



DIPLOÔME INTER-UNIVERSITAIRE

SANTÉ

SOCIÉTÉ

MIGRATION

Regard du personnel soignant de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant sur les patientes en situation d'exil

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction d'Arnaud Béal, psychologue, directeur en psychologie sociale



Collin, Elsa

Année 2024-2025

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON METROPOLE

ORSPERE SAMDARRA
Observatoire sur les Femmes, Migrations et Soins

**UNIVERSITÉ
JEAN MONNET**
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard Lyon



Sommaire

Sommaire.....	1
Glossaire.....	2
Introduction.....	3
I. Connaissances sur la migration en périnatalité.....	6
I.1 Discrimination et soins différenciés.....	6
I.2 Interculturalité et maternité.....	8
I.3 Besoins et compétences interculturelles à l'hôpital.....	9
II. Etude.....	11
II. 1 Problématique.....	11
II. 2 Méthodologie.....	12
II. 3 Cadre de l'étude.....	12
II. 4 Population.....	14
III. Observations.....	15
III.1 Dans la période prénatale.....	15
III. 2 En salle d' accouchement.....	20
III. 3 Lors du séjour en maternité.....	22
III. 4 Association verbale.....	27
IV. Discussion.....	30
Conclusion.....	34
Bibliographie.....	35
Annexes.....	37

Glossaire

HFME: Hôpital Femme -Mère-Enfant

USAP: Unité de Soin d'Accompagnement Précoce en Périnatalogie

GSF: Gynécologie Sans Frontières

PASS: Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

PMI: Protection Maternelle et Infantile

Introduction

Tout commence avec l'histoire de Mme B. , une jeune guinéenne de 22 ans, arrivée en France il y a juste un an. Mme B. a subi des violences physiques, morales et sexuelles, une excision, et a finalement fui la Guinée pour éviter un mariage forcé. Elle arrive en France après un long parcours migratoire, et des atrocités subies. Elle rencontre à Marseille un jeune homme, et tombe enceinte rapidement. Elle se retrouve finalement seule à Lyon, le conjoint resté à Marseille, ne sachant pas s'il reconnaîtra l'enfant. Mme B. est suivie à l'Hopital Femme-Mère-Enfant, par l'équipe médicale mais aussi psycho-sociale, avec la proposition d'une hospitalisation post-natale dans le service USAP. Ce qu'elle accepte. La grossesse se déroule normalement. L'accouchement est plus compliqué, une césarienne est réalisée en urgence après des heures de travail et des anomalies du rythme cardiaque foetal. Mme B. donne naissance à un garçon, A. qui se porte très bien. Les premiers jours à l'USAP sont difficiles, l'équipe décrit une relation mère-enfant qui a du mal à se mettre en place, une femme peu locace, réservée, liant peu d'interactions avec son fils. ***“Les femmes africaines sont souvent distantes avec leurs enfants” “Elles montrent peu d'affection à leurs bébés aux premiers jours”***. (J'annoterai régulièrement ce mémoire de propos de soignants, entendus lors de mes observations et de ma pratique professionnelle) . Au 7ème jour du post-partum, Mme B. signale des douleurs abdominales, avec une constipation. La sage-femme fait appel au médecin, qui l'examine et conclue à un ileus fonctionnel. Ce trouble est fréquent après une césarienne (ou chirurgie abdominale), où la motilité gastrique est réduite suite à la manipulation intestinale et la réaction inflammatoire. On traite donc Mme B. avec des anti douleurs, des laxatifs, et on lui demande de plus se mobiliser. Ce reproche lui est fait, elle ne se mobilise pas beaucoup. ***“Comme beaucoup de femmes africaines, elles restent tout le temps allongées après leur accouchement”, “Dans leurs pays elles doivent survivre, mais arrivées ici, elles se prennent pour des reines”, “Il faut tout leur donner, elles sonnent pour remplir une cruche d'eau”***. Mme B ne se plaint pas beaucoup, elle poursuit son séjour avec discréction. Au 9ème jour cependant, son état clinique se dégrade. Une sage-femme s'étant déjà occupée d'elle, la trouve totalement changée. L'équipe médicale est de nouveau alertée, un bilan sanguin réalisé. On retrouve un syndrome inflammatoire élevé, un épanchement hématique et un lâchage de la suture utérine. Mme B. est reprise au bloc chirurgical en

urgence. Les suites opératoires se compliquent d'un sepsis à Escherichia Coli, Mme B sera transférée en réanimation dans un autre hôpital. Pendant ce temps, A. est resté avec l'équipe soignante. Fait très rare, les nouveau-nés en bonne santé ne restent jamais à l'hôpital, même sans parents. Il aurait dû repartir avec une connaissance de Mme B, vivant dans le même hôtel. Seulement, cette connaissance était enceinte de 9 mois, et pouvait accoucher à n'importe quel moment. Qu'en aurait été d'A. à ce moment-là ? La question du placement d'A. s'est donc posée. Mais chaque jour, les nouvelles de sa maman étaient différentes, amélioration puis dégradation de l'état clinique. On espérait un retour rapide de Mme B. dans notre service. Et puis l'équipe s'est totalement attachée à A. Avec la peur que sa maman ne revienne peut-être jamais, avec peut-être une culpabilité partagée. A. a été choyé par l'équipe. Il a vécu son premier mois de vie, au cœur d'une maternité, au sein d'une équipe soignante. Sans vraiment de personne référente, bercé chaque jour dans de nouveaux bras. Nous lui avons fait un carnet, des photos, afin de raconter à sa maman ses premiers moments, première sortie dehors, ses sourires... Nous avons pu amener A. auprès d'elle quelques fois, à sa demande. Elle sera finalement de retour dans le service de maternité 20 jours après cette reprise chirurgicale. Elle restera encore 10 jours avec nous et A. pour pouvoir le retrouver. Son comportement est totalement différent des premiers jours post- accouchement. Elle est proche de son fils, lui chante des chansons, le promène le soir dans le service, en le portant en foulard dans son dos. Elle est très souriante et reconnaissante envers l'équipe. Mme B. qui a dû être réopérée pour poursuite de complications quelques mois plus tard, a voulu fêter les 1 an de son fils à la maternité, avec l'équipe de soignants de l'USAP.

L'histoire de Mme B. illustre entièrement les difficultés de prises en charge des patientes en situation d'exil à l'hôpital : violences sexuelles, excisions peuvent entraîner une difficulté d'accouchement voie basse, des préjugés peuvent entraîner un retard de prise en charge médicale , la précarité et l'isolement peuvent entraîner les difficultés de prises en charges sociales.

Je travaille en tant que sage-femme à l'hôpital Femme-Mère-Enfant à Lyon. Je suis une sage-femme hospitalière depuis maintenant 15 ans, et j'ai toujours aimé travailler dans les CHU de grandes villes pour le côté recherche médicale, mais aussi pour l'accompagnement social, avec des patientes souvent en grande précarité. La grossesse est une période de grande vulnérabilité et l'état de précarité accentue vraiment cette vulnérabilité. Je suis persuadée que notre rôle est essentiel dans l'accompagnement de ces femmes.

Je suis aussi bénévole au sein de Gynécologie Sans Frontières, avec des actions dans la région lyonnaise. GSF est une ONG qui a pour but de promouvoir la santé des femmes en détresse. Elle est essentiellement composée de sages-femmes et de médecins, avec des missions à l'international et en France. L'une des missions déployée par GSF sur le territoire français est la mission SoliSaFE (Solidarité Santé Femme). Les actions de santé se font auprès des femmes en grande précarité, en situation d'exil ou non, hébergées ou accueillies dans différentes structures (CADA, accueils de jour ...). Le discours de GSF étant "Former, Accompagner, Transmettre sans se substituer", nous avons pour objectif d'intégrer les femmes dans un parcours de soin, et non de créer une médecine gynécologique de dépannage.

L'histoire de Mme B. est le point de départ de ce mémoire. Elle m'a donné envie de faire ce DIU et d'en faire un écrit en lien avec mon hôpital. Je me sens plus à l'aise avec les patientes en situation d'exil, lors de mes interventions avec GSF. Nous sommes plus proches, nous avons plus le temps, elles ne sont pas seules, mais accompagnées de connaissances ou des sœurs, des amies. Les équipes des structures d'accueil sont beaucoup mieux préparées, et habituées à l'interculturalité. Pourquoi à l'hôpital, sommes-nous moins à l'aise, moins à l'écoute, et ressentons beaucoup plus de difficultés avec l'Autre ? Peut-être par cette position de soignant, avec nos tenues, notre matériel, notre lieu de travail. Je me sens moins sur un pied d'égalité. Que lorsque je vais à leur rencontre, sur leurs lieux de vie, en civil.

I. Connaissances sur la migration en périnatalité

I.1 Discrimination et soins différenciés

Les patientes migrantes font partie intégrante de notre exercice de sage-femme hospitalière. Elles représentent actuellement une femme sur cinq accouchant en France (Sauvageain, 2017). Et pourtant il existe toujours dans le service public hospitalier une discrimination et un racisme, qui amènent à des soins différenciés, à des complications et donc à un taux de morbidité plus élevé chez ses patientes (Azria. E 2015). L'augmentation et la diversification des populations accueillies aurait donc tendance à accroître le phénomène de racisme, plutôt qu'une discrimination positive ? Ce racisme est parfois explicite. Il amène à des moments de malaise entre les équipes, et l'on se demande souvent comment réagir ([Réagir à une remarque raciste - Santé Mentale](#)).

Mais il existe aussi un racisme implicite, des discriminations inconscientes qui concernent tout le personnel soignant, et qui est bien plus pernicieux et tout aussi néfaste dans la prise en charge de ces patientes (“*les biais de perception font le lit du racisme systémique dans les soins*” Elie Azria, projet Bip.). Ces discriminations, au sein de notre système de soin Français, sont décrites sans ambiguïté par le Défenseur des Droits dans un rapport récent montrant que : « *Les discriminations auxquelles sont exposées les personnes perçues comme d'origine extra-européenne, au travers de ses saisines, sont confortées par les données officielles et la recherche : les différences de traitement fondées sur l'origine sont un phénomène de grande ampleur. Se déployant dans l'intégralité des sphères de la vie sociale, ces pratiques, parfois ouvertement discriminatoires, constituent pour les personnes immigrées, descendantes d'immigrés ou simplement perçues comme telles, une pression quotidienne aux effets durables et délétères sur les parcours de vie et les rapports sociaux d'une part importante de la population résidant en France.* » (Rapport | Discriminations et origines : l'urgence d'agir | 2020).

Aux Etats-Unis, l'intérêt porté au racisme en santé est étudié depuis longtemps, et a explosé au milieu des années 2000. Le mouvement Black Mamas Matter est né en 2013 (conjointement au mouvement Black Lives Matters). Black Mamas Matter a contribué à

sensibiliser la population, les instances et les décideurs à la surmortalité maternelle des femmes noires américaines.

