



HAL
open science

Processus socio-territoriaux urbains à l'oeuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément

Clelia Gasquet, Madeleine Collombier, Kristina Parkins

► To cite this version:

Clelia Gasquet, Madeleine Collombier, Kristina Parkins. Processus socio-territoriaux urbains à l'oeuvre dans les trajectoires des femmes enceintes ayant accouché prématurément. *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 2018, 10.4000/rfst.704 . hal-01737086

HAL Id: hal-01737086

<https://ehesp.hal.science/hal-01737086>

Submitted on 19 Mar 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

PROCESSUS SOCIO-TERRITORIAUX URBAINS A L'ŒUVRE DANS LES TRAJECTOIRES DES FEMMES ENCEINTES AYANT ACCOUCHE PREMATUREMENT

Clélia GASQUET-BLANCHARD

Maîtresse de conférences en Géographie, EHESP, UMR CNRS ESO, Rennes 2

clelia.gasquet@ehesp.fr

Madeleine COLLOMBIER

Cadre Puéricultrice à la PMI de Paris

Kristina PARKINS

RESUME :

Nous proposons ici une analyse des trajectoires de soins de femmes enceintes qui ont accouché prématurément. Cette analyse passe par une contextualisation des territoires urbains au sein desquels ces femmes évoluent. La méthodologie de cette recherche se base sur une étude de type ethnographique, menée en 2012-2015 dans quatre grandes villes françaises. Une dizaine d'entretiens auprès de soignants et environ 120 entretiens, auprès de femmes ayant accouché récemment d'un enfant prématuré ou avec un petit poids de naissance, ont été menés dans 8 hôpitaux. Les résultats de cette étude montrent que les trajectoires de soins durant la grossesse de ces femmes sont largement dépendantes de leur capital social et de leurs rapports avec les systèmes de santé. Nous mettons également en lumière le rôle prépondérant des contextes sociaux et historiques des territoires urbains dans la production des déterminants de santé qui participent, selon les lieux, à des situations défavorables autour de la grossesse et dont les profils observés sont différenciés.

INTRODUCTION

Contexte épidémiologique

Des disparités importantes (liées aux revenus, à l'accès aux soins, à l'état de santé, etc.) existent entre pays développés et pays en développement, concernant les naissances prématurées. Ces disparités existent aussi au sein même des pays développés (**Torchin, 2015**). En 2010, 21,5 % des femmes en situation précaire ont eu moins de sept consultations durant leur grossesse contre 7,9 % pour les autres (**PSR, 2011**). La situation est particulièrement marquée concernant la grande prématurité en France, plus élevée chez les salariés des services aux particuliers que chez les cadres (0,7 % contre 2,2 %) et le petit poids de naissance (respectivement 4,7 % et 9,9 %). La santé périnatale n'échappe donc pas aux inégalités

sociales, en France comme dans d'autres pays comparables (**Weightman, 2012**), où le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9 % des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés moyens (32-37 SA – Semaine d'Aménorrhée), 10 % sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA¹.

Les facteurs de risque associés à une prématurité spontanée sont nombreux et entrent en corrélation les uns avec les autres. L'âge, les grossesses multiples, les infections, les conditions médicales liées à la grossesse peuvent se corrélérer à des facteurs socio-comportementaux et environnementaux comme la nutrition, la consommation de tabac, l'utilisation de drogues, une activité physique

¹ <https://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>

intense, un contexte familial violent (**Gayral-Taminh, 2005, Blencowe, 2013**). La précarité et la pauvreté vont également souvent de pair avec un suivi médiocre ou nul des grossesses, responsable d'une augmentation de fréquence des pathologies périnatales et en particulier de la prématurité (**Lejeune, 2008**). Certains auteurs ont montré une association entre défaveur socio-économique et prématurité (**Zeitlin, 2011**), et il semble que la précarité puisse être associée à une augmentation des complications de la grossesse et de la période néonatale ainsi qu'à un allongement modéré de la durée d'hospitalisation (**Gayral-Taminh, 2005**).

Ces inégalités sont également marquées par de forts contrastes aux échelles régionales comme infrarégionales, justifiant une approche comparative de la question. Comme le montre l'indicateur de mortalité infantile, l'Ile-de-France avec 4 pour 1000 est, au regard de la moyenne nationale (3,3 pour 1000), une région plus touchée par ces questions que d'autres régions françaises, comme la Bretagne par exemple qui a le taux de mortalité infantile le plus bas (3 pour 1000) (**Rapport IGAS, 2011**). De plus, on constate localement des variations importantes : en Ile-de-France, le taux de mortalité varie de 8,8 à 13,4 pour 1000 naissances vivantes entre les Yvelines et la Seine-Saint-Denis (**Rapport IGAS, 2011**). Dès lors c'est l'ensemble des déterminants sociaux de la santé qui doivent être considérés (éducation, niveau de revenu, logement, conditions de travail). Ils jouent un rôle important dans l'exposition à certains de ces facteurs et participent au stress de la femme enceinte. Depuis plus de 15 ans, des recherches ont montré que celui-ci peut provoquer des effets pathogènes (**McEwen, 1998**). Il participerait notamment à augmenter le cortisol dans le sang de cordon qui régule la croissance fœtale (**Keshavarzi, 2014**). Les situations de défaveur socio-économique, implique du stress et augmente le risque d'accouchement prématuré ou d'un enfant de petit poids de naissance (**Kramer, 2001 ; Roy-Matton, 2011 ; McDonald 2014**).

Positionnement scientifique et théorique

Néanmoins, les interactions entre ces différents déterminants de santé ne sont pas identiques selon les lieux. C'est la raison pour laquelle l'examen des **contextes sociaux et**

territoriaux nous renseigne sur la **multiplicité des situations sociales des femmes** et sur une prise en charge sociale et médicale des **femmes enceintes** différenciée selon les lieux. Dès lors les mécanismes contextuels, conjoncturels comme structurels, à l'œuvre dans ces interactions sont identifiable par l'examen des trajectoires de vie des femmes. Cette approche est menée au sein de différents projets de recherche, autour de l'accès aux soins et des trajectoires de soins de femmes enceintes. Nous évoquons ici les résultats issus du projet DISPARITES (2012-2014), qui s'intéresse aux issues de grossesse à travers l'examen de trajectoires de femmes qui ont accouché prématurément ou d'un enfant de petit poids. Notre approche vise à articuler les dimensions spatiales et sociales des trajectoires de ces femmes. « *Il existe un réel enjeu théorique et méthodologique à éclairer les modalités de recours aux soins en prenant en compte les contextes spatiaux : villes, quartiers, habitat, réseaux sociaux dans lesquels ils prennent place* » (**Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2015**). Deux grandes questions de fond se posent pour nous. D'une part, celle évoquée par **Demazières et Samuel (2010)** : qu'est-ce qui, dans le parcours biographique, fait contexte ? Dans ce cadre, on s'interroge sur les processus de mobilisation du contexte : en quoi il participe à expliciter les états de santé et les modalités d'accès aux soins pour les femmes durant leur grossesse. D'autre part, nous cherchons à savoir comment articuler ce qui relève du parcours de soins, du parcours de vie et des trajectoires de soins dans le cas d'une naissance prématurée.

Pour ce faire, nous proposons, à la suite de l'exposé de notre positionnement théorique et de notre méthodologie, une analyse des trajectoires de soins de femmes enceintes qui ont accouché prématurément. Cette analyse passe par une contextualisation sociale et institutionnelle des territoires urbains au sein desquels ces femmes évoluent. C'est à dire que nous appréhendons les territoires urbains au sein desquels nous avons menés cette étude dans une perspective historique participant à expliquer les fonctionnements sociaux actuels qui y sont observés et décrits. Nous présentons une analyse sous forme de biographies synthétiques qui permettent de mettre en lumière les ressources, ruptures et continuités telles qu'elles sont agencées du point de vue des femmes au sein de leur environnement

contextuel. Dans un second temps, nous proposons d'interroger l'articulation existant entre trajectoires professionnelles et trajectoires maternelles. Cette entrée permet d'interroger la place de la maternité (et de la parentalité) dans les trajectoires de ces femmes tout en les incluant dans un contexte territorial influençant leur devenir.

