

PuéricultureS

Grossesses et Migrations

- ❖ **Présentation**
- ❖ **Des rencontres au CMP**
- ❖ **La démographie en Essonne**
- ❖ **Accès aux soins et santé prénatale des femmes immigrées**
- ❖ **Un exemple d'action recherche à Genève**

1

Selon l'INSEE
Population d'enfants nés vivants en 2016
en Essonne
selon la nationalité ou le lieu de naissance des parents

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2904785?sommaire=2898646>

Nés vivants selon la nationalité des parents et leur situation matrimoniale en Essonne. Année 2016

SITU_MATRI : Ensemble		INDIC : Effectifs					
Nationalité des parents	Ensemble	Deux parents français	Père étranger, mère française	Père français, mère étrangère	Deux parents étrangers	Ensemble des mères françaises	Ensemble des mères étrangères
Essonne	18 603	11 330	1 937	2 075	3 261	13 267	5 336

37% des mères sont nées à l'étranger.

et

29% des parents

17% des parents de ces enfants sont étrangers

60% des deux parents et

77% des mères sont de nationalité française.

Définition

Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment).

Remarque

A la différence de celle d'immigré, la qualité d'étranger ne perdure pas toujours tout au long de la vie : on peut, sous réserve que la législation en vigueur le permette, devenir français par acquisition.

N8DBIS : Nés vivants selon le lieu de naissance des parents en Essonne. Année 2016

INDIC : Effectifs							
Lieu de naissance des parents	Ensemble	Deux parents nés en France	Père né à l'étranger, mère née en France	Père né en France, mère née à l'étranger	Deux parents nés à l'étranger	Ensemble des mères nées en France	Ensemble des mères nées à l'étranger
Essonne	18 603	9 672	1 960	1 599	5 372	11 632	6 971

4

Près d'un tiers d'habitants supplémentaires en Essonne en 2050

Essonne	Scénarios		
	Tendanciel	Croissance haute	Croissance basse
Solde naturel annuel moyen 2013-2050	11 200	12 100	10 500

La vulnérabilité

- En clinique transculturelle, nous parlons de **vulnérabilité** en particulier de la vulnérabilité des processus de transmission.
- C'est donc important de noter le chiffre de **6971 mères** qui sont nées à l'étranger, puisque nous savons que les difficultés du maternage ce sont les premières grossesse en situation de migration.
- **Nos institutions de première ligne** sont tout aussi vulnérables:

Notre universalisme ne nous prépare pas au choc de la rencontre interculturelle,

L'intensité des traumatismes pousse à la réduction des interventions et à l'exclusion.

Discussion

6

- Nous n'avons pas l'ensemble des provenances des parents nés à l'étranger.
- Le risque **culturaliste** est d'**essentialiser**, et de définir des typologies de population.
- Ne pas méconnaître les facteurs socio-économique qui aboutissent à des situations de précarité économique (exemple des familles natives « exclues ») pourvoyeuses de conflits d'affiliation et de parcours de désaffiliation.

Discussion (2)

Les parcours sont toujours singuliers

- Être née et avoir vécu en temps de paix....ou fuir la guerre,
- Être née et avoir vécu une grande métropole dans une famille où les besoins primaires sont assurés... ou fuir la pauvreté, la maltraitance,
- Être née et avoir vécu dans une famille dont l'intensité du sentiment d'appartenance n'empêche pas ses membres de s'ouvrir à d'autres groupes, ou...
- Être accueillie à un moment où les services publics de première ligne maternités, PMI, ASE, psychiatrie, ne peuvent plus assurer le quotidien comme il était assuré auparavant. (voir la question des territoires. E. Azria. Précarité sociale et risque périnatal. Eres. Enfance et Psy. N°67. 2015), ou....

Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées

D'après BEH 19-20 N° 19-20 | 5 septembre 2017, pp 389-394

En France en 2015, 22% des naissances vivantes concernaient des femmes nées à l'étranger.

Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(19-20):389-95. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html

Morbidité maternelle

En adéquation avec la littérature européenne, de récentes recherches font état

- Pour les femmes nées en Afrique subsaharienne: Un risque significativement plus important: multiplié par 3,4 de morbidité maternelle sévère.
- portant majoritairement sur les complications hypertensives et les sepsis.
- Ces travaux mettent de plus en évidence:
un taux de soins sous optimaux et de suivi prénatal inadéquat très élevé ainsi que certains soins différenciés.

Suivi prénatal inadéquat

10

- Nous avons observé des taux de suivi prénatal inadéquat très différents suivant le lieu de naissance des femmes :
 - Celles nées en France 17,3%
 - Celles nées dans un pays d'Afrique subsaharienne 34,7%
 - Celles nées en Afrique du Nord 26,9%.
- Dans les deux derniers groupes, nous observons que le risque de suivi inadéquat est associé à :
L'immigration récente (moins d'un an en début de grossesse) et que cette association persiste après prise en compte de facteurs sociaux comme l'absence de revenus, de couverture sociale au début de la grossesse, d'habitation stable, l'isolement ou une situation irrégulière....
- Parmi les nombreux facteurs de suivi prénatal inadéquat, les facteurs liés à l'immigration font partie des plus souvent rapportés (études principalement nord-américaines, canadiennes notamment).

Autre variable que le pays de naissance

- **Le jeune âge,**
- **Le manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil,**
- **Un niveau d'éducation bas,**
- **Une grossesse non planifiée**
- **Le fait de ne pas avoir de couverture sociale.**

Les soins différenciés

Les études portant sur ce sujet sont encore peu nombreuses, mais cohérentes avec de récentes études françaises qui soulignent le rôle du système de soins dans la perpétuation des inégalités sociales de santé.

- **Le BEH cite une étude sur une petite cohorte où le suivi de la TA, de la protéinurie montre un suivi différencié, en particulier pour des femmes d'origine subsaharienne.**
- **Le suivi différencié n'apparaît plus dans les tableaux sévères où la prise en charge est alors plus standardisée.**
- **La focale placée ici sur le système de soins est une approche encore peu répandue en France.** La documentation et l'étude des soins différenciés nous semblent importantes à poursuivre, y compris en termes de **biais implicites des soignants (stéréotypes négatifs à l'égard de certains groupes de population) et de leurs impacts dans la relation de soins.**
- En effet, sans occulter les impacts des conditions de vie des femmes sur la dégradation de leur état de santé, il faut bien admettre que ce sont les inégalités produites ou perpétuées par le système de soins qui sont celles sur lesquelles les leviers de l'action publique pourront avoir le plus d'effets.

En conclusion

- Une attention insuffisante est accordée :
- Aux inégalités structurelles,
- À la compétence linguistique,
- Aux antécédents migratoires ou
- À la discrimination.
- Les difficultés de communication, liées à la langue mais peut-être plus encore
- La distance sociale entre médecins et patientes, pourraient représenter un élément important parmi les freins à l'accès aux soins.

Devenir mère en terre étrangère

14

Cahier de puériculture de la puériculture. Décembre 2011. Numéro 252.

Betty Goguikian-Ratcliff, Fabienne Borel, Francesca Suardi, Anna Sharapova

Le programme enceinte à Genève réunit à partir de 2006,

- des associations engagées dans la santé communautaire des migrants
- un collectif de sage-femme indépendante développant des prestations de santé publique dans le domaine de la périnatalité.

Six rencontres prénatales en groupe multiculturel

5 séances de 2h30 pendant la grossesse

Une séance après l'accouchement en présence des bébés

4 cycles par an

16

Il est fréquent que **quatre ou cinq langues** soient représentées ; le français est la langue commune. Les groupes sont animés par deux sages-femmes relayées par des interprètes.

Les objectifs du programme.

17

- Exprimer **dans leur langue** leurs questions et leurs inquiétudes concernant la grossesse et la vie avec un nouveau-né.
- Évoquer **les pratiques lors de la grossesse, de l'accouchement et du maternage** qui ont cours dans leur pays d'origine.
- Recevoir une **information approfondie** en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Accroître leur autonomie en matière de santé.
- Accroître leur intégration en **rencontrant d'autres femmes** dans un lieu sécurisant de partage d'expérience.
- Prévenir l'isolement social.