En France, ce n'est qu'à partir de septembre 2020, en pleine crise du Covid-19, que plusieurs spécialistes de la périnatalité française se rapprochent du sujet et signent un éditorial dans *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*, intitulé « *Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie Covid-19* ». Priscillle Sauvegrain, sage-femme, enseignante à l'université de Paris et docteure en sociologie, est notamment responsable de la coordination scientifique de l'axe sociologique du projet “Biais implicites et soins différenciés en périnatalité (Bip)”, co-écrit avec l'obstétricien Élie Azria. Ils essayent de comprendre les mécanismes des inégalités sociales de santé entre femmes migrantes et femmes natives, afin de voir si le phénomène de discriminations inconscientes participerait à ces inégalités de santé.

La prise en charge des patientes en situation d'exil requiert des compétences interculturelles des soignants, souvent non étudiées pendant les études. Ces compétences ont été théorisées et des questionnaires (dont l'efficacité a été prouvée) permettent de les évaluer (Bernhard et al., 2015 ; Joshua L. Schwarz et al., 2015). Il s'agit du Cross-Cultural Compétence instrument for Healthcare Professionals, présentant cinq échelles (au travers de 27 items) et mesurant la compétence interculturelle :

- sa motivation/curiosité que le soignant porte aux situations interculturelles
- son attitude, sous-entendu non jugeante
- ses compétences, c'est-à-dire sa capacité d'adaptation aux difficultés de compréhension mais aussi la prise en compte des besoins spécifiques relatifs à la culture de l'autre
- ses émotions/empathie
- sa connaissance/sensibilisation

Certaines de ces compétences sont inhérentes à la posture du soignant, et déjà acquises, comme l'empathie, l'écoute. D'autres, comme la curiosité, l'attitude ou les compétences, requièrent une part d'implication plus importante de la part du soignant ou une formation plus approfondie. Elles sont aussi dépendantes du vécu personnel de chaque soignant et de son histoire de vie.

L'Autre, différent de nous, parfois incompréhensible, nous renvoie selon Devereux (Devereux, 1970), à nos propres “zones d'ombres”. C'est-à-dire à nos qualités que nous

n’appréciions pas, nos comportements agressifs, nos colères. Face à cet inconnu, poser une étiquette sur l’étranger nous permet de nous croire face à du connu. L’exemple de l’hôpital l’illustre : le femme migrante enceinte est pour les soignants, avant tout, en état gravidique. La grossesse rassure, car connue par les soignants. Il est parfois facile de se réfugier dans la médicalisation, pour ne pas approcher la différence culturelle.

I.2 Interculturalité et maternité

Il est évident que la grossesse, l’accouchement et la maternité sont des moments de grande vulnérabilité, avec une “*transparence psychique*” énoncée par Winnicott, (D.W., (1956), « La préoccupation maternelle primaire »). Cet état particulier du psychisme, état de transparence où des fragments du préconscient et de l’inconscient reviennent facilement à la conscience. Cet état est ordinaire pendant la grossesse, alors qu’il pourrait paraître comme grave hors contexte. On sait que pour qu’une femme puisse élaborer son devenir mère sereinement, elle a besoin de se sentir portée, protégée, soutenue (terme du “holding”, décrit par Winnicott).

On imagine donc que l’association de la migration, du parcours migratoire, et de l’arrivée en terre inconnue, et parfois la clandestinité, doit amener un vécu de la grossesse bien plus compliqué qu’une femme native. « *La grossesse impose un travail psychique, propre à chaque femme, mais compliqué par les contraintes imposées de la migration : l’acculturation, la solitude et l’individualisme* » (Baubet, 2009)

Les futures mères d’origine étrangère vont vivre presque simultanément deux expériences potentiellement désorganisatrices et fondatrices, celle de l’immigration et celle de la maternité. « *Elles accueillent un nouvel enfant dans leur vie, tout en ayant elles-mêmes à s’adapter à une nouvelle société* » (Moro, 2008). Rabain et Wornham (1990) constatent d’emblée que la mère migrante est soumise à des exigences contradictoires qui peuvent rendre compte d’un certain nombre d’incertitudes : « *La mère est mise dans une situation complexe d’avoir à intérioriser les valeurs de la société d’accueil en même temps qu’elle transmet les valeurs traditionnelles* » (R.Radjack et M-R Morao “Apprendre la vie des mères”).

Pour les femmes en situation d'exil, c'est par le biais de l'enfant qu'elles vont apparaître dans le pays d'accueil. Ces femmes sont souvent contraintes à une clandestinité, dans une sorte d'invisibilité pour se soustraire au regard dangereux de la société. Des femmes essayant de fuir le regard, de se faire les plus transparentes possibles, et de se créer une non-identité pour se protéger. On peut s'inquiéter de l'effet néfaste sur la vie psychique de la femme et des liens qu'elle va tisser avec son enfant.

Avec l'invisibilité, les migrantes font aussi face à la solitude. On sait l'importance pour la future mère de sa propre mère, l'idéalisatoin, la gratitude, l'identification : « *le sentiment d'être perdue par l'acquisition d'un nouveau statut à la naissance de l'enfant, tout comme un fort besoin de soutien d'une figure féminine : mère, grandes sœurs ou belle-mère* » (Cynthia Weiller, 2012). M-R Moro a induit la notion de "co-mère", pour exprimer ces femmes qui permettent la transmission des savoirs, et qui manquent dans les pays d'accueil. Ces femmes du groupe qui sont mères avec elles et qui soutiennent leur maternalité.

I.3 Besoins et compétences interculturelles à l'hôpital

Un jour, je me suis occupée d'un couple, originaire de Nancy (ma ville natale). Tout de suite cela a créé plus de liens entre nous, une familiarité. Nous avons parlé de la ville, de nos habitudes là-bas, de nos rapports aujourd'hui avec cette ville. Le couple s'est senti plus en confiance, un rapprochement et un contact plus facile s'est rapidement instauré. Cela nous rassure de retrouver des personnes qui ont vécu, ou qui vivent nos mêmes repères. Alors que l'on parle juste d'une ville à 4 h de route, qu'est-ce que ressentent les femmes qui viennent d'un autre pays, d'une autre culture et sans repères familiers ?

L'acculturation se définit, selon l'OMS (2004) par : « *L'adoption progressive d'éléments d'une culture étrangère (idées, vocabulaire, valeurs, normes, comportements, institutions) par des individus ou groupes d'une culture donnée.* » . Le contact entre deux cultures et ce que cela produit . Berry, 2005 donne 4 stratégies d'acculturation : l'assimilation, l'intégration, la séparation et la marginalisation. Celle-ci peut se distinguer de l'enculturation, qui est un processus d'assimilation des valeurs sociales et des traditions culturelles à l'intérieur d'un groupe humain. Ici, on énonce l'enculturation, comme le décrit Margaret Mead (1963), autour de l'enfant. Comment le groupe va transmettre à l'enfant ses normes, ses valeurs. Comment on positionne sur l'envie d'enfant, l'attente, la préparation, puis la venue

au monde, l'éducation, l'amour donné, comment on arrive à les protéger, et enfin à se séparer d'eux.

Grâce à ce DIU Santé, Société et Migration, je me suis posée la question sur mes propres préjugés lors de mon travail, mes compétences en interculturalité. Vais-je vraiment vers l'autre ? Est-ce que j'arrive à me décentrer ? A quitter mes repères liés au travail, ou liés à ma culture, pour pouvoir ensuite me centrer sur la patiente et ses besoins?

J'analyse ma patiente dans un premier temps dès son dossier: âge, profession, couple (différence d'âge, même sexe), lieu de vie, grossesse spontanée ou Fécondation In Vitro. Puis au premier contact : femme voilée, barrière de la langue, hyperlogorrhées ou réservées, femmes seules, femme accompagnée du conjoint, femme accompagnée de sa mère, d'une amie. Tous ces signaux me conduisent à une approche différente auprès de la patiente. Ces signaux me permettent d'adapter mon discours et la première approche. Je catégorise, pour mieux me repérer. La catégorisation se définit par : « *une activité mentale qui consiste à organiser et à ranger les informations de l'environnement* » (Salès-Wuillemin, 2006). Et j'utilise les stéréotypes: « *un ensemble de croyances partagées à propos de caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements propres à un groupe de personnes* » (Leyens, Yzerbyt, & Schadron, 1994).

Notre travail de soignant hospitalier, nous amène à travailler dans l'urgence et avec plusieurs patientes, leurs projets et histoires, multiples. Il y a une question de temporalité et de pluralité, qui nous met dans des situations complexes, et qui nous demande une grande capacité d'adaptation. Par exemple, on peut s'occuper en même temps d'une femme, institutrice, 40 ans, mariée, ayant un projet d'accouchement physiologique, en travail de son premier enfant. Puis l'on passe à une femme africaine, parlant peu français, réservée, ayant subit des violences physiques, une excision, à la rue, accouchant de son troisième enfant. Et enfin, une femme, accompagnée de sa conjointe, qui vient pour une IMG (Interruption Médicale de Grossesse), après trois tentatives de FIV (Fécondation In Vitro). Et toute la journée, je gravite autour des ces 3 femmes, et lorsque je toque à la porte avant d'entrer, je me mets dans chacun de mon personnage, à la fois le rôle très professionnel, médical de la sage-femme, qui sera le même pour chaque femme, associé au rôle qui va m'aider à être le plus en contact, le plus adapté à la patiente (Ce qui, pour moi, donne tout l'intérêt à mon métier. J'apprends des patientes, en même temps que je les guide). Toutes ces femmes ont un point commun : elles s'en remettent à nous dans ces moments-là, nous sommes leur point

d'ancrage. Et en même temps, elles vivent chacune ce moment à leur manière. A nous d'être informatifs d'abord, tout en respectant et en s'aidant de leur identité.

Est-ce être dans une discrimination inconsciente que de prendre en compte les lieux de vie, la situation sociale, la culture des patientes lors de nos prises en charge ?

Il est ensuite de notre devoir de soignants, d'arriver à déconstruire les a priori, à transgresser nos préjugés, créer une interdépendance avec nos patientes et combattre une neutralité. Afin que l'anamnèse de la patiente soit un outil parmi d'autres, et non un jugement de valeur.

II. Etude

Étant une grande amoureuse de l'hôpital public, je ne pouvais faire mon étude qu'au sein de cette structure. Mon objectif étant de connaître la perception du personnel soignant face aux patientes migrantes. Avec l'hypothèse que des discriminations raciales persistent, que le racisme évolue, se présentant moins explicitement mais amenant toujours des soins différenciés.