Positionnement théorique

La notion de trajectoire permet de privilégier une approche globale des relations entre individus et sociétés au regard des orientations, choix, contraintes en lien avec leurs positions sociales (**Caradec, Ertul, Melchior, 2012**). Cela permet de prendre en compte les « bifurcations » qui illustrent concomitamment les évolutions conjoncturelles, voire structurelles qui « font contexte » pour ces trajectoires (**Bessin et al., 2010**) et souligne les ré-agencements dans les dynamiques et les configurations des trajectoires de vie (**Bessin, 2009**). Dans nos travaux, avec Hoyez « nous avons été confrontées à la nécessité de contextualiser des parcours de soins des femmes interrogées et l'analyse par « parcours de soins » s'est révélée insuffisante : n'indiquant que du non-recours, de la sur-utilisation ou sous-utilisation des services de santé » (**Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2015**). Nous avons donc intégré la notion de « trajectoire de soins » telle qu'elle a été théorisée par Strauss (**Strauss, 1978 ; Strauss et Baszanger, 1992**). Celle-ci, mobilisée dans le cadre du processus de soin ou d'un événement comme la grossesse, met le contexte au cœur de la réflexion. Elle permet d'aborder comment la grossesse (comme état physiologique néanmoins potentiellement pathologique) déclenche un travail spécifique chez les soignants et les proches des patients, notamment par le passage de « trajectoires de routine » à des « trajectoires problématiques ». Cette notion englobe le caractère imprévisible des processus de maladie et de la vie quotidienne (**Bessin et al., 2010**) et comporte autant une dimension biographique que collective. La notion de « trajectoire » donne ainsi un cadre théorique pour entrevoir les soins et l'accès aux soins dans leur complexité, qui permet d'introduire les notions de « rupture » et de « continuité » dans un même ensemble d'analyse. Ce cadre associe les dimensions spatiales, temporelles et sociales qui permettent de prendre en compte les liens entre acteurs

(associations, patients, familles, professionnels de santé et du social) mais également entre acteurs et institutions (quel accès, quel fonctionnement ?) selon différentes temporalités et spatialités au sein des différents mondes sociaux (**Gasquet-Blanchard & Hoyez, 2015**).

Méthodologie

La méthodologie de cette recherche se base sur une étude de type ethnographique, mobilisant, sur un terrain hospitalier, les outils de l'observation, des carnets de terrain et de la conduite d'entretiens semi-directifs et biographiques. Elle s'est déroulée en maternité de technicité différente (maternité de niveau II et III). Ces maternités peuvent accueillir le nouveau-né en hospitalisation dans la mesure où elles disposent toutes de services de néonatalogie. Le niveau III, le plus technique, comporte une unité de réanimation néonatale où sont accueillis notamment les prématurés extrêmes ou très grands prématurés, nés avant 32 SA (semaine d'aménorrhée).

Dans cette étude, on s'interroge sur les agencements des différents facteurs observés dans les trajectoires de ces femmes (issue de grossesse, couverture maladie et intégration, sentiment d'isolement). L'analyse des déterminants du parcours de santé de ces femmes permet d'approfondir les rôles respectifs de ces déterminants dans la persistance, voire l'augmentation des inégalités de santé chez la femme et le nouveau-né.

Entre 2012 et 2014, nous avons conduit cette enquête auprès d'un échantillon de 126 femmes. Dans chacune des agglomérations, nous avons mené un terrain de 15 jours, réparti entre les 2 structures hospitalières retenues par site pour l'étude. Sur chacun des sites, suite à l'examen des dossiers par un soignant de néonatalogie, celui-ci nous informait en début de terrain des femmes pouvant être incluses dans l'étude et un soignant de maternité nous informait tous les deux jours des femmes ayant accouchés dans le service et pouvant être incluses dans l'étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir accouché depuis moins de 3 mois (pour la néonatalogie) d'un enfant né prématurément ou de petit poids de naissance (inférieur au 5^{ème} percentile quelque soit le terme). Les femmes incluses bénéficient de différents types de couverture sociale

(aucune couverture sociale, Aide Médicale Etat -AME-, Couverture Maladie Universelle -CMU-, Sécurité Sociale, Mutuelle) et résident dans l'une des 4 villes de l'étude Paris, Lille, Lyon, Marseille. Les entretiens semi-directifs ont été conduits au sein des services de maternité et de néonatalogie.

Élément de contexte, important à préciser : à Paris les entretiens se sont déroulés dans deux structures de l'APHP du Nord-Est Parisien, c'est à dire d'hôpitaux situés parmi les quartiers les plus populaires de la capitale. Dans les autres villes, nous avons tenté d'enquêter au sein d'établissements situés sur des territoires aux caractéristiques socio-économiques similaires, sans que cela soit toujours possible, pour des raisons de localisation des structures, ou bien de possibilité d'accès au terrain. Dans l'agglomération de Lille, les entretiens ont été menés au CHU de Lille et à celui de Roubaix (seule autre maternité disposant d'une néonatalogie dans l'agglomération). A Marseille, nous avons pu choisir de travailler dans deux CHU équipés de néonatalogie de niveau III également localisés dans des quartiers populaires. Enfin à Lyon, les contacts établis avec les équipes des hospices de Lyon nous ont orientés vers deux maternités qui, pour l'une d'entre elle, ne respectent pas, les conditions d'une localisation au sein de quartiers socio économiquement défavorisés, sans pour autant que cela exclu la possibilité que des femmes en situation de précarité puissent accoucher dans cette maternité.

Selon les hôpitaux, les soignants proposaient aux femmes de s'entretenir avec nous, ou nous communiquaient leur numéro de chambre (sans nous communiquer leur nom en vue de respecter leur anonymat) pour que nous leur propositions, lors d'une première visite dans leur chambre pour exposer l'étude, un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien. Une affiche explicite de l'étude a été réalisée pour que les femmes puissent disposer d'un support expliquant le but de l'étude. Environ une dizaine ont refusé d'être incluses dans l'étude.

Les femmes interrogées sont représentatives des situations rencontrées au sein de ces différentes structures, dans la mesure où i) les maternités de niveau III sont peu nombreuses sur l'ensemble du territoire et que leur bassin de recrutement est donc important, ii) sur une période de 15 jours, l'ensemble des femmes

ayant accouché et répondant aux critères d'inclusion et l'ensemble des femmes dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie depuis moins de 3 mois pour cause de prématurité ou de petit poids ont été sollicitées pour être incluses dans cette étude. Le recrutement est donc exhaustif sur la période de terrain. Relativement aux femmes en situation de migration, nous avons pris en considération dans cet article uniquement celles dont la grossesse s'est déroulée en France. Ces femmes ont donc passé suffisamment de temps en France pour que les contextes socio-territoriaux locaux puissent participer à avoir un impact sur leur trajectoires, notamment dans l'accès aux soins et au logement.

Dans la majorité des cas les entretiens ont été enregistrés après que nous ayons obtenu un consentement verbal. Pour les femmes refusant l'enregistrement, nous avons pris des notes durant l'entretien. Ces derniers ont été réalisés dans la chambre des enfants, dans les services de néonatalogie ou de soins intensifs, ou dans la chambre des femmes, dans les services de maternité en suite de couche. Nous nous intéressons dans ces entretiens aux modalités, stratégies, pratiques et contextes des trajectoires de soins des femmes (itinéraires et comportements) à travers les thèmes suivants :

- i) les connaissances (état de santé, droits et possibilités d'accès aux soins),
- ii) les ressources (familiales, amicales, professionnelles, institutionnelles),
- iii) les mobilités (journalières, liée à la santé, etc.),
- iv) les comportements (mode de vie : activité, nutrition, etc.),
- v) les pratiques de soins (type de suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, accouchement, allaitement),
- vi) le bien-être (conditions d'habitation, de travail, activités ludiques, sorties, etc.),
- vii) les conditions de la migration et du parcours migratoire de ces femmes lorsqu'il s'agit de femmes en situation de migration,
- viii) le contexte de leur suivi de grossesse,
- ix) les relations des femmes avec les soignants

L'ensemble des entretiens est classé et retranscrit, en partie sur le logiciel Sonal® et en partie par une professionnelle. Les analyses du contenu de ces entretiens se fait par thématique, entretien par entretien, en vue de dresser des profils récurrents des pratiques et des logiques des femmes, pour décrire les processus de recours aux soins et les modes d'organisation individuels qui participent à déterminer les trajectoires de ces femmes.

Les femmes qui ont été enquêtées à Paris, Lille, Lyon et Marseille sont âgées de 17 à 47 ans. Relativement à l'issue de grossesse :

- environ 1/3 des femmes ont accouché d'un enfant de petit poids
- 2/3 des femmes ont accouché d'un enfant né prématurément (les cas de grande prématurité représentent 1/3 des cas de prématurité rencontrés et les cas de prématurité légère 2/3).
- 2/3 d'entre elles étaient primipares, bien que certaines aient pu avoir un ou plusieurs épisodes de fausse couche dans des situations antérieures.
- 2/3 d'entre elles étaient des femmes nées à l'étranger, parmi elles la plupart sont des femmes ayant migré récemment (depuis moins de 5 ans).
- Enfin, si la moitié des femmes sont bénéficiaires de la Sécurité Sociale et d'une mutuelle,
- 1/4 d'entre elles sont affiliées à la Couverture Médicale Universelle (CMU),
- 1/8 d'entre elles dépendent de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- et 1/8 d'entre elles n'ont aucune couverture sociale.

