça peut être
42 financier mais j'ai l'impression que les gens qui sont en situation précaire
43 financièrement vont avoir moins de problèmes peut-être que ceux qui sont en
44 situation précaire psychologiquement vous voyez ? parce que financièrement
45 vous arrivez à trouver, on a des très bons réseaux à Nancy, il y a les assistantes
46 sociales, les sages-femmes, on arrive à leur trouver un logement vous voyez ? je
47 trouve qu'à l'heure actuelle, la précarité en France, pour moi c'est plus
48 l'isolement, plus des jeunes filles qui sont perdues. J'en ai une là, sa mère l'avait
49 renvoyée donc elle m'a été amenée par une copine à elle, que j'avais suivi donc
50 elles sont enceintes à 16 ans toutes les deux, elle m'a dit : « ben ma copine si sa
51 mère sait qu'elle est enceinte elle va la renvoyer, donc elle vit chez moi » et en
52 fait ça c'est de la précarité. Et on aurait pu lui avoir un appartement mais sa
53 mère l'a reprise. Apparemment c'est la mère qui va s'occuper de la gamine qui
54 va naître alors c'est autre chose. Moi je suis beaucoup plus attentive à cette
55 précarité des jeunes femmes, précarité financière j'ai l'impression quand même
56 que..., j'ai un couple qui avait pas un sous, ben ils ont pu quand même, il va à
57 l'école de la nouvelle chance, il va toucher le RSA, c'est-à-dire que nous on
58 arrive financièrement à les aider, les vêtements là-haut ils ont fait un beau lot et
59 tout... Eux ils m'inquiètent beaucoup moins parce que c'est un couple qui
60 s'entend bien, que certaines jeunes femmes qui sont toutes seules, qui sont avec
61 des drôles de gars.

62

63 D'accord, quels sont justement les clignotants qui vous inquiètent ? L'accueil du bébé...

64

65 - Oui, dans quel milieu va vivre cet enfant après, comment va-t-elle pouvoir s'en
66 occuper, c'est plus ça. Parce que la grossesse, elles se font bien suivre si on y
67 réfléchit. Elles viennent tous les mois, bon y en a exceptionnellement qui vont
68 pas venir, mais elles viennent bien tous les mois. Les prises de sang elles les font
69 chez nous, les échos elles les font chez nous, les médicaments elles les prennent,
70 donc c'est l'après, moi qui m'inquiète.

71

72 J'ai lu une étude qui prouve que le nombre de consultations prénatales est bien inférieur
73 chez les patientes défavorisées.

74

75 - mais bien sûr oui (silence)

76

77 Vous faites donc plutôt attention à une apparence physique ?

78

79 - oui, il y a l'apparence physique, il y a la façon dont la personne nous regarde, si
80 elle est renfermée, c'est très important. Votre corps dit 80% de ce que vous
81 ressentez, la façon dont elle répond à vos questions oui oui (silence). Puis après
82 si on arrive à rentrer dans son modèle du monde, on arrive à savoir plus de
83 choses.

84

85 Et les dossiers ?

86

87 - quand elle vient pour la première fois, si elle a déjà accouché ici j'ai son dossier
88 donc bien sûr je le relis. Je regarde si il y a un changement de procréateur, si la
89 situation financière a changé, on voit par la profession. Il y en a, vous vous
90 dites : tiens elle a évolué, des fois elle est au chômage, bien sûr, des fois on a
91 rien du tout.

92

93 Et est ce qu'il vous arrive d'amener le sujet ou le sujet vient lui-même ? Est ce que c'est
94 simple ?

95

96 - on peut faire les deux, soit la dame en parle d'elle-même, soit je l'amène. Alors je
97 vais pas l'amener la première fois mais on l'a suit quand même, ça c'est l'avantage, on

98 les suit pendant 9 mois donc il y a toujours un moment où elles ont confiance en vous
99 donc vous pouvez amener le sujet. (silence)
100
101 Confiance en vous ? Pourquoi ?
102
103 - ah bah je ne sais pas elles veulent se confier à moi sans que je pose de questions
104 je ne peux pas vous dire pourquoi ?
105
106 Cela peut être difficile ?
107 - non pourquoi ce serait difficile ? si vous allez dans le modèle du monde de
108 l'autre sans a priori je ne vois pas pourquoi ce serait difficile de les amener dans le
109 vôtre. Si vous, vous n'avez aucun a priori par rapport à la femme qui est en face de vous
110 je ne vois pas, non.
111
112 Pour vous c'est simple de vous exprimer ?
113
114 - exactement
115
116 Vous n'avez pas de tabous ?
117
118 - ah non non j'en avais déjà pas à 20 ans alors à 58ans, on en a encore moins. Non
119 non moi c'est pas ça le problème, c'est pas de communiquer avec. Parce que la
120 jeune fille dont j'avais demandé à la sage-femme de PMI de passer, elle veut pas
121 elle a dit : « De toute façon non, si j'ai des questions je reviendrai vous voir, je
122 vous téléphonerai ». Il y a des dames qui me disent : « c'est vous », on est leur
123 point de repère. C'est pas difficile d'être en confiance, quand même.
124
125 C'est important cela veut dire que l'on a un rôle, que la sage-femme n'a pas seulement
126 ce rôle clinique.
127
128 - Non, parfois vous passez beaucoup plus de temps avec tout ce qui est psy plutôt
129 qu'avec la clinique. C'est vite fait quand vous connaissez votre métier à force
130 de le faire vous savez et c'est pour ça qu'on doit rester à une demi heure de

131 consult. Hier ben j'ai pu discuter, parce qu'en 10 min ma clinique était faite et
132 pendant 20 min... et à chaque fois je sens qu'on avance. (silence)

133

134 Et après ces 9 mois ce n'est pas difficile d'arrêter ?

135

136 - non parce que c'est la vie qui est comme ça, et heu après on les voit en post natal
137 puis on peut avoir le plaisir de les voir à une autre grossesse.

138

139 On va plus cibler la prise en charge de ces personnes en situation de précarité...

140

141 - il faut surtout travailler avec tout ce qui est réseau, et je crois que ça c'est
142 important. Parce que si c'est pas avec nous que ça va aller, ça ira avec quelqu'un
143 d'autre. Plus elle va avoir de personnes, plus elle risque de tomber sur la bonne
144 personne. C'est pas obligatoirement moi, mais quand vous faites un EPI ou
145 autre, vous pouvez proposer le psychologue, le psychiatre, le sevrage tabagique,
146 la sage-femme libérale, la sage-femme de PMI, le service social... C'est ça en
147 fait qui fait que vous allez réussir, ne pas travailler seule dans votre coin sauf si
148 elle ne veut que vous, mais je veux dire, le réseau est vraiment important. Les
149 sages-femmes doivent apprendre maintenant de travailler en réseau.

150

151 Et les patientes acceptent facilement ?

152

153 - pas si facilement que ça, elles ne vont pas l'accepter si dès la première séance
154 elles sont stigmatisées, elles sont heu... Faut pas les mettre face à ce qui ne va
155 pas, c'est tout doucement. C'est comme une dame qui arrive qui est obèse on va
156 pas commencer à l'embêter avec son poids, moi j'attends toujours, c'est
157 souvent la main sur la clenche qu'elles disent : « moi j'ai un problème avec
158 mon poids ». C'est toujours à l'autre d'aborder, je peux pas vous expliquer les
159 gens sont en confiance. Je crois que si vous vous n'avez pas d'a priori les gens
160 vous feront confiance et vous raconteront des trucs que vous n'aurez peut-être
161 même pas demandé, et c'est petit à petit que vous dites : « moi je peux vous
162 aider » et peut-être que... et peuvent avoir envie d'aller voir un psy. J'ai une
163 dame là qui a fait des grosses angoisses à 6 mois de grossesse, une infirmière. Je
164 ne m'attendais vraiment pas à ce qu'une infirmière qui bosse en salle d'op' de 7

165 h matin à 18h qui veut pas s'arrêter, enfin bref. Mais j'avais quand même
166 sentie, elle m'avait raconté une histoire qui s'était passé à Noël ils étaient tous
167 arrivés bourrés chez elle, elle a fallu qu'elle les conduisent aux urgences car ils
168 avaient foncé dans un mur, que c'était un peu la mère Térésa du coin. Il faut
169 toujours faire attention dans ces cas là. Et là, elle a fait des bouffées d'angoisses.
170 Et alors j'ai pris quoi comme lien pour réussir à l'envoyer au psychiatre...c'est
171 que son médecin l'avait mise sous qu'on peut pas prendre plus de 15jours, et
172 pas arrêter d'un seul coup. Et j'ai dit : « mais moi, je ne suis que sage-femme
173 donc s'il vous faut un traitement, moi je ne peux pas vous le donner » et je lui ai
174 dit : « vous savez bien que les psychiatres ce n'est pas pour les fous, vous, vous
175 êtes infirmière » et du coup, elle est y allée. J'ai essayé de savoir quel était le
176 souci, j'ai dit : « il vous est arrivé quoi ? » mais c'est pareil, j'ai pas trop creusé,
177 je l'ai laissée repartir. (silence). Mais ca s'apprend, c'est difficile.

178

179 Vous parlez du travail en réseau ? Vers quoi vous tournez-vous le plus ?

180

181 - Cela dépend, mais je trouve que les sages femmes de PMI, quand elles sont
182 accueillies chez les dames, c'est intéressant. Notre service social est bien aussi,
183 elles sont cools, elles n'ont pas d'a priori. Le sevrage tabagique, moi j'y crois
184 moins heu, c'est vrai elles se plaignent que les dames ne viennent pas, il faut que
185 ce soit la dame qui décide. Hier j'avais une dame : « c'est pas le moment, j'ai
186 pas envie d'arrêter de fumer », bon c'est tout alors j'ai commencé à lui dire
187 qu'elle était la meilleure cigarette, est-ce que vous pourriez diminuer ? On s'est
188 rendu compte que c'est au travail qu'elle fumait, chez elle, dès qu'elle est de
189 congé elle fumait moins, parce que les filles passent la chercher à la pause. Alors
190 j'ai dit : « si c'est une partie de vous-même qui vous veut du bien, vous
191 changeriez quoi ? » « hé ben je mangerais ». J'ai dit : « alors ça je m'en fiche,
192 vous pouvez grossir ! » « ah bon ? alors des fois je pourrais manger une fois sur
193 deux... » « et vous direz que c'est la sage femme qui vous a dit de manger ».
194 Vous voyez on arrive toujours, faut pas que ce soit difficile.

195

196 J'allais amener la question. Avez-vous parfois l'impression d'être mal à l'aise ? Mais
197 j'ai l'impression qu'avec vous, jamais ?

198

199 - Jamais. Enfin jamais si, parce que quand vous entendez des choses qui vous
200 touchent plus que d'autres, parce qu'on a notre propre vie, notre propre enfance,
201 nos propres enfants, donc des fois je me sens un peu plus concernée par
202 certaines choses. Mais jamais mal à l'aise, plus concernée. De toute façon si
203 j'étais trop concernée au point de ne pas pouvoir suivre la dame, je l'adresserais
204 à une collègue, puis si ça va pas j'en parle à des collègues, faut pas rester seule,
205 parler de son ressenti à quelqu'un d'autre.

206

207 Et avec des femmes en situation précaire remarquez vous une différence du point de
208 vue des connaissances médicales, avez-vous plus de difficultés à faire passer une
209 information ?

210

211 - il ne faut pas parler pareil d'une patiente à une autre, vous n'allez pas expliquer
212 le diabète pareil, il y en a le diabète ça les intéresse de comprendre et des autres
213 faut juste leur expliquer le régime alimentaire. Ca aussi c'est votre boulot de
214 s'adapter à la personne qui est devant vous. On sélectionne pas nos patientes et
215 encore heureux d'ailleurs hein ? C'est plus enrichissant d'avoir des gens de tous
216 milieux et de tous niveaux, c'est à vous de ne pas parler de la même façon.
217 Quand je fais des cours c'est pareil, elles n'ont pas toutes le même niveau et
218 vous arrivez à faire passer vos messages car elles ont envie de toute façon.
219 (Silence) De temps en temps ça ne passe pas parce qu'elles sont au-delà de tout
220 entendement (silence).

221

222 Et ce que vous me disiez tout à l'heure avec la patiente infirmière pour l'emmener
223 chez le psychologue, vous avez justement amené son métier...

224

225 - oui le psychiatre, j'ai dit : « vous savez de toute façon qu'il n'y a qu'un
226 psychiatre qui peut vous donner un traitement et vous savez que le psychiatre
227 c'est pas pour les fous » « ben oui je sais bien » « donc bon peut-être que pour
228 les bouffées d'angoisses, il ne pourra pas travailler dessus, si vous voulez pas
229 travailler dessus, mais au moins il va vous donner un traitement parce qu'il faut
230 pas le prendre trop longtemps et je sais qu'il y a des traitements où on peut
231 allaiter » (parce qu'elle parlait d'allaitement avant).

232

233 Toujours bien modifier son langage, c'est à nous de s'adapter aux gens et pas à eux
234 de s'adapter ?

235

236 -Ah bah non !! Là ça va pas, ça va pas, c'est bien à vous d'aller chez l'autre,
237 (silence) peut-être qu'il viendra chez vous après, mais il viendra chez vous que si
238 vous avez été chez lui avant. Si vous l'avez reconnu en tant qu'être humain ayant de
239 la valeur même si il a des soucis dans la vie à partir du moment où la personne est
240 reconnue après elle vous écoute. C'est comme quand une dame en salle de naissance
241 vous dit j'ai mal, vous dites « oh non c'est rien », si, elle a mal. Mais ça s'apprend
242 ça.

243

244 Comment vous l'avez appris ? Au fil de votre expérience ?

245

246 - ah non on fait des formations, c'est pour ça que je dis que ça s'apprend. J'avais
247 envie de communiquer et je sentais bien que j'avais des manques que je n'ai pas
248 eu à l'école de sage-femme on nous apprenait pas tout ça. 35 ans que je suis
249 sortie, donc j'ai fait des formations, plusieurs années à Paris et maintenant
250 j'enseigne à mes collègues sages-femmes pour les EPI et tout ça, ça s'apprend
251 mais faut avoir envie d'apprendre. Déjà au départ avoir envie de communiquer
252 et admettre quand a des manques en communication. L'être humain
253 communique difficilement et à l'école de sage femme, peut-être que maintenant
254 vous allez avoir quelques notions, nous on avait rien du tout, aucun cours et
255 encore moins l'aspect communication. Je pense qu'aujourd'hui l'école c'est
256 différent, apprendre à communiquer, parce que la psychologie avec tous les
257 bouquins que vous voulez, si vous savez pas communiquer ils vous serviront à
258 rien ces trucs.

259

260 Et comment, suite un peu à cet entretien vous me résumeriez une situation précaire en
261 trois mots ?

262

263 - Alors respect de l'autre (silence), ça c'est la première chose, il faut respecter la
264 personne devant vous en situation précaire. 3 mots vous dites (silence) alors le
265 respect (silence) le travail en réseau, ça je le redis, l'envie d'accompagner, pas
266 d'aider hein ? L'envie d'accompagner. Faut respecter l'autre, ça c'est la

267 première chose quand vous voyez quelqu'un en consultation, la première chose
268 quand vous voyez votre patiente faut être dans le respect. De toute façon partout
269 c'est le respect, après toujours vous dire si moi je réussis pas, j'ai toujours un
270 réseau à ma disposition, et le dernier avoir cette envie d'accompagner juste
271 l'accompagnement. L'accompagnement c'est momentané dans la vie, je sais que
272 c'est 9 mois, ça me suffit.

273

274 Et est ce que justement maintenant que vous êtes sage-femme en consultation, vous
275 avez plus ce lien avec les patientes, vous préférez travailler en consultation dû à cet
276 accompagnement ?

277

278 - oui alors moi j'ai fait des consult' sur le tas, j'ai fait tous les services, j'ai fait
279 salle de naissance où on les voit 12 heures, après suites de couches où on les
280 voyait 12 jours, après j'ai monté mon service de préparation, ça c'était vraiment
281 parce que j'avais envie de communiquer mais c'était 7 séances, ce n'était pas
282 individualisé et on m'a demandé de consulter il y a 16 ans donc c'est là que j'ai
283 trouvé le meilleur épanouissement. En consult' parce que c'est 9 mois. Ça me
284 gêne pas moi de ne pas les revoir après, j'ai juste besoin d'accompagner. En
285 post-natal, je dis toujours j'aimerais vous revoir, parce que j'aimerais voir votre
286 bébé et puis relire le dossier avec vous de votre accouchement pour que la
287 boucle soit bouclée et qu'elles puissent par la suite souhaiter une autre grossesse,
288 en sachant, hein, des fois, elles trouvent qu'elles ont mal accouché, et on les
289 retrouve dans des séances de préparation : « il y a 5ans j'ai mal accouché, je n'y
290 pensais pas jusqu'ici, et de nouveau je suis enceinte ! ». 5ans plus tard il y a trop
291 de choses, et moi je leur explique qu'il faut venir me voir au bout de 6 semaines
292 avec leur bébé comme ça, ça permet de voir comment bébé prend sa place et on
293 va relire ensemble le dossier de votre accouchement et comme ça si il y a
294 quelque chose, on le règle tout de suite. Ça s'appelle boucler la boucle. J'en ai
295 pas mal qui viennent en post natal. J'en ai eu une hier, elle avait eu une
296 césarienne elle est quand même venue me voir et alors c'était un siège et moi
297 j'ai toujours trouvé une tête et ceux qui l'ont accueilli ici ont trouvé une tête
298 aussi, elle a perdu les eaux ils ont trouvé une tête, et c'est la sage-femme en salle
299 de naissance après la pose de la péri qui a examiné qui a dit tout d'un coup mais
300 non c'est un siège. C'est rare, alors est-ce que je m'étais trompée et tout le

301 monde s'est trompé après, on fait confiance à madame X c'est possible. Alors
302 elle est quand même venue me voir, elle me dit : « oh les sages-femmes m'ont
303 dit qu'il a du se retourner avant que la poche se rompe » « c'est possible que j'ai
304 fait une erreur ». Je ne sais pas si elle voulait entendre ça, elle me dit : « mais les
305 autres », « les autres ils m'ont fait confiance, ils se sont dit madame X a trouvé
306 une tête, on trouve une tête, c'est possible madame que je me sois trompée »
307 « j'aurais du insister pour avoir une radio du bassin », non non parce que de
308 toute façon je ne vous aurais pas adressée à un médecin. J'en sais rien si j'ai fait
309 une erreur mais j'ai trouvé qu'elle partait plus heu... j'avais reconnu que elle,
310 elle savait qu'il ne s'était pas retourné c'était ça qu'elle voulait, j'en ai rien à
311 faire de savoir si je me suis trompée ou non.

312

313 Lui faire entendre ce qu'elle voulait ?

314

315 - Voilà ce n'est pas par hasard si elle est revenue me voir après avoir eu une
316 césarienne parce qu'on a lui dire madame X ne pourra pas faire la visite post-
317 natale, mais elle a du insister pour me voir et à mon avis c'était pour que je lui
318 dise que oui elle avait bien senti que c'était un siège.

319

320 Et par rapport aux consultations post natales, vous disiez que ce qui vous inquiète c'est
321 l'accueil du nouveau-né dans les situations précaires, et justement à cette consultation
322 est-ce que vous voyez que votre prise en charge a fait quelque chose, votre travail en
323 réseau par exemple ?

324

325 - oui oui parce que je leur dis justement de revenir avec bébé et c'est là qu'on voit
326 que la relation a pu s'établir, qu'elles regardent leur bébé. Et puis souvent elles
327 disent : « ben il y a une puer' qui vient », alors qu'autrement elles auraient été
328 toutes seules dans la nature. Non, le but ce n'est pas de stigmatiser nos patientes,
329 hein on est bien d'accord, c'est de les accompagner dans les difficultés qu'elles
330 peuvent avoir à certains moments. Et j'en revois que je retrouve après, qui ont
331 réussi, qui sont mariées, qui ont un boulot, non non c'est heu... Moi je suis
332 quelqu'un d'optimiste de toute façon. Vous pouvez dans un moment de votre vie
333 être en situation précaire et après ça... Il ne faut pas les stigmatiser et leur dire

334 qu'elles sont foutues, que ça n'ira pas, elles ont 20 ans, elles ont toute la vie
335 devant elles.

336

337 Et justement vous disiez ça se voit qu'elles ont établi une relation avec leur enfant, elles
338 ont plus de mal parfois à établir ce lien ?

339

340 - ou si je suis pessimiste, ou si je fonctionne comme la majorité des gens je dirai :
341 « oh bah oui parce qu'en situation précaire... ». C'est quoi une bonne relation
342 avec son enfant ? à mon avis c'est l'aimer et est-ce que une situation précaire
343 vous empêche d'aimer votre enfant ? Vous savez moi j'ai vu des intellectuels
344 qui avaient arrêté la pilule avec des enfants qui étaient attendus etc. Des fois moi
345 je me pose plus de questions que quand c'est une situation précaire. Vous avez
346 des enfants qui sont énormément aimés dans des milieux où on a pas beaucoup
347 d'argent, où le papa est peut-être pas là, et vous en avez d'autres et derrière on
348 les détecte moins, on est toujours obsédé par les situations précaires. On ferait
349 peut-être bien d'aller voir ce qui se passe ailleurs dans les situations non
350 précaires justement. Là vous voyez les études n'ont pas été faites. Est-ce que
351 vous croyez que la maltraitance est plus dans les situations précaires ? hé ben
352 c'est parce que la maltraitance a été étudiée chez les gens précaires parce que
353 dans les autres milieux, on ne laisse pas entrer les services sociaux. Alors je
354 refuse d'être la sage femme qui dit : « oh la la, celle-ci ça craint », non je suis
355 désolée on peut être très heureux chez des parents défavorisés financièrement.
356 Moi j'ai des patientes qui aiment leurs enfants, et puis d'autres heu je plains
357 l'enfant. Mais ça n'a jamais été étudié les milieux favorisés parce qu'ils ne
358 laissent pas rentrer, il doit y avoir des horreurs là dedans. Mais ça très peu de
359 mes collègues fonctionneront comme ça, vous diront ça, pas grave...

360

361 Et en fait les 3 mots tout à l'heure, c'était plus trois mots qui définissent la précarité, ce
362 que je voulais vous dire.