II. 1 Problématique

J'ai voulu faire une étude en lien avec mon lieu de travail, afin d'améliorer nos prises en charge et de sensibiliser encore plus nos équipes. J'ai souhaité travailler avec le personnel soignant. Quelle est la perception de l'équipe soignante (obstétriciens, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes) de l'Hôpital Femme Mère Enfant, des patientes issues de l'immigration ? Leur perception sur la grossesse, le déroulement de l'accouchement et du post-partum immédiat. Nous sommes très normés, soumis à des protocoles au sein de l'hôpital.

J'aimerais, dans un premier temps, connaître leurs différents ressentis, regards vis-à-vis des patientes en situation d'exil. Afin dans un second temps, savoir comment leurs préjugés se sont-ils construits ? Par le biais de l'hôpital ou de leurs vies personnelles ? Quelle est l'influence du cadre personnel dans nos préjugés ? Et peut-être pourrons-nous, dans un troisième temps, déconstruire cela, et améliorer nos prises en charge.

Comment pouvons-nous comprendre, aider au mieux nos patientes ? Réussir à se décenter au sein d'un hôpital normé. Pendant nos études, on nous forme à l'approche psychique complexe de la maternité. Poumons-nous utiliser ces mêmes schémas, avec les femmes exilées ?

Comment être dans l'accompagnement le plus personnalisé sans être dans le préjugé?

II. 2 Méthodologie

J'ai choisi une étude qualitative. D'abord pour la facilité de l'étude. Travaillant à temps plein dans une maternité de niveau 3, accueillant de nombreuses femmes en parcours migratoire, je peux être observatrice, au cœur de mon milieu d'étude. Ainsi je pense préserver au maximum l'intégrité du contexte, qu'est l'hôpital, pour en étudier les spécificités, soit les rapports des hospitaliers avec les patientes migrantes.

Ensuite cette méthode me paraît intéressante par son immersion dans la complexité d'une situation. Le sujet de l'immigration, peut être source de tabous, de jugements, de préjugés, par les professionnels de santé. Avoir leurs ressentis, suivre leurs pratiques au plus proche de la réalité, en étant moi-même actrice de cet hôpital, me paraît indispensable. Cette méthode d'observation participante me permet d'être chercheur et participante en même temps.

Enfin le CHU est en perpétuel mouvement : de patientes, de personnels hospitaliers, de protocoles, de recherches. Cette méthode qualitative permet de s'adapter à la réalité mouvante de l'hôpital. Cette méthode étant aussi dans l'échange, les rencontres, elle permet de co-construire avec des facteurs subjectifs, sociaux, culturels, politiques etc ...

J'ai décidé d'utiliser aussi la méthode de l'association verbale, en demandant à tous les professionnels de la périnatalité de l'HFME, de me donner trois mots qu'ils associent à "femmes migrantes". Puisque les croyances, les mentalités, l'imaginaire collectif relèvent de phénomènes de pensée collective des représentations sociales, cette technique d'association verbale est un outil efficace pour le recueil des contenus de pensée collective. Il amène à verbaliser des non-dits. Cette méthode permet de nous intéresser à ce que les soignants veulent nous dire, mais aussi à ce qu'ils ne nous disent pas.

II. 3 Cadre de l'étude

L'étude est réalisée au sein de l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) de Bron, en banlieue est-lyonnaise. C'est une maternité de niveau 3, effectuant en moyenne 4200 accouchements par an. Le décret du 9 octobre 1998 détermine les différents niveaux de prise en charge des établissements pratiquant l'obstétrique et la néonatalogie. Les établissements de niveau 1 accueillent les futures mamans dont la grossesse et le déroulement de l'accouchement ne présentent aucun risque. Les maternités de niveau 2 possèdent un service de néonatalogie sur place ou à proximité. Elles peuvent accueillir des enfants dont la prématurité est supérieure à 33 semaines d'aménorrhées. Enfin, les établissements de niveau 3, disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques. A l'HFME, les femmes enceintes ont un suivi clinique et échographique régulier avec une sage-femme ou un obstétricien. Les patientes s'inscrivent dès le troisième mois de grossesse à l'HFME. Si le suivi est considéré comme physiologique (pas d'antécédents médicaux, obstétricaux, échographiques nécessitant un suivi pluridisciplinaire ou/et rapproché), elles feront leur suivi de grossesse par un professionnel libérale ou PASS, et le relais se fera au septième mois par l'HFME. Parfois une hospitalisation est nécessaire en service de grossesse pathologique. Après l'accouchement, la patiente reste avec son enfant quelques jours dans le service de suites de couches (en moyenne 3 jours après un accouchement voie basse, 4 jours après une césarienne).

Au sein de l'HFME, plusieurs moyens ont été instaurés pour accompagner au mieux les patientes en précarité (financières, sociales, affective), et en parcours migratoire : un staff médico-psycho-social, qui a lieu toutes les semaines, en présence de sage-femmes cliniciennes et coordinatrices, obstétriciens, pédo-psychiatres, psychologue, assistantes sociales, pédiatres néonatalogues, tabacologue voire addictologue, représentants de la PASS et de la PMI. Durant ce staff, sont présentées les patientes présentant des vulnérabilités psycho-sociales (repérées par les différents professionnels, lors des consultations mensuelles, ou aux urgences) afin d'avoir des conduites à tenir plus adaptées lors de l'hospitalisation de la patiente, et une connaissance de son dossier par toute l'équipe pluridisciplinaire. Et un service USAP, accueillant la patiente, son conjoint et le nouveau-né, juste après l'accouchement. Ce service comprend une sage-femme et une auxiliaire de puériculture 24heures/ 24, et toute une équipe de psychopathologie périnatale (psychomotricienne, psychologue, pédopsychiatre) la

journée. La durée de l'hospitalisation est adaptée aux besoins de la mère, du couple. Enfin, on entretient un lien étroit avec la PASS périnatalité (qui malheureusement ne se trouve pas dans nos locaux, mais au sein de l'hôpital Edouard Herriot), avec une communication très régulière et facile par mail ou par téléphone.

II. 4 Population

Mon étude se positionne du côté des professionnels de santé. J'ai donc observé et interrogé les différents professionnels en contact direct avec les patientes et leur nouveau-né. Les sages-femmes sont la catégorie professionnelle la plus représentée (environ cents sages-femmes salariées à l'HFME), puis les obstétriciens, les aides-soignantes et les auxiliaires de puéricultures. Tous ces professionnels se retrouvent, durant les consultations, les consultations d'urgences, l'accouchement et les hospitalisations, en contact direct avec les patientes et leur nouveau-né, et ont un échange avec ces femmes.

Le personnel hospitalier est majoritairement féminin, quelle que soit la profession, et plutôt jeune, autour de 40 ans. L'HFME emploie 12 obstétriciens (58% de femmes), 106 sages-femmes (96% femmes, âge moyen de 39.2 ans), 51 aides-soignantes (exclusivement femmes, âge moyen de 42.5 ans) et 53 auxiliaires de puéricultures (exclusivement femmes, âge moyen de 41.8 ans).

Le consentement et l'anonymat des professionnels interrogés ont été respectés au cours de chacunes des discussions ou questionnaires.

III. Observations

Mes observations ont été réalisées dans les différents services de l'HFME, mais aussi le long des trois grands moments d' accompagnement des futures mères : la période anté-, per- et postnatale. C'est à travers ces trois phases que je vais décrire mes observations.

III.1 Dans la période prénatale

- Généralités :

Tout d'abord, je me suis intéressée à la question de l'immigration dans sa globalité, aux idées reçues sur l'immigration actuelle, et l'augmentation des populations en situation d'exil au sein de notre hôpital. Savoir ce que mes collègues ressentent par rapport à cet accroissement. J'entends régulièrement que “ *les femmes viennent accoucher en France pour que leurs enfants deviennent français.*” J'explique alors à mes différents collègues, que le fait de naître en France, de parents étrangers, ne donne pas immédiatement la nationalité française. Cela étonne énormément mes collègues, qui doutent souvent de mes propos (d'où mon intérêt pour le DIU santé, société et migration, avoir un bon argumentaire). On entend aussi que “ *les femmes viennent accoucher en France, car les soins sont gratuits* “, “ *Dans leur pays, il y a de mauvaises conditions de soins, ou alors elles doivent payer cher pour accoucher dans des conditions sécurisées. Elles repartent après dans leur pays d'origine avec leur bébé.*” Le personnel soignant est souvent curieux de ces femmes et aimerait parfois connaître mieux leurs histoires, leur parcours de vie, leurs motivations.

- La multiparité des migrantes :

Plusieurs questions reviennent très souvent, lors de nos relèves : “ *Avec la vie qu'elles ont, pourquoi elles continuent à faire des enfants*” “ *Maintenant qu'elle est là, elle devrait enfin prendre soin d'elle*” “ *Pourquoi elle cherche encore la galère, sa vie est déjà assez difficile ?*” ou après un retour à domicile “ *bon celle-ci on la revoit dans un an*”. Cette question de la multiparité dans des conditions de précarité et d'exil interroge énormément le

personnel soignant. A l'heure où le taux de natalité en France baisse (13.3% en 2000 vs 9.7% en 2024, [Naissances et taux de natalité | Insee](#)), la multiparité des femmes migrantes interpelle les soignants français.

Une nuit, nous avons eu un grand débat avec 2 jeunes sages-femmes, toutes deux jeunes professionnelles, en couple, sans enfant. La discussion a commencé sur le fait d'avoir des enfants ou non. L'une voulait des enfants, l'autre en souhaitait également, même si elle trouvait cela bien égoïste de faire des enfants: “*Si l'on fait des enfants, c'est juste pour nous, pour nous faire du bien, on ne pense pas à eux*”. La discussion s'est ensuite dirigée sur les couples en situation de précarité, qui ont des enfants. L'une nous expliquant qu'elle ne comprenait pas, et trouvait cela même encore plus égoïste de “continuer” de faire des enfants, alors que l'on vit dans la pauvreté, que “*c'est ne donner aucune chance à ses enfants*”. L'autre, disant que “*l'amour aide bien plus un enfant que l'argent*”. Cette discussion ne concernait pas directement les patientes en parcours de migration, mais on peut y remarquer l'impact de l'intersectionnalité. Comme le clame le mouvement des Black Mamas Matter : “*Nous reconnaissons que les gens vivent à l'intersection de la race, du sexe et de la classe sociale et qu'ils subissent de multiples formes de discrimination en raison de leur contexte individuel. Nous croyons que les expériences racialisées, sexistes, environnementales et économiques influencent les résultats en matière de santé maternelle, et que pour améliorer la santé maternelle, nous devons nous attaquer à tous les axes d'oppression*” (Black Mamas Matter Alliance. Valeurs. 2021).