Nous ne pouvons exclure une prédisposition biologique en amont pouvant participer à la naissance prématurée d'un enfant, ou à son petit poids. Néanmoins, il est manifeste que des processus de précarisation observés chez les femmes enquêtées sont générateurs de stress et de fatigue. En cela on révèle que le cumul de différentes situations précarisantes augmente

les situations de stress aigu chez les femmes enceintes et ont un impact sur leur grossesse. Ces situations ont été classées selon :

- i) le rang de la grossesse, projet d'enfant, santé de l'enfant à naître
- ii) une addiction chez la femme enceinte (notamment chez les jeunes femmes, en réponse primaire ou secondaire à une grossesse non souhaitée)
- iii) un conflit avec le conjoint ou dans l'entourage familial ou départ du conjoint
- iv) la qualité du logement (exigu, hébergée chez un tiers, temporaire, voire absent)
- v) la migration récente et intégration dans le pays d'accueil
- vi) le travail : pénibilité physique ou psychique liée au travail (surmenage, pression, stress, licenciement)
- vii) la fréquence et la durée des déplacements journaliers (ou réguliers).

Ces facteurs se déclinent différemment au sein de chaque trajectoire et s'articulent de manière singulière pour chacune des femmes rencontrées, selon leur appartenance sociale, économique, culturelle, l'âge, le territoire où elles résident et les lieux qu'elles pratiquent. Sans prétention d'exhaustivité, nous centrerons ici l'analyse sur la question du logement et du travail pour montrer comment les contextes territoriaux, et urbains, participent à structurer pour les trajectoires étudiées une issue défavorable de grossesse.

Il semble important de souligner que les éléments de description et d'analyse qui suivent sont également à mettre en regard des contextes institutionnels (hospitalier et néonatalogique) et émotionnels (naissance prématurée, séparation d'avec leur enfant, non accomplissement des rites symboliques autour de la naissance, etc.) propres aux femmes

rencontrées dans cette étude (**Gasquet-Blanchard, 2017**).

Dans un premier temps, nous centrerons l'analyse sur les trajectoires de femmes en situation de précarité et/ou d'instabilité résidentielle, bien que bon nombre de femmes rencontrées aient été dans des situations sociales et économiques favorables. Toutefois, l'entrée par la précarité permet de mettre en lumière de manière aigüe les dysfonctionnements à l'œuvre au sein des territoires étudiés. Ces trajectoires sont mises en regard des contextes urbains dans lesquels évoluent ces femmes pour mieux appréhender l'articulation existant pour ces femmes entre leurs trajectoires professionnelles et leurs trajectoires maternelles. Cette entrée permet de positionner la question de la maternité ainsi que celle de la parentalité dans les trajectoires des femmes.

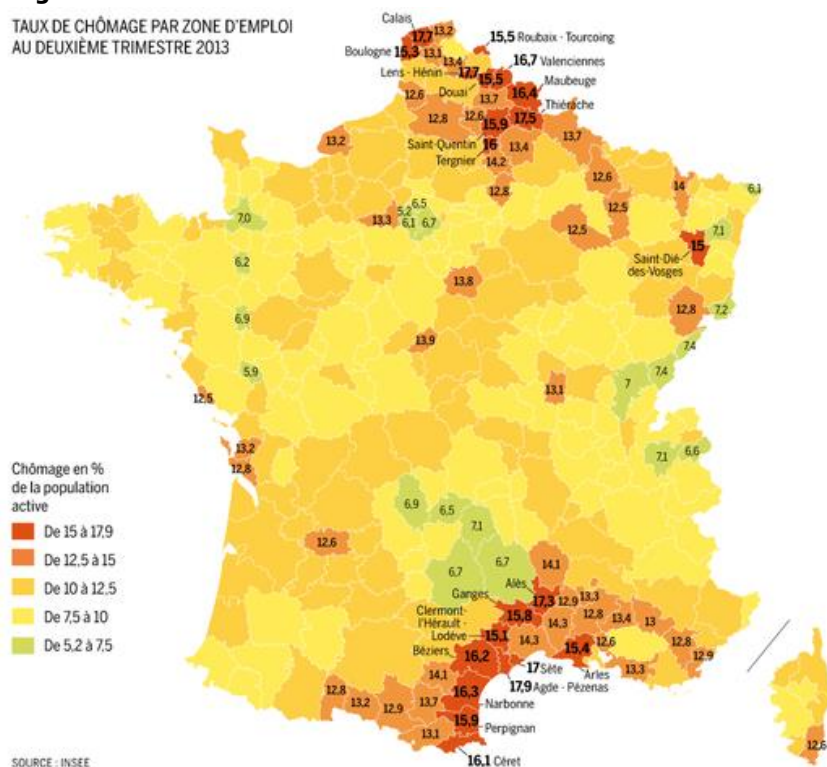
UNE LECTURE PAR TRAJECTOIRES QUI RENSEIGNE SUR LES CONTEXTES URBAINS D'ETUDE

A Lille, une trajectoire illustrant la précarité socioéconomique des populations jeunes autochtones

A Lille, il apparaît que certains profils de femmes ayant accouché prématurément soient en lien avec le déclin industriel de la région et associé à la crise économique qui a durement touché le Nord de la France notamment depuis 2008. « *Le Nord-Pas-de-Calais affiche globalement le niveau de développement humain le plus faible des régions de France métropolitaine, les contrastes sont importants à l'échelle infrarégionale* » (**Marlier, 2015**) montrant des disparités territoriales importantes au niveau de la région. Aujourd'hui, le taux de chômage reste très important (**figure 1**) dans cette région², notamment chez les jeunes, qui peuvent se trouver dans des situations de précarité importante. Les 15-24 ans sont confrontés à des situations de fortes inégalités socio-économiques en comparaison du reste de la population (**Marlier, 2015**)

Figure 1 :

TAUX DE CHÔMAGE PAR ZONE D'EMPLOI AU DEUXIÈME TRIMESTRE 2013



² La région Nord-Pas-de-Calais-Picardie est la région métropolitaine la plus touchée par le chômage. Au 3^{ème} trimestre 2015, 12,8% de la population active régionale était sans emploi, contre 10,2% en France

métropolitaine (INSEE, 2016)

Par ailleurs, la population féminine nordiste est plus jeune qu'ailleurs : ¼ est âgée de moins de 20 ans. « *Les Nordistes effectuent des scolarités plus courtes et sont donc globalement moins diplômées, avec pour conséquence des difficultés accrues en matière d'insertion professionnelle. Le Nord-Pas-de-Calais présente en outre davantage de familles nombreuses notamment parmi les familles monoparentales* ». (Capot, 2012), dont 84% de parents en charge de la famille sont des femmes (Insee, 2017).

Nous constatons au sein de notre corpus que les femmes ayant moins de 25 ans présentent des profils de vulnérabilité complexe. Elles déclarent plus fréquemment subir des pressions au travail, qui apparaissent plus importantes que les femmes plus âgées et plus diplômées (comme l'évoque une jeune femme nous décrivant son liscenciement en raison de sa grossesse et de ses retards, qui peut être qualifié d'abusif). Ces jeunes femmes peuvent être en situation d'addiction, notamment en raison de l'ambivalence qu'elles ressentent face à une grossesse plus ou moins désirée. On peut également souligner une reproduction des schémas familiaux (elles deviennent mère à l'âge où leur mère le sont devenues). « *Fréquemment, ces jeunes femmes sont carencées affectivement, isolées socialement et se trouvent au cours de la grossesse ou peu après la naissance de l'enfant en situation de conflit, de rejet ou de rupture avec leur conjoint et leur entourage familial* » (Wendland, 2010). Parmi les mères célibataires qui représentent environ ¼ des familles monoparentales en France, les jeunes mères célibataires, notamment celles hébergées dans des centres maternels, constituent alors une population plus vulnérable que les autres.

Ce contexte socio-économique de l'agglomération lilloise donne à voir, dans les trajectoires de vie des femmes avec qui nous nous sommes entretenues, une grande précarité notamment chez les jeunes femmes natives de la région, plutôt jeunes multipares en situation socio-économique vulnérable (incarcération, accouchement sous X, subissant des violences conjugales impliquant un accouchement causé par un hématome rétro-placentaire, etc.). On retrouve également ces situations dans les cas extrêmes des trajectoires de jeunes femmes rencontrées à Lyon. Evoquons le cas d'une jeune femme de 24 ans,

vivant dans l'agglomération lilloise et qui accouche à 36 SA (prématurité légère) d'une seconde grossesse imprévue. Sa situation familiale apparaît incertaine. Il s'agit du deuxième enfant du couple, qui se sépare durant la première grossesse, mais continue à se voir occasionnellement. Son ex-compagnon reste investi dans sa paternité. La jeune femme vit avec son fils et son père s'en occupe de temps en temps le week-end. Face à cette nouvelle, ils décident de poursuivre cette grossesse, notamment car la jeune femme est opposée à l'avortement. L'arrivée de la petite fille implique un effort du couple parental :

« on ne ré-habite pas ensemble, mais disons qu'on essaie de faire pour que... peut-être qu'on se remette ensemble, qui sait ? ».