363

364 - Ah bah fallait le dire comme ça, alors qui définissent la précarité ? (silence) c'est
365 sûr qu'il y a les problèmes financiers, ça définit la précarité, et puis il y a la
366 solitude pour moi c'est souvent des jeunes femmes qui sont seules, et puis heu
367 (silence) est-ce qu'on met la jeunesse là dedans ? Est-ce qu'elles sont plus jeunes

368 nos patientes quand elles sont en situation précaire ? Oui on en trouve plus des
369 jeunes que des âgées, si si

370

371 Donc se serait solitude, jeunesse et difficultés financières ?

372

373 - Hum, en dernier problèmes financiers. Mais heu ces jeunes, elles font un enfant
374 justement parce qu'elles n'ont pas fait d'études et qu'il leur faut un but dans la
375 vie. La jeune fille de 15-16 ans qui est bien entourée je suis désolée elle ne va
376 pas faire un enfant pour exister, elle existe déjà autrement.

377

378 Faire des enfants pour exister, vous le voyez ?

379

380 - ben oui, ça a été étudié ça. Elles sont en échec scolaire donc c'est une façon
381 d'exister, elles disent je vais élever un enfant, donc c'est une réussite pour elles.

382

383 Pour finir est-ce que cette représentation de la précarité a-t-elle changé depuis le début
384 de votre expérience professionnelle ?

385

386 - Oui obligatoirement, puisque moi quand j'ai commencé l'aide aux mères
387 célibataires n'existait pas. D'ailleurs il y avait beaucoup plus d'abandon, alors
388 déjà être mère célibataire c'était honteux donc c'était vraiment des jeunes
389 femmes qui allaient en maison maternelle parce qu'elles étaient fichues à la
390 porte par leurs parents. A l'heure actuelle bon il y a encore des parents qui...
391 mais c'est rare quand même. Elles étaient fichues à la porte, en maison
392 maternelle mais après elles n'avaient pas d'aides. C'était peut-être plus facile de
393 trouver un travail mais ça a beaucoup changé, c'est pour ça qu'il y a moins
394 d'abandons. A l'époque les jeunes femmes qui étaient enceintes en situation
395 précaire ce n'était pas exprès à la limite, vous comprenez ? C'était ce qu'on
396 appelait un accident, il n'y avait pas la contraception, vous aviez pas l'IVG donc
397 c'était heu, la précarité entraînait de réels problèmes alors qu'à l'heure
398 actuelle... (silence)...vous pouvez pendant 3 ans vivre avec un enfant tandis
399 qu'avant les abandons étaient dus à ça, à la honte d'être enceinte sans être
400 mariée et qu'on nous donnait pas de sous pour s'en occuper. Non ça a changé,

401 c'est plus les mêmes. C'est pour ça qu'à l'heure actuelle la précarité ça me fait
402 un peu sourire...parce que je l'ai connue la vraie précarité hein ?

403

404 Donc vous avez réussie à vous adapter ?

405

406 - Oui tout a fait parce que la vie est comme ça. Est-ce qu'on est mieux avec sa mère
407 qu'être abandonné ? Après c'est hautement philosophique, j'en sais rien, ça dépend
408 de l'enfant que vous avez devant vous. Si il a réussi, il est heureux vous allez dire :
409 « ben sa mère est dans une situation précaire mais tout va bien » et puis si il va mal
410 vous allez dire : « ah ben peut-être qu'elle aurait du l'abandonner. Dans le temps
411 elle l'aurait abandonné ça aurait peut-être été mieux ». Après c'est hautement
412 philosophique.

413

414 Merci beaucoup.

415

416 Après l'arrêt du dictaphone, la discussion continue, je rallume donc le dictaphone :

417

418 Il venait en préparation, je ne les ai pas eu en consult', il venait à toutes les séances ce
419 monsieur, il s'investissait à fond. Parce qu'il disait : « parce que moi je suis né, mon
420 père est parti pendant que ma mère était enceinte. Je n'ai jamais connu mes parents
421 ensemble, là mon fils il saura qu'il a un père ». Ca doit être lourd pour lui, il est pas
422 encore né ce gamin, il doit déjà...heu...Vous récupérez pas vos malheurs par le biais de
423 vos enfants ? Ou vous gérez vos malheurs vous-mêmes, ou vous ne les gérez pas, peu
424 importe, mais vous ne demandez pas à vos enfants de réparer ce que vous, vous avez...
425 Ca ne marche pas ce truc là. Hein c'est comme la patiente qui dit : « Je suis contente,
426 j'attends un garçon, parce que mon père a toujours rêvé d'avoir un garçon » donc j'ai dit
427 « pourquoi ? Parce que vous l'avez fait avec votre père ? » « Non » « Ben la façon dont
428 vous le dites » je dis « Non, ou votre père fait le deuil du fait qu'il n'a jamais eu de
429 garçon, et puis vous vous guérissez de votre blessure de pas avoir été le garçon qu'il
430 attendait. Le gamin n'est pas là pour réparer le fait que votre père n'a pas eu de
431 garçon ». Ca, c'est un gamin qui va être en situation précaire, je suis quand même
432 désolée (silence) vous voyez ?

433

434

1 Entretien 2 : Sage-femme de consultation et d'anténatal à mi-temps. Exerce depuis 15
2 ans la profession de sage-femme et depuis 1 an et demi en consultations.

3

4 Bonjour je voulais tout d'abord vous remercier de me consacrer un peu de temps, c'est
5 toujours sympa de votre part. On sait qu'aujourd'hui la précarité a une influence sur la
6 santé, l'accès aux soins est quand même difficile pour les personnes défavorisées. J'ai
7 remarqué pendant mes stages et ma bibliographie que même pendant la grossesse, la
8 précarité influe souvent sur un mauvais déroulement de la grossesse. Pour mon mémoire
9 j'aimerais donc me tourner un peu vers vous, sages-femmes de consultations qui êtes
10 confrontées à ces femmes et à ce constat.

11

12 Tout d'abord, j'aimerais un peu savoir comment nommez-vous ces personnes en
13 précarité ? Parce que la précarité regroupe énormément de choses, donc chacun a son
14 vocabulaire. Vraiment sans tabous, cela m'aidera pour la suite de l'entretien de réutiliser
15 votre vocabulaire.

16

17 - Bah écoute moi dans mes EPI heu je marque souvent, tu sais je mets un
18 « Attention difficultés financières » j'utilise pas le mot précarité, j'utilise plutôt
19 le mot difficulté. Problèmes sociaux, je mets relationnels, problèmes familiaux.
20 Après ça représente des sous groupes. Pas cas soc', oui je mets plus difficultés et
21 dans tel ou tel domaine. Et je demande l'accord mais je le note par contre.

22

23 Donc par exemple quand vous allez voir une femme en consultation vous allez vous
24 dire : « Ah celle-là elle est en difficulté...financière... »

25

26 - bah quand tu montes ton dossier, tu as toujours des parties. Par exemple quand
27 tu parles travail, sans emploi, vous touchez le chômage oui, non, lui aussi ? Heu
28 j'embraye dans la foulée de quoi vous vivez ? Et puis après je mets les différents
29 intervenants mais pour moi elle est en difficulté financière. Là par contre je ne
30 l'écris pas, c'est seulement quand je fais l'EPI que je re-synthétise un petit peu.
31 Parce qu'il y a des gens qui vivent avec pas grand-chose et qui se dépatouillent,
32 qu'ont le système D, puis d'autres finalement ils en ont un peu plus et
33 finalement ils sont moins... ils sont plus dans le besoin.

34

35 Lors de vos consultations la dernière patiente par exemple en difficulté financière ou en
36 difficulté sociale que vous avez rencontrée ? Pouvez-vous me décrire la situation, et
37 pourquoi vous vous êtes dit : « Tiens elle est en difficulté ? »

38

39 - Je vois déjà le problème financier à la base : pas d'emploi, elle touche rien, lui
40 pas d'emploi ou elle toute seule d'ailleurs, ou elle vit chez une copine. Là en
41 l'occurrence, j'ai une, enfin, j'en ai plusieurs, elles ont toutes leurs particularités,
42 elles ne sont pas toutes à mettre dans le même panier. J'te dis il y en a qui ont le
43 système D, qui se font aider familialement donc c'est pas encore la même chose.
44 Donc j'ai là, la gamine qui vit chez une copine, qui sur le plan familial est déjà
45 complètement lâchée par sa famille. La dame que je viens de voir, comme c'est
46 le plus proche, c'est son premier bébé, c'est une grossesse surprise, sa mère
47 attend son 8^{ième}, sa mère à elle. Sa mère vient de faire une fausse-couche,
48 visiblement sa mère essaye que sa fille fasse une fausse-couche dans les propos
49 qu'elle a, son copain vient lui monter dessus sur le canapé à lui tomber à moitié
50 sur le ventre enfin bon voilà...Donc elle, elle ne touche rien, il y a pas de copain
51 entre guillemets « clair, net et précis », donc elle, elle est en difficultés
52 financière, sociale, familiale, elle, elle cumule tout. Donc pour l'instant on en a
53 discuté, j'en fais part à... effectivement il y a le tabac là-dessus, il y a pas mal de
54 choses, j'essaye de pas passer pour celle qui lui colle 15 rendez-vous en deux
55 temps, trois mouvements. Là on n'était qu'à 19 semaines, pour l'instant on s'est
56 occupé tranquillement du tabac. Je sais que sa maman a fait une fausse-couche,
57 je sais que verbalement et puis même physiquement ça peut être un peu rude
58 donc on vient d'en discuter et on a convenu que pour l'instant elle allait un peu
59 se protéger par rapport à ça. J'ai pour l'instant pas mis les assistantes sociales
60 elle a rencontré la PMI, parce que la PMI a pris contact avec elle, et elle a bien
61 voulu prendre contact avec eux, donc ça m'a facilité, elle est connue déjà. Sinon
62 j'aurais mis la PMI. Voilà après je vais avancer tranquille, quoi, les assistantes
63 sociales...je vais pas sur un premier rendez-vous leur coller 15 intervenants.

64

65 Et en fait cette personne c'est plus quand vous avez discuté avec elle, vous avez lu son
66 dossier, fait l'anamnèse...

67

68 - Ouais là c'est plus...bon physiquement, là tu peux sentir que physiquement
69 quand même elle a pas « inventé la poudre » entre guillemets. Et puis que sur le
70 plan familial c'est un peu la grande...grossesse surprise, pas de copain, très très
71 larguée, elle a rencontré la PMI elle a cru que ça remplaçait ma consult' quoi.
72 Donc vendredi elle est pas venue, je l'ai rappelée, aujourd'hui elle est venue.
73 Enfin bon voilà faut vraiment la... (silence)

74

75

76 Donc tout rentre en compte ?

77

78 - Oui mais je me méfie de la première impression physique, si c'est ça ta
79 question ? Quand j'en vois une, je me dis : « oh tiens », il y a quand même des
80 choses qui te mettent la puce à l'oreille, mais j'évite de cataloguer.

81

82 Et tout ce qui est langage du corps ?

83

84 - Oui, ça c'est au fur et à mesure des consults', pas forcément à la première. Des
85 fois t'as des impressions qui sont fausses en deuxième temps. T'as la femme qui
86 est plutôt angoissée par l'idée du toucher tout ça, donc finalement, une fois
87 qu'elle sait à qui elle a affaire, elle se débloque et c'est pas du tout celle que
88 t'imaginais, quoi. Donc je me méfie quand même. (silence)

89

90 Et est-ce que c'est vous parfois qui amenez le sujet avec ces personnes en difficultés ?

91

92 - Oui

93

94 Et c'est simple ?

95

96 - Oui, moi je pars du principe que déjà elles te donnent la réponse qu'elles
97 veulent. Il faut qu'elles aient confiance en toi, il ne faut pas leur demander dans
98 les 3 premières minutes, je trouve que ce n'est pas...Une fois que tu termines ta
99 consult', que tu as parlé un peu chômage, et qu'elle sait que tu sais déjà que
100 c'est un peu précaire, lui demander de but en blanc. Moi pour les EPI je leur
101 demande : « vous vous en sortez financièrement ? A deux ? Qu'est-ce que vous

102 en pensez avec bébé ? ». On parle des brocantes, on parle de la vraie vie et puis
103 après du coup...

104

105 Pas de gêne ?

106

107 - Pas de gêne ! Par rapport à la précarité pas de gêne. J'aurais plus d'ennui avec
108 l'alcool ou les femmes maltraitées, par exemple. Là (silence), si elles ne me le
109 disent pas c'est un peu difficile d'insister lourdement. Mais financièrement, non.

110

111 Et maintenant sur la prise en charge vous m'avez déjà dit que vous essayez de travailler
112 un peu en réseau ?

113

114 - J'utilise beaucoup la PMI. Si elles veulent. Le problème de la PMI c'est qu'elles
115 rentrent chez elles donc souvent elles n'aiment pas trop avoir un œil qui vient à
116 la maison. Donc je leur dis d'y aller. Les assistantes sociales du secteur, pareil,
117 j'ai l'impression que j'ai plus de mal que les nôtres. Parce que j'ai l'impression
118 que les nôtres quand je les inclus dans la grossesse, c'est des gens qu'elles ne
119 reverront plus et elles en lancent plus. Alors que dans le secteur, la fille pourrait
120 la revoir, par rapport à son bébé par exemple. Elles se méfient quand même.

121

122 Et justement ce n'est pas difficile d'amener ce réseau à la patiente ?

123

124 - Bah sinon il faut que la patiente vienne à elles. Il faut qu'elles aillent au CAMS,
125 aux choses comme ça et que ce ne soit pas la PMI qui rentre chez elles. Ca peut
126 poser problème si, surtout quand elle squatte chez la copine, elle n'a pas
127 vraiment de lieu (silence). Mais du moment que tu leur dis déjà, à un moment
128 donné faut un peu truquer le truc, enfin faut parler argent, hein. Faut leur dire
129 qu'en étant maman célibataire elles ont des droits et elles ont des possibilités
130 financières autres, si elles le marquent nulle part et si on ne le sait pas, ben il ne
131 se passera rien quoi. Donc là, elles commencent à réfléchir autrement déjà.
132 Quand elles déclarent à la déclaration de grossesse et qu'elles te disent qu'elles
133 n'ont pas de conjoint, moi je leur dis toujours : « Bon ben la partie là, vous ne la
134 remplissez pas, hein si vous ne vivez pas avec, si vous n'avez pas de conjoint, et

135 sachez après qu'il faudra voir l'assistante sociale pour vous aidez à essayer de
136 voir ce que vous avez le droit, en plus. »

137

138 Quelle est la principale difficulté pour vous dans ces prises en charges, dans ces suivis
139 de patientes ?

140

141 - Moi ce qui m'inquiéterais le plus, j'ai déjà eu une fois, c'est la femme qui n'a
142 pas de logement. J'ai eu une fois à gérer une dame pour laquelle on a mis
143 l'assistante sociale sur le coup, et en fait elle n'était pas assez dans le besoin
144 entre guillemets pour être prise en charge correctement, comme les situations
145 des étrangers par exemple, donc elle se trouvait dans un hôtel où les WC et la
146 douche étaient sur le même palier, elle a eu très peur, les portes ne fermaient pas,
147 et en fait dans la nuit elle s'est barrée, elle est allée dormir dans une voiture avec
148 un copain. Et là, en attendant de la mettre quelque part à l'abri c'est vrai que
149 c'est assez, assez stressant. Ca, le truc de les savoir dans la nature. Je trouve
150 qu'au niveau nourriture elles peuvent trouver, on a les moyens, mais au niveau
151 du logement, heu ça peut craindre quand même. Il y a des places au foyer
152 maternel mais ce n'est pas toujours évident d'arriver à les y emmener.

153

154 Et puis après l'accueil avec l'enfant, aussi ?

155

156 - Ben voilà, de toutes façons tant qu'elles sont enceintes le problème est déjà là,
157 mais après faut que ce soit réglé. Sinon Et puis c'est cher payer pour elles, je veux
158 dire ; elles pourraient perdre des droits ça j'avoue que le logement... et puis j'ai
159 l'impression, c'est un peu, c'est l'impression que m'ont fait passer les assistantes
160 sociales d'ailleurs qu'au niveau du logement il faut vraiment être dans une grosse
161 panade pour être bien pris en charge et tout. Et que des fois t'as des patientes qui
162 sont dégagées par leur famille parce qu'elles sont enceintes, donc qui squattent
163 chez une copine, une copine, une autre copine, et puis à un moment donné, ben y'a
164 plus de copines, quoi, donc, bon ben alors

165 Et elles, elles sont pas assez dans la mouise pour que en France, on arrive à les
166 aider plus que ça, parce qu'elles ont un petit revenu ou un petit truc. Ça, ça
167 m'inquiète quand même. Et puis, elles sont seules. Les gens étrangers, souvent,
168 sont ensemble. Donc, quand t'as quinze personnes, que tu connais, qui vivent dans

169 un hôtel minable mais que tu connais, ils privilégient toi, femme enceinte, ça peut
170 être organisé autrement.

171 Quand t'es toi femme enceinte, toute seule, dans un hôtel où t'as quinze étrangers
172 que tu ne connais pas, c'est autre chose hein !les gens du voyage, les gens
173 étrangers, ils sont souvent en bande, hein. Ils viennent d'ailleurs en consultation,
174 ils viennent à plusieurs

175 Quand la femme est seule, c'est autrement plus compliqué, je pense.

176

177

178 Et ces femmes seules, elles suivent bien les consultations, elles reviennent ?

179

180 - Ca dépend. Elles changent les dates, elles changent les horaires, elles se trompent
181 d'horaires. Déjà peut-être aussi parce qu'elles ne savent pas lire, qu'elles
182 comprennent pas, y a aussi ça, hein. Elles confondent les cours avec la consulte,
183 la consulte avec la PMI , c'est une grande brasse ;c'est un peu compliqué, la
184 consulte, l'anesthésiste, le machin, bon. Faut leur mâcher un peu le truc mais elles
185 sont attentives quand même à ce qu'il faut faire. Après t'as raison, y a souvent le
186 tabac, bizarrement, pas mal de choses qui s'enchaînent ; le tabac c'est plus facile
187 que l'alcool, à gérer je trouve. Et voilà, sur le plan financier, on peut avoir des
188 aides avec les assistantes sociales, moi, je mets la psy pas du tout dans le circuit,
189 en systématique en tout cas ; je mets PMI, assistantes sociales.

190 Je n'ai jamais lancé de signalement, pour l'instant, mais j'ai déjà été inquiète pour
191 un problème de logement quand même, là... Je fais très facilement des certificats
192 de grossesse à ces femmes là. Elles sont demandeuses, pour l'OPAC et tout ça ;
193 j'essaie de leur conseiller aussi des organismes pour se loger. Je fais des certificats
194 de grossesse parce que je sais que ça peut rentrer dans la décision entre deux
195 dossiers, puis voilà quoi. Je sais qu'elles sont à jour sur leur déclaration, à jour sur
196 leurs papiers. Pour la CMU, je les emmène aux assistantes sociales ; dès fois j'en
197 ai amené pour monter un dossier CMU, quoi, le temps ...

198

199 C'est quand même tout un autre versant de la profession de sage-femme finalement,
200 qu'on n'étudie pas spécialement ?

201

202 - J pense qu'il faut déjà être assurée qu'elles ont les moyens d'être protégées,
203 voilà, après... Il y a un moment donné où il faut passer la balle à l'assistante
204 sociale, sinon t'es noyée dans tout ça, tu t'en sors plus, mais faut arriver à leur
205 faire un peu dire quel est le point le plus, le plus difficile à gérer pour elles, et puis
206 après il faut le mettre ; on a somme toute si on les a depuis le début, on a
207 plusieurs mois.

208

209 Qu'est ce qui est intéressant ? Il y a aussi la consultation post-natale ? Qu'est-ce que
210 vous en tirez ?

211

212 - Là je pense qu'elles reviendront moins, c'est quasi certain qu'elles ne
213 reviendront pas, peu. J'en ai quand même beaucoup des consultes post- natales, et
214 honnêtement, tu vois je me rappelle pas, maintenant que tu me le dis, je ne me
215 rappelle pas avoir vu une dame... Si, au centre maternel, mais que j'avais posée au
216 centre maternel avant. Mais elle, elle venait quasiment tout le temps sinon tu les
217 revois pas.

218

219 D'accord.

220

221

222 - Ça dépend ce que tu as mis en place, si t'es sûre qu'il y a un suivi derrière et qu'elle
223 n'est pas dans la nature... Y en a une qui voulait accoucher à domicile ; de toute façon,
224 depuis le début de la grossesse, elle me l'avait dit. Et puis vraiment c'était un sixième,
225 elle avait saigné les deux derniers ; c'était risqué, pas très intelligente, pauvre au niveau
226 social, mais d'un autre côté très démerde. Les enfants, ils étaient propres, relativement
227 bien élevés, enfin, oui, elle allait accoucher à domicile, c'est sûr, j'avais qu'une trouille
228 c'est que ça ne se passe pas bien ! On avait mis la PMI, on avait mis la sage-femme
229 libérale et j'avais peur qu'elle l'utilise un peu en l'appelant qu'elle voulait accoucher à
230 domicile et finalement elle est allée dans une maison de naissance dans les Vosges. Elle
231 a accepté d'accoucher là, ils ont accepté de la laisser partir quelques heures après.
232 Mais c'est elle qui l'a trouvée, parce qu'en fait moi j'avais organisé avec ici,
233 j'avais prévenu les ambulances, la PMI, la libérale, et puis à la fin... mais c'est elle qui
234 a eu la trouille. Et, je l'ai pas revue en post-natal. J'étais sûre que je ne la reverrais pas.
235 Et elle, elle a grillé au moins deux consultations.

236

237 La consultation post-natale, c'est aussi pour la mère l'occasion de montrer son enfant,
238 comme elles sont heureuses avec leur enfant et tout et si les femmes ne reviennent pas,
239 c'est la peur d'être jugée, aussi peut-être?

240

241 - oui, oui, et puis que tu remets ça sur le tapis, parce que avec le bébé c'est encore
242 plus flagrant que là il va falloir faire quelque chose.

243

244 Vous n'avez jamais l'impression d'être mal à l'aise ?

245

246 - Avec la précarité ? Je dirais non.

247

248 Remarquez-vous, sans faire de préjugés, une différence dans leurs connaissances
249 médicales, modifiez-vous votre consultation ?