Les mères en parcours migratoire, sont jugées comme femmes, comme étrangères et comme précaires. Ainsi les préjugés autour des étrangers leurs sont incriminés, de même que les préjugés sur la précarité. Une femme en parcours migratoire, a un statut précaire, donc pourquoi elle continue de faire des enfants ?

On se dit que leurs histoires sont inimaginables. Souvent revient cette phrase, lorsque, entre collègues nous faisons les transmissions où l'on explique le parcours de vie d'une patiente : “*Oh et moi qui ai râlé hier après mon mari et mes enfants, décidément ma vie est d'un ennui. Mais qu'est-ce qu'elle est facile.*” Il est étonnant de voir comme nous comparons et comme nous avons besoin de transposer leurs histoires avec les nôtres. Peut-être pour nous protéger, nous rassurer. Mais souvent nous mettons de la distance, on entend : “*on ne peut pas comparer, c'est un autre monde, on ne peut pas imaginer ce qu'elles vivent*”.

Le fait que les patientes africaines arrivent en France avec un ou plusieurs de leurs enfants restés au pays, questionne les équipes soignantes. J'ai entendu une collègue dire que “

les africaines n'ont pas le même rapport avec leurs enfants. Il n'est pas convenable de quitter son pays pour émigrer dans un autre pays, sans amener ses enfants. Les Ukrainiennes par exemple, elles n'ont pas laissé leurs enfants”

- **Les difficultés du langage :**

Une collègue, jeune sage-femme, 27 ans, 3 ans d'exercice, m'expliquait que sa principale difficulté avec les femmes migrantes était le vouvoiement. Elle a l'habitude de toujours vouvoyer ses patientes, comme un signe de respect et de différence de position patiente/professionnelle. Mais avec les patientes qui n'ont pas la "culture" du vous, cela l'a met mal à l'aise. Elle ne souhaite pas paraître hautaine ou distante, tout en voulant garder ce "vous" qui est pour elle, un signe de respect.

Le question du langage est primordiale dans la prise en charge des patientes en situation d'exil. C'est la première difficulté rencontrée par les soignants. On note d'ailleurs dans les dossiers, lorsque la patiente ne parle pas français : "barrière de la langue". Lorsque la femme se présente seule, l'incompréhension de nos deux langues crée un véritable mur entre elle et le personnels soignant. Lors des consultations programmées, l'intervention d'un interprète est parfois réalisée. "*c'est de plus en plus rare d'utiliser l'interprète en consultation, cela devient trop cher pour l'hôpital*" m'expliquait un médecin. Il faut donc le rentabiliser, et l'utiliser que pour des consultations spéciales, avec annonces de diagnostics difficiles, de prises en charges particulières. La plupart du temps, nous nous retrouvons face à ces femmes sans autres langages que celui du corps, des mimes. Ce qui nous met dans l'embarras et la honte, lorsqu'il y a une situation d'urgence, et que l'on voit dans le regard de la patiente de l'incompréhension, de la peur. Dans le service d'urgence, on peut accéder à un service d'interprétariat téléphonique, mais cela n'est jamais fait, par manque de temps ou d'ignorance. "*j'ai dû essayer de l'utiliser une fois en 5 ans, ça n'a pas marché, il n'y avait pas la langue demandée*". Certains professionnels utilisent l'interprétariat, mais lors de moments bien définis à l'avance, de consultations programmées. Dans l'urgence, la plupart utilisent leur téléphone, soit avec un logiciel de traduction, soit un appel d'une connaissance de la patiente, pouvant traduire. D'autres utilisent le dessin, des schémas. Parfois, rien n'est mis en place . "*Nous sommes en France, je parle français, je ne peux pas faire autrement. Cela me prends trop de temps sur la journée*" exprimait une sage-femme, plutôt sur sa fin de carrière, face à un couple de migrants ne parlant pas français.

Cette barrière de la langue peut amener à de vrais retards de prises en charge, et mettre en danger les patientes. Par exemple pour Mme G., venue de Gambie, ne parlant que son dialecte et l'anglais. Dans son post-partum, Mme G. a eu des difficultés de communication,

une agitation, semblant vouloir nous indiquer quelque chose. Un interprète parlant le Mandinka, sa langue natale, a été appelé. Il nous a signalé un discours confus de cette patiente, un langage incohérent, une difficulté dans le dialogue. Une prise en charge psychologique a d'abord été énoncée, devant le parcours migratoire difficile de cette femme, et le discours incohérent. Quelques heures plus tard, devant la poursuite de la difficulté de communication, ressemblant plus à des troubles phasiques qu'à des problèmes de langage, une IRM d'urgence a été réalisée, prouvant une occlusion de l'artère cérébrale moyenne. Mme G. a dû être opérée d'urgence. Et comme pour Mme B. , le nouveau-né se retrouve seul. Le papa est arrivé quelques jours plus tard, d'Italie. Avec toutes les difficultés pour prouver sa paternité, sans reconnaissance anticipée, la maman étant toujours inconsciente, dans le service de réanimation. Malheureusement, certaines histoires se répètent à l'hôpital, et les difficultés de langage sont un vrai frein dans les prises en charges médicales.

- Le bien-pensant :

Je remarque parfois que l'on aime bien penser à la place des patientes. On se dit que l'on pense bien, mieux que elles. Cela pour nous donner bonne conscience, mais qui démontre en fait un racisme implicite. Lors d'une relève dans le service de grossesse pathologique, une collègue, jeune sage-femme, m'explique que dans une des chambres doubles, les deux patientes ne s'entendent pas du tout, et qu'il faudra sûrement les changer de chambres. *“Pourtant on a fait exprès de les mettre ensemble, on s'est dit que ça marcherait bien entre elles”* . Parce que ces deux femmes ont la peau de couleur noire, et sont en parcours migratoire ?! L'une vient des Comores et ne parle quasiment pas français, l'autre du Sénégal, ne parlant que Wolof.

Toujours dans cette idée de bien penser, j'ai proposé à une de mes collègues d'installer des planches anatomiques dans les salles de consultations des urgences. En travaillant aussi à Gynécologie Sans Frontières, je suis impressionnée de remarquer que les femmes ne connaissent pas leur corps, leur anatomie, même après leur accouchement. Et les hommes, encore moins.... Je me suis donc dit que différentes planches anatomiques du fœtus in utero , et du périnée féminin pouvaient être intéressantes à accrocher dans les salles d'examens. On m'a répondu que cela ne plairait pas aux musulmans.

- L'utilisation de l'humour :

J'observe aussi que l'humour, et l'humour noir, est très utilisé à l'hôpital. Cela nous permet de nous protéger de toutes ces situations difficiles auxquelles nous faisons face chaque jour. Nous ne pouvons prendre toute cette misère (sociale ou médicale) de face, alors l'humour nous permet d'extérioriser, de dédramatiser, de se protéger. Les professionnels de l'HFME utilisent beaucoup l'humour, comme vrai mécanisme de défense.

Un jour, j'ai amené une patiente en salle d'accouchement. Je venais de lui faire sa consultation aux urgences, elle était en début de travail, son col mature, et dans le souhait d'une pérnidurale. Les urgences étant bien chargées, je téléphone à ma collègue de salle de naissance qui va prendre le relai, en même temps que j'accompagne la patiente. Pour gagner du temps. La patiente avait un nom de famille asiatique. J'annonce donc à ma collègue : "J'arrive avec Mme Y., elle est à 4 cm, et souhaite une pérnidurale", ma collègue me répond au téléphone en rigolant, avec un accent asiatique caricaturé "d'accord, viens avec Mme Y. nous allons l'installer salle 5". Seulement j'étais déjà en train d'ouvrir la porte des salles de naissance, avec la patiente, et ma collègue était juste derrière. Elle est devenue rouge écarlate.

- La communauté Rom :

Lors des consultations aux urgences, on va entendre aussi ce genre de réflexion : si une patiente mineure enceinte se présente aux urgences "**ah ça doit être une Rom, normal**" , "**2 enfants à 17 ans, elle est même un peu en retard**". Alors que si une française mineure se présente aux urgences, on aura tendance à la plaindre. Comme si le fait d'être Rom légitérait la maternité mineure, peut-être issue de viol, car "**c'est dans leur culture**". La communauté Rom, va être réduite à un nom de famille "Covaciu". Même si ce n'est pas forcément leur nom de famille, quand on accueille une personne issue de l'immigration Rom ou Tzigane, on les appelle par ce nom très courant "**il y a une "Covaciu" pour toi, qui vient d'arriver**".

III. 2 En salle d' accouchement

- Le travail :

Lors du travail, je propose aux patientes systématiquement de mettre de la musique. Cela est parfois bienvenu ou non. Je leur demande leurs goûts musicaux et leur propose de les écouter (ce qui amène à des accouchements sur Bob Marley, Céline Dion ou Rammstein). Le choix de la musique traditionnelle est aussi utilisé à l'USAP, lors des bains ou soins des bébés, par l'équipe de puéricultrices. Je me suis fait surprendre par un couple maghrébin, jeunes (25 ans). La patiente ne parlant pas français, je demande à son conjoint si elle a un chanteur ou une musique préférée. Il me répond : *“je ne sais pas si vous connaissez, mais elle adore Francis Cabrel”*. Je ne m'attendais pas du tout à cette réponse là. Il m'est déjà arrivé, lorsqu'une femme, non française, ne parlant pas français, ou ne sachant quelle musique écouter, de lui proposer une musique originaire de son pays, ou du continent. En tapant simplement “musique africaine” sur un moteur de recherche. Je lui montre pour voir si cela lui convient (j'ai d'ailleurs remarqué que d'autres sages-femmes utilisent cet outil, pour mettre à l'aise des patientes, avec qui il est difficile de communiquer). Aujourd'hui, je me trouve ridicule d'avoir fait cela. Je mets maintenant une musique plus universelle de relaxation. Il faut faire attention, afin que l'essentialisation de la culture n'entraîne pas une racialisation de la culture. Trouver un juste milieu, pour l'intérêt de l'Autre sans le réduire à seulement à ses origines.

Avec la méthode d'observation, j'ai relevé les tenues, l'habillement qui est souvent source de jugement. A l'hôpital, tous les professionnels sont en blouse, bleue ou blanche, mais nous sommes différenciés juste par un badge avec un code couleur. Donc, à part les professionnels (et encore..), les patientes ne connaissent pas notre profession, si on ne se présente pas. Ce qui amène parfois à des situations cocasses. La femme en blouse, sera très souvent prise pour l'infirmière par les patients, et l'homme par le médecin. Alors qu'il y a très peu d'infirmières en service de maternité, comparées aux sages-femmes, médecins, internes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes.

