



DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
**SANTÉ
SOCIÉTÉ
MIGRATION**

La migration: un facteur déterminant
dans le déroulé physiologique de
l'accouchement ?

Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire « Santé, société et migration »
Rédigé sous la direction de Gwen LE GOFF

GOUJARD, Pauline

Année 2024-2025

Table des matières

Table des matières

1.	Introduction :	3
2.	Présentation de l'étude	6
a)	Présentation du terrain.....	6
b)	Le contexte et Justification.....	8
c)	Objectifs	9
d)	Méthodologie	9
i.	Type d'étude.....	9
ii.	Critère de Jugement Principal	9
iii.	Variables d'ajustement.....	9
e)	Plan d'analyse statistique	9
f)	Considérations éthiques et réglementaires	10
3.	Analyse des résultats	11
i.	Description de la population	11
ii.	Âge	11
iii.	Parité.....	12
iv.	Grossesse Multiple	12
v.	Utérus Cicatriciel.....	13
vi.	Début de Travail.....	14
vii.	Césarienne	15
viii.	HPP.....	17
ix.	Périnée	18
x.	Accouchement Physiologique	19
4.	Discussion	20
a)	Conclusion de l'étude	20

i.	Le Travail	20
ii.	L'accouchement.....	20
b)	Difficultés dans l'accès et qualités des soins	21
i.	Les difficultés liées à la précarité sociale et l'accès aux soins	21
ii.	- Les difficultés liées à l'histoire des patientes (traumatismes et violences multiples), impactant leur attitude et leur état de santé	23
iii.	Les difficultés liées à la barrière linguistique.....	27
iv.	Difficultés liées à la méconnaissance et aux préjugés/stéréotypes des acteurs de la périnatalité	29
v.	Difficultés institutionnelles	31
5.	Quelques pistes de réflexions, outils et stratégies apportées par l'équipe périnatale de l'HFME face à ces situations complexes	33
6.	Conclusion.....	37
7.	Bibliographie.....	38

1. Introduction :

La population immigrée est longtemps restée majoritairement masculine. Elle se féminise cependant à partir des années 1970 et devient même légèrement supérieure à la migration masculine, depuis 2010. En 2023, 50,9% des immigrés arrivés en France étaient âgés de 25 à 44 ans. Selon l'Insee, en 2023, la population féminine immigrée s'élève à 3755 milliers de personnes, en France, soit plus de 50% de la population immigrée. La migration en France concerne donc un grand nombre de femmes jeunes, en âge de procréer, qui sont amenées à être suivies et prises en charge dans nos maternités françaises. Effectivement en France, la part des naissances issues de femmes nées à l'étranger est de 22% (*Azria E, 2017*).

Les femmes migrantes sont surexposées aux violences (violence sexuelle, torture, prison, traite d'humain...), dans leur pays, pendant leur trajet d'exil, mais aussi à leur arrivée dans le pays d'accueil. Les violences subies par les migrantes sont en partie liées au fait d'être une femme. Ces violences faites aux femmes sont d'ailleurs un réel problème de santé publique, qui ont une incidence sur l'attitude et la santé des victimes. "*La violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de forces historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation.*" (Protocole d'Istanbul, ratifié par la France en 2014). En particulier, l'incidence des violences sexuelles parmi les femmes migrantes nouvellement arrivées en France, est élevée. Ces violences entraînent des états de stress post-traumatiques, des séquelles psychologiques et gynécologiques. Une enquête de santé publique inédite menée auprès de 273 demandeuses d'asile à Marseille et Nice, met en évidence une exposition élevée aux violences sexuelles à l'arrivée en France, corrélée notamment avec le manque de solution d'hébergement (*Khouani J. et al., 2023*). En France, les demandeuses d'asiles ont 18 fois plus de risque d'être violées, au cours de l'année, que les autres femmes. Nous pouvons donc supposer les conséquences sur des grossesses non désirées, issues de viols. Ces violences sexuelles peuvent également avoir une incidence néfaste quant à des grossesses ultérieures et notamment sur l'accouchement. Les grossesses sont des moments de vulnérabilités psychiques, qui amènent parfois la résurgence d'événements traumatisques et impactent le bon déroulé de la grossesse et de l'accouchement.

L'Hôpital Femme-Mère-Enfant où j'exerce en tant que sage-femmes est situé en périphérie de Lyon. La population immigrée est essentiellement citadine et plus particulièrement dans les grandes agglomérations comme Lyon. Chaque jour nous prenons en charge de nombreuses patientes

ayant eu des parcours migratoires, le plus souvent complexes. Ces parcours ont des impacts non négligeables sur la santé des femmes et augmentent grandement les vulnérabilités psychosociales de ces patientes.

L'accouchement physiologique est influencé par de nombreux facteurs médicaux, sociaux et environnementaux.

Le rapport "Les 1000 premiers jours de l'enfant", publié en septembre 2020 par le Ministère de la Santé met l'accent sur la nécessité de considérer les vulnérabilités psycho-sociales particulières dans la période périnatale comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance. Parmi ces éléments, la migration apparaît comme une variable potentiellement significative, pouvant impacter les conditions d'accouchement et la prise en charge des patientes. Des travaux ont d'ailleurs émis un lien entre précarité sociale et accès aux soins périnataux dégradés, à risque périnatal accru et ce par rapport aux femmes ne vivant pas dans des conditions précaires (*Azria E, 2015*).

La diversité culturelle, les trajectoires migratoires et les disparités dans l'accès aux soins pourraient jouer un rôle clé dans l'issue des accouchements. En effet, certaines études suggèrent que les femmes issues de l'immigration présentent une incidence plus élevée de complications obstétricales, notamment en raison des facteurs socio-économiques, des barrières linguistiques et un accès limité à un suivi médical adapté.

Je me suis alors interrogée sur notre accompagnement et nos prises en charge de ces patientes, au sein de notre structure. Connaissions-nous et maîtrisons-nous vraiment tous les enjeux, comme à savoir que la future naissance ne les empêche pas d'être à temps à leur rendez-vous à la Préfecture -qu'elles attendent depuis souvent plusieurs mois- de trouver des « compatriotes » qui pourront s'occuper de leurs aînés qui dorment à la rue, etc., ce qui nous permettrait d'adapter notre suivi et notre accompagnement en tenant compte de la particularité de leurs parcours (la migration).

Pour ma part, ce fut le facteur déclenchant de l'inscription à ce DIU.

Je me suis alors posé les questions suivantes:

La migration est-elle un facteur déterminant dans la physiologie de l'accouchement ?

Notre suivi et nos prises en charge sont-ils adaptés à ces patientes?

Mon hypothèse est que les parturientes issues de l'immigration ont plus de complications lors de leurs accouchements.

L'objet de ce mémoire est donc d'établir un état des lieux des accouchements des patientes issues de l'immigration en comparaison des patientes françaises au sein de notre structure entre 2020 à 2024. Puis nous chercherons s'il existe des différences en termes de modalités d'accouchement, de complications.

M'appuyant sur des données hospitalières et des indicateurs obstétricaux précis, cette recherche a pour objectif de me permettre d'explorer l'impact de la migration sur la physiologie de l'accouchement.

Dans la discussion, il sera abordé la raison des différents déroulés des accouchements entre les deux populations. L'objectif étant de prendre en compte ce facteur important dans nos prises en charge afin de faire évoluer nos pratiques professionnelles. Cette réflexion s'inscrit dans une démarche globale visant à améliorer l'équité et l'accessibilité des soins maternels pour toutes les femmes quelles que soient leurs origines et leurs parcours.

2. Présentation de l'étude

a) Présentation du terrain

Sage-femme hospitalière depuis 15 ans, j'ai toujours exercé au sein de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant, situé à Bron, en périphérie de LYON. L'Hôpital Femme-Mère-Enfant est une maternité de niveau 3. Nous possédons donc une unité de néonatalogie, avec un secteur de soins intensifs et de réanimation néonatale. Nous sommes prédisposés à recevoir des patientes présentant des grossesses à haut risque. L'hôpital Femme-Mère-Enfant accueille et prend en charge plus de 4300 patientes/an. L'équipe professionnelle est donc importante et comporte notamment de nombreux acteurs de la périnatalité intervenant tant au niveau médical que social et psychologique.

Pour ma part, je travaille dans plusieurs services, avec une rotation de l'ordre de 6 mois/service. Ces différents services sont: urgences, bloc obstétrical, suites de naissance, grossesse pathologique.

Depuis le début de mon exercice professionnel, j'ai observé un accroissement de la population de femmes ayant vécu ou vivant un parcours migratoire.

Les équipes se trouvent alors confrontées à de nouvelles problématiques sociales, médicales, psychologiques, qui n'ont pas été forcément réfléchies en amont et surtout pour lesquelles elles n'ont pas été formées. Ces patientes sont hélas dans une situation d'extrême précarité, ayant pour nombreuses d'entre elles vécues/subies des violences, ne parlant parfois pas français. Ces prises en charges sont souvent lourdes et prennent du temps. Elles nécessitent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire médico-psycho-sociale. Un accordage et un maillage entre les différents acteurs, qui n'ont parfois pas la même temporalité, ni le même "langage", est donc requis pour une prise en charge optimale de ces patientes.

De nombreux soignants ont fait état de leur grande difficulté d'accompagner au mieux ces patientes. Aussi deux groupes de travail ont été mis en place en vue de mieux appréhender ce problème :

- Un groupe de travail portant sur la problématique des violences faites aux femmes, auquel je suis partie prenante .
- Un groupe de travail portant sur la problématique de la précarité. mis en place par le service de Consultations Obstétricales .

Plusieurs projets ont émergé de ces groupes. Un staff médico-psycho-social fut créé pour les patientes présentant des vulnérabilités, en situation de précarité sociale et/ou psychique, pendant la grossesse. Elles sont orientées vers ce staff, par les professionnels qui les suivent, avec leur accord. Ce dernier a lieu toutes les semaines. Il réunit une équipe pluridisciplinaire, permettant de réfléchir sur la prise en charge de ces patientes, du suivi de grossesse à la maternité. Ce staff permet de mettre en place un maillage pluridisciplinaire autour de la patiente et souvent d'élaborer en amont un projet d'accouchement et du post-partum, avec la patiente, tenant compte de ses vulnérabilités.