250

251 -Oui, je suis simple

252

253 Par exemple, en consultation on donne beaucoup d'informations

254

255 - Ben, je leur donne, mais comme tu parles à un enfant, voilà ; tu utilises des
256 mots simples ; le livret sur la toxo est en image claire ; je me lance dans la listériose je
257 survole, je saisis 3 info principales, je lui détaille pas, je dis « tout cuit », « chaîne du
258 froid » ; voilà.

259 Le lavage de main, ça j'insiste ; les dents, j'insiste beaucoup sur tout ce qui est hygiène
260 de vie, les dents, boire beaucoup, hygiène, risques infectieux plus importants, voilà je
261 lui donne des trucs que j'aurais dit à une autre autrement, mais (silence) je fais passer
262 les mêmes infos.

263 Je ne court-circuite pas. Après je n'emploie pas les mêmes mots, c'est tout.

264 Pour l'HT 21 je leur raconte si elles ont compris, c'est pas évident à expliquer, pas
265 évident à comprendre, je suis sûre qu'elles comprennent rien, là ça c'est clair. Donc
266 l'HT 21 déjà elles savent pas ce que c'est, les enfants trisomiques pas toujours, les
267 enfants mongols vaguement en tout cas elles savent qu'il a un problème. Après tu
268 expliques que c'est un risque alors là c'est... donc voilà il faut vraiment qu'elles

269 comprennent que c'est pas un examen obligatoire, que c'est pas 100% fiable et que c'est
270 pas oui ou non la réponse...

271

272 J'ai vu une étude justement là-dessus, par rapport aux femmes cadres, le risque de naître
273 trisomique 21 est augmenté par un facteur 2,4 chez les femmes sans emploi. Ils
274 expliqueraient que les femmes en situation précaire réalisent moins le test de début de
275 grossesse car celui-ci ne leur a pas été proposé, ou des consultations trop tardives ou
276 une incompréhension.

277

278 - J'appuierai moi sur le problème de compréhension effectivement, l'avantage
279 maintenant c'est que comme c'est fait ici, là tout à l'heure c'est ce que j'ai fait,
280 elle était d'accord : toxo, rubéole, HT21. Donc même si elle a pas percuté tout
281 l'aboutissant pourtant j'ai parlé d'amniocentèse et tout ça a été fait dans la
282 foulée. Parce qu'avant, quand c'était prescrit à l'extérieur, dans des dates bien
283 strictes alors là...(silence)

284

285 Et la consultation ? Pourquoi ? Vous avez changé de service il n'y a pas si longtemps,
286 c'est important le suivi des femmes ?

287

288 - Oui ben c'est ça, parce qu'en tant que sage-femme c'est à mon avis la partie la
289 plus intéressante pour moi de notre profession. Où on est les plus indépendantes
290 de toute la maternité, on gère nos dossiers de A jusqu'à Z, tu peux voir une
291 patiente, toi, de début jusqu'à la fin, en étant responsable de ton dossier. La
292 transcription des résultats d'écho, si on était formées en écho se serait le top du
293 top...tu peux suivre ta patiente de A jusqu'à Z. C'est là où on a les meilleurs
294 retours, les meilleurs contacts tu vois ça fait un an et demi là elles commencent à
295 se passer le mot, je vois bien j'ai les cousines, les copains...et c'est un petit
296 réseau. Mais il faut...il faut...La première consulte' bon tu montes ton dossier,
297 tu cernes ça je suis bien d'accord mais tu lances pas le plan ORSEC à la
298 première consultation, c'est trop risqué. Déjà elles ont peur de ce que tu vas faire
299 comme tests, de l'examen en lui-même, de frottis...enfin bref. Les femmes
300 précaires quand t'arrives à leur faire un frottis, examen des seins moi je suis déjà
301 bien contente à la première consulte hein. Je vais pas en plus lui coller la PMI,
302 assistantes sociales et tout le machin, sauf si vraiment elle m'inquiète. Il faut

303 qu'elles, elles aient plus peur de toi, qu'elles sachent que la prochaine fois tu vas
304 pas forcément les examiner si tout va bien parce que t'as fait ce que tu avais à
305 faire, tu leur redonneras leurs résultats. C'est valable 2 ans donc déjà, c'est super
306 important. On a fait tout à l'heure, au niveau des seins, je leur explique comment
307 se palper, parce que les femmes là je vais les perdre c'est sûr quand elles seront
308 plus enceinte elles se feront pas suivre. Donc le frottis il sera fait dans 5 ans,
309 mais l'examen des seins ça peut leur mettre la puce à l'oreille, elles toutes
310 seules. T'es pas obligée, tu peux imaginer qu'il y a des femmes qui ne vont pas
311 voir le gynéco de toute façon tous les ans, moi je trouve que c'est très intéressant
312 en préventif, d'ailleurs je pense (enfin faudrait faire des études) que les patientes
313 des sages-femmes ont beaucoup moins de menace d'accouchement prématuré,
314 ont beaucoup moins de consultations au Patugo, ça c'est à vérifier. Mais ça c'est
315 quelque chose que je regarde les fiches Patugo. Là encore celle que je viens
316 d'avoir c'est sa 4^{ième} fiche Patugo...pas normal...Bon il y a des fois elle a
317 saigné, elle est obligé d'y aller. Mais bon les fiches en urgence c'est bien un
318 élément de soit elle a pas compris, soit elle a peur, soit elle te fait pas confiance,
319 voilà il y a quelque chose en tout cas. Si elle est super angoissée pour aller au
320 Patugo comme ça, attendre 4 heures sur un tabouret, c'est que...

321

322 Besoin d'être rassurée...

323

324 - Voilà, elle a pas compris, elle a pas... tu regardes souvent c'est les pertes, les
325 trucs. Ca c'est des dames qui n'ont pas compris que les pertes blanches c'était
326 normal, que les tiraillements de chaque côté c'est normal. Quand elles arrivent à
327 ... Ca ça peut être aussi un argument pour... Le souci pour les femmes
328 précaires aussi c'est la nourriture. Nous qui commençons à être bien chiant sur la
329 prise de poids, le diabète, alors là c'est...c'est un autre monde.

330

331 On remarque plus de diabète gest' ?

332

333 - Elles mangent n'importe comment, n'importe quelle heure, n'importe quoi.
334 Elles te mettent du coca à toutes les sauces, « le mac do' alors je peux plus y
335 aller ? », ça coûte quand même cher hein le mac do l'air de rien. Donc en fait
336 elles fument, elles prennent du mac do et à côté de ça elles ne bouffent pas de

337 légumes, pas de trucs heu...c'est du tout prêt. Ca c'est difficile de changer leurs
338 habitudes alimentaires, ça c'est clair. D'autant plus qu'il n'y a pas beaucoup
339 d'argent. Quand elles sont dehors alors là c'est vraiment n'importe quoi ce
340 qu'elles mangent, ce qu'elles trouvent, ce qu'elles peuvent, elles sont pas prêtes
341 de manger des légumes verts une à deux fois par jour, évidemment.

342

343 Et la relation avec la patiente de passer de secteur anténatal où c'est très différent, ça n'a
344 pas été difficile de changer de secteur ?

345

346 - Non parce qu'on fait déjà les consultes des diabétiques nous là bas donc je pense
347 qu'on est le service le plus proche de ce qui peut se passer en consultations. En
348 plus ici j'ai des grossesses normales alors que là bas c'est des grossesses pathos
349 alors pour moi c'est même plus facile. Et là haut on faisait déjà les EPI donc...
350 Par contre je revois la patiente, voilà ça c'est vraiment le top et j'ai le temps
351 entre guillemets de m'étaler un peu, souvent dans mes dossiers tu vois que dans
352 la consulte j'ai marqué par exemple examen des seins pour la consulte d'après,
353 parce que je vois bien quand je mets le spéculum que je fais un truc déjà c'est le
354 bout du monde pour elles, donc même si je lui ai parlé de l'examen des seins je
355 lui dis : « allez je vous le ferai la prochaine fois je vous laisse tranquille. » Et ça,
356 ça va quoi. Il ne faut pas... on a un peu de temps devant nous et au pire on le fera
357 une autre fois. Il faut pas tout lui balancer. Je fais un peu la même chose sur le
358 tabac. La dame d'avant, je n'arriverai pas à lui faire arrêter puisqu'elle ne veut
359 pas. Alors j'ai déjà essayé une fois, on est passé à 5-6 cigarettes, là elle repasse
360 à 10. Je vois bien que ça ne marche pas. Je lui mets la tabaco mais bon ou elle
361 n'ira pas, ou elle ne suivra pas des masses. On va rester à ...mais si on reste à 5-6
362 au lieu d'un paquet, voilà. De toute façon elle a pas envie d'arrêter donc...Faut
363 faire aussi avec les gens que tu as en face. Tu peux pas demander à une femme
364 de manger des légumes tous les jours si elle n'a pas les moyens de se payer les
365 légumes ou de se les faire chauffer, c'est pareil. Moi le screening sur des dames
366 comme ça je le ferai pas. J'aurai peut-être tort, on me dira que ...mais t'emmène
367 une femme comme ça à la diète elle va s'arracher les cheveux. Qu'est-ce que tu
368 veux lui faire un régime bien strict, ou alors faut lui amener ses plats...

369

370 Et est-ce que vous évaluez la précarité de la même manière quand vous êtes en
371 consultations ou en anténatal ?

372

373 - Non pas forcément. Des fois tu vois des choses en anténatal que je ne reverrai
374 pas ici : le peu d'affaires, la famille, les loulous qui viennent la voir ça peut aussi
375 être..., sa consommation de tabac en anténatal tu l'a vois beaucoup plus,
376 combien de fois elle descend, et puis son mal être. En anténatal t'as des dames
377 qui se mettent à craquer, qui sont vraiment tristounes. Là sur une demi-heure
378 elles peuvent me tromper. J'ai une dame ici que j'ai eue en consulte. Une belle
379 poulette, blonde, super bien sapée, la ceinture Guess, très mimie, j'ai mis la
380 sage-femme libérale pour une surveillance, je ne sais plus quoi. Elle m'a
381 rappelée immédiatement en me disant : « Ouh la la chez elle ça ne va pas du
382 tout, tu verrais dans quoi elle vit... » Et alors là ?? Et la sage-femme libérale m'a
383 dit : « On pourrait se faire avoir en voyant la dame toute seule, mais chez elle ce
384 n'est pas du tout la même image. » Et en anténatal peut être que je m'en serais
385 plus rendu compte. Comme affaires, les gens qui sont autour, les coups de fil
386 qu'elle a, puis sa façon d'être au bout de quelques jours.

387

388 Ca montre bien qu'on n'arrive pas toujours à bien évaluer ?

389

390 - Ah c'est sûr, c'est pour ça je te dis il faut se méfier quand même de
391 l'impression, on peut avoir une impression qui n'est pas souvent très fausse je
392 suis d'accord mais ... En anténatal les dames alcooliques que j'ai eues, je
393 t'assure qu'y en a plus d'unes où je me suis dis : « Ouah, là c'est clair il y a
394 quelque chose », mais il y en a d'autres ben c'est pas marqué tant que ça. Autant
395 le tabac peut avoir des ravages un peu différents, Les toxicos c'est pas toujours
396 non plus la plus délurée du coin, la plus ... faut se méfier hein. Tu vois les
397 consultes à force, souvent quand elles viennent accompagnées ou le pays, où tu
398 mets une petite : « Qu'est ce qui vous angoisse le plus pendant la grossesse ? ».
399 T'attends de voir, des fois t'as des réponses, tu te dis « ooh là je n'aurais pas... »

400

401 C'est étonnant parce que j'ai l'impression qu'en anténatal c'est là que vous évaluez le
402 mieux, et en même temps c'est là où vous avez moins de pouvoir pour agir là-dessus.
403 Alors qu'en consultation vous évaluez peut-être moins mais votre prise en charge...

404

405 - Ben en consultation, tu l'évalueras au fur et à mesure des consultes et si
406 vraiment dans la première consulte t'arrives à savoir dans quelle panade elle est,
407 en détail, en machin et truc c'est qu'elle t'a tout balancé et qu'elle a vraiment
408 besoin d'aide. Mais si elle veut cacher des choses sur une demi-heure c'est
409 largement faisable ! Puis elles sont relativement malignes, parce que si elles
410 savent que si elles sont vraiment dans la panade et que tu pourrais faire quelque
411 chose contre elles par rapport à leur bébé, elles peuvent être très malignes. Et la
412 précarité aussi c'est ces gamines de 17-18 ans qui sont enceintes, qui arrêtent
413 leurs études, qui n'ont rien, qui pourtant ont été en terminale. J'en ai une là, qui
414 vient toujours avec une copine, qui bien sûr a arrêté en même temps ces études,
415 tu sais pas pourquoi. Donc elle vit chez sa copine, et la dernière fois la dernière
416 fois j'ai fait un peu...c'est ce que je leur disais, je fais un peu la vieille conne
417 mais en disant : « Mais qu'est-ce que vous allez faire derrière ? Vous vous
418 retrouvez avec un gamin, vous avez le niveau bac. » Elle était en terminale
419 scientifique. J'ai dit : « Il faut le valider ce bac là, c'est bête mais aujourd'hui
420 toutes les écoles que vous pourrez faire derrière c'est bac confirmé, c'est quand
421 même dommage. » Elles te regardent l'air de dire : « ben oui vieille... » Mais
422 quel dommage, quoi. Pas d'avoir un bébé, parce que c'est fait, c'est en route,
423 elles le vivent bien. Mais qu'est-ce qu'elles vont faire derrière quoi ?

424

425 Chez les jeunes filles on entend aussi une grossesse comme moyen de s'affirmer ?

426

427 - Oui, oui tout a fait. Oui c'est un espèce de pied de nez aussi à la famille, du
428 rentre dedans, c'est sûr. On peut comprendre l'histoire de rentre dedans mais
429 dans un an et demi ce ne sera plus du rentre dedans, elles l'auront avec elles. Tu
430 sais les enfants secoués ça ne vient pas tout seul non plus, il y a une
431 exaspération, il y a une fatigue. Elles, elles sont à quinze mille d'imaginer ce qui
432 va se passer en suite de couche, ça c'est clair. A l'EPI moi je leur fais une petite
433 image un peu exagérée des suites de couches, en parlant crise d'adolescence, en
434 parlant que tout va bien, mais que tu te retrouves souvent complètement en vrac
435 et tout... Ca les fait marrer, mais j'en ai plus d'une en post natal qui m'a dit :
436 « Ouh, chaud en effet, chaud ! ». Tu as des dames que tu pensais fragiles et en

437 fait en suite de couche, impeccables. Et t'en as d'autres qui semblaient gérer
438 l'histoire et finalement...je serai curieuse de les voir dans un an, un an et demi.

439

440 Suite un peu à cet entretien, comment résumeriez-vous une personne en difficultés en 3
441 mots ?

442

443 - Oh, (silence) Moi je ferais une évaluation de ce qui se passe vraiment, de ce
444 qu'elle peut faire et pas faire. Après je verrai ce que je mets en place et après
445 j'essayerai de l'aider.

446

447 En fait, j'ai peut-être mal tournée ma question, je voulais dire comment vous définiriez
448 difficultés ?

449

450 - Une personne en difficultés, c'est ça ?

451

452 Oui voilà

453

454 - Je ne sais pas, comment dire en 3 mots ? Plus fragiles que dangereuses, ça c'est
455 sûr. Pour les contractions, les petits bébés. Pendant la grossesse, plus grossesses
456 à risques effectivement. Et puis, heu oui, le relationnel, sûrement associer le
457 relationnel, ou en trop ou en pas assez.

458

459 D'accord

460

461 - Quelle partie de la précarité toi tu vas faire dans ton mémoire ?

462

463 Justement ce qui m'intéresse par rapport aux sages-femmes c'est quelles idées elles ont
464 de la précarité ? Justement j'ai ma propre opinion, mais je veux voir la représentation de
465 chaque sage-femme.

466 Et est-ce que votre représentation de la pauvreté a changé durant votre carrière
467 professionnelle ?

468

469 - Moi je pense qu'avant c'était peut-être plus les étrangers, que les femmes
470 françaises. Maintenant avec la jeunesse des grossesses, la crise, le manque de

471 thune, l'arrêt des études, tout, je dirais finalement que je m'inquiérais peut-être
472 moins pour les étrangers qui sont ensemble, qui sont coachés par les assistantes
473 sociales, par la PMI. Que par des jeunes qui ne connaissent pas le système, qui
474 se retrouvent en précarité mais seuls. Je me méfierais peut-être plus aujourd'hui
475 de ces jeunes là. C'est peut-être une fausse image mais pour avoir entendu des
476 assistantes sociales dire plusieurs fois : « Ah ben il y a un camion de croates qui
477 arrive, ils sont pris en charge, ils sont dans un foyer » et quand tu vois certaines
478 filles qui vivent, d'une copine à l'autre, de la voiture de machin, déjà elles
479 demandent pas, elles savent pas ce qu'elles ont, ce qu'elles peuvent, et que c'est
480 blindé, je m'inquiérais plus pour elles.

481

482

483 D'accord, et ce n'est pas ce que vous auriez pensé au début ou il y a quelques années ?

484

485 - Heu je sais pas. En anténatal tu as toujours les gens étrangers. Là je suis plus, en
486 tout cas moi parce que je suis plus attentive aux...enfin je suis pas plus attentive,
487 je suis plus embêtée avec les jeunes et tout ce qui va avec. Franchement je serai
488 curieuse d'avoir des retours sur l'après des suites de couches parce que...Il y a
489 des couples je suis sûre que ce n'est plus des couples aujourd'hui, ça j'en suis
490 persuadée. Donc ça veut dire qu'elle est vraiment seule, avec un bébé, elle a tout
491 arrêté, elle a rien déjà à la base, la famille a explosé autour, enfin il y a des
492 vraies situations... Là j'ai une gamine, enfin qui n'est pas gamine du tout
493 d'ailleurs, elle a une vingtaine d'année, elle est très cortiquée. C'est une fille
494 algérienne, elle est avec un sénégalais. Donc la famille de ce monsieur a très
495 bien accueilli l'idée de la grossesse. Elle m'avait prévenu que son père ce serait
496 la folie furieuse et qu'elle avait autant peur de sa sœur aînée que de son père. Et
497 là son père évidemment son père l'a claquée, l'a dégagée de sa mutuelle, sa sœur
498 ne lui parle plus, elle n'a plus de contacts... sa mère commençait à récupérer
499 parce que ben la mère elle peut pas, et ses deux petits frères et sœurs, mais sinon
500 elle a perdu tout le monde. Et ils sont vraiment psychorigides là, et elle vit chez
501 une copine. Ca pour moi c'est une précarité qui va durer, qui va faire beaucoup,
502 beaucoup de mal si elle se relève ce sera grâce à elle. Je pense qu'elle a les
503 moyens de le faire, mais faut l'aider quoi. Faut lui trouver un logement, faut pas
504 qu'elle ait à s'occuper non plus de regarder...pour manger. Vraiment c'est

505 impressionnant et c'est des familles qui pourraient l'aider quoi. Ca a un petit peu
506 changer par rapport à ça dans les familles maghrébines je trouve, mais ça reste
507 chaud encore...
508
509 D'accord. Merci beaucoup.

1 Entretien 3 : Sage-femme depuis 16 ans, exerçant en secteur mère-enfant depuis 9 ans.

2

3 Pour commencer, je voulais vous remercier de m'accorder un peu de temps ; je sais que
4 ce n'est pas évident en secteur mère- enfant. On sait qu'aujourd'hui la précarité a une
5 influence sur la grossesse, on a trouvé un lien entre un mauvais déroulement de la
6 grossesse et un état de précarité ; l'accès aux soins reste encore difficile pour les
7 personnes défavorisées. Pendant mes stages, j'ai beaucoup remarqué cela, aussi dans ma
8 bibliographie. Donc j'aimerais me tourner un peu vers vous sages-femmes qui au
9 quotidien observaient ce constat et ces femmes.

10 Tout d'abord, j'aimerais savoir comment nommez-vous ces personnes ? C'est pour
11 m'aider pour la suite de mon entretien. Je réutiliserai votre vocabulaire.

12

13 - On dit souvent que c'est un milieu défavorisé, problèmes sociaux, (silence) cas
14 sociaux. C'est souvent les termes qu'on utilise.

15

16 Lors de votre dernier passage dans les chambres, la dernière patiente défavorisée que
17 vous avez vue, pouvez-vous me décrire la situation, qu'est ce qui vous a marqué, qu'est
18 ce qui vous a fait dire que cette patiente...

19

20 - ...en entrant dans la chambre ?

21

22 Oui, quelles sont les premières impressions qui vous ont fait dire que c'était un cas
23 social ?

24

25 - Heu, difficile à dire comme ça. En rentrant dans une chambre on sait un petit peu
26 déjà à qui on va s'adresser, parce qu'on a quand même des consignes et des
27 dossiers. Donc on ne peut pas d'emblée mettre une étiquette juste en voyant
28 quelqu'un, en rentrant dans une chambre.

29

30 Oui, différemment aux consultations, où elles voient déjà la patiente, vous, vous avez
31 déjà le dossier avant de voir la patiente ?

32

33 - Ben nous avant de rentrer dans la chambre forcément on a des consignes, donc les
34 personnes qui nous sont décrites comme défavorisées, quand on rentre dans la

35 chambre, on sait qu'il y a un contexte social un petit peu difficile. On pourrait pas
36 rentrer dans une chambre et dire tiens...

37

38 Et peut-être qu'après... ?

39

40 - Alors peut-être qu'effectivement, je dis ça parce qu'à Vermellin 1, souvent c'est
41 des dames qui sont à Vermellin premier en chambre double, parce qu'il n'y a pas de
42 mutuelle, donc pas de supplément à payer. Heu c'est vrai que sur d'autres secteurs
43 comme ici par exemple, parfois on peut avoir des questionnements sur le contexte
44 social, quand on rentre dans une chambre, dans l'attitude peut-être du patient. Des
45 fois on se dit : « Tiens... », dans sa façon de s'exprimer, ou dans sa façon de
46 verbaliser ce qu'elle vit, on se dit tiens, il faut voir un peu le contexte, parfois ça n'a
47 aucun lien, mais parfois ça peut avoir un lien.

48

49 Souvent quand une personne est en chambre double on se dit déjà...

50

51 - Ben pas forcément, ce n'est pas parce qu'une femme est dans une chambre double
52 qu'il y a un contexte défavorisé.