Au-delà de ça, nos tenues nous apportent une unité et une égalité entre professionnels. Nous sommes parfois surprises, lorsque nous nous voyons en privé, du style de l'une ou l'autre. Et il en est de même avec nos patientes, surtout en salle de naissance. Elles sont en blouses d'hôpital, et cela permet souvent de ne pas mettre de jugement précoce. Nous pouvons être étonnées, quand après des heures passées ensemble, avec un partage d'intimité et de moments forts comme la naissance, de voir la patiente remonter dans le service en mettant son voile intégral. On ne s'était pas du tout imaginées être avec une femme portant le voile intégral. Cette situation est d'ailleurs étonnante à l'inverse : lors de l'accouchement, la femme est quasiment nue, et c'est moi, professionnelle qui lui fait face quasiment voilée, entre mon callot, mon masque et ma surblouse.

Pendant nos longues heures de garde, nous nous “amusons” à imiter les femmes. Juste en faisant trois mimes, mes collègues pourront savoir si j'imiter la parturiente française, asiatique, africaine ou roms. Ou en utilisant leurs expressions, leurs façons d'être dans la douleur des contractions ou de l'accouchement, leurs rituels.

- L'universalité de la douleur de l'accouchement :

Ce qui me plaît énormément dans mon travail est le moment de la naissance, l'accouchement. Parce que ce moment est très animal, très primaire. Aujourd'hui, avec une médecine, et un monde de plus en plus moderne, l'IA etc... le moment de l'expulsion de son enfant, reste intemporel et universel. Certes les femmes du monde entier, ont chacune, selon leur mode de vie, leur culture, leur accès aux soins leur façon de gérer leur travail. Mais cette douleur dans les contractions et la façon d'accoucher, toutes les mères du monde l'ont ressenties. Je ressens comme une union, une force, qui réunit les mères à ce moment-là. Certaines ont d'ailleurs besoin d'être rassurées à ce moment-là, sur la propre maternité du personnel soignant. Il est fréquent qu'elles nous demandent, alors qu'on essaye de les aider à gérer la douleur des contractions, si on a des enfants. Et cela quelque soit la culture. Il m'est arrivé, alors que j'étais encore nullipare, de leur mentir, “oui j'ai deux petits garçons”, pour qu'elles se sentent rassurées et comprises. Ou encore, une collègue aide-soignante, française d'origine africaine, essayait de “canaliser” et d'accompagner une femme africaine, ne pouvant avoir accès à la péridurale, l'accouchement étant imminent. Elle se mit à lui parler avec un accent africain très prononcé (qu'elle n'avait pas au quotidien) et lui dire “*allez, allez, moi aussi j'ai eu quatre enfants, sans péridurale, vous allez y arriver*”, comme une

co-mère (énoncée par M-R Moro). Après l'accouchement, je vais la voir, je lui demande si elle a vraiment eu quatres enfants, sans péridurale : “*pfff ça va pas la tête, j'en ai deux, et avec péridurale!*”.

III. 3 Lors du séjour en maternité

- L'allaitement :

Sur la période du post-partum, les soins différenciés se font très largement ressentir. Quasiment toutes les sages-femmes vont exprimer le fait que la femme africaine va faire un allaitement mixte. On le note parfois dans le dossier, avant même d'avoir posé la question. “*Elles vont donner le biberon les premiers jours, pour se reposer, puis le mettre au sein, et ça va marcher. Elles gèrent.*” C'est très rare que l'on aide une femme d'afrique sub saharienne à la mise au sein. Il y a aussi une part d'invisibilité de ces femmes là. Peut-être, est-ce plus compliqué pour elles d'exprimer leur difficultés face au nouveau-né, afin de ne pas passer pour une mauvaise mère. On pense souvent qu'elles sont entourées de bébés, depuis leur jeune âge, de familles nombreuses et que donc, elles savent y faire avec des nourrissons. Que toutes les femmes allaitent en Afrique, et qu'elles savent très bien comment faire. Alors que M-R Moro et R. Radjack (Vulnérabilité psychique des mères migrantes. Revue Sages-Femmes 2023), expliquent la complexité de l'allaitement maternel et de la migration, on devrait être encore plus attentives à leur allaitement : “*on observe que plus des deux tiers des femmes allaitent leur bébé à six mois, tout en donnant souvent et précocement le biberon en complément. Les tétées sont plus courtes et plus fréquentes. Le biberon est utilisé pour répondre aux inquiétudes de la mère sur sa capacité à prendre soin du bébé sans l'aide de son groupe. En situation migratoire, la mère n'a plus la possibilité de déléguer les soins à prodiguer à son bébé. La relation duelle avec son bébé modifie l'équilibre général des échanges et inquiète souvent la mère, isolée, dépourvue du soutien des co-mères .*”

Sûrement aussi, que ces femmes se montrent invisibles en suites de couches, afin de ne pas attirer l'attention sur elles et l'enfant, ne pas faire appel aux services sociaux, sûrement dans le peur d'une séparation. Maintenant que l'enfant est sorti du ventre, il appartient aussi à l'Etat français. Elles ne montrent souvent aucune défaillance, courageuses et vaillantes à tout prix.

- Les conseils à la parentalité :

Dans le service de suites de couches, nous sommes principalement là pour aider la mère, et le couple dans le rôle de parents. S'assurer du bien-être physique et mental du nourrisson et de ses parents. Puis au bout de 3 jours, c'est le grand saut dans le vide pour eux, retour à la maison, avec ce vertige qu'est la responsabilité de ce nouvel être. Nous donnons donc de nombreux conseils, appelés "conseils de retour à la maison". Ces conseils sont donnés à l'oral, en échangeant avec la mère ou le couple dans la chambre. Mais aussi sur une feuille, donnée le jour du retour, et sur vidéo (un lien est donné pour une vidéo sur les conseils de retour à la maison, disponible dans toutes les langues). Quand une patiente ne parle pas français, je lui donne tout de suite le lien de la vidéo. Mais je ne vais pas passer trop de temps à essayer de lui donner ces conseils (sauf contexte exceptionnel et demande d'interprète). J'ai tendance à être beaucoup moins informative sur ces conseils auprès d'une femme migrante, qui va avoir des conditions de retour à domicile précaires, qu'à une femme française. Ces conseils sont clairement adaptés à une vie occidentale (nourrisson couché sur le dos, dans le berceau, jamais dans le lit parental, chambre à 19°, aérée tous les jours, température du biberon, conseils de portage). Je me dis qu'ils ne sont pas adaptés à ces patientes et leurs conditions de vie. Je pense que là encore, nous sommes dans des soins différenciés, avec manque d'information.

Je me suis occupée un jour d'une patiente, jeune maman (20 ans), grossesse non désirée, dont l'accès à la maternité n'était pas facile. Les premiers jours avec son enfant, elle se posait beaucoup de questions sur ses capacités à être mère et à faire le meilleur pour son enfant. Elle avait choisi l'allaitement maternel comme moyen d'alimentation pour son fils. Je passe beaucoup de temps avec elle, la rassure sur ses capacités, son bien-faire avec son fils. Et nous passons aussi du temps sur les mises au sein, ce qui n'est pas évident au début. L'allaitement est aussi important la nuit, que le jour. Le bébé tête même plus la nuit, ce qui permet une stimulation plus efficace de l'ocytocine et de prolactine, et donc une meilleure lactation. L'encouragement de cette jeune maman et l'accompagnement dans son allaitement

était donc aussi primordial la nuit. Quand je retrouve ma patiente le lendemain, je découvre une bouteille de lait artificiel dans sa chambre. Je lui demande si elle a changé d'avis et préfère passer à un allaitement au biberon. Elle me dit qu'elle ne sait plus trop où elle en est. Qu'elle va sûrement arrêter car l'allaitement au sein a été difficile en début de nuit, et que l'auxiliaire de puériculture lui a donné un biberon, en lui disant : ***“de toute façon, les femmes asiatiques n’ont pas de lait”***. Je n'ai pas pu laisser passer ça. J'ai expliqué à la patiente que ces propos étaient totalement racistes, que si les femmes du plus grand continent du monde n'avaient pas de lait, cela se saurait. Que si elle ne souhaite pas allaiter, c'est son choix, cela n'en fera pas moins une mauvaise mère, mais qu'elle s'enlève cette idée absurde de sa tête. J'ai dénoncé à ma cadre les propos racistes de ma collègue et ce non accompagnement, auprès d'une jeune maman qui avait besoin de réassurance dans ses qualités de mère. Les auxiliaires de puéricultures sont justement les professionnels les plus proches des mères et de leurs enfants les premiers jours, et contribuent à la bonne relation mère-bébé avec les bains, les conseils d'allaitement. Ma collègue a dû faire des excuses au jeune couple, et, travaillant exclusivement de nuit, à dû repasser de jour pour être plus surveillée.

Nous sommes aussi parfois confrontés au racisme de nos supérieurs hiérarchiques, ou des décisionnaires des prises en charge. Ce qui peut nous entraver dans nos soins. Un jour, un couple a alerté les équipes de soins, car le monsieur répondait à tous les signaux de violences conjugales : violences verbales avec sa femme, rabaissement de sa femme devant les équipes de soin, et cela encore plus présent lors de la visite pédiatrique. Nous avons parlé de notre inquiétude au pédiatre, qui nous a répondu : ***“Non, il ne m’inquiète pas, c'est dans leur culture”***.

- L'accueil du nouveau-né :

En post partum immédiat, il est aussi très intéressant d'observer les différences de culture, et plus simplement le comportement humain face à l'arrivée d'un nouveau-né. Il est très souvent fêté, visité, la mère félicitée, le père présente son enfant à ses amis, sa famille. Si cela est universel, il y a des différences culturelles dans l'accueil et les premiers jours de nouveau-né et de sa mère. Dans une culture plus occidentale, le couple préfère rester en triade, demande de moins en moins de visite, privilégie un temps à trois, et demande de l'aide à sa famille si besoin, et si présence il y a. Dans la culture plus orientale, la naissance et le post partum se partagent facilement, la famille est beaucoup plus présente, la mère de la maman a un rôle primordial, elle est quasi omniprésente. On retrouve encore une fois la

nécessité pour les nouvelles mères d'être entourées d'une mère ou co-mère. On l'a observé avec Mme B., où des femmes, (amies ou connaissances) sont venues l'aider au début de son séjour, c'est elles qui ont bercé A., l'ont pris dans les bras. Ce qui nous étonne toujours, car on imagine qu'elles ont une meilleure relation avec l'enfant, que la propre mère.