Les équipes soignantes ont intégré dans l'anamnèse des suivis de grossesse, une question sur les antécédents de violences (physique, psychique, administrative, sexuelle...), que peuvent avoir vécues ou que vivent les patientes. Ce facteur est pris en compte dès le début du suivi, au même titre que les autres antécédents, selon son importance et son impact dans le déroulé de la grossesse.

De plus, un protocole de prise en charge de patientes victimes de violences sexuelles a été élaboré, pour le service des urgences. Nous avons , en effet, constaté une augmentation du nombre de patientes consultant dans ce contexte. Elles se tournent très souvent en premier lieu vers des équipes soignantes, notamment dans notre service d'urgences. Nous avons évidemment pour rôle de les recevoir et d'assurer une consultation médicale, avant de les rediriger vers les structures médico-juridiques adaptées. Nous n'étions auparavant pas équipés pour accueillir ces patientes dans les meilleures conditions. Il nous a paru primordial de mettre en place l'équipement et une ligne de conduite pour prendre soin, de manière ajustée, de ces patientes. Ce protocole établit les procédures à suivre, telles que la rédaction du certificat de constatation, les traitements préventifs à mettre en place, les bilans biologiques à prélever..., lorsqu'une patiente se présente dans notre service, pour ce motif.

En 2020 j'ai réalisé un DIU sur les violences faites aux femmes vers la bientraitance, à l'Université de Grenoble et de Paris. Certaines problématiques concernant l'accompagnement de ces patientes ont été soulevées lors de cette formation. J'avais besoin de compléter mes connaissances et d'avoir un autre angle de vue pour mieux les aider et les suivre. Il existe de multiples enjeux lorsque nous nous occupons de ces patientes, qui parfois nous dépassent. Voici, à titre d'exemple, pour mieux percevoir ces prises en charge complexes, faisant intervenir des équipes pluridisciplinaires, quelques situations que nous rencontrons : nous avons régulièrement des patientes ne parlant pas français, vivant à la rue, ayant pour certaines d'entre elles un ou plusieurs enfants à leur charge, n'ayant pas de droits ouverts... Il faut donc envisager

un suivi, prenant en compte le contexte de vie de ces patientes. Cela demande du temps et d'avoir un accordage de professionnels accessibles et mobilisables facilement: les assistantes sociales, les psychologues, les interprètes... Notre rôle en tant que professionnel de santé est de rendre accessible et de faciliter l'accès aux soins de ces femmes, qui en ont tout autant besoin que les femmes nées en France.

Je suis également bénévole à Gynécologie Sans Frontières (GSF). Il s'agit d'une ONG composée essentiellement de sage-femmes et de médecins, préoccupée par la santé globale des femmes en détresse. L'objectif de GSF est de promouvoir la femme au niveau global, sur les plans médical, psychologique ou social. Cette ONG intervient en France et dans les pays où les infrastructures sont insuffisantes ou inaccessibles. Les problèmes abordés sont divers : la périnatalité, les mutilations sexuelles, les violences intra-familiales, les violences sexuelles, le défaut d'accès aux soins, la discrimination de toute sorte... J'interviens en binôme avec une autre sage-femme, dans un accueil de jour et dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, situé à LYON, proche de la gare Part-Dieu. Nous voyons les femmes seules, en entretien, ou en groupe. L'essentiel de nos actions porte sur l'intégration des femmes dans un parcours de soin, de répondre à leurs questions, de les rassurer et de leur apporter une écoute. Lors des interventions en groupe, nous avons comme objectif d'apporter une écoute et permettre d'ouvrir un lieu de parole sécurisé pour ces femmes, ayant des histoires de vie, très souvent complexes et de pouvoir aborder des thématiques notamment sur la santé des femmes, la parentalité et autres sujets sociétaux (comme l'homosexualité, la transidentité, la sexualité...).

Pour répondre à ma thématique, je m'appuie sur les données des dossiers de notre structure, avec l'accord du Pr HUISSOUD, Chef de Service du service d'Obstétrique et l'aide de Laurent GAUCHER, Professeur des Universités - Sage-Femme des Hôpitaux.

b) Le contexte et Justification

Les inégalités périnatales, comme l'accès et la qualité des soins notamment, selon l'origine géographique des patientes sont bien documentées. Mais les mécanismes expliquant ces différences restent à préciser. Cette étude s'intéresse à l'association entre le pays de naissance des patientes et l'accouchement physiologique.

L'hypothèse principale est que les femmes nées à l'étranger pourraient présenter un parcours de soins différent et/ou des conditions de santé distinctes influençant la physiologie de l'accouchement. Une meilleure compréhension de ces différences pourrait permettre d'adapter les stratégies de prise en charge obstétricale.

c) Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de comparer la proportion d'accouchements physiologiques entre les femmes nées en France et celles nées à l'étranger.

Les deux objectifs secondaires sont:

- d'analyser les différences en fonction des facteurs de confusions: âge, parité, IMC
- de déterminer si certaines composantes spécifiques de l'accouchement physiologique sont plus impactées selon l'origine des patientes

d) Méthodologie

i. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective sur données existantes. La population de notre étude comprend les patientes accouchant à l'HFME, entre 2020 et 2024.

Les critères d'inclusion sont toutes les patientes ayant accouché à l'HFME, entre 2020 et 2024.

ii. Critère de Jugement Principal

L'accouchement physiologique est défini comme un critère composite associant :

- accouchement voie basse (AVB vs voie haute, soit par césarienne)
- absence d'extraction instrumentale (ventouse, forceps, spatule)
- absence d'hémorragie du post-partum (HPP: pertes sanguines estimées à plus de 500 millilitres en post-partum immédiat, dans les deux heures suivant l'accouchement)
- absence de déchirure complexe (à savoir déchirure 3° et 4° degré)

iii. Variables d'ajustement

Il existe deux variables d'ajustement: l'âge maternel et la parité

e) Plan d'analyse statistique

- Comparaisons des proportions d'accouchements physiologiques entre les deux groupes (test du X²)
- Estimation du risque relatif ajusté à l'aide d'une régression de Poisson avec variance robuste
- Analyse de l'influence des facteurs de confusion par ajustement multivarié
- Sensibilité: analyse des composantes séparées du critère composite

f) Considérations éthiques et réglementaires

- Étude rétrospective sur données existantes, donc hors cadre de la loi Jardé
- Respect du RGPD : données anonymisées et non identifiables

3. Analyse des résultats

- Non Patientes nées à l'étranger
- Oui Patientes nées en France

i. Description de la population

Overall		Non		Oui	
51 482	100 %	14 994	29,1 %	36 488	70,9%

Nous avons un échantillon de 51 482 femmes, dont 14 994 sont nées à l'étranger (soit près de 30 %) et 36 488 sont nées en France. Nous avons donc au sein de l'HFME, un nombre de femmes natives plus important que de femmes nées à l'étranger.

ii. Âge

	Variable	Overall		non		oui		p-value ²
		51 482	%	14 994	%	36 488	%	
Age de la mère	<18ans	195	0,4%	128	0,9%	67	0,2%	<0.001
	18-25 ans	6241	12,1%	2422	16,2%	3819	10,5%	
	26-35ans	34091	66,2%	8894	59,3%	25197	69,1%	
	36-45ans	10851	21,1%	3504	23,4%	7347	20,1%	
	>45ans	104	0,2%	46	0,3%	58	0,2%	
		51 482	100,0%	14 994	100,0%	36 488	100,0%	

De façon globale, notre population totale a majoritairement entre 26 et 35 ans. Effectivement, 66 % des patientes, toutes confondues, ont entre 26 et 35 ans. Il est à noter qu'il y a une plus grande proportion de femmes mineures (0,9 % des femmes nées à l'étranger contre 0,2 % des femmes nées en France) ou de patientes entre 18 et 25 ans (16 % vs 10 %), qui sont nées à l'étranger. 23,3 % des femmes nées à l'étranger ont plus de 36 ans contre seulement 20,2 % des femmes nées en France. L'écart d'âge parmi les patientes nées à l'étranger est donc plus grand.

iii. Parité

	Variable	Overall		non		oui		p-value ²
		51 482	%	14 994	%	36 488	%	
Parité	1	24 004	46,6%	5 749	38,3%	18 255	50,0%	<0.001
	2	15 942	31,0%	4 208	28,1%	11 734	32,2%	
	>2	11 527	22,4%	5 037	33,6%	6 490	17,8%	
	Unknown	9	0,0%					

La parité correspond au nombre de grossesse ayant abouti à la naissance d'un enfant de plus de 22 semaines d'aménorrhées (SA). Primipare signifie que la patiente attend son premier enfant.

Une patiente enceinte multipare indique qu'elle a eu auparavant une ou plusieurs grossesses aboutissant à la naissance d'un enfant de plus de 22 SA, vivant ou décédé.