Pour qui?

- ▶ **Toute femme allophone enceinte** que la femme ait déjà donné naissance à un enfant ou non.
- ▶ Les cours sont **destinés exclusivement aux femmes**
- ▶ Ils ont lieu l'après-midi durant les heures d'école.
- ▶ **Une séance spéciale** est organisée en soirée afin de pouvoir accueillir les futurs pères qui le désirent.

Déroulement des rencontres.

- ▶ Temps d'information et d'échange autour de la grossesse et des temps de **travail corporel**
- ▶ Les informations sont **illustrées à l'aide de support**: des schémas ou du matériel en trois dimensions
- ▶ Exemple de question: la **détermination du sexe de l'enfant, risque de mortalité**
- ▶ Déroulement de l'accouchement lorsqu'on est **excisée ou infibuler**
- ▶ Une séance entière est consacrée aux modifications psychologiques : là aussi des supports sont utilisés pour évoquer **les besoins des femmes enceintes, l'accouchement.**
- ▶ **Le travail corporel c'est imposé dès le début** : une majorité des femmes souffrent de **dorsalgie** et vivent dans des conditions offrant peu de possibilités de détente ou de repos. Des moments **de chant de danse** sont intégrés permettant un partage des traditions en lien avec les maternages dans les différents pays et cultures représentées. **Les interprètes et les sages-femmes** effectuent les exercices au même titre que les participantes.

Bilan de 5 années de fonctionnement 2006-2010

- ▶ 9 participantes en 2006, 45 en 2010.
- ▶ Très peu de désistement dans ce programme en 5 ans : sur un total de 120 femmes inscrites seules huit d'entre elles n'ont pas donné suite.
- ▶ Les voies d'adressage 35 % des participantes ont été adressées par différents services attaché aux hôpitaux.
- ▶ 31% par le réseau communautaire.
- ▶ 26 % par des associations pour migrants.
- ▶ 7% par leur médecin privé.
- ▶ Une augmentation importante a été observée entre 2009 et 2010 probablement lié à l'impression d'un dépliant en différentes langues en 2009 et une campagne d'information grand public dans les médias en 2010.

Age

20 25 ans	26 30 ans	>30 ans
27 %	23 %	50 %

Niveau de scolarisation

école secondaire	universitaire	Ecole primaire	Pas de scolarité
38 %	22 %	23 %	11 %

Durée de séjour. Statut légal. Logement.

- de 5 ans Suisse	+ de 5 ans Suisse	Légal précaire	Demande asile	Foyer	clandestine
89%	54 %	55 %	44 %	35%	8%

Appui social

Femmes mariées	En couple	Célibataires	Pas d'appui à part le compagnon
82 %	11 %	7 %	42 %

Difficultés et complications observées au cours des 5 ans

Aucune complication	Dépression, Pb de couple, hospitalisation, violence	Isolement, Précarité, logement	Pb médical : Prématurité, Mort in utéro, Infection, Diabète	Complications et statut précaire	Complications et statut non précaire
36 %	19 %	33 %	6 %	62 %	30 %

Discussion.

23

- **Les auteures insistent sur le nombre des primo-arrivantes.**
- **Le faible degré d'acculturation de beaucoup de ces mères ou futures mères.**
- **Les auteures supposent que la barrière de la langue cumulée associée à la précarité sociale peut expliquer le déficit d'intégration.**
- **Importance de la formation des intervenants médico-sociaux en périnatalité.**

La formation ? Qu'est-ce que cela signifie ?

- **C'est la sensibilité culturelle des intervenants** qui doivent :
- L'incarner par une **attitude non jugeante**, **l'encouragement à faire coexister des mondes** parfois vécu dans l'opposition, en incompatibilité
- Les mises en acte par le choix de proposition de **groupes composés uniquement de femmes** ce qui permet une plus grande liberté dans l'expression des vécus et des sentiments.
- Enfin les auteures soulignent la forte prévalence de troubles anxieux et dépressif et l'importance quantitative des situations de précarité sociale qui devrait pousser à **prolonger l'accompagnement en période postnatale.**