Cette différence n'est pas toujours facile à accepter dans les services de suites de couches. Nous demandons aux patientes d'avoir le moins de visite possible, dans un premier temps, pour respecter le repos de l'enfant et de la mère, ensuite pour éviter la transmission de maladies virales ou bactériennes à l'enfant ou dans le service, et enfin pour respecter aussi le repos des autres patientes, les chambres n'étant pas trop isolées. Il est donc mal vu, lorsque cinq ou six personnes viennent rendre visite en même temps à la patiente. Cela est souvent bruyant. Le personnel n'aime pas. Cela peut le contraindre dans ces soins. *“ils arrivent à 10, ils font du bruit, les gamins ne sont pas surveillés, ils amènent de la nourriture qui pue ...”* Cela me met toujours dans une situation d'embarras : à la fois demander à respecter les règles car elles sont importantes pour la santé et le repos de la mère et de son enfant. A la fois, c'est très important pour certaines femmes, ces premiers moments de démonstrations, ce sont des moments de joie, de vie. Il m'arrive cependant, de voir les femmes subir le poids de leur culture. Certaines me disent qu'elles aimeraient se reposer, mais qu'elles ne peuvent interdire les visites, que ceux-ci ne comprendraient pas, et seraient vexés. Dans ces moments, je leur demande de faire appel à moi pour “avoir le mauvais rôle”, mettre tout le monde dehors et trouver une bonne excuse. Parfois je leur donne même un “code” : “ si vous en avez marre, vous m'appelez sur le téléphone, en disant que vous avez besoin d'un médicament pour des douleurs, et je comprendrais que je dois faire sortir les visites”. A l'inverse, certaines femmes françaises se sentent très seules, et appréhendent énormément le retour à la maison, sans aucune aide familiale.

Lors du covid, les visites étaient totalement interdites, exception faite pour le père de l'enfant. Nous avons remarqué un meilleur vécu par les patientes du post partum immédiat. Elles étaient plus reposées, plus à l'aise dans leurs allaitements maternels. Il est parfois très compliqué et délicat d'associer une médecine occidentale avec des cultures orientales.

- Le discours du soignant :

J' observe la façon qu'ont certains soignants de parler aux femmes allophones avec une voix à haut volume. Comme si le fait de parler fort, permettrait aux femmes de mieux comprendre le français. Avec parfois une tendance à infantiliser la femme et ne dire que des

mots plutôt que des phrases. “ *Parler petit-nègre, c'est exprimer cette idée : “Toi, reste où tu es.” “Parler petit-nègre à un nègre, c'est le vexer, car il est celui-qui-parle-petit-nègre. Pourtant, nous dira-t-on, il n'y a pas intention, volonté de vexer. Nous l'accordons, mais c'est justement cette absence de volonté, cette désinvolture, cette nonchalance, cette facilité avec laquelle on le fixe, avec laquelle on l'emprisonne, on le primitivisme, l'anticivilise, qui est vexante.*” (“Peau noire, masques blancs”, Frantz Fanon). En lisant Frantz Fanon, et ses descriptions des consultations médicales, je me reconnaiss. A certaines patientes , dans le post-partum je vais demander : “ Le transit est revenu?” , à d'autres “ Vous êtes retournées à la selle?” et enfin à d'autres “ Vous avez fait caca?” . Je vais simplifier mon langage selon mon idée de niveau d'éducation de la patiente ou de compréhension de la langue française. Pour les patientes en situation d'exil, mais parlant français, on utilise quasiment systématiquement le langage le plus simplifié.

- Le retour à domicile :

Enfin, certaines femmes peuvent nous toucher, plus que d'autres. Nous avons tous et toutes eu des relations parfois privilégiées avec des patientes, sans savoir pourquoi. Une collègue sage-femme, 35 ans, me racontait qu'elle s'était occupée d'une patiente migrante en suite de couche. La patiente était vraiment seule, pas de connaissances, pas de conjoint et dans une grande précarité. Ma collègue sage-femme et une auxiliaire de puériculture lui ont ramené des sacs de vêtements pour son enfant, de chez elles. Le jour du départ, la patiente n'arrivait pas à partir, et retardait son départ dans un foyer à l'autre bout de la ville. En la questionnant mes collègues ont compris qu'il n'était pas facile pour elle de rentrer avec tous les sacs (les vêtements donnés) et son bébé de 3 jours, en transport en commun, et qu'elle ne savait donc pas comment faire. Ma collègue lui a proposé de garder son enfant, le temps qu'elle dépose les affaires au foyer. La patiente n'a pas voulu qu'on lui garde son enfant. La sage-femme et l'auxiliaire de puériculture ont donc décidé de lui payer le taxi, pour qu'elle puisse rentrer au foyer avec toutes ses affaires et son enfant. On ne peut pas faire cela à tout le monde, on ne s'en sortirait pas, mais parfois une relation plus forte, qui nous émeut plus que les autres, nous pousse à ces petits gestes. La patiente jusque-là plutôt réservée et peu loquace, a serré ma collègue fort dans ses bras, et s'est effondrée en la remerciant, en lui disant que cela lui donnait de l'espoir pour son enfant, comme premier signe d'humanité depuis son arrivée en France.

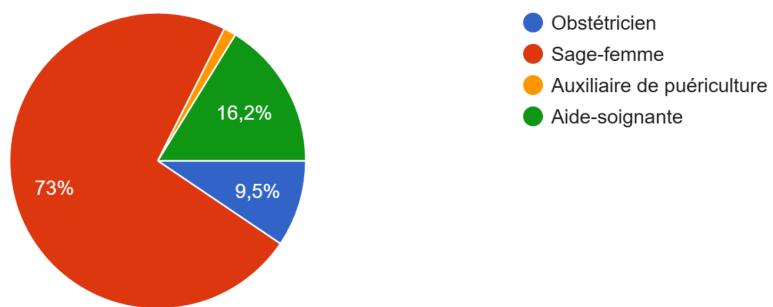
III. 4 Association verbale

Le questionnaire partagé à mes collègues était simple : “donnez 3 mots que vous associez à femme migrante”

Il y a eu, très rapidement, 74 réponses (54 SF, 12 AS, 7 obstétriciens, 1 AP) 89,2% femmes contre 10.8 % hommes.

Quelle est votre profession ?

74 réponses



Dans cette association verbale, le mot qui revient le plus souvent est violence (30 fois), suivi de la précarité, de la vulnérabilité, et de la barrière de la langue.

Mots cités comme associé	Récurrence
Violence	30
Viol	3
Précarité	27
Pauvreté	4
Sans-moyen	1
Vulnérabilité	16
Isolement	15
Solitude	6
Seule	6

Barrière de la langue	7
Langue	3
Langage	1
Courage	8
Difficile	2
Difficultés	7
Difficile d'accès	1
Perdue	3
Effrayée	1
Apeurée	1
Peur	1
Culture	1
Coutume	1
Tradition	1
Enrichissement culturel	1
Culture différente	1
Déracinement	4
Détresse	4
Sans famille	1
Enfants	1
Famille	1
Absence suivi de grossesse	2
Étrangère	2
Afrique	1
Social	3
Aide	3
Traumatisme	3
Fragile	3
Espoir	2
Victime	2
Souffrance	2
Séparation	2
Réfugiée	2
Clandestine	1

Insécurité	2
Fragile	3
Fatigue, abîmée, survie, forte, soumission, besoin, horreur, résilience, triste, épuisée, évitantes, proie, coopérative, demandeuses, battante, histoire, parcours, pathologie, jugement, sans-logement, abus, adaptation, distance, défavorisé, accompagnement, désemparé, communication.	1

On désignera donc par N le nombre total de réponses recueillies (soit $74 \times 3 = 222$) et par T, les « types », c'est-à-dire les réponses différentes au sein des réponses associatives (soit 72).

La diversité des réponses est définie par le rapport : T/N, ce rapport variant entre 0 et 1. Concrètement, lorsque le rapport est égal à 1, cela signifie que tous les participants ont répondu de manière différente. À l'inverse, lorsque ce rapport tend vers 0, cela traduit le fait que les membres du groupe considéré ont donné des réponses très semblables.

Ici, nous avons donc un rapport T/N de 0.32, soit plus proche de 0.

On peut donc penser qu'une représentation collective (la violence) l'emporte sur les représentations individuelles.

Cette association verbale montre, cependant, que le parcours migratoire avec ses embûches et ses atrocités est plus important que la notion de différence culturelle, d'étranger. La souffrance qu'a pu vivre ces femmes l'emporte sur les idées racistes.

Peut-être que ce questionnaire montre aussi un racisme honteux, qu'on ne veut pas montrer, car rien n'est dit, dans les préjugés que l'on rencontre face à ces femmes exilées.

IV. Discussion

Toutes ces observations démontrent bien un racisme toujours présent au sein de notre hôpital public, mais aussi un racisme implicite, avec une méconnaissance et une peur de l’Autre, qui amène à des soins indifférenciés.

La place du soignant face à l’exilée :

Cette étude m’a appris que le racisme implicite passe parfois par une volonté de bien faire. Les soignants vont être beaucoup dans l’empathie avec les femmes migrantes, avec une notion de patientes dans la souffrance, dans l’isolement, avec des vécus de violences, et dans le besoin. Ainsi les soignants vont ressentir le besoin d’aider, avec parfois une approche un peu colonialiste “ grâce à nous, ça ira mieux”. A force de vouloir bien faire, on arrive à une stigmatisation. Certes une bonne connaissance des parcours migratoires, et de l’immigration en général, permet de mieux appréhender la prise en charge de la patiente, mais il faut faire attention à ne pas tomber dans un misérabilisme. A ne voir en ces patientes que le parcours migratoire, la différence de culture, et non, tout simplement la future mère. Ne plus enfermer la patiente migrante dans son expérience d’exil : « *Souvent, les perceptions stéréotypées vacillent entre deux pôles d’opposition : l’autre qui repousse parce qu’il est différent, l’autre qui attire parce qu’il est étrange et exotique.* » (Gabai et al., 2013). Et ainsi on va se mettre à catégoriser nos patientes, qui le sont déjà par nos méthodes de travail (gestité, parité, antécédents médicaux). Il faut faire attention à bien utiliser cette notion “ parcours migratoire” notée dans le dossier, comme outil et non pas comme étiquette. Il a été démontré que ces catégorisations « *conduisent à des soins différenciés, c’est-à-dire à un accès différencié aux soins pour les étrangers et à une hausse ou à un abaissement de leurs normes de prise en charge* (Fassin, 2001) » (Quagliariello & Sauvageain, 2022).