Les femmes nées à l'étranger sont, pour un plus grand nombre d'entre elles, multipares, donc ayant un antécédent d'une ou plusieurs grossesses (62 % de multipare). Il y a autant de femmes primipares que multipares pour les patientes nées en France (50 % de chaque). La multiparité fait partie des facteurs à prendre en compte dans le déroulé de la physiologie de l'accouchement. À titre d'exemple, plus la multiparité est importante, plus le risque hémorragique après un accouchement est important.

iv. Grossesse Multiple

Variable	Overall		non		oui		p-value ²
	51 482	%	14 994	%	36 488	%	
Grossesse Multiple	1 851	3,6%	531	3,5%	1 320	3,6%	0.7

On parle de grossesse multiple pour les grossesses dites gémellaires ou triples. Il existe très légèrement un plus grand nombre de grossesses multiples pour les patientes nées en France. 3,6

% des grossesses des femmes natives sont des grossesses multiples, alors que 3,5 % des grossesses des femmes nées à l'étranger sont des grossesses multiples. La différence reste néanmoins non significative ($p > 0,7$). Les grossesses multiples sont souvent des grossesses à haut risque de complications lors de l'accouchement. Une équipe pluridisciplinaire est indispensable. Cette équipe doit être présente dans la salle d'accouchement, afin d'être en capacité d'intervenir rapidement. L'équipe est composée d'une sage-femme, d'une auxiliaire de puériculture, d'un obstétricien et d'un anesthésiste. Pour une patiente ayant un singleton (grossesse avec un seul fœtus), la sage-femme assiste seule l'accouchement car les risques de complications sont plus faibles. La sage-femme ne sollicite l'obstétricien et l'anesthésiste qu'en cas de complications. Les chiffres évoqués précédemment laissent donc supposer que les femmes nées en France, auraient un risque légèrement augmenté de complications, par rapport aux femmes migrantes.

v. Utérus Cicatriciel

Variable	Nb	Overall		Non		Oui		p-value ²
		51 482	%	14 994	%	36 488	%	
Nb Césariennes Antérieurs_. _Dge	0	25 786	50,1%	7 633	50,9%	18 153	49,8%	
	1	5 632	10,9%	2 080	13,9%	3 552	9,7%	
	2	1 415	2,7%	688	4,6%	727	2,0%	
	3	438	0,9%	235	1,6%	203	0,6%	
	4	139	0,3%	73	0,5%	66	0,2%	
	5	39	0,1%	15	0,1%	24	0,1%	
	6	8	0,0%	6	0,0%	2	0,0%	
	7	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	
	Unknown	18024	35,0%	4264	28,4%	13760	37,7%	

Un utérus dit cicatriciel est un utérus porteur d'une (uni cicatriciel) ou plusieurs (multi cicatriciel) cicatrices à la suite d'une intervention chirurgicale (césarienne, myomectomie...) ou un traumatisme (rupture utérine...). Un utérus est dit vierge, lorsqu'il n'a pas de cicatrice. Dans notre population, nous avons plus de patientes ayant un utérus vierge pour les femmes nées en France (80 % vs 71 %). Les femmes nées à l'étranger ont connu un antécédent de césarienne plus important que les patientes nées en France (19 % vs 16 %). De même, nous retrouvons une proportion d'utérus multi cicatriciel plus importante parmi les femmes nées à l'étranger (10 % vs 4 %). Un utérus cicatriciel est un facteur important dans le risque de complication lors de l'accouchement. Effectivement, plus un utérus comporte des cicatrices, plus il est considéré comme "fragile" et impacte notre prise en charge lors du travail et de l'accouchement. Les femmes nées à l'étranger ont, pour ce facteur, une élévation du risque de dystocie lors de leurs accouchements.

Ces données soulèvent plusieurs interrogations, à savoir, les causes de ces antécédents de césariennes et le lieu des précédentes césariennes : ont-elles étaient fait en France ou dans leur pays d'origine ?

vi. Début de Travail

	Variable	Overall		non		oui		p-value ²
		51 482	%	14 994	%	36 488	%	
Mode_Début_Travail_Dge	Ballonet	1 091	2,1%	318	2,1%	773	2,1%	<0.001
	Césarienne avant le travail	6 381	12,4%	2 251	15,0%	4 130	11,3%	
	Dinoprostone	411	0,8%	123	0,8%	288	0,8%	
	Misoprostol	3 206	6,2%	1 024	6,8%	2 182	6,0%	
	Naturel	30 368	59,0%	8 190	54,6%	22 178	60,8%	

	Ocytocine	4 437	8,6%	1 445	9,6%	2 992	8,2%	
	Prostaglandine	3 435	6,7%	978	6,5%	2 457	6,7%	
	Unknown	2 153	4,2%	665	4,4%	1 488	4,1%	

La définition du travail est l'apparition de contraction utérine, qui mène à la naissance. Le travail peut être soit spontané, soit déclenché, c'est-à-dire provoqué par l'intervention des soignants. Le déclenchement se fait par l'intermédiaire de traitements médicamenteux, qui entraîne l'apparition de contractions utérines ou d'un dispositif permettant l'ouverture du col utérin. Les données montrent que les femmes nées en France ont un début de travail plus spontané, donc physiologique que les femmes nées à l'étranger (63 % vs 57 %).

L'indication de césarienne avant le travail est plus fréquente pour les femmes nées à l'étranger (16 %) que pour les femmes nées en France (12 %). Le nombre de déclenchements reste aussi plus important pour les femmes nées à l'étranger (27 %) que pour les femmes nées en France (25 %). Le déclenchement peut influencer le déroulé du travail et de l'accouchement.

Le travail n'étant pas spontané, il existe un risque plus important de complications lors du travail et de l'accouchement. Le travail déclenché pouvant être plus long, il peut donc entraîner une fatigue et une altération du rythme cardiaque fœtal, ayant comme issue une césarienne ou une extraction instrumentale. Cela peut également avoir pour conséquence d'entraîner un risque d'hémorragie plus important. Le déclenchement contribue fréquemment à des complications lors d'un accouchement. L'existence d'un risque amplifié de dystocie lors d'un accouchement apparaît une fois encore pour les femmes nées à l'étranger.

Il serait intéressant de s'interroger sur les motifs de déclenchements et de césariennes avant travail, justifiant ces prises en charge. Est-ce un mauvais état de santé de ces femmes, entraînant des naissances plus "médicalisées", des méconnaissances des professionnels de santé concernant ces femmes ?

vii. Césarienne

Variable	Overall		non		oui		p-value ²
	51 482	%	14 994	%	36 488	%	
Césarienne_._Ma c	11 302	22,0%	3 817	25,5%	7 485	20,5%	<0.001

25 % des patientes nées à l'étranger ont eu une césarienne pour leur accouchement à l'HFME contre 21 % des femmes nées en France. La césarienne comme issue de l'accouchement est augmentée pour les femmes nées à l'étranger par rapport aux femmes nées en France. La différence est significative.

Pour ce facteur, les chiffres de notre structure confirment que les femmes nées à l'étranger sont exposées à une élévation d'accouchements dystociques.

Il serait intéressant d'étudier quelles sont les indications de césariennes en cours de travail, pour ces femmes. L'objectif est de savoir si ces dernières pourraient être évitables et de réduire l'écart avec les femmes nées en France.

viii. HPP

	Variable	Overall		non		oui		p-value ²
		51 482	%	14 994	%	36 488	%	
HPP	Absence d'HPP	45 020	89%	12 912	87%	7 485	20,5%	<0.001
	HPP Simple	4 210	8,3%	1 376	9,3%	2 834	7,9%	
	HPP Sévère	1 599	3,1%	544	3,7%	1 055	2,9%	
	Unknown	653		162		491		

Une hémorragie du post-partum est une perte de sang estimée à plus de 500 ml, dans les suites de l'accouchement. Les femmes natives présentent moins d'hémorragie du post-partum (89 %) que les femmes nées à l'étranger (87 %). Effectivement les accouchements compliqués d'HPP simples: pertes de sang > 500ml et sévères: pertes de sang>1L sont plus fréquents pour les femmes non natives (9,3 % et 3,7 %) que pour les femmes nées en France (7,9 % et 2,9 %). Les femmes non natives de France, accouchant à l'HFME, sont plus exposées au risque hémorragique. Les origines des hémorragies du post-partum sont connues et multiples : grande multiparité, macrosomie fœtale, grossesse multiple, déclenchement.... Il paraît donc important d'étudier les causes, qui semblent plus fréquentes chez les femmes migrantes, pour en réduire les risques.

ix. Périnée

Variable	Overall		non		oui		p-value ²	
	51 482	%	14 994	%	36 488	%		
Breche_Vaginale_.oep	652	1,3%	166	1,1%	486	1,3%	0,038	
Déchirure_.Oep	3A	408	0,8%	126	0,8%	282	0,8%	<0.001
	3B	282	0,5%	92	0,6%	190	0,5%	
	3C	62	0,1%	20	0,1%	42	0,1%	
	Déchirure 1er degré	14 446	28,1%	3 579	23,9%	10 867	29,8%	
	Déchirure 1er degré suturée	45	0,1%	9	0,1%	36	0,1%	
	Déchirure 2ème degré	7 352	14,3%	2 071	13,8%	5 281	14,5%	
	Déchirure 4ème degré	44	0,1%	5	0,0%	39	0,1%	
	Déchirure autre	52	0,1%	16	0,1%	36	0,1%	
	Unknown	28 791	55,9%	9 076	60,5%	19 715	54,0%	
Episiotomie_.Oep	2 892	5,6%	75	0,5%	2 137	5,9%	<0.001	
	Unknown	3 126	6,1%	1 010	6,7%	2	0,0%	
PI_.Oep	18 502	35,9%	6 141	41,0%	12 361	33,9%	<0.001	
	Unknown	3 126	6,1%	1 010	6,7%	2	0,0%	
Plaie_Cervicale_.Oep	440	0,9%	13	0,1%	31	0,1%	>0.9	

Il existe différents degrés de déchirures périnéales lors de l'accouchement.

PI = Périnée Intact: Absence de déchirure.

DS1 = Déchirure simple de 1^{er} degré : c'est une déchirure superficielle, affectant la peau et/ou la muqueuse.