53

54 Oui mais nous dans nos ...

55

56 - Mais nous dans nos pratiques c'est là qu'on les rencontre plus, puisqu'il y a cette
57 histoire de mutuelle à payer ou à ne pas payer, enfin de mutuelle qu'on a ou qu'on
58 n'a pas. La majorité des femmes qui sont à la CMU par exemple, sont à Vermellin
59 1 en chambre double. Donc on sait qu'on rentre dans des familles où il y a des
60 moyens financiers qui sont différents que des dames qui sont sur V2. Par cette
61 histoire de mutuelle, effectivement... Après sans rien savoir de ça, on peut rentrer
62 dans une chambre et puis se poser des questions par rapport, oui peut-être à
63 l'attitude, au comportement des mamans parfois un peu agressives, ou qu'on ne
64 sent pas trop à l'aise et qui nous le verbalise, dans sa façon de s'exprimer on se dit :
65 « tiens, il y a peut-être un contexte social qui va avec. »

66

67 Et au fur et à mesure du séjour, quels sont les clignotants qui vous font penser qu'une
68 femme est défavorisée, sa façon de s'exprimer donc ?

69

70 - Non il n'y a pas que ça, c'est elle aussi dans ce qu'elle va nous raconter sur la
71 sortie, par rapport à la prise en charge du bébé, c'est ça aussi, disons on va peut-être
72 se pencher plus sur cette patiente parce qu'on va se demander comment elle vit
73 chez elle, comment heu elle se comporte avec sa famille, comment elle va prendre
74 en charge son bébé à la maison...Les questions vont peut-être donner, nous ouvrir,
75 diriger vers des problèmes qu'on aurait peut-être pas suspectés par ailleurs.

76

77 D'accord et vous arrive-t-il d'amener le sujet avec la patiente ?

78

79 - C'est-à-dire ?

80

81 D'amener le sujet de la précarité, est-ce que vous avez des soucis ?

82

83 - Ah oui, oui

84

85 Est-ce que c'est difficile ? Simple ?

86

87 - Oh non ce n'est pas difficile. Quand on sent qu'une maman est en détresse par
88 rapport à des problèmes d'argent ou autre chose, ben ça vient presque de façon
89 naturelle. « Qu'est-ce qui vous inquiète ? Est-ce que vous aurez ce qu'il faut à la
90 maison pour le bébé ? » Si elle nous répond non ben « Pourquoi ? Est-ce que c'est
91 un problème d'argent ou un autre problème ? » Non ce n'est pas difficile.

92

93 Donc la prise en charge maintenant de ces patientes ? Avez-vous plus de difficultés à
94 prendre ces cas sociaux en charge ?

95

96 - Dans le secteur même, pas trop. Heu, là où on a le plus de difficultés c'est quand on
97 leur parle d'un suivi à domicile, qui n'est pas toujours accepté par les familles parce
98 que je pense qu'elles ont peur d'être jugées entre guillemets, je pense que ça crée
99 un malaise dans ces familles là. Donc il faut vraiment y aller en douceur, parce que
100 si on dit à une maman : « On va vous envoyer quelqu'un pour vous aider », aider
101 n'est pas forcément entendu comme une aide et des fois même ça peut leur paraître
102 suspect, penser qu'on va venir les surveiller et du coup là je pense qu'il y a des

103 réticences. Et c'est là qu'on peut rencontrer des difficultés avec les patientes, parce
104 qu'elles vont se sentir un petit peu... ben elles vont ressentir ça comme une
105 agression du coup après on a plus de difficultés à communiquer. Mais bon en
106 général ça se fait assez facilement, on leur propose l'assistante sociale, qui passe,
107 elles acceptent facilement les assistantes sociales du secteur, elles acceptent
108 facilement les aides, après, heu, le suivi à domicile, ça dépend des familles.

109

110 Le suivi à domicile ça fait partie de votre prise en charge de ces patientes ? Ce n'est pas
111 automatique, sur quoi décidez-vous un suivi à domicile ?

112

113 - Ben si on sent qu'il n'y a pas trop de moyens, ou pas trop d'aides dans la famille,
114 ou pas trop d'aides financières, on lui propose une assistante sociale et on lui
115 propose la PMI. Pas systématiquement toutes les patientes, quand on sent qu'il y a
116 un milieu un peu défavorisé.

117

118 Avez-vous l'impression d'être plus mal à l'aise avec ces patientes ?

119

120 - Non pas du tout

121

122 Vous les considérez comme les autres ?

123

124 - Ah oui complètement. C'est une prise en charge complètement différente, mais alors
125 pour moi il n'y a aucune différence.

126

127 Et justement le fait qu'on les retrouve souvent dans des chambres doubles, est-ce que
128 ça ne change pas aussi un peu leur séjour à la maternité et leur prise en charge ? Par
129 exemple moins d'intimité, plus difficile de lui parler quand il y a une autre patiente à
130 côté...

131

132 - Si, il y a vraiment des choses dont on ne peut pas parler devant la voisine, il faut
133 leur proposer de les rencontrer dans une autre pièce, ça arrive. Des mamans, des
134 patientes toxicomanes par exemple, quand on a besoin de les rencontrer, on ne va
135 pas dans une autre chambre parce que ça ne se fait plus trop, on va dans les
136 cafétérias, on va dans une pièce. Et on parle avec elle toute seule. Même les

137 assistantes sociales, quand elles ont besoin de discuter des problèmes avec elles,
138 problème financier ou même social elles se mettent dans une pièce ou leur demande
139 de venir dans leur bureau. Et en général ça se passe bien, les mamans comprennent,
140 sont d'accord, forcément. Et puis ça se passe bien, on fait ça de façon discrète, c'est
141 sur que c'est un peu gênant vis-à-vis de la voisine quels que soient ses problèmes, il
142 n'est pas question de...

143

144 Donc il n'y a pas plus de difficultés pour ces mères en chambre double ? Elles vivent
145 pareillement leur séjour, plus de difficultés peut-être à établir le lien mère-enfant ?

146

147 - Oh non je ne pense pas que le fait qu'elles soient en chambre double pose de
148 problèmes pour le lien mère-enfant. Souvent d'ailleurs c'est des femmes qui sont
149 très copines, qui deviennent très copines avec leur voisine. Il y a une certaine
150 facilité, alors je pense que des fois ça doit même les mettre en confiance...je ne sais
151 pas...c'est assez rigolo. Le lendemain elles se tutoient, elles se prêtent les habits,
152 c'est rigolo. Bon après des fois ça passe pas, là par contre ça peut devenir
153 dangereux, il y en a qui se tapent dessus, enfin bon j'exagère un peu, une fois on a
154 été obligé de faire intervenir la sécurité. Oui parce que ça ne passait pas. Bon ce
155 n'était pas les mamans, c'était les conjoints, les copains respectifs et là tout de
156 suite...C'est là par contre que l'on sent que il y a peut-être besoin de ...Je ne sais
157 pas comment dire ça...Au niveau de l'attitude, heu il faille du respect qui n'est pas
158 trop respecté justement et qui n'est pas trop... vis-à-vis de la voisine. Pour un peu
159 qu'on ait deux couples un peu agressifs et oui ils sont tout à fait capables de
160 s'agresser verbalement et des fois je vais te dire, on a appelé la sécurité parce qu'ils
161 étaient prêts à se taper dessus. C'est quand même des fois associé à des violences
162 verbales et même physiques et dans ces familles là, on peut rencontrer cela, et du
163 coup d'une famille à l'autre ça peut se ressentir. Il y a une ambiance un peu
164 particulière.

165

166 Remarquez-vous chez ces personnes défavorisées une différence dans leurs
167 connaissances médicales ou lorsque vous donnez des informations, pour mettre en
168 place l'allaitement maternel par exemple ?

169

170 - Alors c'est assez curieux, il y a moins de connaissances médicales dans ces familles
171 là, mais heu en ce qui concerne avec l'allaitement maternel, c'est une remarque que
172 l'on se fait toujours toutes, c'est que ça se passe...c'est beaucoup plus facile, c'est
173 quelque chose qui reste encore naturel, et du coup...On se dit tout le temps que
174 c'est des dames qui ne se posent pas de questions mais du coup ça joue en faveur de
175 l'allaitement parce que c'est plus simple. Pas toujours mais dans la majorité des
176 cas, oui.

177

178 On remarque plus d'allaitement maternel chez ses patientes ?

179

180 - Oh non, il y en a des deux, peut-être dans la continuité, il faudrait voir à distance si
181 c'est des femmes qui allaitent plus longtemps...

182

183 Mais là vous ne pourriez pas dire ?

184

185 - Qu'elles allaitent plus ? Non, parce que toutes les femmes allaitent ici. On a un
186 pourcentage d'allaitement qui est très élevé, à la naissance, hein. Donc on ne fait
187 pas de distinction.

188

189 Et vous dites qu'elles ont moins de facilité peut-être à comprendre ? Est-ce que vous,
190 vous adaptez ?

191

192 - On s'adapte, on adapte le discours. On ne va pas utiliser des termes très techniques.
193 D'ailleurs, si on est trop technique dans notre discours, elles savent bien nous dire :
194 « je comprends pas.. » On passe des infos autrement. Après il y a des mamans qui
195 ne parlent pas du tout français et on arrive à se comprendre.

196

197 Et vous croyez qu'elles arrivent à chaque fois à avoir les mêmes renseignements qu'une
198 mère plus aisée ?

199

200 - J'espère, que ce n'est pas une distinction. (silence). Peut-être... Je pense que peut-
201 être on va moins dans le détail. Parce que les mamans...heu...si une maman ne
202 comprend pas le français, par exemple, ne le parle pas très bien et puis qu'il y a un
203 contexte défavorisé, et si on des examens à lui expliquer, on va essayer de rester

204 simple, de lui faire comprendre qu'il y a des bilans à faire. Après on ne va peut-être
205 pas heu...L'exemple simple du test de Guthrie qu'on est obligé de faire à tous les
206 bébés, on va lui dire que c'est un test pour le bébé, mais on va pas essayer de lui
207 expliquer qu'il y a la mucoviscidose, la drépanocytose etc...parce que...je ne suis
208 pas sûre que ce soit utile et je ne suis pas sûre qu'on arrive à leur expliquer surtout.
209 Contrairement à une maman, qui va nous demander pourquoi, qui va nous
210 demander des renseignements sur la mucoviscidose, alors forcément on va lui
211 apporter plus de détails. Ca vient aussi de la patiente, il y a une demande de la
212 patiente. Après si il y a une demande de cette dame, là on essaye d'expliquer mais
213 on fait ce qu'on peut. Après ce n'est pas parce qu'une patiente est défavorisée
214 qu'elle doit avoir moins d'infos, c'est pas ça. Mais c'est peut-être pas dit, pas
215 présenté de la même façon, on s'adapte. On fait en fonction de ce qu'elle veut
216 entendre, ou de ce qu'elle veut comprendre.

217

218 Et pour ce qui est du lien mère-enfant, qui est ce que l'on observe beaucoup en secteur
219 mère-enfant, remarquez-vous une différence ?

220

221 - (silence) Est-ce qu'il y a une différence ? Ben c'est pareil, je dirai que dans la
222 majorité des cas pour moi j'ai l'impression que c'est plus simple. Heu...il y a
223 certaines...Dans les familles maghrébines, on a parfois des familles un petit peu
224 défavorisées, ou heu... la famille est encore une valeur importante, je pense que
225 elles, elles sont favorisées pour le coup, par rapport à ça. Parce que elles ont encore
226 une culture qui fait que les grand-mères, les sœurs, les frères sont proches de la
227 maman. Donc elle est pas seule, elle est moins seule, ça je pense que pour elles,
228 c'est un plus. Par rapport à une autre maman qui va être très indépendante, très
229 favorisée financièrement, peut-être qu'elle sera...peut-être qu'on peut rencontrer
230 des femmes plus dans la solitude, tu vois, moins d'aide. Donc voilà, le lien avec le
231 bébé, ça dépend. Ca dépend de quoi on parle, si c'est d'un problème financier ça
232 n'entrave pas le lien, si c'est juste un problème de matériel. Après il y a les femmes
233 toxicomanes, alors là c'est différent ; là le lien oui il est un petit peu altéré.

234

235 Les jeunes aussi ?

236

237 - Les jeunes mamans, ça dépend il y en a qui sont très bien entourées, il y en a pour
238 qui c'est plus difficile. Ce n'est pas parce que c'est une jeune maman qu'elle sera
239 forcément défavorisée. Ça dépend ce que tu entends par défavorisée ?

240

241 Ben je ne sais pas, qu'est ce que vous, vous entendez par là justement ?

242

243 - Alors moi quand je parle de défavorisé, je pense plus à tout ce qui est heu matériel,
244 financier. Heu voilà... Je dirai qu'en premier lieu je verrais ça, défavorisé ça serait
245 plutôt défavorisé au niveau matériel ou financier.

246

247 D'accord. Et toujours pour la prise en charge, maintenant que les séjours sont de plus
248 en plus courts, est-ce que vous ne vous posez pas parfois la question de l'après ? Vous
249 mettez la PMI, assistantes sociales, mais n'y a-t-il pas un côté frustrant de savoir vers
250 où elles partent ?

251

252 - Ca dépend, si on sait que la PMI passe puis qu'elle prend en charge la maman, je ne
253 m'inquiète pas, je fais confiance à mes collègues. L'avantage de la PMI, puisque
254 pour moi être défavorisé c'est de n'avoir pas trop de moyens matériels ou
255 financiers, heu, en l'adressant à la PMI je pense qu'ils vont pouvoir lui apporter ça.
256 Pour moi le relais il sera fait.

257

258 Et quelles sont les femmes défavorisées qui vous interpellent le plus ? Si on prend le
259 côté financier, les femmes seules...

260

261 - Ce qui m'inquiète le plus, c'est les personnes étrangères, sans papiers qui viennent
262 accoucher en France parce qu'elles l'ont choisi ou pas choisi. Heu moi ce qui
263 m'inquiète c'est plus ces personnes là. Une maman qui a la CMU, qui n'a pas trop
264 de moyens, on sait que la PMI va passer, qu'il y a un relais, on sait qu'il y a des
265 choses qui existent. Par contre une maman qui n'a pas de sécu, qui n'a pas
266 forcément d'appartement, qui vous dit qu'elle rentre à l'hôtel avec son enfant, alors
267 ça oui ça vous fait peur, ça m'inquiète. Il y a des foyers qui peuvent exister. Alors
268 ça m'est arrivé une nuit d'être en contact avec un foyer, j'ai eu le sentiment que la
269 prise en charge n'était pas heu, pas terrible. Et puis le papa, lui, m'a rapporté des
270 choses qui m'ont vraiment inquiétée, je me suis dit : « ouh là là ». Lui il ne se

271 sentait pas en sécurité. Donc si lui, en tant que père ne se sentait pas en sécurité, je
272 me suis dit un bébé, avec sa femme là dedans ça m'a fait peur, ça me fait peur. Ça
273 c'est un truc je pense qu'il y aurait du travail à faire là-dessus. Je ne sais pas si il y a
274 des choses en place ou qui sont prévues mais ça oui ça me fait peur.

275

276 Comment vous avez réagi alors ?

277

278 - Comment j'ai réagi par rapport à cette situation là ? (silence) Heu j'ai appelé je ne
279 sais plus quel foyer, j'ai appelé, essayé de comprendre un petit peu ce qu'il se
280 passait. Malheureusement je suis tombé sur un monsieur qui m'a dit qu'il faisait ce
281 qu'il pouvait, que de toute façon c'était comme ça et que c'était déjà bien qu'il y ait
282 cet organisme là pour accueillir ces personnes, donc en gros il ne fallait pas trop se
283 plaindre. Mais bon voilà moi je n'étais pas satisfaite, j'en ai reparlé autour de moi.
284 Bon c'est vrai qu'on a tendance...même avec les assistantes sociales quand on en
285 parle, nous disent voilà on fait ce qu'on peut, les foyers sont déjà pleins, il y a pas
286 de place, donc quand il y a une place on devrait plutôt être content d'y aller, mais
287 quand on écoute les patients on se dit : « Purée, si c'était moi je me sentirais pas
288 bien ».

289

290 Et est-ce qu'il vous arrive parfois de garder des patientes plus longtemps ?

291

292 - Pour ça ?

293

294 Oui

295

296 - (sourire) Bah on aimerait bien, on peut pas. Puisque l'on parle plutôt de rentabilité,
297 donc forcément ce sont des gens qui ne sont pas rentables puisqu'ils n'ont pas de
298 sous, ils n'ont même pas de sécu. (silence) On essaye de trouver la bonne balance,
299 ni trop tôt, ni trop tard. Après tant que...bon c'est sur qu'on ne les mets pas en
300 danger, le danger c'est plus d'ordre médical, mais si d'un point de vue médical ils
301 vont bien tous les deux, on peut pas dire on les garde.

302

303 Ce n'est pas une raison pour la maternité de les garder ?

304

305 - Non, en même temps on ne peut pas non plus garder toutes les personnes qui sont
306 dans ce genre de situation. Peut-être qu'il faudrait inventer ou créer quelque chose
307 pour ces personnes dans cette période de la vie. Parce qu'une naissance, un bébé
308 c'est quand même pas rien.

309

310 Comment vous pourriez définir une personne défavorisée, un cas social en trois mots ?

311

312 - (silence) C'est dur ça. Manque de moyens, faibles moyens, manque de moyens
313 financiers...Je sais bien que l'argent ne fait pas tout mais bon quand il n'y en a
314 pas...

315

316 Est-ce que vous pensez que vous remarquez à chaque fois ces patientes ? J'ai fait un
317 stage en PMI, par exemple, et il y avait une patiente qui allait accoucher et pour
318 l'accouchement elle avait justement acheté, alors qu'elle vivait dans un état de grande
319 précarité, et pourtant elle avait acheté la dernière poussette, pour son enfant elle n'avait
320 acheté que des habits neufs, et je me suis dit : « à la maternité, est-ce que moi j'aurais
321 remarqué que cette patiente vit dans cet état ? » Et puis en secteur mère-enfant, elles
322 sont en chemise de nuit, je veux dire d'un point de vue physique ce n'est pas là que
323 l'on peut le mieux se rendre compte. Est-ce que des fois vous n'avez pas peur de passer
324 à côté ?

325

326 - Ben je ne sais pas... C'est vrai que... (silence) Oui je pense qu'on pourrait passer à
327 côté.

328

329 L'hôpital, la maternité est un milieu un peu « stérile » entre guillemets, et on ne voit
330 peut-être pas...

331

332 - C'est possible, je pense que de toute façon on ne voit que le quart de ce qu'elles
333 veulent bien montrer à l'hôpital. Elles viennent à l'hôpital, et si on allait chez elles
334 on serait peut-être étonné de voir, en comparaison à ce qu'elles veulent montrer.

335

336 Et est-ce que cette représentation des personnes défavorisées s'est modifiée au long de
337 votre carrière ?

338

339 - Je trouve que c'est de pire en pire. Il y avait des gens pauvres quand j'ai commencé
340 à travailler, et là je trouve qu'il y a des gens très pauvres.
341
342 Peut-être pas pire en pire en nombre, mais plus dans l'état de pauvreté ?
343
344 - C'est les deux, il y en a plus et ils sont plus pauvres.
345
346 Vous avez dû vous adapter ?
347
348 - Heu pff heu oui on s'adapte, on essaye d'étoffer nos connaissances pour voir si il y
349 a des choses qui existent pour les aider. Moi je trouve quand même que dans
350 l'ensemble, je pense aux assistantes sociales... des mamans qui n'ont pas grand-
351 chose qui sont bien aidées, qui sortent quand même avec ce qu'il faut, je ne sais pas
352 si c'est suffisant par rapport à la demande, mais je trouve que en général il y a
353 quand même de l'aide qui est apportée. Oui ça s'est adapté. Bon après elles disent
354 aussi qu'elles sont débordées et qu'elles ont beaucoup plus de consults qu'avant, ça
355 reflète aussi ce que l'on voit dans les secteurs. Je ne me suis jamais posé la
356 question.
357
358 Merci beaucoup
359
360 - De rien, c'était intéressant.

1 Entretien 4 : Sage-femme depuis 19ans et exerce en consultation depuis 1an.

2

3 Tout d'abord je voulais vous remercier de m'accorder un peu de temps, je sais que ce
4 n'est pas toujours évident. On sait qu'aujourd'hui la précarité a une influence sur la
5 santé, l'accès aux soins reste difficile pour les personnes défavorisées. Lors de mes
6 stages et de mes recherches bibliographiques, j'ai bien observé ce lien qui existait entre
7 précarité et un mauvais déroulement de la grossesse. Donc j'aimerais me tourner vers
8 vous, sages-femmes qui êtes confrontées à ce constat et à ces femmes.

9 Dans un premier temps j'aimerais savoir comment vous nommez ces personnes ? Parce
10 que la précarité rassemble beaucoup de choses, sans tabous, pour que je puisse utiliser
11 votre vocabulaire pour la suite de l'entretien.

12

13 - Alors déjà quand je pense au mot précarité, moi je pense tout de suite à
14 difficultés financières. C'est le premier mot qui me vient à l'esprit. Non pas pour
15 ranger les personnes dans des catégories mais quand on n'a pas d'argent
16 effectivement on a moins...l'accès aux soins est moins facile. Je pense par
17 exemple à des femmes étrangères, qui viennent en France, qui sont quelques fois
18 en situation irrégulière, qui ne sont pas assurés sociaux, bah forcément là heu il
19 y a une situation de précarité parce que ben la patiente ne peut pas se soigner
20 comme elle veut etc. Heu quant aux personnes qui vivent en France, voilà moi je
21 vois un couple par exemple qui arrive, ils sont au chômage tous les deux, sans
22 emploi, sans formation, je me dis : « là il y a forcément une précarité assurée
23 parce que ben voilà... » Pour moi c'est très lié au moyens financiers, voilà.

24

25 D'accord, tous les jours vous utilisez le mot précarité, vous ?

26

27 - Non, pas tous les jours.

28

29 Vous utilisez quoi comme terme ? C'est précarité qui vous parle le plus ?

30

31 - Oui, quand même.

32

33 Parce que l'on entend difficulté, fragilité, cas social...

34

35 - Oui cas social, effectivement cas social, mais le terme cas social pour moi est un
36 petit peu plus large que la précarité. Pour moi « cas social », on a en plus des
37 difficultés d'ordre familial, psychologique, parfois, social, c'est
38 plus...voilà...cas social il n'y a pas que la précarité financière, d'autres soucis
39 notamment familiaux. Pour moi la précarité ce n'est pas synonyme de cas social,
40 dans ma tête hein, je ne sais pas si je définis correctement.