Il est intéressant, à travers cette étude, de voir, comment nous, personnel soignant, imaginons faire le mieux pour nos patientes, en pensant à leur place. Comme notre pouvoir de soignant, par rapport au statut de soigné, nous permet de nous comporter comme des sachants face à des ignorants. Surtout dans la maternalité, où il n’y a pas de pathologie, de maladie, mais un rôle pour nous d’accompagnement, plutôt pédagogue que professeur. Les

soignants pensent bien faire, comme il leur a été appris. Pendant leurs études bien sûr, et il y a là une vraie place du soignant. Mais aussi par leur culture et même leur façon d'avoir été mère. L'enculturation intervient ici, on pense comme notre société nous a montré, mais, comme si il n'y avait qu'une manière de faire, la bonne, et que si l'on procède différemment alors, nous sommes contre l'intérêt des enfants. Moro l'a bien décrit dans son ouvrage “Mille et une façons de bien s'occuper de son enfant”. Elle explique ainsi les différences entre les cultures sur l'approche de la parentalité. Par exemple les bébés occidentaux très regardés, en permanence dans un échange visuel et auditif avec leurs parents. (“*Il n'est qu'à voir toutes ces Vierges à l'enfant qui regardent l'enfant Jésus comme des prototypes d'une maternité resplendissante et assumée*”), mais tenus à distance, dans des poussettes, peu touchés, peu massés. Contrairement à d'autres cultures, où le regard trop direct des mères sur les bébés peut être mal vu, ou réalisé dans l'intimité. S'extasier sur un beau bébé est souvent une crainte pour les mères, cela peut attirer le mauvais œil, l'envie d'une autre femme, et est donc menaçant. Cependant, ses nourrissons sont beaucoup plus stimulés d'un point de vue moteur et kinesthésique. Le portage dans le dos, les techniques de massages hyperstimulantes, un monde sans berceau. Prenons l'exemple de Mme B. où son garçon est resté un mois avec l'équipe de maternité. Au retour de sa maman, ma collègue me confie : “*Le petit A. il n'a rien compris à ce qu'il lui arrivait. Cela fait un mois qu'on lui fait des bains longs, chauds, enveloppés, au calme. Aujourd'hui c'est sa maman qui a enfin pu lui faire son bain, à l'africaine, il y avait de la musique à fond, tenu par un bras, savonné de manière très énergique*” Elle a bien sûr laissé la maman faire SON bain, avec ses repères. Car c'est ainsi que grandira ce petit garçon.

J'ai très souvent noté la phrase “*c'est dans leur culture*”, comme pour nous dédouaner, pour nous déculpabiliser de ce qu'on a pas apporté comme soin supplémentaire. Ou comme pour se protéger, que nous français, ça ne pourrait pas nous arriver. Comme une excuse, ou une ignorance qui nous autorise à moins agir. Souvent, la culture n'est même pas connue du personnel. Mais elle est une bonne excuse, face à des questions sans réponse. Et le terme de culture est sûrement employé ici comme une appartenance à un groupe ethnique? Alors que la culture est défini par l'UNESCO comme “*l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances*” . Il ne me semble pas avoir

déjà entendu, face à des couples français communautaires, anti-vaccins, “*c'est dans leur culture*”.

Si j'élargis mon étude, avec mon nombre d'années d'exercices, j'observe cependant une évolution. Je n'entends quasiment plus parler du syndrome méditerranéen (syndrome qui laisse penser que les personnes d'origine africaine ou nord-africaine exagèrent la manifestation de leur douleur physique ou psychique), alors que lorsque j'ai commencé ma carrière, il y a 15 ans, il était très courant d'entendre parler de ce syndrome.

Un racisme explicite se ressent moins, peut-être à l'insu d'un racisme implicite plus présent. Il me semble que les jeunes sages-femmes, sont beaucoup moins dans le jugement des autres et plus à l'écoute des besoins des femmes. Déjà de part la formation de sage-femme, qui se recentre sur la physiologie de l'accouchement. A la demande des patientes. Mais aussi dans leur rapport avec les patientes. Elles ont moins de tabous, plus de liberté. Et elles sont moins gênées par les différences de langage, car parlent souvent bien mieux anglais ou espagnol. Cela n'est pas toujours lié à la jeunesse, mais plus aux histoires de vie des soignants, qui amènent à l'expérience de l'interculturalité. Notre histoire personnelle, en plus de notre culture, influencera forcément la façon de prendre en charge nos patientes.

La place de l'exilée face au soignant :

J'ai pu noter aussi, au travers de l'observation participante mais aussi de l'association verbale, la place que prennent les patientes en situation d'exil dans nos hôpitaux. Les soignants expriment bien l'isolement, la solitude, la précarité, les violences qu'ils associent à ces femmes. De plus, avec une barrière de la langue, ces patientes qui sont pourtant de plus en plus nombreuses dans notre hôpital, ont une image de discréetion et d'invisibilité. Des femmes qui se font discrètes car déjà invisibles dans la société. Et des femmes qui ne vont pas faire d'histoire, surtout ne pas se faire remarquer, pour ne pas être dénoncées. Ces femmes que l'on peut avoir tendance à non-prioriser dans les moments d'urgences parce que “*de toute façon, ce ne sont pas elles qui vont nous faire un procès*”. Avec, cependant l'hôpital comme refuge, comme lieu protecteur. Il existe, comme le décrit Christine Davoudian, chez les patientes migrantes, un besoin d'investir l'hôpital, et les soignants. : “*elles vont souvent investir la relation avec le soignant de la grossesse, tentant d'offrir un contenant maternel ou de “holding” (selon Winnicott). Elles investiront cet espace de*

rencontre et d'écoute comme un refuge possible, qu'elles vont venir habiter, n'ayant, à la différence des autres, pas de lieux dans lesquels elles peuvent exister et se donner à voir sans crainte”. On a pu apercevoir cela avec Mme B. qui a souhaité fêter les un ans d'A. dans notre service.

La place de l'hôpital face aux exilées :

On a observé aussi le manque de temps de la part des soignants, qui joue réellement en défaveur des patientes en situation d'exil. (“*pas le temps de donner des conseils en anglais*”, “*pas le temps d'expliquer pourquoi je réalise tel geste*”, “*pas le temps de m'occuper de la dimension sociale*”). Certains soignants vont être très professionnels dans les actes, et tous bien sûr vont exercer la même médecine, selon le serment d'Hippocrate (“*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions*”). Mais la médecine va nous permettre parfois de se cacher derrière des gestes, des protocoles et nous éviter de nous confronter à la patiente et à son histoire. Ce parcours migratoire peut aussi mettre mal à l'aise. Et certains répondent à cela, avec une médicalisation impeccable, mais une humanisation un peu moindre.

Avec le peu de temps accordé à nos patientes dans des services publiques d'urgences qui sont de plus en plus saturés, un personnel débordé, prendre en plus le temps de comprendre une langue, s'adapter à une culture, gérer les problèmes sociaux, ne sont pas des priorités pour beaucoup. A l'hôpital, tout comme dans notre société, l'argent et le temps sont les nerfs de la guerre. Mettre de l'argent pour aider des populations qui ne vont pas rapporter beaucoup à l'hôpital, travailleurs sociaux, interprétariat.. n'est pas une priorité de la direction.

Mettre du temps, du temps d'écoute beaucoup plus long, temps d'échange, temps de se comprendre, pour les personnels soignants déjà débordés n'est pas la priorité. La priorité est le résultat, c'est-à-dire une femme qui ressort de l'hôpital en bonne santé avec un bébé en bonne santé. L'importance de la consultation transculturelle aurait ici toute sa place.

Les limites et intérêts de l'étude :

Cette étude n'a pas été toujours facile à réaliser. Ou du moins lors de la retranscription des observations. Je ne veux pas non plus me faire juge de mes collègues. Certains moments sont aussi très délicats, et se vivent sur l'instant. Je n'ai pas pu avoir toujours accès à une prise de notes. Je me suis sentie parfois espionnée, et je n'ai même pas pu tout retransmettre par peur du jugement du lecteur. Je ne sais pas encore, à l'heure où j'écris ces lignes, si ce mémoire sera lu par ma direction, et par mes collègues. Cependant, ce DIU santé, société et migration (étudié par moi et une collègue, tout au long de l'année) a beaucoup intéressé nos collègues. D'ailleurs, deux sages-femmes souhaitent l'intégrer l'année prochaine. De nombreuses questions nous ont été posées : Pourquoi ce DIU? Qu'est-ce que vous y avez appris? Et lorsque l'on a abordé nos sujets de mémoire, beaucoup s'y sont intéressés. Moi-même ce travail m'a permis de comprendre que nous travaillons souvent de manière trop automatique, et qu'il faut réussir à enlever toute œillère, se décentrer au maximum, aller vers l'Autre, ne pas en avoir peur. Cela ne fera qu'améliorer nos prises en charge. Que la culture, l'origine de la patiente ne fait pas forcément la femme, ou future mère qu'elle est. Pouvoir la soigner et l'accompagner au mieux, selon ses besoins et non selon nos idées reçues. Et surtout d'observer que moi-même, je peux avoir des façons de travailler discriminantes, jugeantes. Même si on le sait parfois au fond de nous, ce travail à mis le doigt dessus, et ce n'est pas toujours agréable de se retrouver face à nos "zones d'ombres" ou à nos préjugés.

Conclusion

Le regard du personnel soignant de l'HFME sur les patientes en situation d'exil est plein d'empathie, de bons sentiments, avec parfois une envie de trop bien faire, qui se complique avec une temporalité insuffisante. Avec parfois un racisme avoué, parfois un racisme caché. Un mélange de professionnalisme et de fatigue psychologique, qui amène à une méconnaissance de l'Autre, et donc à un racisme implicite.

Il manque aux soignants des compétences transculturelles, qui, confrontés à la barrière linguistique, accentuent ces différenciations de soins. *“Ils se heurtent au manque de l'institution ainsi qu'à l'existence de biais implicites.*” (Elie Azria).

Il est nécessaire que le professionnel de santé apprenne à se décentrer de ses représentations pour pouvoir se familiariser avec d'autres manières de penser (“panser”) les patientes. En effet, le rôle du soignant n'est pas de conformer la parentalité d'autrui à ses propres représentations. Il ne s'agit pas de dire comment être ou comment faire, mais de soutenir les capacités parentales et de permettre leur déploiement. C'est « *s'adapter à la personne et à son histoire, par une posture authentique et consciente, intégrant la tolérance à la différence culturelle, le respect des croyances sans imposition de ses propres schémas culturels et même... en abandonnant, pour un temps, son savoir de soignant* » (Lesoeurs & Ferradji, 2023)

Enfin, il faut aussi tenir compte de la structure hospitalière, qui est un véritable acteur dans la pièce que joue les soignants/ exilés. C. Davoudian “*nos lieux de soins sont peut-être les derniers sécurisés ou les derniers accessibles. Et nous, soignants, comme en miroir devant ce qui est en passe de se déshumaniser, pouvons être à notre tour menacés de nous déshumaniser*”. Avec ses défauts de temps et de moyens, l'hôpital public reste un lieu de sécurité, et peut nous permettre de prouver aux femmes exilées qu'il y a de l'humanité dans un pays d'accueil souvent hostile.