DS2 = Déchirure simple de 2nd degré : c'est une déchirure atteignant la peau et/ou la muqueuse et le muscle

P3 = Périnée de 3^{ème} degré : c'est une déchirure, avec atteinte du sphincter anal

P4 = Périnée de 4^{ème} degré: c'est une déchirure, avec atteinte du sphincter anal et de la muqueuse rectale

Les femmes nées à l'étranger ont un plus grand nombre de Périnée Intact (44 % vs 36 %). Cependant, on retrouve aussi pour ces patientes, un nombre plus important de déchirure complexe (Brèche vaginale, P3, à savoir Périnée Complet Non Compliqué) ou de DS2. Il est à noter que la population de femmes nées en France a eu un plus un nombre plus élevé de Périnée de Type 4 (Périnée Complet Compliqué) et d'épisiotomie.

x. Accouchement Physiologique

Variable		Overall		non		oui		Od_Ratio Univariable	Od_Ratio Multivariable
		49 841	%	14 235	%	35 606	%		
Accouchement Physio	Oui	30 320	60,8%	8 269	58,1%	22 051	61,9%	1,17 (1,13- 1,22, p<0,001)	1,26 (1,21- 1,32, p<0,001)
	Non	19 521	39,2%	5 966	41,9%	13 555	38,1%		

Selon le critère principal, 58,1 % des femmes nées à l'étranger ont eu un accouchement physiologique contre 61,9 % des femmes nées en France. Cette différence est significative. Dans notre structure, les femmes non natives de France sont donc exposées à un risque d'accouchements dystociques plus élevé.

4. Discussion

a) Conclusion de l'étude

Notre étude valide notre hypothèse, à savoir qu'il existe un réel risque augmenté d'accoucher de façon dystocique pour les patientes nées à l'étranger. Cette conclusion amène à la question et discussion suivante, à savoir quelles sont les raisons, les mécanismes entraînant cette différence entre les femmes natives et les femmes nées à l'étranger.

i. Le Travail

Pour être plus précis, notre étude a mis en avant que les patientes nées à l'étranger ont plus de risque d'être déclenchées ou césarisées avant le début de travail, au sein de l'HFME. Or il a été démontré qu'un déclenchement augmente les risques de dystocie au cours du déroulé du travail et de l'accouchement. Les femmes nées à l'étranger ont donc d'emblée un risque d'accouchement dystocique plus important. Plusieurs études réalisées en France et à l'étranger convergent vers la même conclusion. Certaines études montrent en effet que les femmes nées en France ont connu des taux de césariennes plus faibles, allant de 19 à 19,3 %. Alors que le taux de césarienne chez les femmes nées à l'étranger allait de 31,3 à 44 %. Une autre étude montre des indicateurs de santé maternelle et périnatale préoccupants pour les femmes immigrées d'un pays d'Afrique Subsaharienne, dont un risque de césarienne de 28,5 % (vs 18,5 % pour les femmes nées en France) (cf DIU Santé, Société, Migration 2025). Ces différences sont à prendre en considération, car non négligeables.

Il serait intéressant d'étudier les motifs de ces déclenchements et/ou de ces césariennes avant travail. Est-ce leur état de santé, leur suivi plus difficile/aléatoire, leurs situations psychosociales, les manques et/ou mauvaises connaissances de l'équipe soignante à l'égard de ses femmes qui entraînent ces décisions.

ii. L'accouchement

Selon les données recueillies au sein de notre structure, les patientes non nées en France ont un risque majeur de complications lors de leur accouchement, tel que l'accouchement par césarienne ou l'hémorragie de la délivrance. On retrouve aussi dans certains travaux, que les femmes nées à l'étranger ont des niveaux de risque périnatal et maternel plus élevés que les non migrantes, données retrouvées dans la littérature européenne (cf. ANR). D'autres études montrent que les femmes nées à l'étranger sont exposées à un risque élevé d'hémorragie du post-partum grave.

Une fois encore, il serait intéressant de comprendre les mécanismes qui interviennent et engendrent cette issue. Effectivement les effets induits des inégalités sociales de santé sont encore trop peu explorés (cf. ANR).

La question est de savoir si nous pouvons agir pour réduire le risque de ces patientes d'avoir un accouchement dystocique et de savoir si une meilleure prise en charge est envisageable.

b) Difficultés dans l'accès et qualités des soins

Selon mon point de vue, il existe plusieurs difficultés auxquelles font face les patientes migrantes et l'équipe soignante, pouvant avoir un impact sur la qualité des soins et l'issue de leurs accouchements.

i. Les difficultés liées à la précarité sociale et l'accès aux soins

L'issue des accouchements de ces femmes est probablement liée à leurs conditions de vie et leur précarité et non à leurs origines. Nous savons que les patientes ayant vécu un parcours migratoire sont soumises à un stress, à des violences, à des conditions de vie extrêmement précaires pouvant entraîner un mauvais état de santé et des traumatismes pouvant impacter le bon déroulé du travail et de l'accouchement. Il a d'ailleurs été mis en avant dans certains travaux, après examen au travers de la littérature épidémiologique, que la précarité sociale était associée à un accès aux soins périnataux dégradé et à risque périnatal accru par rapport aux femmes vivant dans des conditions non précaires (cf. Précarité Sociale et Risque Périnatal, Elie AZRIA). La HAS a, dans ce sens, énoncé des règles de bonnes pratiques. Il existe des recommandations sur : "l'accompagnement médico-psycho-social des femmes en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse."

Il n'est pas rare que le suivi de ces patientes soit chaotique: des rendez-vous non honorés, des retards, des passages fréquents aux urgences... Les motifs de leurs passages aux urgences les plus récurrents, sont la diminution des mouvements actifs foetaux, la crainte de perte des eaux ou la présence de contractions à un terme précoce, ou tout simplement faire le point sur leur grossesse. Cela implique des grossesses parfois moins bien surveillées. La HAS recommande d'ailleurs une préparation à la naissance et à la parentalité. L'un des objectifs est d'accompagner les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilités. En France, il existe plusieurs préparations à l'accouchement : préparation classique (ce sont des cours reprenant le déroulé de la grossesse, de l'accouchement et des suites), la préparation en piscine, la sophrologie, l'hypnose, l'haptonomie... Ces patientes ne bénéficient que très rarement d'une préparation quelconque à l'accouchement. Il serait profitable d'étudier les réels motifs de ce manquement,

permettant ainsi d'y pallier. Nous pouvons supposer que les causes sont multiples : le manque de temps, une prise en charge déjà lourde, des patientes allophones, des droits non ouverts, des patientes dont l'instabilité de logement et/ou administrative empêche la mise en lien avec des sage-femmes libérales en particulier... Cela peut avoir comme conséquence une méconnaissance de la patiente sur le déroulé d'une grossesse, d'un accouchement, le fonctionnement des maternités, des soins auxquels elles ont droit... Ces patientes sont souvent isolées et se retrouvent seules face à toutes les problématiques que peut soulever l'arrivée d'un enfant. Ces préparations à l'accouchement pourraient en partie combler le manque ou l'absence de ressources soutenantes, qui permet de "porter" et de sécuriser les femmes dans leur maternité. Elles permettent aussi de rompre un tant soit peu, cet isolement. Ces patientes pourraient se préparer à l'accouchement, avoir des réponses à leurs questions, leurs craintes et être accompagnées dans leur parentalité. Ces préparations à l'accouchement sont donc d'autant plus nécessaires pour ces femmes, qui sont, étant donné leur parcours, dans une plus grande vulnérabilité psycho-sociale.

Pour citer un exemple de l'impact que peut avoir la précarité sociale sur l'accès aux soins, une patiente de notre structure, nécessitait une surveillance monitoring (enregistrement du rythme cardio-fœtal) à domicile. Cela revenait trop difficile à mettre en place, du fait de son instabilité de logement. Il a fallu, en plus de mettre en place la prise en charge médicale, "penser" l'organisation de la surveillance. Lorsque les protocoles médicaux sont mis en place, il n'est pas pensé la faisabilité de la surveillance, selon les contextes de vie de nos patientes, ce qui rend plus difficile le suivi et peut avoir des impacts quant à la qualité des soins.

Nous avons également des patientes diabétiques, en grande précarité économique et sociale, qui ont parfois du mal à assurer une bonne observance thérapeutique et des surveillances mises en place par les équipes qui les suivent. Elles rencontrent parfois des difficultés à se nourrir et/ou d'avoir un bon équilibre alimentaire. Cela ayant des impacts quant à l'équilibrage du diabète, entraînant des conséquences telles qu'une macrosomie fœtale, un déséquilibre du diabète et par extension un risque de déclenchement plus élevé.

Certaines de nos patientes n'ont pas encore de droits ouverts. Il nous incombe de faire appel à l'assistante sociale, de notre service. Cette dernière rencontre la patiente, permettant d'établir la situation sociale de la patiente et la mise en place d'aides. La patiente n'ayant pas encore accès à la réception de ses traitements, un "laisser-passer" est établi par l'assistante sociale. La patiente peut alors récupérer ses traitements à la pharmacie de l'hôpital. Cependant les patientes sont parfois vues pour la première fois aux urgences, en dehors des horaires des assistantes sociales.

En maternité, il n'est pas rare que pour les patientes ayant une instabilité de logement, une précarité économique, l'équipe de sage-femme "éduque" les patientes à réaliser, par exemple, leurs injections d'anticoagulants elles-mêmes, avec une même durée d'hospitalisation qu'une patiente sans difficultés socio-économique et qui bénéficiera, elle, à domicile, d'un accompagnement médical et psychique. Il y a donc un accompagnement, lors de la sortie de l'hôpital, de moins bonne qualité, puisque absent. Les patientes ne sont pas vues par une infirmière, comme ça devrait être le cas, qui pourrait être un soutien pour ces femmes et permettrait d'assurer la bonne observance du traitement.

Ces femmes sont parfois isolées et sans moyen de transport. En maternité, une de nos patientes, vivant dans un foyer, ne pouvait pas rentrer, ayant trop de valises à transporter, en plus de son nouveau-né. Cette situation est loin d'être isolée. Face à cette situation, nous avons permis la prolongation de son séjour, afin qu'elle trouve des personnes du foyer, disponibles pour l'aider elle et son enfant, à transporter ses affaires au foyer.

Une autre de nos patientes, ayant accouché de jumeaux, ayant 2 autres enfants, vivants tous à la rue, avec son mari, était hospitalisée dans notre service pour hypertension non stabilisée, par une trithérapie. L'interne qui s'occupait de cette patiente, essayait d'organiser sa sortie avec les bons traitements, en tenant compte de son contexte de vie. Elle me confiait, qu'elle s'était fait "jeter" par le cardiologue, qui a mentionné ne pas à avoir à se "préoccuper de son lieu de vie". Cette patiente, avec une meilleure situation sociale, aurait pu rentrer avec ses enfants, avec une surveillance et un traitement adéquat, bien plus tôt.