41

42 La dernière patiente en situation de précarité que vous ayez vue, est-ce que vous pouvez
43 me décrire un petit peu la consultation, qu'est-ce que vous avez pensé en la saluant, au
44 premier regard, qu'est-ce qui vous a fait dire qu'elle était en situation précaire ?

45

46 - Alors rien ne me fait dire qu'elle est en situation précaire, moi j'aime pas juger
47 les gens de l'extérieur. Peut-être qu'inconsciemment j'ai un avis mais je le vois
48 en posant mes premières questions, voilà. Et le dernier couple, la dernière
49 patiente que j'ai vue, ce n'est pas plus tard que ce matin, une patiente qui a
50 quitté l'école au collège, qui a quitté la troisième, qui est donc sans formation,
51 sans travail, avec un conjoint qui était au chômage jusque là, et qui vient de
52 retrouver un travail mais à durée déterminée. Ceci dit c'est mieux que rien.
53 Voilà alors après moi j'aime pas dire : « Qu'est-ce qui me fait dire que... » C'est
54 ce que les gens me disent qui me disent que les gens sont en état de précarité et
55 pas l'aspect extérieur.

56

57 Vous ne faites pas trop attention à l'apparence ?

58

59 - Pas du tout, même si effectivement l'apparence va quand même avec un certain
60 milieu social, personne ne peut dire le contraire, mais je trouve qu'on n'a pas le
61 droit de juger comme ça, ça je ne veux pas et je ne peux pas.

62

63 Alors les clignotants qui vont vous faire penser qu'une personne est en précarité,
64 c'est plus dans son discours, sa manière de s'exprimer ?

65

66 - Tout à fait, sa manière de s'exprimer, son « niveau intellectuel » entre
67 guillemets. Parce que bon il y a des petites jeunes qui ne savent même pas, par
68 exemple quand est-ce qu'elles ovulent pendant un cycle. Bon il y a quand même

69 une pauvreté intellectuelle souvent chez ces gens là qui est associée,
70 malheureusement, donc c'est la manière de parler, d'appréhender les choses, la
71 maturité, heu voilà quoi.

72

73 Et le dossier ? Vous y référez-vous parfois ? Ou quand vous établissez le dossier
74 quels sont les clignotants qui vous faire penser à cela ?

75

76 - Dans les questions que je pose, que je donne, que j'écris dans le dossier, c'est
77 ça ? Il peut y avoir beaucoup de choses... (silence). Oui, je sais pas trop
78 répondre à cette question, je suis un petit peu coincée, parce que j'ai
79 l'impression de vous faire un doublon avec ce que j'ai déjà dit. (silence). La
80 profession, mine de rien. La profession sans jugement aucun, mais ça va souvent
81 avec, ouais. Heu... après le milieu de vie, voilà aussi. L'indépendance des gens
82 aussi, si ils sont encore dépendants de leurs parents, si ils ont leur appartement,
83 leur maison à eux. Voilà, la manière de poser leurs questions. Enfin je ne sais
84 pas comment répondre à cette question, ça m'est difficile, mais heu... (silence),
85 un petit peu le milieu social dans lequel ils vivent, quoi, en gros.

86

87 D'accord, donc c'est plutôt à la fin de votre consultation que vous vous faites un
88 avis, sans pour autant juger.

89

90 - Non, non, mais on est obligé d'avoir un avis, ne serait-ce que pour orienter aussi
91 le suivi de grossesse. On ne présente pas les choses de la même manière, on
92 n'explique pas les choses de la même manière, on ne propose pas les mêmes
93 choses non plus, c'est évident. On ne s'adresse pas à une patiente qui est « un
94 petit peu limitée » entre guillemets, ou pas très au courant, par rapport à
95 quelqu'un qui est cadre, c'est évident...heu...voilà. (silence) Mais c'est aussi
96 pour mieux cibler, enfin je veux dire ce n'est pas un jugement, c'est au contraire
97 quelque chose pour aider la patiente. C'est-à-dire si elle a besoin d'un soutien à
98 domicile, si elle a besoin d'une assistante sociale, si elle a besoin qu'on fasse un
99 petit état des lieux chez elle, en envoyant une sage-femme de PMI. Hein, enfin,
100 voilà. Le but c'est, dès la grossesse, arriver à terme correctement, et que la
101 femme soit bien suivie. Il y a pas d'autres buts hein pour moi. Mais c'est
102 important de déterminer si il y a précarité ou pas, quand même.

103

104 Et est-ce qu'il vous arrive parfois d'amener le sujet ?

105 - Oui ça m'est déjà arrivé.

106

107 C'est simple ?

108

109 - Heu...La patiente a parlé très volontiers, en fait j'avais vu dès le départ que la
110 situation n'était pas simple, mais j'ai essayé de creuser. Et il s'est avéré que cette
111 patiente là, elle hébergeait des gens qui n'étaient pas de sa famille, elle gardait
112 les enfants de sa sœur, elle était mariée mais le père était pas le conjoint, des
113 difficultés relationnelles très très importantes avec sa mère, enfin bref situation
114 familiale...Donc bon j'avais vu qu'il y avait un état de précarité mais j'ai
115 vraiment creusé pour essayer de décoincer une situation et puis essayer de mettre
116 l'assistante sociale sur le coup, parce qu'il y avait danger pour elle et pour les
117 enfants qu'elle gardait. C'est le seul cas que j'ai vu.

118

119 Sinon même si vous voyez qu'il y a des difficultés financières, vous n'amenez pas le
120 sujet ?

121

122 - Si, au cours de la consultation d'EPI, si, si, si. Heu, pour moi c'est
123 indispensable, c'est le moment où il faut en parler. Parce que si les gens ont
124 besoin d'aide, voire si on peut leur proposer quelque chose, voire si on peut les
125 orienter, les aider. Si, si c'est important quand même.

126

127 D'accord. Justement on va se tourner un peu plus vers la prise en charge de ces
128 patientes, est-elle différente ?

129

130 - D'un point de vue médical, bien sûr que non, maintenant on n'est pas attentif
131 aux mêmes causes. Moi j'examine plus volontiers des patientes comme ça, parce
132 que je sais que, voilà, elles font plus de menace d'accouchements prématurés,
133 elles s'écoutent moins. Elles vivent quand même dans un milieu où voilà elles
134 ne se font pas bien soignées. Je serai peut-être plus vigilante, effectivement.

135

136 Qu'est- ce que vous allez cibler le plus dans votre prise en charge ? Qu'est-ce qui
137 vous inquiète le plus ? Un clignotant ?

138

139 - Au niveau de la grossesse uniquement ? La menace d'accouchement prématuré
140 et puis le retard de croissance, parce que souvent elles s'alimentent mal. Ce sont
141 les deux choses.

142

143 Avez- vous des difficultés avec ces patientes ?

144

145 - Ca dépend. Il y a des patientes qui sont vraiment très dociles, qui ne demandent
146 qu'à être aidées, heu voilà qui se fondent bien vraiment dans la prise en charge
147 qu'on leur propose et ça se passe très très bien. Et d'autres où les cas sont
148 parfois peut-être plus compliqués, où là elles sont quelques fois rebelles et le
149 contact se fait moins bien. Il y a de temps en temps de l'agressivité. Ouais ça
150 peut arriver.

151

152 C'est la principale difficulté ?

153

154 - Oui, c'est une incompréhension de leur part, que nous on leur veut du bien et on
155 veut les aider, et en fait elles elles prennent ça à un certain moment comme une
156 contrainte et voilà...Elles veulent faire comme elles veulent, elles ont pas saisi le
157 bien fondé de notre prise en charge, elles voient pas plus loin. Mais bon c'est
158 souvent des gens qui ont d'énormes difficultés relationnelles avec les parents,
159 des nœuds familiaux pas possibles, c'est souvent ça.

160

161 Vous avez l'impression d'être mal à l'aise parfois ?

162

163 - Jamais, non je ne suis pas mal à l'aise, j'ai de l'empathie. J'ai de l'empathie
164 pour certaines patientes, même pour toutes je dirai, mais je ne me sens pas mal à
165 l'aise, non, ce n'est pas le terme.

166

167 Comme vous dites qu'elles sont parfois agressives, comment vous réagissez ?

168

169 - Hé ben, (silence) moi je me repositionne toujours en tant que sage-femme et en
170 tant que soignant. Ça recadre souvent bien les choses. Je dis pas que la relation
171 devient agréable etc.... mais au moins chacun son domaine. Le but aussi, c'est
172 de mettre une frontière, un peu. Là on a le droit de déborder, là il n'y a pas le
173 droit. Leur faire prendre conscience qu'elles portent un enfant. Parce que
174 souvent elles veulent un bébé, elles veulent être enceintes, mais heu, la grande
175 immaturité chez certaines, c'est qu'elles n'ont pas conscience qu'elles portent un
176 individu au sein de leur ventre et que, hé ben, tout ce qu'elles font, parfois, ça
177 peut-être nocif pour lui. Voilà, c'est ça la grande difficulté souvent.

178

179 « Tout ce qu'elles font », c'est-à-dire ?

180

181 - Hé ben la prise de poids, « les contractions mais je ne me repose pas », « j'ai été
182 hospitalisée mais je suis sortie contre avis parce que je ne voyais pas l'intérêt de
183 me faire soigner pour une pyélonéphrite ». Ce genre de choses que l'on peut
184 voir. Et malheureusement tous ces cas là se voient dans des milieux assez
185 précaires.

186

187 Comment les prenez-vous en charge ? Vous ciblez donc sur retard de croissance,
188 menace d'accouchement prématuré...

189

190 - Oui, mais enfin ça comme chez tout le monde. C'est-à-dire que chez ces
191 patientes là, il y a plus de risques infectieux, il y a plus de risques de menace
192 d'accouchement prématuré, il y a plus de risques de retard de croissance intra-
193 utérin. Mais je suis vigilante chez les autres aussi. Simplement c'est au niveau
194 de l'entretien de la consultation que ce sera différent, on posera des questions
195 différemment, heu, voilà. On va plus demander chez une patiente de ce genre-là,
196 si elle se fait soigner les dents, par exemple, parce qu'on sait très bien qu'elles
197 ne vont pas chez le dentiste régulièrement. On sera plus attentif au fait qu'elles
198 aient eu un frottis ou pas, si elles ne savent pas, on le refera plus
199 systématiquement. Enfin, la grossesse peut être un moment pour elles, pour
200 recadrer pas mal de choses au niveau médical. Voilà on sera plus attentif de ce
201 côté-là, hein, par rapport à une patiente où on voit tout de suite qu'elle a un

202 médecin généraliste, un gynécologue, elle a son dentiste, son kiné, elle a tout, et
203 du coup on a moins besoin d'approfondir.

204

205 Justement, j'allais vous demander, remarquez-vous une différence dans leurs
206 connaissances médicales, avez-vous plus de mal à faire passer les informations de
207 début de grossesse ?

208

209 - Oh oui, il y a plus de difficultés, plus d'ignorance en général, oui, oui.

210

211 Vous arrivez à passer toutes les informations ?

212

213 - Ah oui, moi j'utilise un langage plus simple, adapté. En général ça se passe bien.
214 Je dis pas qu'elles comprennent tout du premier coup, mais au moins les infos
215 sont données, elles peuvent relire à la maison. Voilà, ici elles peuvent poser
216 toutes les questions, on répète. Mais surtout utiliser un langage très simple. Ah
217 oui au niveau du langage, et parfois même les mots simples ne sont pas très bien
218 compris, donc le langage c'est très très important.

219

220 Bien s'adapter ?

221

222 - Ah bah oui, c'est la priorité, sinon après on passe à côté de tout.

223

224 Et justement vous parliez tout à l'heure des assistantes sociales, des sages-femmes
225 de PMI, utilisez-vous un peu ces différentes personnes ?

226

227 - Oui, facilement. Déjà parce qu'on a un service social ici qui est très accessible,
228 proche de la consultation, elles sont très compétentes, oui oui oui.

229

230 A quel moment vous y faites appel ?

231

232 - Plutôt au début, parce que quand il existe des soucis de ce genre on le voit tout
233 de suite, plutôt au début.

234

235 Plutôt vers les assistantes sociales quand il y a un souci financier ?

236

237 - Souci financier, souci de couverture sociale, souci...Ben j'ai une patiente
238 dernièrement qui se faisait battre par son conjoint, qui avait porté plainte etc, qui
239 vivait seule avec ses enfants sans personne à qui les confier si elle venait à la
240 maternité. Donc voilà, je l'ai orientée vers les assistantes sociales pour qu'elle
241 trouve une solution pour qu'elle ait quelqu'un à domicile. Voilà, les cas sont
242 différents, celui-là me vient à l'esprit tout de suite. Une autre patiente aussi, qui,
243 petite jeune qui s'était mariée, qui s'était fait avoir en beauté, enfin bref, qui
244 vivait avec le soi-disant, le père du bébé, mais tout n'était pas clair, enfin voilà.
245 Donc là, moi j'avais pas le temps de la prendre 2 heures et de dénouer son
246 problème familial et social, donc je l'ai orienté facilement vers l'assistante
247 sociale. Voilà, et elle, elle se mettait en contact très facilement avec les sages-
248 femmes de PMI.

249

250 D'accord, vous prenez moins contact directement avec les sages-femmes de PMI ?

251

252 - Oui, moi moins, car je sais que les AS le font. Mais ça peut arriver.

253

254 Est-ce que c'est facile d'amener vos patientes vers ces personnes ?

255

256 - Oui, pas de souci.

257

258 Et justement les consultations sont-elles plus longues avec ces patientes en
259 précarité ?

260

261 - Oui, on passe plus de temps à expliquer, à les écouter aussi, parce que comme
262 elles ont des soucis, quelques fois elles parlent. Donc on passe plus de temps à
263 écouter aussi. Oui, oui, de manière générale c'est plus long.

264

265 Et la visite post-natale, a-t-elle un rôle dans votre prise en charge ? C'est important ?

266 Vous revoyez ces femmes ?

267

268 - Alors moi depuis que j'ai repris le travail, je n'en ai pas encore vu en post-natal,
269 mais ça a sûrement son importance. Je manque un peu de recul là.

270

271 Parce que cela pourrait permettre de mettre en évidence la prise en charge pendant la
272 grossesse, si elle a été efficace.

273

274 - Oui, bien sûr.

275

276 Et les consultations ? Pourquoi êtes-vous dans ce secteur maintenant ?

277

278 - Oh parce que ça correspond à un tournant dans ma carrière. J'ai fait plus de
279 10ans de grossesse à risque, j'ai fait un peu de salle de naissance donc voilà.
280 C'est un versant de mon métier que je ne connaissais pas et que j'apprécie, tout
281 simplement.

282

283 Vous appréciez mieux la relation avec la patiente ?

284

285 - Oui, parce que l'on prend plus le temps. Dans les services, on est plus dans
286 l'urgence, on voit les patientes peut-être au long court, mais d'une manière très
287 furtive au cours d'une journée. Et là, on prend vraiment le temps avec la
288 patiente. Une demi-heure, parfois une heure, personne pour nous déranger, et il y
289 a vraiment un lien qui se crée qui est intéressant. Le fait de les voir...

290

291 Est-ce qu'il n'y a pas une frustration quand vous suivez ces femmes en situation
292 précaire, au bout de 9 mois quand c'est fini, de savoir ce qu'elles deviennent ?

293

294 - Ah ben, je me pose des questions oui, ce qu'elles vont devenir, bien sûr. Oh, le
295 mot frustration est peut-être un peu fort, mais voilà, je me pose des questions,
296 oui je me pose des questions pour certaines.

297

298 Et par rapport aux secteurs où vous avez déjà travaillé, est-ce que vous évaluez
299 mieux la précarité en consultation ?

300

301 - Heu on l'apprécie différemment, c'est-à-dire qu'on a plus le temps, je dirais de
302 s'en occuper ici, de prendre les choses vraiment de A à Z, d'approfondir
303 correctement. On a plus le temps que dans les secteurs, dans les secteurs on va

304 parer à l'urgence, dans les secteurs on peut appeler l'assistante sociale, on peut
305 appeler la psychologue, voilà. On peut passer du temps avec une patiente mais
306 on a pas toujours le temps. Donc, ici, quand on a la patiente en face de soi, on a
307 qu'elle, et forcément on va plus approfondir les choses, ça c'est sûr.

308

309 Suite à cet entretien, pourriez-vous me définir la précarité en trois mots ?

310

311 - Trois mots dans ma définition ? Moi je mettrais difficultés financières, heu,
312 (silence), difficultés intellectuelles, et problème d'intégration sociale, manque
313 d'intégration sociale.

314

315 Manque d'intégration sociale, vous le voyez comment ?

316

317 - Ben c'est-à-dire que c'est souvent des gens qui travaillent pas, soit qui n'ont pas
318 envie, soit qui ne peuvent pas, soit qui n'ont pas de diplômes donc des gens qui
319 ne peuvent pas s'intégrer à la société. Heu, des gens qui ont un rythme de vie
320 complètement quelque fois à l'inverse des autres, alors pour être à l'heure à un
321 rendez- vous, c'est difficile, ne serait-ce que pour s'intégrer au milieu médical
322 de la maternité c'est compliqué pour elles. Donc du coup, elles se marginalisent.
323 La marginalité aussi, c'est un très beau mot pour définir la précarité. Quelque
324 fois, hein, bien sûr.

325

326 Votre représentation de la précarité s'est-elle modifiée depuis le début de votre
327 carrière professionnelle ?

328

329 - Ah bah sûrement parce qu'avant je ne la côtoyais pas. Quand on voit les gens
330 dans la rue, on a qu'une vague idée de ce que les gens vivent. Oui évidemment.
331 C'est-à-dire qu'on comprend mieux pourquoi les gens réagissent comme ça.
332 Déjà il y a une certaine compréhension de leur comportement, même si on
333 n'approuve pas, mais on comprend. Et puis une manière de prendre les
334 problèmes un petit peu dans l'ordre. C'est-à-dire que si il y a un souci
335 psychologique, on règle déjà le souci psychologique. Je pense que si il y a une
336 approche différente, moi je sais qu'il faut les approcher avec beaucoup de
337 douceur, les entourer etc. Oui, l'approche est différente parce qu'avant je ne la

338 connaisais pas la précarité tout simplement. Mais elle a évolué aussi au cours
339 de ma carrière, c'est-à-dire qu'au départ j'y prêtais pas trop attention, quoi,
340 c'était pas...j'étais plus focalisée sur le problème médical, je voulais bien faire
341 mon travail, faut pas oublier ça...Un petit peu comme toutes les jeunes
342 professionnelles et au fur et à mesure, on se bonifie, hein, je dirais. On mûrit
343 aussi. On voit des tas de situations autour de soi et on arrive mieux à prendre en
344 charge ce genre de situation.

345

346 Depuis que vous êtes en consultation, même si c'est récent, vous arrivez de mieux
347 en mieux à les prendre en charge ?

348

349 - Ah oui, et ça ira de mieux en mieux je pense. L'expérience est irremplaçable.

350

351 Merci beaucoup, je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter ?

352

353 - Non, merci, c'était intéressant.

1 Entretien 5 : Sage-femme depuis 1 mois et demi en secteur mère-enfant

2

3 On sait qu'aujourd'hui la précarité a une influence sur la santé, l'accès aux soins reste
4 difficile pour les personnes défavorisées, mes stages et toute ma bibliographie m'ont
5 montré ce lien entre précarité et mauvais déroulement de la grossesse. Pour mon
6 mémoire, j'aimerais me tourner vers vous sage-femme qui êtes confrontées à ces
7 femmes et à ce constat.

8 Tout d'abord j'aimerais savoir comment nommez-vous ces personnes? Ainsi je pourrai
9 réutiliser votre vocabulaire pendant la suite de l'entretien.

10

11 - Comment je la nomme?

12

13 Oui, par exemple lors des transmissions, si vous voulez précisez sa situation sociale,
14 comment vous exprimez-vous?

15

16 - Moi je dis toujours elle a un contexte social difficile, je dirai jamais...enfin jamais je
17 ne la jugerai. Je dirai toujours c'est une pauvre patiente, mais dans le sens pauvre, que
18 j'ai de l'empathie pour elle quoi, j'irai jamais dire c'est une pauvre fille, enfin c'est plus
19 voilà, je dirai que c'est une pauvre patiente qui a un contexte social difficile. Je mettrai
20 toujours quelque chose en place derrière pour l'aider, je me dirai toujours ça.

21

22 Donc le mot qui vous correspond le plus c'est : une personne à contexte social difficile?

23

24 - Oui voilà.

25

26 Lors de votre dernier passage dans une chambre, la dernière patiente avec un contexte
27 social difficile, pouvez-vous me décrire la situation, qu'est-ce qui vous a fait dire que
28 cette patiente était dans un contexte difficile?

29

30 - La dernière personne que je viens de voir, c'est une personne maghrébine, enfin il n'y
31 a vraiment pas de jugement par rapport à la religion, enfin je veux dire il n'y a aucun
32 souci par rapport à ça pour moi. C'était une patiente maghrébine avec le voile, la famille
33 autour, ils étaient dix, enfin vous voyez...c'est toujours un peu ce genre de patiente où
34 tu sens qu'il y a quelque chose derrière, qu'il y a une difficulté sociale, difficulté au

35 niveau de l'argent. En les voyant en fait, je les sens tout de suite sans forcément aller
36 regarder dans son dossier ; est-ce qu'elle travaille, est-ce qu'elle travaille pas. Juste au
37 visuel et à la façon de se comporter, à la façon dont elles vont nous parler, leur manière
38 d'agir, en fait, envers nous, c'est comme ça, tout de suite je les catalogue, enfin je les
39 catalogue dans le sens où c'est une patiente qui a des soucis économiques. Ou alors
40 quand elles sont en chambre double, direct tu te diras qu'elle a des soucis financiers
41 importants. Souvent comme ça que je les sens en voyant. Ou alors là une patiente qui a
42 des soucis dentaires importants, tu te dis que derrière il n'y a pas d'argent pour avoir des
43 soins. Ou alors des enfants, il y a beaucoup d'enfants, il n'y a pas de contraception.
44 Enfin tu sens tout de suite qu'il y a quelque chose, qu'il n'y a pas de suivi, pas de suivi
45 médical, vraiment aucun suivi et ben forcément t'as des défaillances et t'as des
46 grossesses. C'est plus comme ça que je les sens.