Bibliographie

ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat, et al. Chartre de l'interpretariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012). Strasbourg: UNAF; 2012.
<http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charter-signee-scan19-12 2012.pdf>

AZRIA E (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), Migration et soins différenciés en périnatalité : effets des biais implicites – BiP, Source Agence Nationale de Recherche (ANR), 2017

AZRIA E, Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances & Psy*, 2015, 67(3), 13-31

BAUBET T., MORO M.R. : *Psychopathologie Transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*, Masson, Paris, 2009

BLACK MAMAS MATTER ALLIANCE. Valeurs [En ligne] Atlanta. 2021

BYDLOWSKI, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris
Boukobza, C. et coll. (2012). Bébés précaires. Comment les accueillir ?

CAMARA, H. RADJACK, R. et al. “Journal de la psychanalyse des enfants. Apprendre de la vie des mères” [en ligne]. L’observation psychanalytique. 2016/2 Vol. 6. Presses Universitaires de France. 152-172p. [Apprendre de la vie des mères | Cairn.info](http://www.cairn.info/0-1000-000-00000.htm)

DEVEREUX G. *Essais d'éthnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1970

DAVOUDIAN, C. “ Mères et bébés sans-papiers , une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ? ” Erès, 2014, 239p.

FANON, F. “Peau noire, masques blancs”, Editions de Seuil, 1952, 225p.

GABAI, N. FURTOS, J. MAGGI-PERPOINT, C. et al. "Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés" [en ligne]. Devenir. 2013. vol 25 [Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés](#) | Cairn.info

LEANZA, Y. KLIEN, P. "Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation" [en ligne] De Boeck Supérieur 2002. 281-298 p.

LESOEURS,G. & FERRADJI, T. Psychothérapie transculturelle. Décentrage et contre-transfert. Hegel, 1, 2023. 28 à 33 p.

[Migration et soins différenciés en périnatalité : effets des biais implicites | ANR](#)

MORO, M-R. "Mille et une façons de bien s'occuper des bébés. Aider les parents et les bébés d'où qu'ils viennent" Fondation Mustela, 2011, 61p.

QUAGLIARIELLO, C., & SAUVEGRAIN , P. (2022). Prendre soin des « mères africaines ». Une étude des relations racialisées dans les maternités françaises et italiennes. Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, 24, Article 24.

<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.10764>

RADJACK, R., & MORO, M. R. (2023). Vulnérabilité psychique des mères migrantes. Sages-Femmes, 22(2), 1214. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2023.01.003>

Rapport - Discriminations et origines : l'urgence d'agir. Défenseurs des droits. juin 2020 [Rapport - Discriminations et origines : l'urgence d'agir](#)

RICHARD-GUERROUDJ, N. "Les biais de perception font le lit du racisme systémique dans les soins". Profession Sage-Femme [en ligne] mai 2023. Disponible sur [" Les biais de perception font le lit du racisme systémique dans les soins " – Profession Sage-Femme](#)

SAUVEGRAIN, P. (2017). Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. 7.

WEILLER, C. "Le lieu d'accueil enfant-parent : Un espace transitionnel qui aide au devenir mère en contexte migratoire" *Le journal du psychologue*. Juin 2015.

WINNICOTT, D.W., , « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, « Petite Bibliothèque Payot », Paris, 1975

Annexes

Annexe 1 : CCCHP-27

Annexe 2 : Fiche de lien staff MPS



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Cross-Cultural Competence instrument for Healthcare Professionals (CCCHP-27)

University Medical Centre Hamburg-Eppendorf (UKE)
Department of Medical Psychology
Study Group on Psychosocial Migration Research
Martinistraße 52
20246 Hamburg, Germany

After each statement, please only mark the box for the answer which is most applicable to you.	Completely agree	Mostly agree	Neither agree nor disagree	Mostly disagree	Completely disagree	No answer possible
1. I consider working in a cross-cultural team an enrichment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. In order to achieve the agreed treatment goal, I ask patients with a migration background what they need in terms of support.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I find it an imposition, when people who migrated to [country concerned] a long time ago, cannot speak [language concerned] properly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Within the migrant population, there are hardly any differences in terms of health opportunities and disease risks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. By communicating with patients with a migration background I can learn about different cultural orientations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. My professional perception, assessment, and behaviour remain untouched by my cultural imprinting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cultural diversity is also an enrichment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I enjoy talking to people who have migrated to [country concerned] about their experiences here.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I often find it difficult to relate to the elaborations of my patients, when their socio-cultural background is quite different from my own.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I do not differentiate between patients and treat all equally, even though it is sometimes difficult to communicate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I have the impression that migrants often assume discrimination, when in fact general rules are simply being enforced.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. The migration experience is a critical life event and can be accompanied by psychosocial stress and health burden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

After each statement, please only mark the box for the answer which is most applicable to you.	Completely agree	Mostly agree	Neither agree nor disagree	Mostly disagree	Completely disagree	No answer possible
13. I find it difficult to speak slowly in lay language with people who struggle to understand my instructions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I always remain friendly and courteous with people from a different cultural background, even when I am stressed out.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. The interaction with people from other cultural backgrounds helps me reflect upon my own cultural background.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. The disease concepts of patients with a migration background are not relevant for treatment success.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. In a conversation I always listen attentively and let individuals with a migration background finish their sentences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. During arguments with people from a different cultural background, I always remain factual and objective.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I would like to make use of training, advising and educational offers, in order to improve my understanding of patients with a migration background.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I consider it an enrichment to have friendships with people from different cultural backgrounds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. People who migrate to [country concerned] should adapt to society, not the other way around.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. With patients who do not understand [language concerned] very well, I take more time to explain the treatment options to them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I prefer treating patients from my own cultural background, than those who seem foreign to me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. With patients who do not understand [language concerned] very well, I take more time to discuss their expectations and fears.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

After each statement, please only mark the box for the answer which is most applicable to you.	Completely agree	Mostly agree	Neither agree nor disagree	Mostly disagree	Completely disagree	No answer possible
25. Culturally specific factors of people (e.g. values, behaviour norms, beliefs) influence their understanding of disease significantly, and should therefore be assessed and taken into consideration by healthcare professionals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. I consider the values of patients in relation to family, religion, etc., if they seem relevant for the treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. In my professional interaction with patients with a migration background, I often feel unsure, angry and frustrated.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. It is important for me to treat patients according to their cultural needs and individual values.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Institutions and the public pay too much attention to the special wishes of migrants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I never hesitate to help someone with a different cultural background in case of emergency.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. I get impatient when I cannot make myself understood with patients with a migration background.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I find it exciting to treat patients with a migration background.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remark: the term "people with a migration background" can be replaced with "people who have migrated to [country concerned]".

**Scales of the
„Cross-Cultural Competence instrument for Healthcare Professionals“
(CCCHP-27)**

The CCCHP-27 includes five scales measuring cross-cultural competence. The scale values are determined as the means of the corresponding raw item scores.

Scales of Cross-Cultural Competence	Item No.
Motivation/Curiosity (9 Items)	20, 7, 32, 1, 8, 15, 5, 19, 28
Attitudes (4 Items)	3*, 21*, 29*, 11*
Skills (5 Items)	24, 2, 22, 25, 26,
Emotions/Empathy (5 Items)	27*, 9*, 31*, 13*, 23*
Knowledge/Awareness (4 Items)	16*, 4*, 6*, 12

* Items marked with an asterisk must be recoded before calculating the scale scores (5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 1=5).

In addition, the CCCHP-27 also comprises five items for detecting the impact of social desirability on the responses.

Social desirability (5 Items)	30, 18, 14, 10, 17
----------------------------------	--------------------

FICHE DE LIEN MPS

Etiquette Ou NOM : <input type="text"/> PRENOM : <input type="text"/> DDN : <input type="text"/>	Terme prévu : ... / ... / ...
Inscrite HFME <input type="checkbox"/> demande en cours <input type="checkbox"/> demande à faire <input type="checkbox"/>	
Responsable du suivi à l'HFME :	
Mineure <input type="checkbox"/>	Parité : ...
Non maîtrise de la langue française <input type="checkbox"/> Langue parlée : ...	Pathologie médicale <input type="checkbox"/> A préciser : ...
Situation irrégulière en France <input type="checkbox"/> Absence de couverture sociale <input type="checkbox"/> Pas ou faibles ressources financières <input type="checkbox"/> Hébergement instable <input type="checkbox"/> à préciser : ... Mère isolée <input type="checkbox"/>	Troubles psychologiques ou psychiatriques <input type="checkbox"/> A préciser : ...
Grossesse non suivie <input type="checkbox"/> Déclaration tardive (> 17 SA) <input type="checkbox"/> Passages répétés aux UGO sur le même mois <input type="checkbox"/>	ATCD ou VFF actuelles <input type="checkbox"/> A préciser : ...
Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Autre(s) <input type="checkbox"/> à préciser :	Handicap <input type="checkbox"/> A préciser : ...
Commentaires libres	
Réserve au professionnel de santé : SF Dr	
RV pris: Assistante sociale Mme le ... / ... / ... Addicto SF/Dr le ... / ... / ... Pédo psy Dr le ... / ... / ... Autres (à préciser)	
Liaison PMI : Faite <input type="checkbox"/> A faire <input type="checkbox"/>	
A présenter au staff MPS <input type="checkbox"/> Accord de la patiente <input type="checkbox"/>	
RV à prendre : Assistante sociale <input type="checkbox"/> Pédo psy <input type="checkbox"/> Addicto <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>	
<i>signature de la patiente</i>	

Regard du personnel soignant de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant sur les patientes en situation d'exil

Mots-clés : migration, maternité, hôpital, interculturalité, racisme

Les femmes migrantes sont de plus en plus présentes dans nos maternités, et l'on observe des complications, autour de la naissance, plus importantes chez ces patientes. Quel est le regard du personnel hospitalier vis -à -vis de ces femmes en situation d'exil? Est-ce que les soignants d'une maternité de niveau 3, arrivent à accompagner au mieux ces femmes, dans leur maternalité?

Etude qualitative, type observation participante et association verbale, menée auprès du personnel soignant de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Bron, dans l'est Lyonnais.

On découvre qu'un racisme explicite existe dans nos hôpitaux, mais aussi un racisme implicite et une peur de l'Autre, qui amène à une différenciation dans les soins. Un esprit colonisateur règne encore, de bienfaiteur et de bon soignant.

Les équipes soignantes ont parfois du mal à faire une place à l'interculturalité, faute de temps, de moyens et de connaissances. Et se heurtent aux manques de l'institution.

L'hôpital reste un des derniers lieux de sécurité pour ces femmes, dans les pays d'accueil. A nous, soignants, avec l'aide de l'institution, de garder une humanité au cœur de cette médecine et de nous adapter à chaque parcours de vie, afin de garantir le meilleur accueil pour la mère et son nouveau-né.

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction d' Arnaud Béal, psychologue et directeur en psychologie social

Année 2024-2025