Toutes ces situations montrent que malgré la qualité des prises en charge et la compétence des soignants, la précarité sociale de ces patientes entraîne une obligation d'adaptabilité des soignants et des patientes, afin que ces dernières aient le "meilleur" accompagnement possible. Cela demande du temps et l'intervention de plusieurs acteurs de la périnatalité. Face à ces difficultés, il y a parfois des manquements pouvant impacter le déroulé de la grossesse et de l'accouchement.

ii. - Les difficultés liées à l'histoire des patientes (traumatismes et violences multiples), impactant leur attitude et leur état de santé

Nous avons des patientes qui ont des parcours migratoires, subissant des violences multiples depuis leur pays d'origine, jusqu'au pays d'accueil. Nous connaissons aujourd'hui l'impact que peuvent avoir les violences et traumatismes vécus sur les grossesses et les accouchements. Les chiffres sont révélateurs. Les patientes, du fait de leur situation sociale et de leur précarité, sont

plus exposées à développer des complications de la grossesse et des pathologies autres, qui auront un impact sur le déroulé de l'accouchement.

Les violences sexuelles que peuvent avoir subies de nombreuses patientes, par exemple, entraînent des conséquences psychiques et somatiques connues. Ce sont des évènements à potentiel traumatique comparable à la torture. Ces violences génèrent un sentiment de "mort psychique", font basculer les victimes dans le non-sens, l'inhumain. *"Elles font exploser tous les repères qui fondent la relation au monde et aux autres, et elles représentent un traumatisme majeur."* (Muriel SALMONA. In "Violences Sexuelles" Ed Dunod). Ces traumatismes entraînent un risque parfois vital pour ces femmes, avec des idées suicidaires et des conduites à risque. Ces violences sexuelles engendrent aussi un risque accru de développement de pathologies psychiatriques, cardio-vasculaires, pulmonaires, endocrinianes, auto-immunes, des douleurs chroniques et des troubles du sommeil.

Ces violences peuvent avoir un retentissement direct sur nos actions de prise en charge de ces patientes. Il y a d'abord la difficulté, voire l'impossibilité de l'examen clinique. Effectivement, nos examens comportent la nécessité de réaliser des actes parfois très intrusifs et touchant en grande majorité la sphère vulvo-vaginale. Pour n'en citer que quelques-uns, il y a le toucher vaginal, l'examen avec l'intrusion d'un spéculum, la réalisation de prélèvements vaginaux, l'extraction instrumentale... Il peut en découler des flashbacks, des reviviscences pour ces femmes, lors de ces actes, mais également au cours de la grossesse et de l'accouchement. Ces patientes ne "choisissent" pas de résister à un examen. Leur corps parle malgré elles le plus souvent. Cette symptomatologie peut impacter le suivi de la patiente et rendre difficile la prise en charge, tout en fragilisant d'autant plus la patiente, doublement victime (de son vécu et de son impossibilité à recevoir des soins adéquats).

Pour illustrer ces propos, voici une situation que j'ai rencontrée concernant une patiente victime d'inceste dans son enfance. Cette patiente avait fait la demande d'une césarienne prophylactique, redoutant au plus au point, l'accouchement, les examens nécessaires au suivi de l'évolution du travail et par la suite de décompenser une dépression du post-partum. Sa demande a été rejetée. La patiente a dû être déclenchée (je n'ai plus souvenir du motif de ce dernier). Elle n'a pas eu d'autre choix d'être soumise à de multiples examens gynécologiques, indispensables à la prise en charge du déclenchement et du suivi du travail. Lors de mes examens, la patiente pleurait en silence. Elle m'a confié que ces actes la renvoient aux viols subis dans son enfance. Cela était insupportable pour elle et pour moi. Nous avons beaucoup discuté. La patiente était très accessible et parlait facilement de son histoire. Elle était très au clair de ses besoins, de ses

fragilités, de ses limites... Elle n'a pas compris la décision de l'obstétricien, de lui "imposer" cet accouchement. Elle m'a fait la demande, dans la mesure du possible, de ne pas réaliser d'extraction instrumentale, si la situation devait se présenter et de préférer la césarienne. Elle craignait également d'avoir une déchirure et d'en subir les conséquences induites (douleurs rajoutées, cicatrisation...). J'en ai fait part à l'équipe obstétricale, ma collègue sage-femme qui prenait le relai et l'obstétricienne de garde. Ma garde étant terminée avant son accouchement, j'ai su plus tard qu'elle avait eu une ventouse.

Voici une autre situation exposant l'impact des violences sexuelles sur le déroulé du travail et de l'accouchement. Une collègue sage-femme me racontait le suivi d'une patiente en travail, victime de violence sexuelle. Cette sage-femme est particulièrement sensible à la problématique des violences faites aux femmes (elle a aussi participé au groupe de travail portant sur ce sujet). En parallèle de son activité hospitalière, elle a suivi une formation de sexologie. Ma collègue, très soucieuse que cette patiente ait un travail harmonieux et un accouchement physiologique, a entrepris de varier les positions de la patiente, au cours du travail. Les sage-femmes mobilisent les femmes, en particulier lorsqu'elles bénéficient d'une péridurale, pendant le travail. Nous avons comme intérêt de respecter au mieux la physiologie du travail, afin d'améliorer la dilatation et la descente du fœtus. Ma collègue, voulant donc bien faire, a proposé à cette patiente de se mettre à quatre pattes. Il s'agit d'une position très largement utilisée en salle d'accouchement. Elle favorise la rotation et permet la flexion de la présentation du fœtus, facilitant la progression dans le bassin maternel. Il s'est avéré qu'il s'agissait de la position que l'agresseur de la patiente a utilisée, lors du viol qu'elle a subi. Sans le vouloir, malgré la bienveillance et la préoccupation de ma collègue d'être le moins "traumatique" lors du travail et de l'accouchement, elle a généré une reviviscence pour cette patiente. Cette situation aurait probablement pu être évitée. Nous pouvons supposer qu'un travail en amont, en questionnant et accompagnant cette femme, aurait été bénéfique. Il est primordial de proposer aux patientes, de réfléchir et d'élaborer, conjointement au professionnel qui les suivent, un projet de naissance. Cette anticipation donne l'occasion aux patientes d'évoquer leurs difficultés, leurs craintes, leurs limites, selon leur parcours de vie. Cette réflexion aide à être plus sécurisant pour les patientes, leurs enfants à naître et l'équipe prenant en charge ces parturientes.

Dans ce sens, il a été créé en 2007 et rendu obligatoire en mai 2020, un entretien prénatal précoce (EPP). Il s'agit du premier moment clé du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant. C'est un temps d'échange privilégié en début de grossesse, entre la patiente seule ou en couple, et le professionnel de santé qui la suivra. Il a pour objectif de permettre au professionnel de

santé d'évaluer avec la patiente, les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il prend en compte la dimension psychologique, émotionnelle et l'environnement social de la patiente. Il s'agit d'un entretien d'écoute et de partage. Aucun examen physique n'est réalisé. Il ne s'agit pas d'une consultation médicale. Pour les parents, cet entretien permet de mieux comprendre toutes les étapes de la grossesse, poser leurs questions, exprimer leurs souhaits, lever leurs doutes. Il vise à assurer l'arrivée de leur enfant et à construire un lien de confiance avec les professionnels, qui suivront la grossesse et l'accouchement. Pour les professionnels, il s'agit de prendre le temps de mieux connaître les besoins des parents, en ouvrant le dialogue, de repérer des fragilités et des facteurs de vulnérabilité, d'ajuster les réponses et le suivi en fonction des besoins et des difficultés identifiés en tenant compte des professionnels déjà impliqués, de proposer les ressources de proximité, pour mener au mieux le projet de naissance, en anticipant la continuité anté et postnatale. Cet EPP a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 et 2009. Dans notre hôpital, les patientes, quel que soit leur parcours, sont pour un grand nombre assurées de bénéficier de cet entretien, depuis quelques mois. Il peut être réalisé par les sage-femmes de notre service de consultations, lorsque le suivi est entièrement fait à l'HFME ou par une sage-femme libérale, de PMI ou PASS, si le suivi est en ville. Pour préciser : nos patientes, suite à leur inscription ont une consultation d'orientation, qui détermine si le suivi se fera uniquement à l'hôpital, ou une partie en ville, avec un retour à l'hôpital au huitième mois. Ce choix est fait en fonction des antécédents médicaux, du contexte social et du souhait de la patiente. Si la patiente est allophone, les sage-femmes peuvent faire appel à l'interprétariat, mais cela est loin d'être systématique. Elles font comme dans les autres services, à savoir avec l'aide de l'entourage de la patiente, google traduction...

De plus, il est démontré aussi par les données épidémiologiques, que les femmes victimes de violences sexuelles ont pour 45 % d'entre elles fait une tentative de suicide, ont 3 fois plus de risque de se retrouver en situation de précarité, 36 % d'entre elles développent des troubles alimentaires et 50 % d'entre elles des troubles addictifs. 72 % des femmes abusées sexuellement ont des infections urinaires à répétition (Virage 2015 Ined). La grossesse engendre une fragilité émotionnelle maternelle, potentialisée si celle-ci est déjà vulnérable par son histoire de vie.

Plus particulièrement en périnatalité, ces violences ont pour conséquence une augmentation significative de la morbi-mortalité maternelle. Il existe un risque de métrorragies de 90 %, de diabète de 48 %, d'hypertension artérielle de 40 % et de rupture prématurée des membranes de 60 %, pour ne citer que certains facteurs. Il existe également un risque de morbi-mortalité fœtale

augmenté, avec un risque de prématurité augmenté de 37 % et de petit poids pour l'âge gestationnel de 21 % (Silverman et al 2006 200 000 femmes, Brown et al 2008 1500 nullipares).