Durant sa première grossesse, elle était hôtesse de caisse dans une enseigne de grande distribution. Ses conditions de travail et notamment son rythme de travail sont éprouvants et provoquent des contractions telles que durant le 6^e mois de grossesse, les pompiers viennent la chercher sur son lieu de travail pour l'emmener à l'hôpital. En menace d'accouchement prématuré (MAP), elle est donc hospitalisée puis mise en arrêt de travail par son médecin à l'hôpital. Au sein de cette grande surface, elle a des contrats à durée déterminée à répétition. Lors de sa reprise de travail après sa première grossesse.

Les employeurs « s'arrangeaient bien pour ne pas embaucher. Ils faisaient des avenants, des coupures... Je ne sais plus combien de contrats j'ai eu. Mais j'ai changé plusieurs fois de travail. J'ai eu deux employeurs différents après avoir accouché [de son fils]».

Sa seconde grossesse démarre au moment où elle « décroche » un contrat à durée indéterminée pour des ménages, qui la fatiguent énormément. Elle est alors souvent en retard et finit par être licenciée pour faute. Elle nous explique « être arrangée » par cette situation car demander un arrêt maladie durant sa grossesse, en raison de sa grande fatigue, ne lui permet pas de se faire indemniser par la sécurité sociale :

« Mais au niveau de la Sécu, quand j'étais en arrêt maladie, je n'étais pas payée par la Sécu parce que je n'avais pas cotisé assez d'heures pour pouvoir avoir des indemnités journalières. Ça fait qu'à des moments, j'ai été arrêtée une semaine, pendant une semaine je n'avais pas d'indemnités journalières. C'est pour ça, ça m'intéressait d'autant plus d'être licenciée ».

Elle ne préfère donc pas entamer de recours administratif après son licenciement. Depuis elle est au chômage. Le père des enfants l'aide financièrement pour s'occuper de leur fils, gardé par une assistante maternelle. Un mode de garde pour lequel elle bénéficie d'aides de la CAF (Caisse d'Allocations Familiales). Concernant la santé de l'enfant, comme le père, ouvrier, dispose d'une mutuelle d'entreprise, c'est lui est en charge des soins. Elle souhaite pour le moment s'occuper de ses enfants et ne pas reprendre immédiatement le travail. Au moment de l'entretien, elle arrive en fin de droits de ses allocations chômage. Pour pouvoir prétendre au RSA (Revenu de Solidarité Active), elle doit prouver qu'elle est séparée de son conjoint et que ses enfants sont à sa charge. Elle doit donc entamer une procédure judiciaire.

Les conditions de travail pénibles et la situation sociale précaire de la jeune femme, au profil fréquemment rencontré dans les Hauts de France participent à compliquer les relations de couple. Cette situation « nécessaire » de séparation (administrative) du couple pour des raisons qui semblent tant relationnelles que socio-économiques participe à précariser cette jeune femme, induisant un stress durant sa grossesse. Cette situation illustre aussi la fragilité de la relation conjugale dans des situations socio-économiques complexes, car la relation conjugale peut également être affectée par le contexte de tension qu'engendre une situation de précarité économique (**Devault & Gratton, 2003**).

³ Association créée en 1939 dans le contexte de la seconde guerre mondiale, « La Cimade manifeste une solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées. Elle défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs

A Marseille, l'exemple d'une trajectoire d'exil en cours d'intégration

À Marseille, des situations de précarité importantes (**Insee, 2011**) ont également été observées, particulièrement chez les femmes migrantes (situation de mal-logement avec plusieurs enfants en bas âge, conjoint peu présent et/ou *capital social faible*). Marseille apparaît comme une porte d'entrée sur le territoire français, favorisant un afflux migratoire important, notamment depuis l'Italie. Marseille est de longue date une « ville de migrants », (**Gastaut, 2009**). En cela le corpus marseillais et parisien se rejoignent, par la part importante de jeunes femmes migrantes arrivées récemment sur le territoire. Spécifiquement, à Marseille, le corpus d'entretien met en lumière le fait que plusieurs femmes enquêtées connaissent des situations de grande précarité, que corroborent le taux très élevé de pauvreté de 25% dans certains arrondissements (1^{er}, 2^e, 3^e, 13^e, 14^e et 15^e arrondissements) affectant 36% de la population de la ville (**Maurin, 2014**). En 2009, 42 % des enfants vivaient dans un foyer à bas revenu, un pourcentage pouvant atteindre 60 % dans le 3^e arrondissement, où le taux de pauvreté était estimé à 55 % (**Maurin, 2014**).

Nous présentons le cas d'une jeune femme guinéenne, rencontrée à Marseille. Agée de 17 ans, elle est arrivée récemment sur le territoire français, après un passage par l'Espagne où elle rencontre le père de son enfant. Elle tombe enceinte durant son parcours migratoire. Lorsqu'ils arrivent en France, ensemble, celui-ci lui impose de se prostituer. Elle refuse et s'enfuit. Elle se retrouve à la rue et dort devant un commerce. Un passant l'oriente vers un réseau qui s'occupe du droit des migrants, la CIMADE ³ (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués). Cette association la réfère à une autre association qui lui trouve un foyer pour les personnes mineures et s'occupe de sa situation administrative. Un dossier de mineur isolé étranger (MIE) est constitué. Il s'agit d'un statut administratif légal qui existait jusqu'à récemment (aujourd'hui

convictions. Elle lutte contre toute forme de discrimination et, en particulier, contre la xénophobie et le racisme ». <http://www.lacimade.org/nous-connaître/organisation/>

MNA : Mineurs non accompagnés), dédié aux personnes migrantes mineures non accompagnées en France, qui donne le droit à la CMU, mais aussi à une prise en charge sociale donnant accès à un logement. Dès lors, elle est repérée par les services sociaux. Ce statut lui donne aussi accès à un suivi de grossesse : rendez-vous avec la sage-femme, échographies, prise de sang et préparation de cours à la naissance. C'est durant l'une de ces séances qu'elle entre en travail. La sage-femme présente peut alors immédiatement la référer vers l'hôpital pour sa prise en charge. Cet accompagnement global apparaît comme un heureux concours de circonstances (passant indiquant la CIMADE, sage-femme présente au moment du début de son travail) qui permettent une trajectoire de soins positive malgré la naissance de son enfant à 31 SA, avec un poids de 1 230 g. Suite au séjour de son enfant en néonatalogie, au moment de sa sortie de l'hôpital, elle change de foyer et passe d'un foyer pour jeunes à un foyer pour jeunes mères où elle accède à un logement de 2 pièces.

Ce cas est emblématique des conditions de grande précarité observées en général, particulièrement à Marseille et Paris, où certaines femmes rencontrées ont un profil de femmes primo-arrivantes (seules ou en couple), dans des situations socio-économiques très vulnérables, relevant de grand mal-logement (vétuste, temporaire...). Dans le cas de cette jeune femme, le contexte associatif, médical et social permet la mobilisation d'un ensemble de professionnels et d'associatifs autour d'elle et son enfant et alors une prise en charge globale, notamment l'accès à un logement et une prise en charge médicale (préparation à la naissance, hospitalisation de l'enfant en néonatalogie et de la mère pour qu'elle puisse rester auprès de son enfant) adaptée permettant d'engager une trajectoire d'intégration.

⁴ En 2008, la France compte 2 millions de chômeurs au sens du BIT, contre 2,8 millions en 2013. « e que l'Insee relève surtout, c'est que le chômage de longue durée s'est accru nettement plus. Il a augmenté de 56%, ce taux passant de 1,5% à 4% de la population active pour atteindre, à la fin de l'an dernier, 1,1 million de personnes. « *Ce sont les actifs les plus fragiles qui ont particulièrement souffert: les plus fortes augmentations du chômage de longue durée*

A Lyon, la trajectoire décousue d'une femme congolaise en situation de rue

Différemment, l'exemple de la situation d'une autre femme rencontrée à Lyon, illustre que la grossesse ne suffit pas toujours à induire la mise en route d'une prise en charge par les services sociaux comme médicaux, notamment dans le cas d'une mobilité fréquente de la femme. Sa mobilité semble en lien avec la nécessité de trouver un cadre stable qui n'émerge pas dans les lieux qu'elle fréquente. De fait, cette situation renseigne un contexte actuel de plus en plus fréquent de parcours de rue de femmes enceintes, qui ne peuvent pas toujours trouver une stabilisation d'hébergement même auprès des hôtels du Samu Social, particulièrement dans des villes où les structures d'accueil des primo-arrivants ne s'appuient pas sur un réseau d'acteurs aussi solidement ancré dans le territoire, comme c'est le cas à Paris ou Marseille.