47

48 D'accord. Quelles sont vos premières impressions quand vous rentrez dans la chambre,
49 ce que vous ressentez?

50

51 - (silence) Ben franchement je suis souvent mal à l'aise, parce que je ne sais pas trop
52 comment aborder le souci financier, comment aborder le suivi par la suite, vu que je
53 suis en secteur mère-enfant pour pouvoir l'aider, est-ce que financièrement elle pourra
54 subvenir aux besoins de son enfant, est-ce que par la suite elle va trouver du
55 travail...J'essaye toujours de mettre en place quelque chose derrière mais franchement
56 j'avoue je suis mal à l'aise parce que quand c'est des patientes assez vulgaires, qui ont
57 des paroles assez violentes aussi parfois envers nous. Parce que c'est souvent dans ce
58 genre de situations que tu vois qu'il y a une violence envers le personnel soignant. Et
59 souvent je suis mal à l'aise je l'avoue, mais j'essaye quand même toujours de mettre
60 quelque chose en place derrière pour pouvoir l'aider au maximum, même si je ne suis
61 pas sûre de mettre tout ce qu'il faut pour qu'elle puisse subvenir aux besoins de son
62 enfant. Parce que le problème dans notre profession c'est que tu passes souvent la main
63 à quelque un mais tu n'es jamais sûre de ce qui va se passer derrière, quoi. C'est ça, je
64 suis toujours un peu embêtée par rapport à ça.

65

66 Justement j'allais poser la question, avez-vous parfois l'impression d'être mal à l'aise?

67

68 - Oui, enfin, clairement ça dépend des patientes. Après t'as des patientes qui sont très
69 ouvertes, qui vont te dire clairement : «Ben voilà, j'ai trois enfants, là je veux une
70 contraception car j'avais pas de suivi médical » Quand c'est comme ça, ça se passe très
71 bien et je fais au maximum de ce que je peux faire. Mais tu en as d'autres qui sont très
72 fermées, qui ont pas envie que tu les aides, et toi t'es mal à l'aise parce que ben tu vois
73 bien que c'est une patiente, une pauvre patiente, qui n'a pas de suivi, qui est un peu
74 malheureuse quand même dans son histoire, et je me sens mal à l'aise, c'est vrai. Des
75 fois j'ai du mal, je fais mon maximum, mais des fois j'ai du mal à m'ouvrir un peu, à
76 essayer aller plus loin quoi, parce que tu ne sais jamais trop ce qui va ressortir dans
77 leurs histoires, et quand ça t'arrive des fois en plein visage, tu ne sais pas trop quoi
78 faire. Voilà.

79

80 Et, j'allais aussi vous demander, mais vous m'avez un peu répondu, amenez-vous le
81 sujet parfois?

82

83 - Elles n'ont pas forcément envie de se confier aussi, donc heu...C'est vrai que
84 c'est un peu délicat devant ce genre de situation. Je pense que c'est surtout en
85 consultation qu'elles ont le plus d'impact sur ces patientes là, parce que tu vois,
86 nous en secteur nous on les voit 4 jours, même pas 3 jours et demi quand on les
87 met en sortie précoce, et je pense qu'en 3 jours tu n'as pas le temps de mettre en
88 place tout ce qu'il faut derrière pour le suivi. Et c'est un peu le souci des sorties
89 précoces. En consultation, tu as 9 mois pour voir la patiente, pour pouvoir
90 aborder le sujet. C'est vrai que ben... je pense qu'en suite de couche, c'est
91 délicat le souci de la précarité par rapport à ça, par rapport à tout ce qui est sortie
92 précoce, pédiatre, sage-femme libérale. Et puis tu n'as pas forcément le temps en
93 suite de couche de te donner à fond pour ta patiente parce que tu as 2 sages-
94 femmes, chacune 10 à 12 patientes, et tu as beaucoup d'administratif en secteur
95 mère-enfant, et du coup tu passes beaucoup de ton temps derrière l'ordinateur à
96 faire tes papiers, tes entrées, tes sorties ...et à côté de ça, tu as pas assez de
97 temps pour être auprès de ta patiente et de l'aider au maximum, parce que tu as
98 beaucoup d'autres chose à faire, en plus du secrétariat, que ton rôle de sage-
99 femme.

100

101 Et pour en revenir aux premières impressions, c'est plus le côté physique qui va
102 vous choquer en premier, les maladroites, le dossier...

103

104 - En fait moi je lis les dossiers toujours après avoir vu les patientes, parce que je
105 veux toujours me faire mon opinion avant d'aller lire dans le dossier tiens cette
106 patiente elle est CMU, elle n'a pas de boulot ou alors cette patiente là elle est
107 prof. Je ne veux pas avoir de jugement de valeur avant d'entrer dans la chambre.
108 Et du coup c'est vrai que le dossier je m'en sers vraiment après pour voir est-ce
109 que j'ai raison ou est ce que...Et moi, ce qui me choque c'est surtout oui le
110 physique, la façon dont elles sont habillées mais aussi la façon...la manière de
111 s'exprimer, parce qu'elles ont un langage quand même assez grossier, vulgaire
112 et on sent tout de suite que c'est des patientes défavorisées. C'est ma première
113 impression, après c'est peut-être pas la bonne.

114

115 Et par rapport aux chambres doubles, parce que l'on pense tout de suite à des
116 personnes plus fragiles, pensez-vous que la prise en charge est différente en
117 chambre double, il y a-t-il plus de difficultés à établir le lien mère-enfant ?

118

119 - Je pense parce que au niveau de l'intimité c'est carrément zéro, étant donné que
120 t'as toujours les visites de la voisine qui sont là pour te déranger, quand elles
121 veulent allaiter, ben si c'est une patiente qui est pudique et ben t'as un rideau qui
122 sépare, un rideau qui arrive à mi-cuisse donc tu vois ce qui se passe à côté, donc
123 je pense vraiment que la chambre double, pour ce qui est de l'intimité, et le lien
124 mère-enfant je pense clairement que ce n'est pas une bonne chose. Après au
125 niveau mutuel, elles n'ont pas le choix non plus que d'aller dans une chambre
126 double. Au niveau de la prise en charge, je pense que même pour nous c'est plus
127 difficile, parce qu'on peut jamais aller au-delà de ce qu'on...aller très loin dans
128 la discussion pour savoir est-ce qu'il y a quelque chose derrière, pourquoi elle
129 travaille pas, pourquoi elle a des soucis, pourquoi on voit ça dans le
130 dossier...C'est vrai qu'on ne posera pas les mêmes questions que si on était tout
131 seule dans la chambre avec la patiente. C'est vrai que la chambre double...
132 j'avoue c'est un peu délicat quand on est du côté chambre double, parce qu'on
133 ne peut vraiment pas poser toutes ces questions là.

134

135 Donc vous sentez que la prise en charge est différente ?

136

137 - Oui, tu te donnes des barrières, je pense qu'on se donne toutes des barrières par
138 rapport à ça parce qu'on ne veut pas...étant donné qu'il y a le secret
139 professionnel quand même qui doit toujours être gardé, hé ben quand t'as une
140 patiente qui est à côté si tu dois lui demander « est-ce que ça la brûle » quand
141 elle fait pipi hé ben forcément ça t'en a rien à faire de savoir si la voisine elle le
142 sait, mais t'iras pas lui demander pourquoi dans le dossier tu vois problèmes
143 avec le père, problème de violence, des choses comme ça...parce que c'est
144 souvent ce que l'on retrouve dans les chambres doubles, violée à 15 ans, enfin
145 quand tu vois que la patiente n'est pas bien, tu ne peux pas aller au-delà en
146 disant, ben est-ce que vous vous sentez pas bien parce qu'il y a ça...Alors qu'en
147 chambre seule, tu vois je poserai la question. Alors qu'en chambre double,
148 quand tu as une visite à côté, que tu as 10 personnes, même si tu les mets dehors,
149 tu as toujours la dame qui est là, c'est toujours délicat. Et entre elles, elles ne
150 s'entendent pas forcément toujours, elles sont toujours réveillées avec le bébé de
151 la voisine ou vice versa, et c'est vrai que pendant 3 jours, je pense qu'elles
152 vivent un peu l'enfer, quoi. Pour peu qu'elles n'aient pas la même culture, c'est
153 pareil, enfin c'est un peu délicat pour elles.

154

155 D'une manière générale, que ce soit chambre double ou seule, modifiez-vous votre
156 prise en charge avec ces patientes ?

157

158 - Non, ben à part le fait là, que je te disais que je n'irai pas au- delà, pour poser
159 des questions, des choses que j'ai vu dans le dossier qui m'inquiéteraient, si la
160 voisine est là, je ne poserai pas la question. Mais non, je ne change pas, je serai
161 toujours égale à moi-même.

162

163 Quelle est la principale difficulté que vous rencontrez avec ces patientes ?

164

165 - (silence) D'entrer dans un jugement peut-être. Oui je vais te dire ça, parce que
166 c'est vrai que tu as toujours tendance à vouloir juger la dame, si elle te dit
167 qu'elle a eu 4 enfants et qu'elle ne bosse pas depuis 10 ans, et qu'elle a jamais
168 voulu chercher de travail parce qu'elle se trouve bien à la maison, ou des choses

169 comme ça, ben tu vas peut-être forcément avoir un jugement heu peut-être
170 négatif, parfois, même si tu ne dois pas, je pense que le souci oui, c'est de
171 parfois de pas devoir juger. Quand elle te laisse l'enfant pendant une heure et
172 qu'elle te dit j'en ai pour 5 minutes, je vais fumer ma cigarette et qu'une heure
173 après elle n'est toujours pas revenue, forcément t'as un petit peu de colère
174 envers cette patiente là. Et tu vas la juger, et je pense que le souci dans les
175 contextes socio-économiques difficiles, c'est que parfois on a le jugement de
176 valeur quand même qui prend le dessus et qui ne devrait pas, mais je pense
177 qu'on est humain et qu'on a tous notre petite...je pense que c'est ça le plus dur,
178 ne pas entrer dans le jugement de valeur.

179

180 Remarquez-vous une différence dans les connaissances médicales ? Plus de mal à
181 passer l'information ? Pour ce qui est l'allaitement, les infos du retour à la maison...

182

183 - Non, je leur dirai toujours,... avec toute patiente je donnerai les mêmes
184 informations mais j'aurai par contre l'impression que ça ne rentre pas de la
185 même manière. (silence) J'ai parfois l'impression qu'elles n'assimilent pas ce
186 que je leur dis, même si je leur explique trois fois. Parce qu'elles n'ont peut-être
187 pas envie de s'y intéresser non plus, mais vu qu'elles ont un suivi médical des
188 fois qui est un peu laborieux, mais c'est vrai que non je donne les mêmes infos
189 mais après je ne suis pas sûre qu'elles l'assimilent.

190

191 Et l'allaitement maternel, est-ce que vous remarquez qu'il y en a plus ? Il se déroule
192 mieux, moins bien ?

193

194 - Heu pour ces patientes j'ai plus l'impression, de ma petite expérience que j'ai là
195 en secteur mère-enfant, elles n'allaitent pas pour la plupart, c'est plus des
196 allaitements qui sont artificiels, et par contre celles qui allaitent, elles gèrent très
197 bien leur allaitement, elles ne sont absolument pas demandeuses d'aide quand
198 c'est le cas. Mais sinon, pour la plupart elles souhaitent quand même ne pas
199 allaiter.

200

201 Et justement on parlait des séjours qui aujourd'hui sont de plus en plus courts, est-ce
202 que vous ne vous posez jamais la question de l'après ? N'y a-t-il pas une frustration
203 parfois au départ de la patiente ?

204

205 - Ah ben si, si complètement. Parce que effectivement ça m'embête toujours de ne
206 pas savoir comment va se passer la suite, l'après, parce qu'on est là que trois
207 jours. Et après, même si il y a une sage-femme de PMI qui est mise en place,
208 même si il y a un pédiatre de PMI, même si il y a une sage-femme libérale, on
209 ne sait jamais ce qui va se passer derrière, ils ne seront pas toujours autour de
210 cette patiente là et des fois ben au bout de trois jours les laisser sortir, je trouve
211 que c'est limite, et je m'inquiète toujours de savoir la suite, qu'est ce qui va se
212 passer pour cet enfant. J'ai eu le souci il y a un mois de ça, un enfant qui est
213 parti, qui est passé par la fenêtre, donc du coup...heu...ben forcément...
214 maintenant j'ai beaucoup de mal et je pense à l'après suite à cette expérience là.

215

216 Et ce n'est pas possible d'essayer de garder les patientes plus longtemps ? Est-ce
217 que parfois il existe des critères pour pouvoir garder des patients plus longtemps ?

218

219 - (silence) Ben...quand des patientes ne se sentent pas prêtes à sortir, on peut
220 toujours essayer de faire pression pour la garder plus longtemps, mais après c'est
221 des critères de service. C'est vrai que c'est un peu délicat, parce que voilà c'est
222 comme ça. J 3, maxi J4 pour les primis, sage-femme libérale à fond, HAD, enfin
223 c'est la politique de la maison. Et c'est vrai que c'est un peu délicat de
224 les...parce qu'on nous dira forcément qu'une sage-femme libérale peut passer,
225 donc heu...tu vois maintenant que tu as ce relais là qui se fait derrière, on te
226 dira : « ben il y a aucune raison de garder cette patiente », sauf si l'enfant par
227 contre, là tu vois, perte de poids supérieure à 10 %, ou quelque chose comme ça,
228 là on te dira : « ben si le pédiatre dit non, ok on garde la dame, mais si le
229 pédiatre ne dit pas non, la dame est sortante. »

230

231 Il y a juste le côté médical ?

232

233 - Oui, voilà c'est vraiment le côté pour le bébé qui est important, parce que la
234 patiente elle peut sortir...Enfin c'est la politique de la maternité de Nancy, après

235 c'est comme ça, quoi.

236

237 Et pour ce qui est du suivi à domicile, qu'est ce que vous mettez en place ?

238

239 - Je suggère fortement à chaque fois à la patiente une sage-femme libérale, et
240 j'appelle systématique la sage-femme de PMI, même si la patiente n'est pas
241 connue. Une sage-femme libérale et une sage-femme de PMI. Oui la PMI, c'est
242 vrai la PMI c'est important je pense, dans ces cas là parce qu'ils
243 ont...L'assistante sociale aussi, quand même c'est vrai que souvent on est
244 appelé a travailler avec elles si elles connaissent la patiente. Ou au niveau du
245 contexte financier c'est vrai qu'elles apportent beaucoup pour ces patientes là.
246 Parfois on fait aussi passer la pédopsy, quand on voit que la patiente a des
247 difficultés sociales importantes, ou des difficultés à s'exprimer par rapport à
248 nous, par rapport à son bébé, c'est vrai on lui demande aussi souvent son point
249 de vue, elle rencontre souvent les patientes, mais c'est vrai que voilà...j'essaye
250 au maximum de travailler en réseau pour les aider mais après je pense qu'on
251 n'est pas assez...qu'on ne va pas assez loin dans ces cas-là, on n'a pas
252 forcément le temps non plus durant les trois jours.

253

254 Et de proposer à ces patientes de voir ces différents professionnels, est-ce simple,
255 est-ce bien accepté par les patientes, est-ce qu'elles le demandent ?

256

257 - Les patientes que j'ai eues avec des problèmes financiers elles ne le demandent
258 pas forcément. Il y en a une seule qui m'a demandé un jour « est-ce que je peux
259 voir l'assistante sociale », sinon je leur en parle systématiquement. J'essaye de
260 leur amener les choses vraiment de manière très sympa, ne pas leur faire peur en
261 leur disant : « Faut que vous voyez la psy », pour leur faire comprendre qu'elle
262 est malade, alors que ce n'est pas le cas. Et non c'est vrai qu'elles l'acceptent
263 toujours assez bien quand je leur propose, parce que je leur explique quand
264 même un bon bout de temps pourquoi, et elles comprennent. Je n'ai jamais eu de
265 soucis par rapport à ça.

266

267 Pour vous contexte social difficile ou précarité, ça fait appel à quoi ?

268

269 - Pour moi c'est une patiente qui vit souvent en HLM, qui n'a pas de..., qui a
270 beaucoup d'enfants aussi, parce que c'est quand même le cas. Qui ne travaille
271 pas, qui n'a souvent pas de mutuelle, qui a comme sécurité sociale la CMU, tu
272 vois, les patientes un peu comme ça, un peu typique. Sans suivi médical, enfin
273 pour moi c'est ça les patientes qui ont un contexte économique difficile,
274 vraiment les patientes qui n'ont jamais trop de chances dans la vie, et voilà quoi.
275 C'est un schéma pour moi, c'est peut-être pas...

276

277 Et dans toutes ces patientes quelles sont celles qui vous interpellent le plus ?

278

279 - Quand il y a des violences conjugales, parce qu'on le retrouve quand même
280 souvent dans ces cas-là. Ça va tout de suite m'interpeller parce que je vais
281 penser à la maman, à l'après et au bébé. Et c'est vrai que c'est quelque chose qui
282 m'inquiète beaucoup et aussi quand il y a énormément de grossesses et
283 beaucoup beaucoup d'enfants, parce que quand c'est les deux parents qui ne
284 travaillent pas, au niveau financier, ce n'est pas évident d'élever parfois 5, 6, 7
285 enfants en bas âge, alors qu'ils aient des aides sociales certes, mais ça, ça
286 m'inquiète aussi, et j'essaye de mettre en place une contraception derrière pour
287 éviter quand même une grossesse trop rapprochée. Après si la patiente refuse, on
288 ne peut pas la forcer, donc dans ces conditions là, l'implanon est quand même ce
289 qu'on propose, mais si elle ne veut pas, tant pis.

290

291 En trois mots, comment définiriez-vous contexte social difficile ?

292

293 - Faut que je réfléchisse (silence). Précarité, j'ai envie de te dire CMU, mais
294 bon...Oui CMU et sans emploi, ou plutôt chômage.

295

296 Est-ce que cette représentation de cette précarité, depuis le début de votre
297 expérience professionnelle a changé ? Pour vous, depuis aussi le début de vos
298 études, car on y est confronté aussi pendant nos études.

299

300 - Oui parce que en fait j'ai remplacé en libéral, et quand on voit une patiente à la
301 maternité, tu t'imagines forcément où elle vit, enfin tu te fais un schéma de sa
302 situation, de sa vie familiale. Et quand j'ai travaillé en libéral, j'étais amenée à

303 aller chez les patientes, à domicile, et là je me suis vraiment rendu compte de ce
304 que c'était la pauvreté, la précarité et depuis j'ai vraiment changé mon jugement,
305 et je suis dans l'empathie vraiment, parce qu'elles vivent vraiment dans des
306 conditions des fois, enfin c'est vraiment laborieux, quoi. Quand tu vois qu'elles
307 vivent dans la saleté, dans la poussière au milieu de je ne sais pas...des chats,
308 des chiens, 3 lapins, que quand tu rentres dans la maison, tu as envie de sortir en
309 courant tellement il y a une odeur infâme qui t'arrive sur la tête. Enfin tu vois, ça
310 m'a...Après elles ont des appartements qui sont dans des états pas possibles,
311 après c'est parce qu'on leur donne ce genres d'appartements, c'est pas de leur
312 faute mais ça fait mal au cœur. J'ai changé un peu mon jugement par rapport à
313 tout ça, dans le sens où je me rends vraiment compte de ce qui attend, ce qui va
314 se passer derrière la naissance et où vont vivre ces enfants, et ça m'inquiète,
315 franchement.

316

317 En plus, en secteur mère-enfant, ce n'est pas vraiment l'endroit où l'on peut le
318 mieux évaluer parce que les séjours sont courts et les femmes sont souvent en
319 pyjama, et achètent que de belles affaires pour leur enfant, pour la naissance.

320

321 - Et puis on ne voit pas forcément aussi la famille qu'il y a derrière, parce que
322 c'est vrai qu'à la maternité on voit de temps en temps quelques visites, mais on
323 ne voit pas tout ce qui est : les oncles, les tantes, les parents, les cousins, les
324 enfants...Mais quand tu vas à la maison, en libéral, tu te rends compte de tout ce
325 monde, cet environnement qui est néfaste aussi pour elle, parce que pour créer
326 un lien mère-enfant dans le bruit, dans la violence, dans la saleté c'est délicat.
327 Tu changes vraiment ton point de vue, parce qu'à la mat, tu ne peux pas voir
328 tout ça.

1 Entretien 6 : Sage-femme depuis 24 ans exerçant en secteur mère-enfant depuis 6 ans.

2

3 Tout d'abord merci de me consacrer un peu de temps. On sait qu'aujourd'hui la
4 précarité a une influence sur la santé, l'accès aux soins reste difficile pour les personnes
5 défavorisées. Pendant mes stages et lors de ma bibliographie j'ai remarqué qu'il existait
6 un lien entre précarité et un mauvais déroulement de la grossesse. Donc j'aimerais me
7 tourner vers vous sages-femmes qui êtes confrontées à ce constat et à ces femmes.

8 Dans un premier temps, j'aimerais savoir comment personnellement vous nommez ces
9 patientes ? Cela va m'aider dans la suite de l'entretien à utiliser votre vocabulaire. Par
10 exemple lors de vos transmissions.

11

12 - Ce n'est pas très heu...il y a des choses pas très...c'est des choses un peu
13 péjoratives souvent, des cas sociaux. On se dit ben voilà c'est des pauvres
14 femmes, milieu défavorisé. J'essaye de réfléchir.

15

16 C'est vraiment pour m'aider pour la suite de l'entretien.

17

18 - Oui ben c'est plus ça, un milieu défavorisé.

19

20 Lors de vos passages dans les chambres, la dernière patiente défavorisée, pouvez-vous
21 me décrire la situation ?

22

23 - C'est une dame qui est seule, il y a le papa de temps en temps, enfin on ne sait
24 pas trop. Elle côtoyait beaucoup de gens sdf, et donc justement il y avait
25 un...Les deux autres enfants précédents étaient placés, et il y a la peur qu'elle
26 retourne chez elle avec cet enfant là, donc centre maternel, qu'elle a finalement
27 accepté mais elle a failli refuser. Vraiment un gros cas, un peu dur, parce qu'elle,
28 si elle ne voulait pas aller en centre maternel, on lui retirait son enfant. Donc
29 c'était le gros cas ces derniers temps. Parce que du coup elle est sortie sans
30 enfant, pour régler un peu de problèmes à l'extérieur, il a été hospitalisé en
31 néonate, et elle est venue le récupérer le lendemain pour aller en centre maternel.
32 Ça a été très difficile pour en arriver là, parce que elle voulait se sauver avec son
33 enfant, rentrer chez elle...