Ces données ne sont évidemment pas exhaustives, mais démontrent l'impact de l'histoire et des violences que subissent les femmes migrantes sur leur santé mentale et physique. Nous pouvons donc bien imaginer l'impact que peut avoir l'état de santé de ces femmes sur la physiologie de l'accouchement, que ce soit sur le versant médical ou psychologique.

Un dernier exemple, illustrant ces données : une patiente, dont je me suis occupée en salle de naissance, avait fui son pays en conflit. Elle avait évoqué son parcours lors d'une consultation de suivi de grossesse. Son histoire a été notamment marquée par l'égorgement de son mari devant ses yeux. Elle avait rencontré un nouveau conjoint, à son arrivée en France, avec qui elle attendait un enfant. C'était une patiente plutôt mutique, pour laquelle l'accompagnement n'était pas évident. Le lien entre elle et moi était plutôt distant. Elle avait exprimé le souhait de vouloir accoucher sans pérédurale, sans précision à ce sujet. La dilatation du col ne se faisant pas, l'indication de pérédurale est devenue d'ordre médical. En effet, il était alors question de réaliser une césarienne, si le travail n'avancait pas. La patiente a bien compris notre prise en charge. Après interrogation de ma part, elle m'a confiée nommément sa peur des aiguilles... J'ai abordé le vécu et les craintes de la patiente à l'équipe d'anesthésie, avant qu'ils n'interviennent auprès d'elle. À partir de cette décision, la patiente est devenue inaccessible. Nous avions une impression de mise en dissociation de la patiente, jusqu'à ce que la pose de la pérédurale soit terminée. L'infirmière anesthésiste m'a partagé le ressenti de l'équipe, une fois leur acte réalisé. Ils ont trouvé la communication avec la patiente particulièrement difficile. S'ils n'avaient pas su le contexte de la patiente, ils auraient été persuadés qu'elle ne parlait ni ne comprenait le français. La patiente a finalement bénéficié d'une césarienne pour stagnation de la dilatation.

iii. Les difficultés liées à la barrière linguistique

L'accès à l'interprétariat dans notre maternité est possible. Il est plutôt utilisé par les professionnels pour des consultations ou lors d'un séjour en maternité, pour un temps donné. Il est souvent demandé que cela soit organisé à l'avance et pour une heure donnée. La demande est souvent assurée par la coordinatrice du service. Pour le reste du temps, l'équipe soignante utilise donc les moyens à sa disposition, à savoir le conjoint si ce dernier parle français, l'entourage des patientes, des collègues parlant la langue de la patiente, Google traduction... Dans les services tels que les urgences ou la salle d'accouchement, il n'est quasiment jamais fait appel au service d'interprétariat. Pour cela, il faudrait que les interprètes soient présents dès

l'arrivée de la patiente dans nos services. Cela semble difficile à mettre en place ou en tout cas, cela n'est pas facilité par notre structure hospitalière.

Il peut nous arriver de préférer réaliser une césarienne, plutôt que de tenter une extraction instrumentale pour une patiente ne parlant pas français et avec qui la communication semble difficile, voire impossible. Effectivement lors d'une extraction instrumentale, il est nécessaire que la patiente puisse comprendre nos gestes et les raisons de ces derniers. Il est important qu'elle puisse être participative, non algique et que le bon vécu de cet acte soit recherché.

Nous nous retrouvons donc à accompagner, suivre des patientes et gérer des situations d'urgences ou des annonces parfois difficiles, avec des patientes qui ne comprendront pas, peu ou mal ce qui se passe pour elles et leur enfant et pour lesquelles le consentement éclairé est quasi-impossible et parfois même pas demandé, devant une barrière linguistique importante. Sont alors engendrées des situations, avec des décalages entre ce que la patiente vit et ce qu'elle a compris de la situation.

Je me suis occupée d'une patiente en salle d'accouchement, ne parlant pas français. La patiente s'est présentée dans un premier temps seule. Puis le conjoint parlant mieux français et faisant la traduction pour elle, est arrivé. Il ne pouvait pas être présent en permanence en salle d'accouchement. Ils avaient une aînée, en bas âge, qu'il gardait en salle d'attente, faute de famille ou d'entourage, pouvant s'en occuper. Certains de mes collègues ont pu s'occuper de l'aînée, permettant au conjoint d'être présent par moment. Il prenait à cœur de nous aider à accompagner sa femme. Elle était alors en travail et a souhaité la péridurale. Il se trouve qu'elle a eu un travail rapide, pour lequel la péridurale n'a pas pu être complètement efficace. La patiente n'a alors jamais été soulagée. Malgré nos explications, la patiente a cru qu'il y avait un problème et que son accouchement se compliquait. Elle a craint pour elle et son enfant jusqu'à sa naissance. Il a été impossible de la rassurer et lui expliquer les raisons de ses douleurs persistantes. L'accouchement a été très difficile pour elle. L'équipe s'est retrouvée impuissante face au stress généré par l'incompréhension de cette patiente.

Nous avons fait face également à une autre situation marquante sur l'impact que peut avoir la barrière linguistique. En maternité, une de mes patientes était dans un situation d'extrême précarité. Elle est arrivée en France, quelques jours avant son accouchement et vivait dans la rue. Nous avons donc fait appel à l'assistante sociale. Cette patiente parlait un peu le français. À la suite de son entrevue avec l'assistante sociale, la patiente m'appelle en urgence. De son échange avec l'assistante sociale, elle a compris que cette dernière organisait le placement de

son enfant. Je lui ai alors assuré que ce n'était en aucun cas notre intention. J'étais persuadée qu'elle avait entendu et compris mes propos. C'était la veille d'un week-end. Avec la coordinatrice du service et l'assistante sociale, nous avons organisé une prolongation du séjour de la patiente jusqu'au lundi suivant, au moins. Notre préoccupation était de permettre l'intervention d'un interprète, afin de lui expliquer la situation et de mettre en place tout le suivi essentiel avant sa sortie, de trouver un logement, l'ouverture de ses droits... Malgré nos explications et nos tentatives de réassurance, sur le fait qu'il n'était pas question de placer son enfant, cette patiente a fugué avec son nouveau-né, le lendemain. Elle a été retrouvée plusieurs jours après, avec son nouveau-né, sain et sauf.

L'impact de la barrière linguistique est non négligeable et peut entraîner des conséquences néfastes sur la qualité des soins que nous donnons et peut engendrer des complications pour la patiente et son suivi.

iv. Difficultés liées à la méconnaissance et aux préjugés/stéréotypes des acteurs de la périnatalité

Ils peuvent modifier la prise en charge de ces femmes et peuvent être un facteur intermédiaire, impactant le bon déroulé de la physiologie de l'accouchement

Par exemple, la sociologue et sage-femme Priscille Sauvegrain, souligne qu'après avoir interrogé les équipes soignantes, celles-ci ont souvent l'idée que "les femmes africaines accourent mieux que les autres", alors qu'elles ont plus de césariennes que la moyenne. (cf. LSD, Ce que fait le racisme à la santé)

Autre exemple, il y a quelques années, il était admis dans de nombreuses maternités en France, que les patientes d'origine africaine avaient des grossesses plus courtes que les autres patientes. Un protocole avait été établi afin de déclencher plus tôt ces patientes (à savoir une semaine avant le 9^{ème} mois révolu). Cette pratique médicale avait été définie lors d'un congrès scientifique, en l'état sans aucun fondement scientifique. Cette pratique médicale a pu être mise en lien avec un taux de césarienne plus important pour ces patientes, à cette période, ou du moins donner une partie de l'explication de ces chiffres. Pourtant selon une étude anglaise, l'explication de la durée plus courte des grossesses chez ces patientes serait plus sociale que biologique: "*Les femmes nées dans certains pays du Commonwealth auraient des fins de grossesses plus à risque et finalement des durées plus courtes parce qu'elles sont dans des situations sociales beaucoup plus défavorables et que ce stress social avec aussi les hormones*

du stress qui sont émises, favoriseraient un déclenchement plus précoce du travail." (Richard C et al., 2023).

L'équipe soignante n'est pas toujours formée, parfois impuissante, et n'a pas toujours ou peu de connaissances de tous les enjeux auxquels sont confrontés ces patientes. Les soignants et acteurs de la périnatalité, par leurs croyances et préconceptions, peuvent avoir également un impact significatif sur l'accompagnement et le suivi de ces patientes, et par conséquent sur le bon déroulé de la physiologie de l'accouchement. Comme le rapport annuel de l'autorité publique: "Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité ", 2025, souligne que des déclarations relatives aux discriminations, liées aux origines, réelles ou supposées, ne cessent de croître." Il dénonce les discriminations dans l'accès aux soins en France, en particulier des femmes, des personnes d'origines étrangères et des personnes vulnérables économiquement, comme les patients vivant à la rue. Ces discriminations portent sur les douleurs minimisées, le refus de prise en charge, la réalisation d'actes non consentis... Ces discriminations ont des conséquences "*délétères immédiates et durables sur le parcours de soins des patients*", alerte l'institution qui exhorte le gouvernement à mettre en place une stratégie nationale de prévention et de lutte contre ces pratiques.

Nos patientes représentent à elles seules les trois groupes de victimes potentielles de ces discriminations.

En France, une équipe de chercheurs a construit un programme visant à documenter les différences de traitements entre les femmes nées en France et les femmes migrantes dans le domaine de la périnatalité. En effet, c'est un sujet encore trop peu documenté en France, alors qu'aux Etats-Unis, les études sont nombreuses sur les "biais implicite raciaux" en santé, ces préjugés et stéréotypes inconscients susceptibles de conduire à des différences dans la prise en charge des patients. Depuis plusieurs années, cette équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPE) de l'INSERM étudie les inégalités sociales en santé. Elie AZRIA, gynécologue-obstétricien et chef de service au sein du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, coordonne les recherches sur la cohorte PRECARE, pour déterminer l'impact de la précarité maternelle sur la santé maternelle et périnatale et le projet de recherche Biais Implicit et Soins Différenciés en Périnatalité (BIP).