La trajectoire de cette femme congolaise de 35 ans qui accouche de sa fille à 25 SA (une très grande prématurée) éclaire la manière dont les facteurs environnementaux d'exposition aux risques d'une issue de grossesse défavorable peuvent interagir et se cumuler entre eux. Cette femme arrivée de Kinshasa en Italie s'y installe en 2007. Suite à une demande d'asile politique qu'elle obtient en Italie, elle trouve un logement et un travail d'aide-soignante dans une maison de retraite. Les retombées de la crise de 2008⁴ lui font perdre son emploi en 2010, car l'institution où elle travaille ferme ses portes. Après 5 mois de loyer impayé, elle est mise à la rue et arrive dans un centre social où elle reste 1 an. Elle y rencontre le père de sa fille en 2011 qui est d'origine congolaise et de nationalité française. Il loue de temps en temps une chambre d'hôtel qu'elle partage avec lui. A l'annonce d'une première grossesse en 2012, il la fait venir à Paris où il vit. Elle fait une fausse couche et est prise en charge à Lyon. De nouveau enceinte, à l'annonce de cette seconde grossesse, son conjoint lui interdit l'accès à leur

sont en effet observées parmi les ouvriers, les immigrés, les habitants des zones urbaines sensibles et les personnes sans diplôme ». Rey. <http://www.huffingtonpost.fr/2014/11/18/consequen-ces-sociales-crise-economique-insee-portrait-social-france-n-6178952.html>

logement car il ne désire pas cette grossesse. Elle refuse l'idée de l'avortement que lui propose son conjoint. Elle connaît alors un parcours de rue à Paris avec un hébergement périodique au 115, puis retourne à Lyon où elle a été hospitalisée pour sa première fausse couche car elle connaît l'équipe médicale et y a son dossier gynécologique (**figure 2**). A Lyon, elle est sans ressources et à la rue et elle accouche alors à 25 SA. Au moment de l'entretien, sa fille est hospitalisée en néonatalogie. Si sa fille a pour le moment un « toit » à l'hôpital, la mère appelle chaque soir le 115 pour demander une chambre dans un hôtel social et retourne chaque matin auprès de sa fille pour l'allaiter. Elle est très inquiète pour sa fille, née avec un poids inférieur à 800 g, et pour sa situation sociale. Elle souffre de l'injonction de l'équipe médicale d'allaiter et de tirer son lait (ce qu'elle souhaite pour sa fille) mais sa situation de rue épuisante l'empêche d'avoir une lactation suffisante pour alimenter sa fille, ce qui culpabilise énormément cette femme.

Extrait : De toutes les façons, en 2012, j'en avais perdu 1 ici à Mère Enfant [Hôpital Femme Mère Enfant], et en 2013 quand on m'a dit que je suis enceinte, c'est de la joie. Donc toute de suite j'ai commencé sans arrêt de toucher mon ventre, d'imaginer déjà l'enfant et tout. Et quand je suis venue à la maison, il m'a dit « non je veux pas de l'enfant », et du coup : « il faut que tu avortes, il faut que je t'amène, tu avortes tu avortes ». Et je l'ai dit « non, si tu veux pas de l'enfant, je suis capable de m'occuper moi toute seule de mon enfant donc je le garde moi de toutes les façons je suis

chrétienne je veux pas l'avorter ». Bon c'est à partir de là que tout a commencé la semaine suivante, la violence, les insultes et tout, il m'a dit que « si tu le gardes ton enfant... ». Comme j'avais nulle part où aller. En Italie quand il est venu me chercher là-bas, je travaillais pas, parce qu'il n'y a pas de boulot... Et j'ai appelé 115 de Paris et je les ai expliqué que j'étais enceinte et je suis fatiguée. Et 115 de Paris, après 2 mois et demi, jusqu'à 5 mois j'étais à 115 de Paris, c'était pas facile pour moi... [...] Il n'a pas voulu [de l'enfant], il m'a dit qu'on allait prendre quelque chose à Mac Do et on est parti, il m'a donné 100 euros à la main, je suis allée aux toilettes... il a disparu comme ça, je suis venue [à la maison]... c'est là où j'ai trouvé que même la maison, j'avais [pas] accès à l'intérieur, donc frappé frappé frappé il ne répond pas, il disait que c'est pas des blagues, donc je me rappelle des premières semaines, je faisais que pleurer... pleurer toute la journée j'étais dehors... Quand il pleuvait, quand il faisait froid, parfois tu sais enceinte il faut être forte et très dure. Je partais au Carrefour et parfois... [elle pleure] un jour j'ai demandé à manger. Le Seigneur me pardonne, j'ai même volé pour manger parce que ce jour j'avais tellement faim, j'en pouvais plus donc je suis allée, j'ai pris des biscuits, j'ai mangé, mangé...

Figure 2 : Une trajectoire européenne en pointillés

Source : enquête DISPARITES

La situation de cette femme illustre un cumul de facteurs de précarité et une dépendance à un conjoint néfaste et maltraitant et un grand isolement social. Le vécu affectif et culturel de cette femme et la reconnaissance sociale que procure la maternité la conforte par ailleurs dans son désir d'enfant (une femme congolaise de 35 ans, croyante, ayant vécu il y a peu une fausse couche). Sa situation de grande précarité à Paris couplée à l'état d'avancement de sa grossesse la pousse alors à retourner à Lyon où elle a bénéficié de soins durant sa première grossesse. Sa mobilité vers Lyon est motivée par la recherche d'un étayage de son entourage qui reste pourtant très faible et ne répond pas à ses attentes dans la mesure où elle se retrouve à la rue, la laissant dans un grand désœuvrement. Transcendant les contextes urbains cette trajectoire illustre parfaitement comment la ville, qu'il s'agisse de Paris ou Lyon apparaît comme territoire où peuvent exister des poches d'extrême pauvreté.

Un contexte hospitalier parisien sous pression qui complexifie l'accès aux soins

Nous présentons maintenant le cas d'une femme ivoirienne qui a 26 ans au moment de l'entretien. Elle vit avec son conjoint dans un logement exigu au 6^e étage, mais l'ascenseur ne

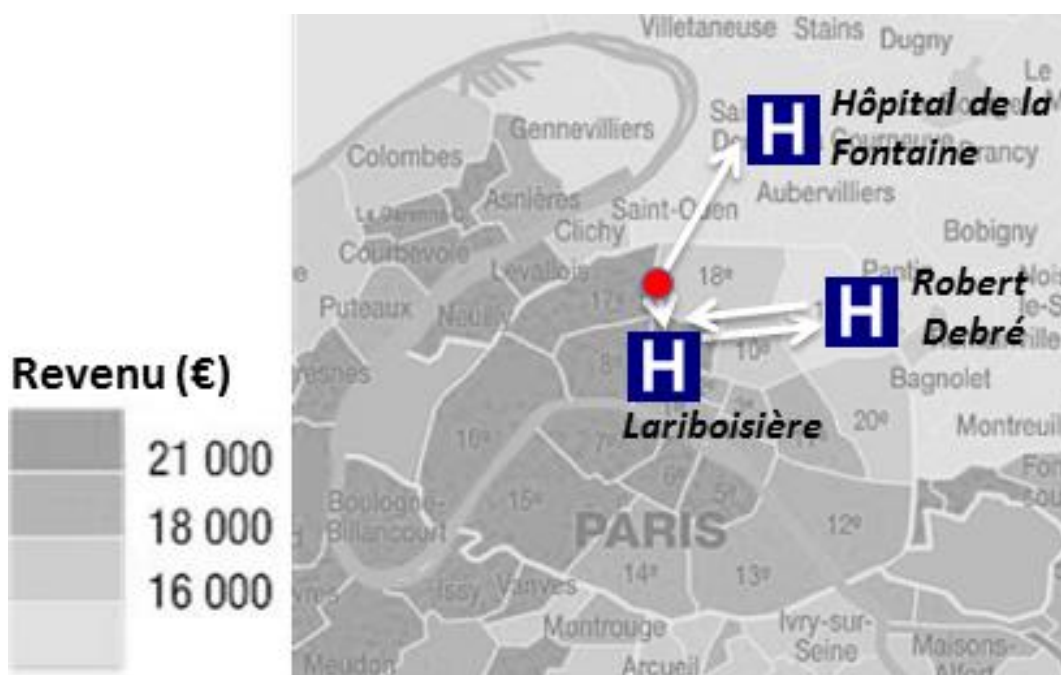
va que jusqu'au 4^e. Elle est enceinte de son 4^e enfant. L'aîné de ses enfants est en Côte d'Ivoire. Il a 9 ans et est né en 2005. Le second né en 2009 a 3 ans et le 3^e né en 2011 a 20 mois ; tous deux vivent avec elle. La mère et les sœurs de cette femme sont en France. Arrivée en France il y a 5 ans, en 2007, son parcours d'accès aux droits est complexe. Son AME arrive à terme à la fin du mois. En raison de cette situation administrative difficile, elle a un suivi tardif dans la mesure où elle s'inscrit dans une maternité du Nord de Paris (hôpital Lariboisière) à 5 mois de grossesse. Différemment, son conjoint, lui, est bénéficiaire de la sécurité sociale et d'une mutuelle. Durant son 6^e mois de grossesse, elle entre en menace d'accouchement prématuré (MAP) à la suite d'une chute dans la rue. Elle consulte aux urgences de sa maternité d'inscription. Mais en raison du manque de place, elle est transférée dans un hôpital de la banlieue Nord de Paris à Saint-Denis (Hôpital de la Fontaine). Elle y reste hospitalisée 5 jours. Le mois suivant, bien qu'elle souffre, elle ne souhaite pas consulter, en raison de ses obligations quotidiennes (emmener les enfants à l'école notamment). Elle finit par appeler le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) dans la matinée. Le même jour, elle subira une césarienne en urgence à 31 semaines + 5 jours à Lariboisière. Son nouveau-né sera immédiatement transféré et hospitalisé