34

35 Quels sont les clignotants qui vont vous faire penser qu'une femme est défavorisée,
36 quand vous entrez dans une chambre ?

37

38 - Je ne sais pas comment dire, mais souvent ça se voit sur elles. Souvent elles font
39 plus vieilles que leur âge, souvent elles ont un mauvais état dentaire, une
40 mauvaise hygiène.

41

42 Vous vous référez plus au dossier, à vos impressions ?

43

44 - Sinon on le voit dans le dossier aussi. Souvent ben si elles sont déjà connues du
45 service social, l'entretien prénatal, il est pas souvent rempli mais bon.

46

47 L'apparence physique, la manière de s'exprimer peut-être ?

48

49 - Oui et puis bon quand voilà c'est des gens réfugiés, quand il y a une barrière
50 linguistique, et tout le service social.

51

52 Est-ce qu'il vous arrive parfois d'amener le sujet ?

53

54 - Non. Dernièrement il y avait une dame, ma collègue de nuit l'avait reçue la nuit,
55 elle avait du voir dans le dossier que c'était marqué « difficulté financière » ou
56 « situation financière délicate », bon voilà, ben en fait ils étaient tous les deux
57 sans travail. Bon ça c'est courant ? Ça aussi, quand ils travaillent pas tous les
58 deux bon ben on se dit...En fait j'ai appelé l'assistante sociale, mais elle m'a dit
59 moi je vais pas y aller comme ça si ils demandent rien. Moi je vais pas demander
60 non plus. Surtout, ils sont souvent dans une chambre double, c'est délicat dans
61 les chambres doubles, parce que devant la voisine, demander... on peut en avoir
62 et quand même y arriver et puis avoir sa fierté. Ils savent bien souvent
63 demander. Mais c'est peut-être pas ceux qui en ont le plus besoin qui
64 demandent. Souvent il y a des réfugiés qui abusent et qui...qui demandent
65 « social, social » pour les couches et tout. Ils ne savent dire qu'un mot c'est
66 « social ».

67

68 Si des fois vous amenez le sujet, est-ce que c'est simple ?

69

70 - Je ne l'ai jamais amené. Non, souvent elles sont connues du service social, donc
71 j'appelle l'assistante sociale, elle les connaît, vient les voir. Souvent elles sont
72 connues pendant la grossesse. Il n'y a que quand c'est des grossesses non
73 déclarées, là que l'assistante sociale vient la voir, souvent oui c'est déjà démarré
74 pendant la grossesse.

75

76 Et justement vous parliez des chambres doubles, avez-vous l'impression qu'avec
77 des chambres doubles le séjour à la maternité est moins bénéfique, le lien mère-
78 enfant plus difficile à mettre en place ?

79

80 - Il y en a qui aiment bien être en chambre double, souvent elles se tutoient, elles
81 se familiarisent, mais bon...c'est difficile de savoir leurs ressentis, je ne peux
82 pas...C'est délicat pour nous parfois de parler de certains sujets. Quand c'est des
83 dames qui sont sous traitement substitutif, c'est délicat, on ne peut pas parler de
84 tout parce que il y a une femme à côté, ça empêche parfois de parler de certaines
85 choses.

86

87 Et pour ce qui est de la prise en charge de ces patientes ? Avez-vous une prise en
88 charge différente ?

89

90 - Non c'est la même prise en charge. Une sage-femme libérale à la sortie aussi.

91

92 Avez-vous parfois des difficultés avec ces patientes ? Quelle serait la principale
93 difficulté ?

94

95 - Non je ne vois pas (silence).

96

97 Avez-vous parfois l'impression d'être mal à l'aise ? Des difficultés dans le
98 dialogue ?

99

100 - (silence) Non, parce qu'elles sont plus simples même des fois. Et puis même
101 pour l'allaitement ça marche mieux, parce qu'elles sont plus simples, et se
102 posent moins de questions que des femmes plus aisées qui sont très...Moi

103 personnellement j'aime presque mieux ces femmes là que les femmes de milieu
104 plus aisé.

105

106 Et justement remarquez-vous une différence dans leurs connaissances médicales,
107 avez-vous plus de mal à passer une information ?

108

109 - Non,

110

111 Vous passer l'information comme aux autres patientes ?

112

113 - Oui

114

115 Et par rapport à l'allaitement, qu'est-ce qu'on remarque ? Plus ou moins
116 d'allaitement ? Ça se passe mieux apparemment ?

117

118 - Des fois c'est vrai qu'on se dit...ceux qui n'allaitent pas, on se dit ils devraient
119 plutôt allaiter que de demander, oui, qu'on leur donne du lait, c'est vrai il y en a
120 qui allaitent pas des fois on se dit, il a pas d'argent, le mieux ce serait d'allaiter.
121 Mais alors oui, comparer le nombre, si elles allaitent plus ou moins alors ça.
122 Après il y en a qui commencent puis qui arrêtent, on ne peut pas dire qu'elles
123 allaitent moins c'est peut-être faux, je ne sais pas. Est-ce qu'elles continuent
124 après ou non ? Est-ce qu'elles allaitent plus ou moins, non je ne saurai pas dire.

125

126 D'accord. Les séjours sont maintenant de plus en plus courts, quand ces patientes
127 rentrent chez elles, ressentez-vous une frustration ?

128

129 - Ben pas pour elles plus que pour les autres. Oui il y a une frustration parce que
130 on démarre à peine, on sait qu'il y a un relais à l'extérieur, elles ne sont pas
131 lâchées dans la nature.

132

133 Un relais à l'extérieur ?

134

135 - Les sages-femmes libérales et dans les cas là il y a la PMI en plus. Mais plus les
136 sages femmes libérales parce que elles peuvent venir dès le lendemain, la PMI...

137 Non vu qu'il y a des sages-femmes libérales, il y a un suivi et puis la PMI aussi
138 donc il y a un suivi.

139

140 Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de vouloir garder des patientes plus longtemps ?

141

142 - Quand l'allaitement vraiment n'est quand même pas bien démarré, des soucis
143 d'allaitement. Parce que bon, une sage-femme libérale c'est bien beau, mais elle
144 passe qu'une fois par jour, donc si l'allaitement n'est pas bien, si le bébé n'a pas
145 repris de poids, c'est le pédiatre aussi qui ne laisse pas sortir, des soucis
146 d'allaitement ou d'ictère aussi, bien sûr.

147

148 Mais par rapport à un côté plus social, vous est-il arrivé d'avoir envie de garder une
149 patiente plus longtemps ?

150

151 - Oui ça m'est déjà arrivé mais heu pour des dames dont le bébé est hospitalisé en
152 néonate. Et puis pas seulement les patientes défavorisées, même pour d'autres
153 patientes quand le bébé est en néonate et qu'elle l'allait. Soit elle habite loin et
154 elle passe de toute façon en chambre parentale. Et même si elle habite sur
155 Nancy, quand elle allaite je trouve que c'est difficile de venir, d'être là à chaque
156 tétée, surtout la nuit elle ne peut pas, donc je trouve que c'est dur de les faire
157 sortir. Sinon, quand elles ont leur bébé, on arrive, si vraiment ça se justifie, pour
158 l'allaitement c'est déjà arrivé qu'on les garde, ou si le pédiatre n'accepte pas la
159 sortie pour problème de poids.

160

161 Toujours d'un point de vue médical, mais d'un point de vue...

162

163 - Social, non, de toute façon ce n'est pas en un jour qu'on règle leurs problèmes.
164 Ou alors des fois un jour de plus dans le service si il y a un souci, ou si on ne
165 peut pas la chercher le jour là, mais on ne peut pas rallonger de plusieurs jours.

166

167 D'accord. Justement par une femme défavorisée vous entendez quoi ?

168

169 - Ben donc soit des gens qui n'ont pas de couverture sociale, précaires, aucun des
170 deux ne travaillent, les mamans dont les enfants précédents sont déjà
171 placés...Voilà, quoi

172

173 Suite à cet entretien comment est-ce que vous pouvez me définir un «cas social » en
174 3 mots ? Les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?

175

176 - Ce n'est pas facile. Pour la décrire ?

177

178 Non plutôt comment vous définissez pauvreté, précarité ?

179

180 - Heu non je ne vois pas.

181

182 Et est-ce que cette représentation de la précarité, de ces femmes, a changé depuis le
183 début de votre carrière professionnelle ?

184

185 - Disons qu'au début de ma carrière professionnelle, je n'étais pas en secteur
186 mère-enfant mais en gynécologie donc c'était tout à fait différent, je le remarque
187 plus là en secteur mère-enfant.

188

189 Même par rapport à avant vos études, depuis que vous exercez cette profession, est-
190 ce que vous avez d'autre avis, changé d'avis par rapport à ces situations précaires ?

191

192 - ben là, je remarque qu'il y en a qui abusent beaucoup, quand même, qui savent
193 profiter...les étrangers, surtout les gens qui viennent de l'est, me mettent un peu
194 hors de moi maintenant, à force de les voir...qui savent très bien... il y a des
195 gens peut-être qui ont plus besoin qui n'ont pas...et d'autres qui abusent du
196 système, qui demandent tout, alors qu'ils ont de la famille...

197

198 Et avez-vous l'impression, lors du séjour des patientes en secteur mère-enfant,
199 d'évaluer correctement les femmes défavorisées ?

200

201 - Non, parce qu'on ne sait pas non plus comment c'est à l'extérieur, on ne peut pas
202 tout savoir. La femme dont je parlais tout à l'heure, moi ça je ne l'aurais pas su,

203 c'était même pas marqué dans le dossier que ses deux enfants étaient placés. Si
204 l'assistante sociale ne me l'avait pas dit, je ne savais pas. J'ai bien vu que c'était une
205 femme qui n'avait pas l'air...qui avait l'air triste, fermée, qui a eu des soucis, voilà
206 qui avait du avoir une vie dure. Voilà en fonction de la personne mais...

Regards des sages-femmes d'une maternité publique sur l'extrême pauvreté et les femmes de milieu très défavorisé (1)

M. BAUMANN *, J.-P. DESCHAMPS **, G. DESCHAMPS ***,
Y. GUENIFFEY **** (Vandœuvre-lès-Nancy)

Résumé : L'importance accordée par un ensemble de sages-femmes aux difficultés liées à la communication et aux pauvretés affective, culturelle et sociale n'engendre-t-elle pas chez elles des attitudes de non écoute et de non réponses aux besoins des femmes de milieu d'extrême pauvreté ?

Mots-clés : Maternité - Pauvreté - Communication - Sage-femme.

La présente étude est réalisée dans le cadre d'une recherche plus vaste sur les relations existantes entre "maternité" et extrême pauvreté¹, c'est-à-dire sur les difficultés qu'engendre un recours à des services prénataux et d'accouchement pour les femmes de milieux très défavorisés. Le constat de départ est qu'il existe une accumulation de pathologies diverses au cours de la grossesse et lors des naissances chez les femmes vivant en situation d'extrême pauvreté (1). Par ailleurs, il existe des services, des structures dont le rôle est d'apporter des réponses aux besoins de santé.

Or l'expérience quotidienne montre, s'agissant des milieux défavorisés, que les besoins des femmes restent encore trop souvent insatisfaits alors que les services de santé sont disponibles dans la communauté et gratuits en ce qui concerne la prise en charge de la grossesse et de la maternité (2, 3).

Une telle étude contribue à favoriser l'accessibilité aux soins de la personne défavorisée en sensibilisant les professionnels de santé à l'extrême pauvreté dans toutes ses dimensions sociales, économiques, affectives, sanitaires (4, 5).

1 - Objectifs et hypothèses

L'objectif est d'étudier chez les sages-femmes d'une maternité publique l'image qu'elles ont des femmes très défavorisées afin de déterminer à travers l'analyse des connotations, le ou les regard(s) qu'elles leur portent. Il vise également à mieux cerner le champ sémantique sur lequel s'installe la relation entre sages-femmes et femmes, où circulent les représentations que les sages-femmes se font de la grande pauvreté et des plus pauvres.

Les sages-femmes ont, de l'extrême pauvreté et des femmes de milieux très défavorisés, des images qui conditionnent leurs réponses aux besoins de santé de ces femmes.

2 - Méthode

La Maternité Régionale de Nancy a été choisie comme lieu d'enquête parce qu'une majorité de femmes de l'agglomération vivant en situation d'extrême pauvreté y viennent consulter et accoucher. D'autre part, l'établissement rassemble un nombre important de sages-femmes (97 au total).

Comme il est de règle pour toute approche du "vécu humain", l'aspect de "l'image" que l'on se fait de l'Autre, ne peut être révélé que par la médiation du langage. C'est toujours grâce à un processus d'énonciation,

et à partir d'expressions recueillies que l'étude de la subjectivité peut se faire objective (6).

2.1 - Construction de l'échelle de l'extrême pauvreté

Pour appréhender le champ sémantique de la pauvreté, nous avons demandé aux sages-femmes exerçant dans les services de consultation prénatale et de suite de couches, de décrire lors d'entretien des situations dites "d'extrême pauvreté". Nous avons collecté les expressions citées par les sages-femmes sans les modifier d'aucune manière.

Les critères rassemblés décrivent les aspects de l'extrême pauvreté qui les ont impressionnées. Ils sont différents selon les situations rencontrées mais aussi selon la personnalité et l'expérience professionnelle de chaque sage-femme. D'autre part, l'image de la grande pauvreté chez chacun d'entre nous est également conditionnée par les modèles qui nous sont imposés, aux plans social, économique, physique, culturel (7). Cette approche, bien que parcellaire, permet de mieux connaître les stéréotypes (8) avec lesquels les sages-femmes abordent la notion de pauvreté. Tous les éléments cités par ces sages-femmes constituent l'ensemble des connotations de leur discours. Le champ sémantique ainsi défini comporte 36 items.

Ces items présentés sous la forme d'une échelle d'auto-positionnement à cinq degrés ont été soumis à l'appréciation des 97 sages-femmes de l'établissement. Elles ont pu dès lors estimer l'importance qu'elles accordent à chacun d'entre eux (9).

2.2 - Construction de l'échelle de l'image de l'Autre

En nous inspirant de l'échelle du différenciateur sémantique d'Osgood (1952) (10, 11) permettant de déterminer les connotations associées à une image (12), nous avons réuni 32 couples d'items négatifs et positifs que nous avons placés de part et d'autre d'une graduation de zéro à dix. Cette échelle a été soumise, comme la précédente, aux 97 sages-femmes (13).

2.3 - Conditions de passation des échelles

Chaque sage-femme a reçu les deux échelles sous enveloppe. Une fois remplies, elles étaient déposées de façon anonyme dans une boîte à lettre prévue à cet effet. Sur les 97 sages-femmes sollicitées, tous services confondus dans un souci d'équité, 57 ont participé à l'enquête.

¹ Travail réalisé dans le cadre d'un contrat PRC INSERM n° 132004, Faculté de Médecine - Département de Santé Publique - BP 184 F, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy cedex.

* Michèle BAUMANN, Sociologue, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, BP 184, VANDŒUVRE-LES-NANCY CEDEX.

** Jean-Pierre DESCHAMPS, Professeur de Santé Publique, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, même adresse.

*** Geneviève DESCHAMPS, Médecin, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, même adresse.

**** Yves QUENIFFREY, Statisticien, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, même adresse.

Tirés à part : M. BAUMANN, adresse ci-dessus.

3 - Résultats

3.1. - Les images de l'extrême pauvreté pour des sages-femmes

L'analyse de connotations permet de connaître l'organisation que prennent les représentations contenues dans le discours, et de dégager la notion de "regards sur l'Autre" (14, 15).

3.1.1 - Normes de vie et caractéristiques de l'extrême pauvreté

Le plan factoriel (16) retenu dans l'analyse des notations attribuées aux critères de l'échelle de pauvreté est constitué des deux premiers axes. L'interprétation s'appuie sur les contributions absolues. Aussi, les variables sélectionnées sont celles qui participent le plus à la construction de l'axe factoriel jusqu'à un seuil cumulé de 77 %.

Les deux axes (figure 1) expliquent 23,9 % de la variance totale. Ils mettent en évidence deux regards : l'un sur les femmes et leurs normes de vie (Axe 1), l'autre sur leurs modes de vie (Axe 2). De ce fait, pour certaines sages-femmes, ce sont les situations culturelle, affective, sanitaire et matérielle dans lesquelles les personnes vivent qui dominent. Alors que pour d'autres, ce sont les conditions socio-économiques qui sont mises en avant.

Les sages-femmes qui perçoivent la non-conformité aux normes (hygiène du linge insuffisante...) comme un déterminant de la culture des pauvres, s'opposent à celles qui soulignent chez eux plutôt l'absence de soutien (isolement...) et d'aide (misère physiologique...) (Axe 1).

D'autre part les unes approchent l'extrême pauvreté plutôt par ses aspects sociaux et économiques (mésentente constatée par le personnel, accumulation et répétition d'événements difficiles...) et les autres par ses conséquences (insuffisance alimentaire...) (Axe 2).

Parmi les regards portés, il semble donc y avoir une opposition entre les sages-femmes qui voient l'extrême pauvreté à travers ses "symptômes" et celles qui la voient à travers ses "causes" (économiques, sociales, familiales...).

3.1.2. - Stéréotypes de l'extrême pauvreté

Les expressions de l'échelle de pauvreté évaluées par les sages-femmes ont été classées en fonction de leur fréquence aux notes quatre (important) et cinq (très important) (Tableau I).

Globalement, 17 stéréotypes sur 36, c'est-à-dire environ la moitié des items sont considérés par l'ensemble des sages-femmes comme des critères importants ou très importants permettant d'identifier des indicateurs révélant une pauvreté.

Parmi ces critères, au moins trois sages-femmes sur cinq citent :

1. dentition en mauvais état
 2. subsistance assurée par des allocations
 3. solitude affective
 4. situation de chômage de longue durée
 5. absence d'emploi régulier et stable
 6. accumulation et répétition d'événements difficiles.
- Ex-aequo

Ces stéréotypes repérés comme "important" ou "très important" font appel, plus particulièrement à l'apparence physique (un item), aux difficultés économiques et professionnelles (trois items) ainsi qu'aux problèmes affectifs et sociaux (deux items).

Les items dont les fréquences de notations élevées sont comprises entre 60 % et 50 %, sont des indicateurs qui évoquent surtout des éléments

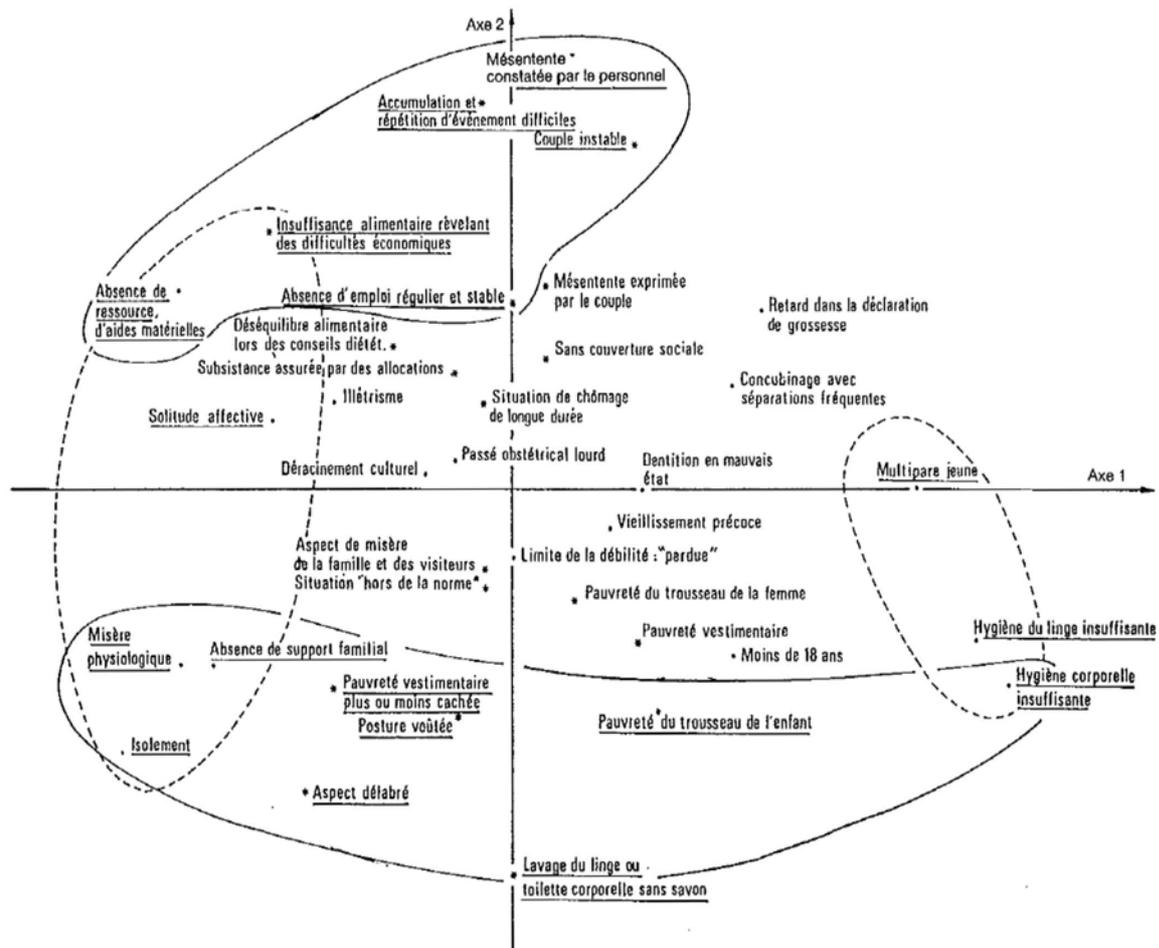


figure 1 : Regards sur l'extrême pauvreté (Inertie totale 23,92 %)

TABLEAU I
Fréquence d'apparition des stéréotypes de l'extrême pauvreté chez des sages-femmes d'un établissement d'accouchement

Items	N° Rang	% obtenus aux notes 4 et 5
• Dentition en mauvais état	1	80,4
• Subsistance assurée par des allocations	2	80,0
• Solitude affective	3	74,0
• Situation de chômage de longue durée	3 ex-aequo	74,0
• Absence d'emploi régulier et stable	5	63,5
• Accumulation et répétition d'événements difficiles	6	60,5
• Misère physiologique	7	58,9
• Aspect de misère de la famille et des visiteurs	8	57,7
• Concubinage avec séparations fréquentes	8 ex-aequo	57,7
• Hygiène corporelle insuffisante	10	57,1
• Sans couverture sociale	11	56,9
• Vieillesse précoce	12	55,4
• Hygiène du linge insuffisante	12 ex-aequo	55,4
• Pauvreté vestimentaire évidente	14	54,5
• Multipare jeune	15	53,7
• Pauvreté du trousseau de l'enfant	16	51,9
• Déracinement culturel	17	51,0
• Absence de support familial	18	49,0
• Déséquilibre alimentaire repéré lors des conseils diététiques	19	48,9
• Insuffisance alimentaire révélant des difficultés économiques	19 ex-aequo	48,9
• Pauvreté du trousseau de la femme	21	47,3
• Retard dans la déclaration de grossesse	22	46,2
• Aspect délabré	23	44,4
• Couple instable	24	43,1
• Passé obstétrical lourd	25	41,2
• Pauvreté vestimentaire plus ou moins cachée	26	37,0
• Lavage du linge ou toilette sans savon	27	34,8
• Mésentente constatée par le personnel	28	34,0
• Situation "hors de la norme"	29	32,7
• Absence de ressources, d'aide matérielle	30	32,6
• Isolement	30 ex-aequo	32,6
• Illettrisme	32	27,5
• Moins de 18 ans	33	25,0
• Limite de la débilite = "perdue"	34	23,5
• Mésentente exprimée par le couple	35	16,0
• Posture voûtée	36	13,5

ments observables comme l'habillement, l'hygiène, le physique et facilement identifiables comme le statut matrimonial, l'âge, le niveau scolaire, le nombre de grossesses.