L'objectif global de BIP est d'essayer de comprendre les mécanismes des inégalités sociales de santé entre femmes migrantes et femmes natives. L'accès aux soins et la qualité des soins sont susceptibles de constituer des facteurs intermédiaires pour expliquer ces inégalités de santé.

Cette hypothèse est d'autant plus probable que des travaux récents mettent en évidence une fréquence accrue de suivi prénatal inadéquat et de soins sous optimaux pour les patientes migrantes par rapport aux patientes nées en France.

Voici quelques exemples de réflexions ou de stéréotypes à l'égard des patientes nées à l'étranger, que l'on peut être amené à rencontrer au sein de l'équipe soignante de l'HFME:

Les femmes d'origine africaine sont souvent louées pour leurs "capacités maternelles". Propos d'une soignante en maternité: "*C'est une doudou. Elle fait ce qu'elle veut pour l'allaitement. Ça va marcher comme toujours.*" (Sauvegrain P et al., 2015).

Une soignante face à un couple indien ne parlant qu'anglais: "*Je ne suis pas là pour être linguiste. Je suis sage-femme. Nous sommes en France. Ils n'ont qu'à parler Français.*"

Autre garde, nous discutions du fait que nous avons beaucoup de femmes migrantes venant du continent africain, pour lesquelles les enfants sont restés dans leur pays natal, soit avec leur famille, la famille du père de leurs enfants ou qu'elles ne savent pas où se trouvent leurs enfants. Une soignante: "*les Africaines n'ont pas le même rapport avec leurs enfants, que les autres femmes*". Il n'est pas envisageable de laisser ses enfants dans son pays, pour aller migrer dans un autre pays, sauf pour les Africains. En comparaison, les femmes ukrainiennes, qui elles, sont venues en France avec leurs enfants. « *Elles, ne les ont pas laissés au pays...* »

v. Difficultés institutionnelles

Le manque de temps et de personnel rend parfois compliqué une prise en charge globale de la patiente. Le manque de temps est lié à une activité soutenue et à des prises en charge complexes. Pour illustrer : dans le service d'urgences, une seule sage-femme reçoit toutes les parturientes, à partir de 14 SA. Il est quotidien d'avoir plusieurs patientes arrivant en même temps. Le temps minimal pour une consultation simple est d'environ 20 minutes. Dès lors qu'un enregistrement du rythme cardio-foetal est recommandé (obligatoire à partir de 24 SA), la consultation est de l'ordre de 45 minutes au minimum, lorsque la sage-femme assure seule la consultation. Le temps de consultation augmente dès lors qu'il est nécessaire de faire intervenir l'obstétricien, ce qui très fréquent. La charge de travail du service des urgences n'est donc pas toujours tant représentée par le nombre de passages, que par le nombre de consultations simultanées et la fréquence des prises en charge complexes. En plus de l'impossibilité d'avoir accès à l'interprétariat, en permanence, l'activité de notre structure nous contraint parfois à ne "traiter" que l'aspect médical. Les prises en charge des patientes migrantes requièrent plus de temps. Ces prises en charge prennent plus de temps s'il existe une barrière linguistique, plus de temps si un

interprète est présent ou absent. Mais ces situations sont également plus chronophages en matière de prise en charge psycho-sociale. Il n'est pas rare qu'une patiente aux urgences, ne soit pas interrogée sur sa situation sociale ou que celle-ci ne soit pas prise en compte. Par exemple, une patiente vivant à la rue, se présentant aux urgences, quel que soit le motif, pourra être renvoyée une fois la consultation médicale faite, sans prendre en considération son contexte de vie. Il ne s'agit pas forcément d'un manque de volonté ou d'investissement de l'équipe, mais parfois d'un manque de connaissance (nous faisons de plus en plus appel au SAMU social, pour prendre le relai avec ces patientes lorsque ces dernières vivent à la rue), mais surtout d'un manque de temps. Notre service d'urgence assure un nombre de passages élevé, avec des prises en charge très souvent complexes, qui prorogent le temps de consultation. Pour donner un ordre d'idée, il n'est pas rare de recevoir plus d'une vingtaine de patientes sur une garde de 12h, en journée. L'équipe se trouve contrainte à ne gérer que la partie purement médicale, au détriment du reste. Il demeure donc injuste que ce manque de temps et cette activité notable viennent toucher celles qui cumulent déjà un grand nombre de facteurs de vulnérabilité. Il en résulte parfois de l'appréhension de la part des soignants, à s'occuper de ces patientes. La première question d'un soignant en charge de ces patientes peut parfois être: "est-ce que la patiente parle français?". Sans que cette question ne soit d'ordre raciste, il s'agit avant tout de la connaissance que peut répercuter la prise en charge des patientes allophones, sur la durée de consultation.

5. Quelques pistes de réflexions, outils et stratégies apportées par l'équipe périnatale de l'HFME face à ces situations complexes

Ces dernières années, nous rencontrons de plus en plus de patientes ayant eu un parcours migratoire qui, semble-t-il, affecte la physiologie de leur accouchement. Il me semble primordial de se poser, dès aujourd'hui, les questions de l'accompagnement de ces patientes. Au-delà de la physiologie de leur accouchement, nous savons que la naissance d'un enfant est un bouleversement émotionnel pour les femmes. Le déroulé de l'accouchement engendre de réelles conséquences sur la morbi-mortalité de la femme et peut être préjudiciable quant à la relation mère-enfant... Il est donc de la responsabilité des acteurs de la périnatalité, de l'équipe médicale et psycho-sociale, de réfléchir conjointement à nos suivis, tout en prenant en considération les enjeux, l'environnement et le contexte de vie de ces femmes, au-delà du suivi purement médical.

Dans notre institution, face à ces difficultés de prise en charge, les équipes se sont questionnées et mobilisées sur la meilleure façon de garantir une certaine qualité de soins et de suivi de nos patientes. Des solutions ont été mises en place afin de programmer un accompagnement plus spécifique de nos patientes et de les aider, ainsi que les soignants à réduire les contraintes rencontrées.

Les séquelles liées aux violences vécues détériorent vraisemblablement la santé physique et psychique des femmes migrantes précarisées par l'instabilité de leur situation administrative. Des questions sur les violences vécues au cours de la migration mais aussi avant le départ et depuis l'arrivée en France ont été intégrées à l'anamnèse de toute consultation médicale afin de les dépister, au même titre que les autres facteurs agissant négativement sur la santé.

Une mise à l'abri de ces femmes est de plus en plus mise en place, accompagnée d'un suivi social permettant un réel accès aux droits à une couverture maladie, à des dispositifs de prise en charge et de protection contre les violences ouvrant la voie à une régularisation, et notamment l'ordonnance de protection. Nous pouvons être amenés à assurer une mise à l'abri de ces femmes, par leur hospitalisation dans notre service de grossesse pathologique et/ou en faisant appel à la métropole de Lyon ou aux associations d'aide aux victimes, telles que Violences Intra Familiales Femmes Informations Libertés (VIFFIL), entre autres.

Un staff médico-psycho-social a été instauré, au sein de l'HFME, réunissant une équipe pluridisciplinaire. Ce staff a lieu une fois par semaine. Cette équipe comporte des sage-femmes cliniciennes, des obstétriciens, des sage-femmes coordinatrices, des assistances sociales, des

pédopsychiatres, des pédiatres néonatalogues, des représentants de la PASS et de la Protection Maternelle et Infantile. L'objectif étant de mettre en place un maillage, soutenant, aidant l'accompagnement et un suivi plus spécifique de ces patientes aussi bien en consultation, en salle d'accouchement, qu'en suites de naissance. La patiente s'en retrouve sécurisée pour son suivi, qui sera de meilleure qualité. Cela donne de la visibilité aux fragilités de la patiente et permet que ses vulnérabilités soient prises en compte, par chaque acteur qui l'accompagne. Ce staff accorde le temps nécessaire à la patiente conjointement à l'équipe, pour élaborer un projet respectant les volontés, les besoins, les limites de la patiente, en tenant compte de ses difficultés socio-économique et psychologique. Cela représente un soutien conséquent pour l'équipe qui s'occupera de la patiente, de son enfant et conjoint, pendant le travail et dans le post-partum. Effectivement, les équipes au moment de l'accouchement ont peu ou pas le temps d'effectuer ce travail de sécurisation et d'établir les ressources de la patiente, dans son environnement. Il est évident que le moment d'accouchement ne s'y prête pas. Lorsque ce travail n'a pas été réalisé en amont et qu'aucune anticipation n'a été faite, cela met la patiente et les équipes en difficulté et alourdit le suivi de ces patientes. Le séjour dans le service de maternité, étant de très courte durée (allant de 48 heures à 3 jours pour un accouchement voie basse et de 3 à 5 jours pour un accouchement par césarienne), les week-ends empêchant également l'intervention d'aides psycho-sociales, complique l'instauration de soutien et de ressources pour la patiente, à ce moment-là. Cette réflexion sur la prise en charge de ces patientes, dans sa globalité et tenant compte de son cadre de vie, les soignants commencent à bien le comprendre. Il ne doit pas se faire dans l'urgence du post-partum, mais bien en amont au cours de la grossesse, permettant une anticipation et une incidence favorable sur le déroulé de la grossesse, de l'accouchement et la parentalité. Ce STAFF est vraiment un outil soutenant pour l'équipe et la patiente.

Étant face à un nombre grandissant de patientes non suivies dès leur début de grossesse, il a été déployé, des plages de consultations spécifiques pour ces dernières. Dès lors qu'une patiente arrive aux urgences, sans avoir de suivi préalable dans une quelconque autre maternité, elles sont secondairement dirigées vers la PASS ou nos consultations de suivi de grossesse dédiées à ces patientes, selon l'âge gestationnel estimé de la grossesse. Lors de ces consultations, il est possible de faire intervenir l'équipe obstétricale, mais aussi l'assistante sociale et/ou la sage-femme tabacologue et/ou l'équipe psy.