à Robert Debré. Elle restera hospitalisée à Lariboisière et effectuera des trajets journaliers en taxi pour rendre visite à son fils à l'hôpital (figure 3).

La trajectoire de cette femme, notamment au regard de son réseau relationnel et de sa trajectoire de soins illustre que, bien que son capital social potentiel puisse être mobilisé (famille présente, conjoint installé en France avec un titre de séjour), elle reste dans un étayage relationnel avec son entourage plutôt précaire en raison :

- de la non-mobilisation de sa mère et ses sœurs pour lui offrir de l'aide
- du statut administratif de son conjoint (statut légal dont elle ne dispose pas)
- de la relation de couple qui pose question sur l'emprise potentielle que le conjoint pourrait avoir sur elle comme l'illustre la situation : bien qu'il y ait un risque vital pour elle au moment de son accouchement, elle doit demander à son mari s'il autorise la césarienne.

Figure 3 : Une trajectoire de soins découpée au sein de différents hôpitaux



Source : INSEE, enquête DISPARITES

Cette situation nous renseigne sur l'existence de dysfonctionnements et d'incohérences dues à une pression forte exercée par les tutelles sur les hôpitaux du service public pour réduire leurs coûts tout en augmentant leur activité, particulièrement complexe, dans les institutions du Nord-Est parisien qui accueille les populations les plus en difficultés. Par ailleurs, cette situation spécifique, liant mal-logement, trajectoire migratoire, prise en charge médicale non adaptée par deux fois (lors du transfert vers une maternité loin de chez elle qui n'est pas sa maternité d'inscription et lors du transfert ex-utéro de son enfant post accouchement sans que l'on transfère également la mère), montre un contexte institutionnel et hospitalier parisien contraint et sous pression. Celui-ci implique des

spatialités diffuses, désorganisant les pratiques du quotidien de ces femmes. De plus, cela interpelle l'existence potentielle de discriminations dans les prises en charge proposées aux migrants, particulièrement aux femmes d'Afrique subsaharienne comme l'ont montré les travaux de **Sauvegrain (2012)**. Si ces dispositifs de prise en charge existent, ils se retrouvent ambolisés par des trajectoires complexes qui empêchent un fonctionnement optimal des prises en charge et influencent en retour les trajectoires de vie des individus.

UNE LECTURE THEMATIQUE DE L'ARTICULATION ENTRE TRAVAIL ET MATERNITE : PRESSION SOCIALE ET MISE EN RISQUE DE LA GROSSESSE

Par ailleurs, hors de ces trajectoires révélant des situations de grande précarité. On constate aussi certains traits communs à l'ensemble du corpus quelque soit le statu socio-économique des femmes rencontrées. Dès lors, la prise en compte des contextes urbains permettent également de souligner la diversité des profils d'activité professionnels des femmes enquêtées dans ces 4 agglomérations aux profils socio-économiques très différents. On distingue en fonction de la ville des variations dans les environnements professionnel et relationnel de ces femmes. Ces situations spécifiques à chaque contextes urbains interrogent la manière dont le travail et la maternité s'agencent dans un cadre plus large que le cercle familial et les enjeux de réalisation individuelle.. On repère alors des formes de fragilisation des parcours professionnels et familiaux chez certaines femmes enquêtées. Nous illustrons ce processus à travers deux études de cas.

Le premier cas concerne une femme chinoise de 35 ans en couple, active, mère de plusieurs enfants en bas âge, arrivée en France il y a 7 ans, travaillant comme vendeuse jusqu'à 6 mois de grossesse, ayant accouché prématurément à 32 SA de son 3^e enfant, et dont le conjoint apparaît peu investi dans les tâches domestiques et d'éducation des enfants. L'extrait d'entretien présenté ici met parfaitement en lumière la complexité de l'enchevêtrement des facteurs concourant la prématurité de son enfant.

Question : Combien vous en avez ?

Réponse : j'ai déjà 2 c'est le 3^e.

Q : Est-ce que, lui, vous avez voulu l'avoir ?

R (hochement de tête) : non.

Q : D'accord. Les autres ont quel âge ?

R : le 1^{er} à 3 ans et demi.

Q : oui ils sont petits.

R : c'est pour ça que c'est dur

Q : vous étiez fatiguée.

R : très fatiguée

Q : vous aviez une contraception ?

R : si mais c'est raté

Q : vous avez discuté avec votre mari et décidé de le garder ?

R : en fait au début j'ai décidé que je garde pas (silence) jusque là la 2^e elle a 15 mois, en fait pour moi c'est un bébé

Q : oui bien sûr, c'est normal. Et le papa qu'est ce qu'il dit ?

R : il veut bien garder le bébé, mais en fait, les Chinois sont tous comme ça c'est les femmes qui soignent les bébés

Cette femme vit avec son époux et leurs deux premiers enfants dans un appartement de 30m² dans le 3^e arrondissement à Paris. Elle s'occupe de l'intégralité des tâches domestiques et de l'éducation des enfants. Elle travaille également comme vendeuse. Apprenant cette 3^e grossesse, une surprise, elle se demande si elle va garder cet enfant, et réfléchit sérieusement à la possibilité d'un avortement, notamment en raison des complications possibles qu'elle entrevoit dans son lien avec son deuxième enfant âgé alors 15 mois et qu'elle considère encore comme étant fortement dépendant d'elle. Mais le sujet d'une interruption de grossesse semble trop difficile à aborder au sein de son couple, pour des raisons tant familiales que culturelles. La situation socio-économique et familiale de cette femme semble donc la fragiliser de manière importante pendant sa grossesse : perturbation des liens qu'elle peut entretenir avec ses autres enfants, grand état de fatigue qu'elle décrit.

Dans la trajectoire de cette femme, plusieurs éléments attirent notre attention, l'accès à la contraception, la question du travail de la femme et celle du lien mère-enfant, mais également père-enfant et homme-femme. La faible implication du père émerge dans les discours de plusieurs entretiens, particulièrement chez ce profil de femmes. Ces dernières semblent également subir des pressions familiales et sociales plus fréquemment. Ces situations entravent voire limitent les possibilités d'investissement chez ces femmes de leurs enfants, et aussi la réalisation des divers tâches qu'elles ont à accomplir. Inversement quand le père est investi dans l'éducation et les tâches domestiques, cela participe à l'amélioration de l'exercice professionnelle de la femme.

Nous présentons maintenant la trajectoire d'une femme de 36 ans et relatons les pressions qu'elle subissait durant son arrêt maladie et son

congé maternité de la part de son employeur alors qu'elle venait d'accoucher à 32 SA de son premier enfant :

Question : Vous vous êtes quand même arrêtée bien avant, mais avec un travail et une pression importante ?

Réponse : Oui. J'étais stressée par mon remplacement. Ça fait 5 ans que je suis dans la boîte, on s'entend bien avec ma chef. Elle m'appelle une fois par semaine. On n'est pas copines, mais on a un rapport amical. Et là, ça m'a saoulée qu'elle m'appelle tous les jours. Elle ne m'appelle jamais tous les jours. En plus, j'étais chez moi. Elle m'a appelée à 16 h 30 le 31 décembre.

Q : Elle avait un positionnement un peu compliqué.