3.2. - Portraits des femmes des milieux d'extrême pauvreté pour des sages-femmes

L'échelle inspirée d'Osgood comportant 32 couples de traits de caractères positifs et négatifs a été soumise comme précédemment aux sages-femmes. Elle a permis d'évaluer l'image qu'elles ont des femmes vivant dans des situations de grande pauvreté.

3.2.1. Personnalité et sociabilité des femmes des milieux d'extrême pauvreté

Les deux premiers axes factoriels retenus pour l'analyse des traits de caractère expliquent 27,5 % de la variance totale. L'interprétation s'appuie sur les contributions absolues et les variables choisies, participant à la construction de l'axe factoriel jusqu'à un seuil cumulé de 77 %.

Le plan factoriel (figure 2) fait apparaître deux regards : l'un sur les comportements sociaux des femmes très pauvres, l'autre sur leur sociabilité. Dans ce sens, il y a les sages-femmes qui privilégient les traits de personnalité des femmes défavorisées et, celles qui se centrent davantage sur les facteurs relationnels.

Les sages-femmes qui perçoivent les éléments de la communication (ne nous fait pas confiance / nous fait confiance...) avec les pauvres s'opposent à celles qui évoquent chez eux plutôt les caractéristiques d'un comportement social spécifique (maniéré/simple...) (Axe 1).

D'autre part, les unes décrivent les femmes très défavorisées à travers leur capacité à échanger (ne nous montre rien / nous montre...), et les autres s'attachent aux aspects de la relation (violent/doux...) (Axe 2).

Dans ces regards portés sur les femmes de milieu d'extrême pauvreté, il semble y avoir une distinction entre les sages-femmes qui voient les

"malaises" (traits de personnalité) et celles qui repèrent les "déterminants" (facteurs de la sociabilité).

3.2.2. Caractéristiques des femmes des milieux d'extrême pauvreté

Les traits de caractère classés par ordre d'apparition ont été regroupés en fonction des fréquences obtenues à l'ensemble des notes favorables [6.7.8.9.10] (Tableau II) et des notes défavorables [0.1.2.3.4.5] (Tableau III).

TABLEAU II
Fréquence d'apparition des traits de caractères favorables : perception des sages-femmes à propos des femmes de milieu très défavorisé

Items	N° Rang	% des notes > 5 sur 10
• Simple	1	93,0
• On peut lui parler	2	71,9
• A le temps	3	64,8
• Sensible	4	57,9
• Nous écoute	5	56,1
• Discret	6	50,0
• Généreux, pas "près des sous"	7	49,1
• Gentil	7 ex-aequo	49,1
• Sympathique	9	47,4
• Nous croit	10	43,6
• Amical	11	43,4
• Poli	12	42,1
• Agréable	12 ex-aequo	42,1
• Travailleur	14	41,5
• Doux	15	40,4
• Fait bien son travail	16	39,6
• Nous montre	17	38,6
• Explique les choses	18	36,8
• Bon	19	36,4
• Nous fait confiance-confiant	20	35,2
• Bonne humeur	21	31,6
• Nous aime	22	31,5
• Juste	23	30,2
• Nous aide	24	29,8
• On peut lui faire confiance	24 ex-aequo	29,8
• S'intéresse à nous	26	28,3
• Nous encourage	27	26,4
• Calme	28	26,3
• Sincère - dit la vérité	28 ex-aequo	26,3
• On comprend ce qu'il dit - clair	30	22,6
• Nous comprend	31	16,7
• Équilibré	32	9,1

TABLEAU III
Fréquence d'apparition des traits de caractères défavorables : perception des sages-femmes à propos des femmes de milieu très défavorisé

Items	N° Rang	% des notes ≤ 5 sur 10
• Déséquilibré	1	90,9
• Ne nous comprend pas	2	83,3
• On ne comprend pas ce qu'elle dit - confus	3	77,3
• Menteur - ne dit pas la vérité	4	73,7
• Nerveux	4 ex-aequo	73,7
• Nous fait des reproches	6	73,6
• Ne s'intéresse pas à nous	7	71,7
• On ne peut pas lui faire confiance	8	70,2
• Ne nous aide pas	8 ex-aequo	70,2
• Injuste	10	69,8
• Ne nous aime pas	11	68,5
• Mauvaise humeur	12	68,4
• Ne nous fait pas confiance - méfiant	13	64,8
• Mauvais	14	63,6
• N'explique pas les choses	15	63,2
• Ne nous montre rien	16	61,4
• Fait mal son travail	17	60,4
• Violent	18	59,6
• Paresseux	19	58,5
• Désagréable	20	57,9
• Impoli	20 ex-aequo	57,9
• Inamical	22	56,6
• Ne nous croit pas	23	56,4
• Pas sympathique	24	52,6
• Méchant	25	50,9
• Avare, "près des sous"	25 ex-aequo	50,9
• Curieux	27	50,0
• Ne nous écoute pas	28	43,9
• Insensible	29	42,1
• N'a pas le temps	30	35,2
• On ne peut pas lui parler	31	28,1
• Maniééré	32	7,0

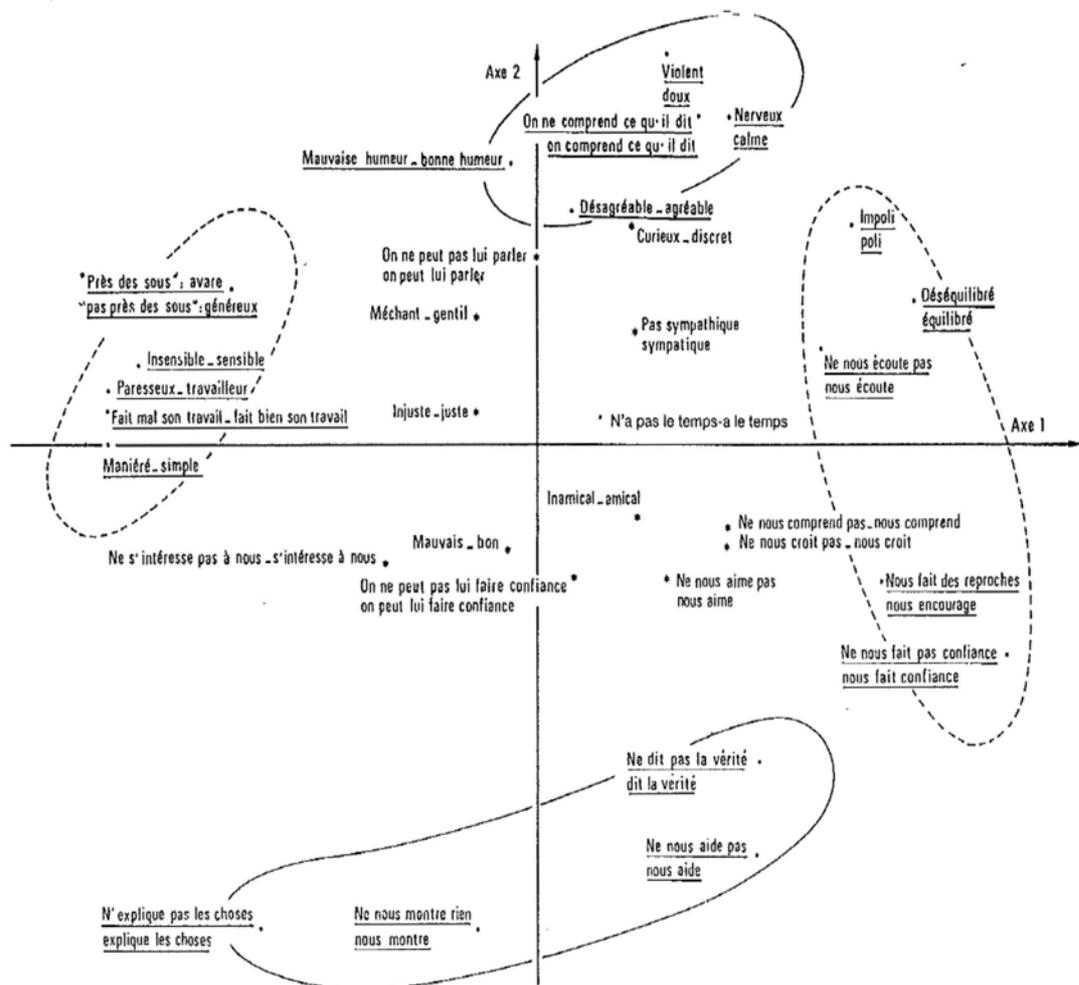


figure 2 : Regards sur les femmes des milieux très défavorisés (inertie totale 27,55 %)

Le classement des items (Tableau II) montre que seulement six critères sur 32 ont obtenu, par au moins une sage-femme sur deux, des notes supérieures à cinq. Ces traits de caractère appréciés par les sages-femmes chez les mères de milieu très défavorisés sont :

- qu'elles sont simples
- qu'on peut leur parler
- qu'elles ont le temps
- qu'elles sont sensibles
- qu'elles écoutent
- qu'elles sont discrètes.

Les items compris entre les fréquences 40 % et 50 % évoquent en majorité des qualificatifs liés aux attitudes de ces femmes (gentil...). Un seul concerne le caractère sociable (nous croit) de l'interaction femmes-professionnels de santé.

En revanche, d'après le classement des traits de caractère les moins appréciés par les sages-femmes, 17 critères défavorables sur 32 ont des fréquences supérieures à 60 % (Tableau III). Plus de trois sages-femmes sur cinq ont donc donné à ces items des notes inférieures ou égales à cinq. La majorité d'entre-eux dépeignent des critères relationnels et des conditions d'échanges.

Les premiers items retenus par au moins sept sages-femmes sur dix décrivent les femmes des milieux d'extrême pauvreté comme :

- déséquilibrées

- qui ne nous comprennent pas
- on ne comprend pas ce qu'elles disent
- menteuses - ne disent pas la vérité
- nerveuses
- qui nous font des reproches
- on ne peut pas leur faire confiance.

L'évaluation de ces traits de caractère montre que toute communication avec des femmes très défavorisées paraît compromise par des difficultés liées à la personnalité et à la compréhension. Les femmes défavorisées sont perçues par les sages-femmes comme peu réceptives aux messages qui sont reconnus comme étant des reproches.

4 - Discussion

La recherche d'une perception de la grande pauvreté par un ensemble de sages-femmes d'une maternité régionale fait apparaître que celles-ci identifient avec une sensibilité étendue diverses facettes du problème.

C'est à travers une multitude de critères qu'elles constituent une image cohérente de la pauvreté. Cependant, certains aspects de la misère émergent tandis que d'autres sont repoussés dans l'ombre. Passant par le filtre social des sages-femmes se dessine un "stéréotype" de l'extrême pauvreté telle qu'elle est perçue dans l'enceinte d'une structure de santé. Trois sages-femmes sur quatre considèrent qu'une dentition en mauvaise état, une subsistance assurée par des allocations, une situation de chômage de longue durée, une solitude affective sont des indicateurs de l'ex-

trême pauvreté. Par contre, l'isolement, l'absence de ressources et d'aide matérielle ne sont évoqués que par trois sages-femmes sur dix. Les éléments les plus dérangeants socialement sont pris en compte. Toutefois, ceux qui atteignent moins directement l'environnement extérieur mais interpellent le professionnel lorsqu'il les reconnaît, restent au second plan.

Il en est de même dans la perception des traits de caractère des femmes vivant dans des situations d'extrême pauvreté. Certaines sages-femmes repèrent ces femmes par leur personnalité alors que d'autres remarquent plutôt leurs problèmes de communication et de sociabilité. Les caractéristiques soulignées par au moins sept sages-femmes sur dix décrivent ces femmes comme des personnes "simples" mais "déséquilibrées" à qui "l'on peut parler" mais qui "ne nous comprennent pas".

Les bases de la relation femmes défavorisées et professionnels de santé sont posées et les constituants de l'incommunicabilité identifiés.

Dans les conditions actuelles de médicalisation de plus en plus poussée de la grossesse, de la maternité et de la profession de sage-femme, et enfin dans les conditions de fonctionnement d'un établissement important, cette priorité prévisible conférée aux critères économiques n'empêche-t-elle pas de porter attention aux besoins réels et aux demandes des plus pauvres ? Le regard posé par un groupe social dominant – doublement dominant par son statut social et par son statut professionnel que constituent les sages-femmes sur cet autre groupe social des mères de milieu très défavorisé enferme la pauvreté dans une image où prévalent les aspects économiques et matériels. Le peu d'attention attribué aux difficultés liées à la sociabilité, aux pauvretés affective, culturelle, sociale, n'engendre-t-il pas des attitudes de non écoute et de non réponses dont se plaignent les mères et qui créent un des besoins les plus évidents auxquels l'institution de santé ne répond pas de façon satisfaisante ?

Enfin, l'étude des connotations a montré que dans la perspective actuelle des problèmes sociaux et sanitaires que soulèvent la grossesse et la maternité des femmes vivant en situation d'extrême pauvreté, ces connotations sont au centre du langage et de la communication de l'équipe spécialisée avec la parturiente et son entourage.

De plus, si l'on examine ce qui est resté constant dans l'escalade des technologies liées à la grossesse et à la maternité, on s'aperçoit que le lan-

gage a gardé sa place privilégiée, mais qu'au fil des années, sa signification s'est modifiée en fonction même de l'expérience et de la formation des sages-femmes. Considéré comme un système indispensable à l'apprentissage, le langage est utilisé pour aider la femme enceinte à élaborer un comportement de maîtrise de soi, capable de gérer sa grossesse.

La tendance actuelle qui se veut encore plus enrichissante pour la femme et pour l'équipe est d'orienter le discours vers une compréhension psychologique et physiologique de la maternité tout en rendant l'enfant de plus en plus présent (6). D'où l'importance fondamentale de trouver entre la femme et l'équipe, confiance, dialogue et soutien social. Notamment lorsqu'il est reconnu qu'une distance importante existe entre les déclarations faites par les mères de milieu très défavorisé à propos de leur suivi prénatal et l'appréciation des sages-femmes. Ces dernières leur attribuent des sentiments ou des attitudes ne correspondant pas au vécu de ces femmes. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ne passe-t-elle pas par une prise en compte de ces faits ? (17)

Par ailleurs, une analyse comparative d'études réalisées en 1979, 1982 et en 1984-1985, montre que l'importance vraisemblable des conditions de stress, d'isolement, d'absence de support social ou encore la signification probable de la consommation excessive de tabac, la non-prise en charge de problèmes de santé – malgré les consultations et les hospitalisations – apparaissent pour les femmes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté, comme une donnée aussi pertinente que la nature même de ces problèmes. Aussi, les modalités du suivi de la grossesse, orientées sur les besoins de santé objective, ne suffisent pas ; les troubles observés dépendent en grande partie de besoins de santé perçus, de facteurs évènementiels et relationnels (18).

En conclusion, dans toute investigation visant à favoriser l'accessibilité aux soins, les dimensions de la relation professionnelle de santé - femmes vivant dans des situations d'extrême pauvreté doivent être prises en compte notamment lorsque l'objectif visé est une transmission plus efficace des messages d'éducation pour la santé (19).

Un travail pédagogique dans ce domaine mérite d'être développé compte tenu de l'intérêt qu'il représente pour la prévention : écouter les gens parler de leur santé, exprimer les besoins tels qu'ils les vivent et non pas seulement tels que les professionnels les voient...

BIBLIOGRAPHIE

- COLIN C. - Maternité et extrême pauvreté. 1980, Thèse de Médecine, Nancy.
- HALL M.-H., CLUNG P.-K., GILLIRAY I. - Is routine antenatal care worth while ? The Lancet, July 1980, 12 : 78-90.
- CHALMERS I. et al. - Perinatal health services, an immodest proposal. Brit. Med. Journ., 22 march 1981 : 842-844.
- RIBEVAULT M.-C. - La maternité en milieu sous-prolétaire. Voix des femmes/stock 2, 1979, Editions Stock, Paris.
- BECK R.-G. - Economic class and access to physician services under public medical car insurance. Int. Journ. Health Services, 1973, 3 : 341-355.
- GALACTEROS E. - Le vécu de l'enfantement : étude de quelques-unes de ses connotations à la Maternité-École de sages-femmes de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Psychologie Médicale, 1976, 7, 5 : 1019-1030.
- CARTON-GUERIN A., VIAUX J.-L. - Référence à des valeurs positives et négatives dans la représentation de soi de garçons de 12 à 15 ans. Bulletin de Psychologie, 1975-76, 321 : 288-293.
- EHRILICH M.-J., VAN JUBERGEN G. - Exploring the structure and salience of stereotypes. Journal of Social Psychology, 1971, 83 : 113-127.
- JAVEAU C.-L. - L'enquête par questionnaire. 1971, Ed. de l'Université de Bruxelles, distrib. France Éditions d'Organisation.
- MUCCHIELLI R. - Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale. Formation permanente en Sciences Humaines, Entreprise Moderne d'édition, Librairies Techniques. 1979, Les Éditions ESF.
- HOENRAD R., DAVID R. - Le différenciateur sémantique. (75 p.), novembre 1971, Centre de calcul. Rapport n° 7 dactylographié. Université Catholique de Louvain.
- DEBOUT M. - La fonction de grossesse : intérêt des méthodes d'enquête. Psychologie Médicale, 1975, 7, 5 : 1031-1043.
- CHAUCHAT H. - L'enquête en psycho-sociologie. Coll. le Psychologue, 1985, PUF, Paris.
- REY A.-F., GRENIER E., HORRAS F. - La représentation de l'enfant cardiaque chez la mère : un modèle général modifié par l'enfant ou deux modèles d'enfants. Revue de Psychologie Appliquée, 1981, 31 : 395-414.
- CIBOIS P.-H. - L'analyse des données en sociologie. Coll. le Sociologue, 1984, PUF, Paris.
- BENZECCI J.-P. et Coll. - L'analyse des données. Vol. 2 L'analyse des correspondances. 1973, Dunod, Paris.
- DESCHAMPS G., BAUMANN M., DESCHAMPS J.-P. - Les consultations prénatales en milieu défavorisé : le point de vue d'un groupe de femmes d'extrême pauvreté et celui des sages-femmes. Revue Contraception, Fertilité, Sexualité, octobre 87 (doit paraître).
- DESCHAMPS G., BAUMANN M., DESCHAMPS J.-P. - Maternité et extrême pauvreté : modalités de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique - Expansion Scientifique Française (doit paraître).
- Comité Français d'Éducation pour la Santé. - Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé. Actes du Colloque de Dourdan. (297 p.), 1986, CFES, Paris.

Summary : MIDWIFES LOOKS OF A PUBLIC MATERNITY ABOUT EXTREME POVERTY AND WOMEN ISSUED OF POOR CIRCLE

We have studied the views of the midwife have on the women who life in the poor circles. What happen on their representatives when they have to intervene next to this population ? Do this situation provoke a incommunicability ?

Keywords : Maternity - Poor women - Communication - Midwife.

ANNEXE 6

Score EPICES

Les 11 questions du score Epices

3.1. N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante		75,14	

4. TOTAL		
----------	--	--

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

RESUME

La précarité nuit au bon déroulement de la grossesse, puisque de nombreuses études montrent que les hospitalisations prénatales, le diabète ou l'anémie chez la mère et l'hypotrophie ou la prématurité chez le nouveau-né sont plus fréquents chez les patientes issues de milieux défavorisés. Le travail de prévention et un accompagnement global de ces parturientes permet une diminution de ces risques. Mais les sages-femmes de maternité publique parviennent-elles à estimer ces situations de précarité ? A l'aide d'entretiens auprès de six sages-femmes exerçant en consultations et en secteur mère-enfant, j'ai observé le regard des sages-femmes sur les parturientes précaires, et j'ai essayé de comprendre les indicateurs de précarité utilisés par les sages-femmes afin d'optimiser leur prise en charge.

SUMMARY

Precariousness is detrimental to a harmonious pregnancy. Indeed, many studies show that it is more frequent to observe for the mother prenatal hospitalization, diabetes or anaemia, and for the new-born child, hypotrophy or preterm birth, if the family comes from an underprivileged background. We can notice a decrease of these risks with prevention campaigns and a global caring of these pregnant women. Yet, do public midwives manage to estimate those precarious situations? Thanks to six interviews of midwives who hold consultation and care for the mother and the child in the post partum period, I was able to observe the opinion of midwives about precarious women in the pregnancy period. I also tried to find out which were the indicators of precariousness used by midwives in order to act in a more appropriate and beneficial way.

Mots-clés:

Précarité – Grossesse – Consultation – Secteur mère-enfant – Travail en réseau