Depuis 2016, un service d'Unité de Soins d'Accompagnement Précoce en Périnatalogie (USAP) a été ouvert à l'HFME, financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est une unité originale issue de la coopération entre l'obstétrique et la pédopsychiatrie. L'unité d'hospitalisation temps

plein dispose de 4 chambres mère-bébé en suites de naissance. Ce service est destiné aux patientes présentant des risques du trouble du lien, repérées et orientées sur indication pédopsychiatrique dès la grossesse ou en post-partum immédiat. L'USAP est sous la responsabilité des services de gynécologie-obstétrique et de psychopathologie du développement. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire : sage-femme, puéricultrice, psychomotricienne, psychologue, pédopsychiatre, obstétricien, pédiatre, assistante sociale et auxiliaire de puériculture des suites de naissance. Elle propose une prise en charge en post-partum immédiat à visée de soutien, de prévention, de soin et d'orientation quand il existe un risque de fragilisation du lien mère-enfant. En sus des soins obstétricaux, l'équipe accompagne les parents dans les soins au bébé et propose des ateliers thérapeutiques (tels que les ateliers comptines, bains langés, peau à peau...), pour soutenir la rencontre parent enfant, dans une temporalité ajustée. La prise en charge USAP s'articule avec les partenaires de soins: médecins et sage-femmes libéraux, Protection Maternelle et Infantile (PMI) et Réseau de Périnatalité Psychique du Rhône (RPPR). L'équipe pluridisciplinaire organise donc une prise en charge ajustée et hyper-précoce en accord avec les directives faites par le rapport des 1000 jours et avec le risque de morbi mortalité maternelle en post-partum mis à jour par le rapport INSERM paru en 2020 sur la mortalité maternelle.

Comme autre outil et support pour les équipes soignantes dans le suivi des patientes migrantes, notamment victimes de violences sexuelles, des protocoles de prise en charge ont été élaborés par les équipes de l'HFME. Ces patientes nécessitent un accompagnement à la fois médical, psychologique, mais aussi juridique. Les soignants sont très conscients que leur prise en charge peut venir influer sur la partie psychologique et juridique. Il est indispensable que notre examen médical soit fait en respectant certaines prérogatives. Ces prises en charge sont peu ou mal connues et demandent là aussi du temps. Les soignants sont souvent mal à l'aise d'entreprendre ces consultations, ne sachant pas quelles procédures suivre : quels sont les bilans spécifiques à prélever, comment établir des certificats de constatations, d'ITT, savoir exposer des faits en restant neutre et décrire des lésions, connaître la procédure pour la conservation des preuves, savoir la posologie des traitements préventifs, quelles autorités prévenir et à quel moment... Autant de questionnements, que le soignant faisant face à ces patientes, ayant vécu des violences extrêmes, parfois difficile à recevoir et entendre, a une responsabilité dans la prise en charge de ce que lui livre la patiente et dans les suites qu'elle va pouvoir entreprendre. Le soignant se retrouve très souvent en première ligne et le premier à recevoir la parole de la patiente. De notre comportement, de notre attitude et prise en charge, en découle la possibilité

de la patiente à être soutenue, de pouvoir engager des poursuites et de se "remettre" de cet événement traumatique.

Dans ce sens, l'équipe de l'HFME a d'ailleurs instauré une soirée de sensibilisation concernant la problématique des violences faites aux femmes, tous les 6 mois, environ, à l'arrivée des nouveaux internes en gynéco-obstétrique. Cette intervention est faite par des sage-femmes, formées sur ce sujet, Mr PASSAROTTO, Juriste et Référent Violences Conjugales, TGD et Victimes, au Parquet, Section Mineurs-Famille (Cellule VIF), au Tribunal Judiciaire de LYON et les assistantes sociales de notre service.

6. Conclusion

Notre travail avait pour objectif d'étudier les différents déroulés d'accouchements pour les patientes nées à l'étranger, en opposition aux patientes natives. Ainsi, nous constatons que notre recherche appuie notre hypothèse de départ. En effet, il existe une élévation du risque d'accouchement dystocique pour les patientes non natives, prises en charge dans notre structure. Plus précisément, l'issue de leur accouchement est en partie, influencée dès le départ par une élévation du nombre de déclenchements et de césarienne avant travail. Aussi, les complications telles que l'hémorragie du post-partum ou l'accouchement par césarienne, sont augmentées pour ces patientes. Il peut être donc avisé de prendre en compte ce facteur dès le début de leur suivi.

Il faut souligner, par ailleurs, que notre équipe médicale, dans notre structure, fait face à de nombreuses difficultés et de contraintes, dans la prise en charge des femmes migrantes. Elle a pourtant pour souci de réajuster ses prises en charge, afin d'améliorer et de rendre possible un suivi de qualité. La réflexion sur l'accompagnement de ces femmes, durant la périnatalité, est largement amorcée. Réflexion qu'il nous incombe de poursuivre et de ne pas cesser d'avoir. Les patientes et les acteurs de la périnatalité seront toujours bénéficiaires de ces questionnements et du déploiement d'outils et stratégies de prise en charge, dans ces situations. Nous sommes responsables de rendre accessible le suivi de qualité et l'accès aux soins de ses patientes, touchant et pouvant entraîner des répercussions sur la parentalité et les relations parent-enfant.

7. Bibliographie

- INSEE
- 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
- Défenseur des droits, *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins*, Rapport, 2025, 67 pages
- Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, et al., *Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2017, pages 389-395
- Gabai N, Furtos J, Maggi-Perpoint C, Gansel Y, Danet F, Monloubou C, Taieb O, Sturm G, Moro MR, *Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés*. Devenir, 2013, pages 285-307
- Saurel Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier Colle MH, *Santé périnatale des femmes étrangères en France*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2012, n°. 2-3-4, pages 30-34
- Sauvegrain P, *La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins*, Revue européenne des migrations internationales, 2012, pages 81-100
- Eslier M, Morello R, Azria E, Dreyfus M, *Comparative study between women born in France and migrant women with regard to their mode of delivery*, Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 2019
- Richard C, Fleur, Peiretti-Courtis D, Sauvegrain P, Shema M, Samah, Ka-Sy R, *Série: La santé autrement: ce que fait le racisme à la santé*, France Culture, La Série Documentaire, 2023
- Khouani J, Landrin M, Cohen Boulakia R, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, Vengeon M, Loundou A, Barbaroux A, Auquier P, Jegor M, *Incidence de la violence sexuelle chez les*

nouveaux arrivants recherche de femmes en France : une étude de cohorte rétrospective, The Lancet Regional Health - Europe, Volume 34, 2023, 15 pages

- Villemaud M, *Accès à la santé sexuelle des personnes en situation de migration: accueil et accompagnement au Planning Familial de Villeurbanne*, Planning Familial 69, DIU Santé, Société, Migration, 2025
- Source OMS, *Observatoire des violences faites aux femmes*, Lettre n°6, 2014
- Kaoutar B, Roumieu S, Audiffred L, Cha,O, *Impact des violences subies sur la santé de femmes migrantes consultant dans deux polycliniques parisiennes*. Santé Publique, 2025, 37(2), 73-88.
- Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M, *Violences et rapports de genre*. Grandes enquêtes: « virage », Ined, 2020
- *Childhood and Adolescent Adversity and Cardiometabolic Outcomes: A Scientific Statement From the American Heart Association*, 2017, Volume 137
- Lebas J, Morvant C, Chauvin P, *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours*. Academie Nationale de Medecine, 2002
- Garcia-Moreno C, A F M Jansen H, Ellsberg M, Heise L, H Watts C, *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence Violence against Women Study Team*. Lancet, 2006
- Robert Anda MD R, MS, Gretchen Tietjen MD, Elliott Schulman MD, Vincent Felitti MD, Janet Croft PhD, *Adverse Childhood Experiences and Frequent Headaches in Adults*. 2010
- Felitti V. J, Anda, R. F, *The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-Being, Social Function, and Healthcare*, 2010
- Salmona M, *Les Violences Sexuelles*, Edition Dunod, 2021
- Nakamura A, Melchior M, Van der Waerden J, *Inégalités sociales vis-à-vis de la dépression post-partum maternelle: le rôle médiateur du soutien social pendant la grossesse selon le statut migratoire maternel*, French Journal of Psychiatry, 2019, Volume 1, Supplement 2, Page S175

La migration: un facteur déterminant dans le déroulé physiologique de l'accouchement ?

Mots clés : (Migration, Parturientes, Accouchement).

Sage-Femme, depuis plusieurs années, j'exerce à l'hôpital Femme-Mère-Enfant, en périphérie de LYON, CHU de Niveau 3. L'équipe médicale est amenée à accompagner de plus en plus de femmes, ayant vécu des parcours migratoires. Ces parcours sont très souvent complexes. Ces femmes sont dans des situations d'extrême précarité, peuvent avoir vécu ou vivre, des violences multiples et sont pour certaines d'entre elles allophones.

L'impact de l'environnement socio-économique et psychique des patientes sur le déroulé de la grossesse et de l'accouchement, est de plus en plus pris en compte dans nos suivis en périnatalité.

Je me suis alors posé la question suivante: La migration est-elle un facteur déterminant dans la physiologie de l'accouchement ?

Notre suivi et nos prises en charge sont-ils adaptés à ces patientes? Mon hypothèse est que les parturientes issues de l'immigration ont plus de complications lors de leurs accouchements. L'objet de ce mémoire est donc d'établir un état des lieux des accouchements des patientes issues de l'immigration ainsi que des patientes françaises au sein de notre structure, entre 2020 à 2024. Nous rechercherons s'il existe des différences en termes de modalités d'accouchement et de complications.

Dans une dernière partie, nous discuterons des éventuelles difficultés, pouvant survenir dans le suivi et la prise en charge de ces femmes. Nous aborderons enfin, quelques pistes de réflexions, ainsi que certains outils et stratégies établis par l'équipe de l'Hôpital Femme Mère Enfant, aidant et soutenant l'accompagnement de ces femmes.