R : Oui, bizarre. Je trouve qu'elle a exagéré. Les Américains, ils sont comme ça. Il n'y a pas de droits pour les femmes chez eux. Pour personne d'ailleurs. Mais là, elle ne respecte pas l'arrêt de travail. Elle voulait que je revienne en avril. Je lui ai dit : légalement, ce n'est pas autorisé, je peux ne pas revenir avant juin.

Son statut de jeune femme urbaine, cadre supérieure active la positionne dans des injonctions sociales contradictoires (être mère ou être une femme active). Son désir d'être mère interroge également le rôle de l'injonction à être mère au regard de l'expérience de cette femme comme l'illustre le contexte complexe dans lequel elle débute sa grossesse :

« Quand j'ai voulu être enceinte, j'avais 36 ans. J'avais une endométriose sévère depuis 7 ans. Opérée en 2005, j'ai consulté des spécialistes de l'endométriose qui m'ont tous dit de faire une FIV [Fécondation In Vitro], que je n'arriverai pas à avoir une grossesse naturelle. J'ai fait une FIV. Avec mon partenaire, on est sa vie cachée. Il vit à La Réunion avec sa copine et nous, on est sa deuxième vie. On est allés faire une FIV en Espagne, parce qu'on n'est pas mariés, on ne peut pas le faire en France. On m'a implanté deux embryons et il y en a un qui est resté.

Ça a marché du 1^{er} coup. C'était au mois de juin l'année dernière, et en juillet, j'ai appris que j'étais enceinte ».

Cette grossesse induit une rupture avec le père, qui après avoir effectué les démarches avec elle en Espagne, décide de ne plus prendre de nouvelles et d'arrêter de venir la voir. Bien que le conjoint apparaisse ici démissionnaire, la grossesse résulte d'un projet de couple. La démarche de FIV est très médicalisée et souvent mieux prise en charge par le système de santé qu'une grossesse ordinaire, car considérée comme à risque.

Néanmoins, ces trajectoires mettent en évidence que la grossesse participe à la fragilisation des parcours professionnels, et par conséquent familiaux. La faible prise en considération des femmes enceintes sur leur lieu de travail, voire leur discrimination (**Halde, 2009**), la durée du congé maternité, « l'exigence sociale de paraître bonne mère, bonne épouse, bonne amante et bonne maîtresse de maison... tout en restant performante dans sa vie professionnelle » (**Nadel, 2008**) sont autant d'injonctions ne prenant pas en considération les temporalités spécifiques de la grossesse puis celles nécessaires à la mise en place du lien mère-bébé. Ceci alors même que ces temporalités sont nécessaires au positionnement de la femme devenue mère (maternage, allaitement, etc.) face à son nouveau né, à la famille, plus ou moins élargie, mais également face à son statut d'épouse, de femme active (**Nadel, 2008**).

L'ARTICULATION ENTRE GROSSESSE ET TRAVAIL : REINTERROGER LES TEMPORALITES SOCIALES

Les pressions au travail apparaissent fréquentes dans notre corpus d'entretiens et vont parfois jusqu'à la suppression de poste ou au licenciement annoncé à la femme durant sa grossesse. Après une naissance, les femmes seraient d'ailleurs davantage incitées à quitter leur travail dès lors qu'elles se trouvent dans une situation d'emploi défavorable (emploi peu qualifié, contrat court etc.) et/ou avec des conditions de travail pénibles (**Samuel, 2012**). Concernant la situation d'emploi, de nombreux travaux relatifs aux trajectoires professionnelles féminines ou aux effets de l'allocation parentale d'éducation, ont montré que les femmes les

moins stabilisées sur le marché du travail et les moins qualifiées connaissent davantage un éloignement temporaire de l'emploi après une naissance (**Bonnet et Labbé, 1999 ; Algava et Bressé, 2005 ; Pailhé et Solaz, 2007**). Aujourd'hui environ le quart des Françaises interrompent leur activité consécutivement à une naissance (**Pailhé et Solaz, 2007**). La maternité apparaît alors comme un moment charnière dans l'itinéraire de nombreuses femmes. « *Cet événement biographique constitue toujours un catalyseur d'un nombre élevé de transitions professionnelles et engendre donc des itinéraires plus complexes que ceux des hommes* » (**Samuel, 2012**). Les études convergent pour suggérer que les conditions d'emploi et de travail jouent un rôle sur la cessation de l'activité des mères (**Battagliola, 1998 ; Méda et al., 2003 ; Marc, 2004**), notamment lorsque pour certaines femmes ce désengagement répond à des situations de travail éprouvantes (harcèlement, pressions, menaces, etc.) (**Caroly et Cholez, 2009**). Ces situations peuvent donc participer à une précarisation professionnelle des femmes, dont les décrochages peuvent s'observer au moment de la grossesse, chez toutes catégories socioprofessionnelles avec néanmoins un gradient dans la gravité des situations de harcèlement.

CONCLUSION

Ces résultats interrogent alors à plus d'un titre, d'une part l'importance de la différenciation des contextes urbains, et d'autre part, l'hébergement comme élément déterminant des trajectoires de bien-être des individus.

Paris, Lille, Lyon, Marseille : des contextes régionaux de pauvreté différenciés

Paris comme Marseille, bien que moins frontalières que Lille, voire Lyon, sont des portes d'entrée sur le territoire français. Dans ces métropoles, les inégalités sociales observées sont très importantes. Elles se caractérisent également par un tissu associatif dense, notamment autour de l'accueil des migrants (CIMADE, COMEDE – Comité pour la Santé des Exilés-, Défenseur des Droits, Médecins Du Monde, etc.), qui permet alors une entrée dans le droit commun, particulièrement lorsque la personne précaire entre dans une catégorisation de personne dite « vulnérable »,

ce qui est le cas de la femme enceinte, et plus encore de la femme enceinte mineure, comme nous l'avons montré pour le cas de Marseille.

D'ailleurs, les situations de grande précarité observées à Paris et à Marseille relèvent plus de femmes en situation de migration, arrivées récemment sur le territoire français (primo-arrivante accouchant dans le camion des pompiers en raison d'un recours tardif ou d'un non recours aux soins de peur de se faire expulser du territoire, femmes en situation socio-économique très précaire, en couple en situation de mal-logement avec plusieurs enfants en bas âge, un conjoint peu présent et un capital social faible). Les situations sont plus nuancées dans les profils observés à Lyon, bien que les situations soient similaires à celles observées à Paris, mais dans des proportions moins extrêmes.

Ces contextes de grande précarité doivent être soulevés et pris en considération par les politiques publiques dans la mesure où ils ont un impact important sur les états de santé et de bien-être des populations. « *Si le devenir mère et l'être mère s'ancrent dans l'histoire psychique des femmes, les situations de conditions de vie défavorisées ne sont pas sans incidence sur la construction de leur identité maternelle, leur conjugalité, leur rôle et place auprès de l'enfant* » (**Zaouche-Gaudron, 2007**).

L'hébergement et l'accès à un logement décent transcendant tout territoire

A l'échelle urbaine, on peut également opposer les sites d'étude, notamment en raison de leur situation (la situation quasi-frontalière de Lille, à celle plus centrale de Paris) mais également de contextes historiques et sociaux différents (notamment Marseille et Paris, villes d'accueil et Lyon et Lille villes industrielles). En effet, l'hyper-centralité de Paris, avec sa myriade attirante d'infrastructures sanitaires, connaît pourtant une importante crise du logement, avec des situations de précarité extrême (mal-logement, femmes à la rue relevant du « 115 » - Samu Social -), que l'on observe également à Marseille. A Lille, via le réinvestissement et la réhabilitation par la région et les municipalités d'un parc de logement déserté par les ouvriers, ces institutions sont en mesure de proposer un vaste éventail de logements de qualité (petite maison avec jardin) et accessible aux populations bénéficiant des minima sociaux. Les

femmes interviewées ne déclarent pas de problèmes relatifs au logement lors de l'enquête, sauf en cas de séparation du couple durant la grossesse avec un départ de la femme du foyer. Différemment, à Marseille, la pauvreté est régulièrement accompagnée de problématiques de logement extrême (mal-logement, parcours de rue), avec un taux de surpeuplement dépassant 20 % des ménages résidant dans les 2^e, 3^e, 14^e et 15^e arrondissements de la cité phocéenne, alors qu'il est en moyenne de 14 % sur l'ensemble de l'agglomération (**Laporte, 2014**). De fait, une femme évoquait son angoisse liée à l'idée de rentrer avec son enfant né prématurément dans un logement d'une pièce où elle réside avec ses deux autres filles et où vivent également des souris (**Gasquet-Blanchard, 2015**). Depuis la crise économique de 2008, la situation de mal-logement s'aggrave (**Laporte, 2014**) et a un impact sur la santé infantile. En 2011-2012, le département des Bouches-du-Rhône est le seul à afficher une augmentation des nouveaux cas de saturnisme infantile. En 2012, l'incidence était de 15 pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône contre 2 pour 100 000 habitants en France. En 2015, 47,5% des enfants du département étaient exposés à un risque d'exposition au plomb et le nombre moyen de cas diagnostiqués sur la période 2011-2015 avoisine les 24 +/- 4,8 cas par an, soit une augmentation de + de 224% (Laporte, 2016).

Les résultats ici présentés montrent que les pratiques et logiques spatiales associées aux soins durant la grossesse de ces femmes sont largement dépendantes de leur capital social et de leurs rapports avec les systèmes de santé.

Considérer les contextes socio-historiques et géographiques et les territoires du quotidien au sein desquels les femmes enceintes évoluent a permis de mettre en évidence leur influence sur la production des déterminants qui influencent les trajectoires de ces femmes. Cet angle d'analyse révèle également certains enjeux des politiques sociales, comme l'organisation des services sanitaires, dans le cas de la femme enquêtée à Paris, mais aussi des politiques économiques à travers l'articulation entre maternité et travail.

Les trajectoires décrites révèlent bien que chaque ville s'inscrit dans une dynamique régionale spécifique (comme nous l'avons

montré pour Lille) qui participe à déterminer les trajectoires des femmes durant leur grossesse. Mais les représentations associées à ces villes (Lyon, porte d'entrée en France depuis l'Italie) et les stratégies individuelles qui en découlent influencent en retour le vécu de ces femmes et leurs trajectoires de soin comme de vie, mais existent aussi dans les représentations et le vécu des femmes en fonction de leur trajectoires, tant dans leurs trajectoires de soins que dans leurs trajectoires de vie.

Enfin, nous constatons en amont comme en aval de l'accouchement, par l'analyse des articulations d'échelles spatiales et institutionnelles à l'œuvre dans les territoires, que les contextes socio-historiques participent à la production de déterminants de santé spécifiques de manière différenciée, selon les lieux. Ils peuvent impliquer des situations défavorables à la grossesse et son issue, comme l'ont montré également les exemples du logement et du travail et des modalités de leurs interactions avec la grossesse et sa prise en charge.

REFERENCES

- Algava E., Bressé S., 2005, Les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation : trajectoires d'activité et retour à l'emploi, *Études et résultats*, n° 399
- Battagliola F., 1998, Les trajectoires d'emploi des jeunes mères de famille, *Recherches et Prévisions*, n° 52, p.87-99
- Bessin M., 2009, Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique, CNAF, *Informations sociales*, 2009/6 -15612-21.
- Bessin M., Bidart C., Grossetti M., 2010, Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement, Paris, La Découverte.
- Blencowe H, Cousens S, Chou D et al., 2013, Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm birth, *Reprod Health*, n° 10 (Supp.1) : S2
- Bonnet C., Labbe M., 1999, L'activité des femmes après la naissance de leurs deux premiers enfants. L'impact de l'allocation parentale d'éducation, *Études et Résultats*, n°37
- Capot R., Rogriguez P., Turban, N., 2012, Les femmes en Nord-Pas-de-Calais : entre vie familiale et vie professionnelle, *INSEE Nord Pas de Calais*, janvier 2012, n°100, 6p.
- Caradec V., Ertul S., Melchior J.-P., 2012, Les dynamiques des parcours sociaux : Temps, territoires, professions, Rennes, PUR
- Caroly S., Cholez C., 2009, Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire, Document de travail, DREES, série *Études et Recherche*, n°96, 80 p.
- Demazière D., Samuel O., 2010, Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes, *Temporalités* : 11.
<http://temporalites.revues.org/1167>
- Devault, A., Gratton, S., 2003, Les pères en situation de perte d'emploi : l'importance de les soutenir de manière adaptée à leurs besoins. *Pratiques psychologiques*, 2, 79-88
- Gasquet-Blanchard C., Hoyez A-C., 2015, Parcours et trajectoires dans le domaine de la santé. Quelques réflexions issues de l'analyse d'entretiens effectués auprès de femmes migrantes enceintes ou ayant récemment accouché dans la ville de Rennes, *ESO, travaux & documents*, octobre 2015, n° 39 : 85-89
- Gasquet-Blanchard C., 2015, Trajectoires de grossesse de femmes accouchant d'enfants nés prématurément ou avec un petit poids de naissance, *Cahiers de la puéricultrice*, Novembre 2015, n° 291 : 14-18
- Gasquet-Blanchard C., 2017, L'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo), in *L'espace en partage : Approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux* (dir.) Bonny Y., Bautès N., Gouëset V., PUR, 2017, 97-118pp.
- Gastaut Y., 2009, Histoire de l'immigration en PACA : le cas unique de Marseille, *Accueillir*, n° 248 pp 12-13
- Gayral-Taminh, M., 2005, Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 34, N° 1-C1, pp. 23-32
- HALDE, Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité pour la France, 2009, Grossesse, maternité et discriminations au travail. Sondage de l'Institut CSA, Paris : CSA Politique-Opinion
- Insee Etudes, 2011, Marseille Provence Métropole, précarité, vieillissement, déplacements... de nombreux défis à relever, Synthèse INSEE Etude Provence Alpes Côte d'Azur, n°22, 2 p.
- Insee, 2016, Insee Flash Nord-Pas-de-Calais-Picardie, Avril 2016, n°2 2p.
- Insee analyses, 2017, 204 600 familles monoparentales dans les Hauts-de-France, *Insee Analyses*, février 2017, n°43, 4p.
- Keshavarzi F, Farnia V, Yazdchi K et al., 2014, Effect of maternal anxiety on maternal serum and fetal cord blood cortisol. *Asia Pac Psychiatry*. 2014;6 :435-9.
- Kramer M, Goulet L, Lydon J et al., 2001, Socio-economic disparities in preterm birth : causal

- pathways and mechanisms, *Paediatr Perinat Epidemiol*, 001;15 (Suppl. 2) :104-23
- Laporte R., 2014, Projet de PASS mère-enfant, Rapport interne APHM, 32p.
- Laporte R., Daguzan A., Hadji K., 2016, Saturnisme et accès aux soins en région PACA, La santé en action, n°437, sept 2016, pp.46-7
- Lejeune C., 2008, Précarité et prématurité, 2008, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Vol 21, Issue 8 : 344-8
- Marlier G., *et al.*, 2015, Le Nord-Pas-de-Calais, entre mutations économiques et développement humain, *Revue de l'OFCE* 2015/7, n° 143) p. 225-275. Maurin L, Mazery V., 2014, Les taux de pauvreté des 100 plus grandes communes de France, *Le Compas*, 11 :1-4.
http://www.lecompas.fr/doc/compasetudes11_janvier2014.pdf
- McDonald SW, Kingston D, Bayrampour H et al., 2014, Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth, *Arch Womens Ment Health*, 17 : 559-68.
- McEwen BS., 1998, Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* , 338 : 171-9.
- Nadel D., 2008, Transmettre et accueillir la vie..., *Spirale* 2008/3 n° 47, pp. 41-52
- Pailhé A., Solaz A. 2007, Inflexions des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance des enfants, *Recherches et prévisions*, n°90, p.5-27.
- Rapport IGAS, 2011, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance, 2011.
- Roy-Matton N, Moutquin JM, Brown C et al., 2011, The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *J Obstet Gynaecol Can.*, 33 : 344-52.
- Samuel O., Martiskainen de Keoenigswarter H., Vilter, S., 2012, Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé, *Série Etudes et Recherches*, DREES, Document de travail, N° 122
- Sauvegrain P., 2012, La santé maternelle des « Africaines » : racisation des patientes et trajectoires de soins, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), pp. 81-100.
- Strauss A., 1978, *Negotiations. Varieties, contexts, processes and social order*, San Francisco, Jossey-Bass, 270 p.
- Strauss A., Baszanger I., 1992, La trame de la négociation, *Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, 319 p.
- Torchin H, Ancel PY, Jarreau PH, Goffinet F, 2015, Epidemiology of preterm birth : Prevalence, recent trends, short- and long-term outcomes, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 44(8) :723-31.
- Weightman AL & al., 2012, Social inequality and infant health in the UK : systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 2012 Jun 14;2(3).
- Wendland, J., 2010, Grossesse, désir d'enfant et parentalité dans les maternités célibataires à risque, *La psychiatrie de l'enfant* 2010/1 (Vol. 53), pp.167-201.
- Zaouche-Gaudron C., 2007, Être mère en situation de précarité économique. Étude exploratoire qualitative, *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2007/1 - n° 21, pp.51-69
- Zeitlin, J., 2011, Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for migrant in Europe, *PubMed Central. Europe PubMed Central*, 25(4) : 347-56