

Elie Azria

Gynécologue obstétricien

Maternité de l'Hôpital Paris Saint-Joseph

Professeur et chercheur en épidémiologie

(UMR 1153 OPPaLE)

Université Paris-Cité, Institut Santé des femmes,
Cress U1153, Obstetrical perinatal and pediatric
epidemiology research team (Epopé), Inserm, Inrae

Catherine Deneux-Tharaux

Médecin

Chercheuse en épidémiologie

Directrice de recherche

(UMR 1153 OPPaLE)

Université Paris-Cité, Institut Santé des femmes,
Cress U1153, Obstetrical perinatal and pediatric
epidemiology research team (Epopé), Inserm, Inrae

Maternité en exil, la santé maternelle des femmes immigrées

Dans les pays à revenu élevé, la promesse d'une vie et d'un avenir meilleur pour soi ou ses enfants contraste avec celle de nombre de femmes immigrées qui font face à une réalité bien différente. Les trajectoires de migration, en dépit de l'insécurité qui les pavent, se heurtent à des conditions d'accueil qui ne garantissent pas toujours des prises en soin équitables. En périnatalité, cet écart entre l'idéal et l'expérience vécue devient particulièrement visible : malgré des systèmes réputés performants, les femmes nées à l'étranger demeurent plus exposées que les femmes natives aux complications graves de la grossesse, aux troubles psychiques périnataux et au risque de mourir pendant la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement.

Ces inégalités ne peuvent pas être imputées uniquement à des différences biologiques ou à des comportements individuels. Elles s'enracinent bien souvent dans un enchevêtrement de déterminants sociaux et structurels qui façonnent l'expérience de la grossesse en contexte migratoire. Les conditions d'existence pèsent lourd et limitent la capacité à accéder régulièrement aux soins. Les barrières linguistiques, les obstacles administratifs, la méconnaissance des droits ou l'absence de réseaux de soutien contribuent à retarder l'entrée dans le suivi prénatal et à fragiliser la continuité des soins. La migration se déploie également dans un cadre politique et institutionnel qui détermine l'accès aux droits, la reconnaissance du statut administratif, la possibilité d'être reçue avec un interprète, ou d'obtenir un accompagnement adapté. À cela s'ajoutent des mécanismes plus subtils, mais non moins puissants, tels que les représentations sociales de l'altérité, les discours sur la « bonne » maternité, les biais implicites, ou encore les pratiques organisationnelles qui rendent certaines patientes moins audibles que d'autres. Ainsi, loin d'être un facteur individuel et homogène, la migration est un espace où se cristallisent les rapports sociaux, les politiques d'accueil, et les limites de l'universalité d'accès aux soins pourtant proclamée.

Des risques maternels accrus dans les pays riches

Les travaux menés dans les pays à haut revenu convergent pour les femmes migrantes qui présentent un risque plus élevé de mourir pendant la grossesse ou au décours de l'accouchement que les femmes nées dans les pays d'accueil. Cet excès de risque ne concerne pas de manière homogène tous les groupes de femmes immigrées, certaines

étant plus à risque que d'autres. Ces écarts sont ainsi particulièrement importants pour les femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne pour qui le risque de mort maternelle est 2,9 fois plus important que celui des femmes natives des pays d'accueil, ou pour les femmes de certaines zones d'Amérique latine et des Caraïbes, avec là encore un risque 2,8 fois plus important. À l'inverse, il n'est pas retrouvé d'excès de risque pour les femmes immigrées venant de pays d'Afrique du Nord comparativement aux femmes natives¹.

Les études montrent également une surreprésentation des femmes immigrées parmi les femmes ayant des complications obstétricales sévères – hémorragies du post-partum, éclampsie, infections graves ou admissions en soins intensifs. Ces complications, souvent évitables, reflètent en particulier des obstacles persistants dans l'accès aux soins, un moindre recours à la prévention et, comme cela a pu être montré dans certains contextes, des organisations des soins de maternité qui ne garantissent pas la même qualité de prise en soins pour toutes².

Les inégalités de santé ne se limitent pas à la santé somatique, mais concernent aussi la santé psychique des femmes. Les travaux récents montrent que les femmes immigrées présentent des niveaux particulièrement élevés de dépression périnatale, d'anxiété et de symptômes liés au stress post-traumatique. Ces difficultés sont encore plus fréquentes chez les femmes réfugiées et les demandeuses d'asile, dont les trajectoires sont souvent marquées par l'incertitude administrative, l'exposition à la violence ou la perte du réseau social³. L'ensemble de ces facteurs accroît la vulnérabilité psychique et souligne l'importance d'un dépistage systématique et d'un accompagnement adapté, sensible aux expériences migratoires et aux traumatismes vécus.

Inégalités de santé et d'accès aux soins de maternité en France

Dans le contexte français, les inégalités de santé maternelle identifiées à l'échelle internationale se retrouvent. L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles montre que si le ratio de mortalité maternelle est bas (environ 10 morts maternelles pour 100 000 naissances), il existe d'importantes disparités en fonction du pays de naissance des femmes. Le risque de décès est notamment multiplié par trois pour les femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne par rapport aux femmes natives⁴. Ce même excès de risque, toujours

¹ Eslier, M., Azria, E., Chatzistergiou, K., Stewart, Z., Dechartres, A. et Deneux-Tharaux, C. (2023). Association between Migration and Severe Maternal Outcomes in High-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.*, 20(6).

² Heaman, M., Bayrampour, H., Kingston, D., Blondel, B., Gissler, M., Roth, C. et Gagnon, A. (2013). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. *Matern. Child Health J.*, 17(5), 816-36.

³ Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M. et Fuhr, D. C. (2023). The Global Burden of Perinatal Common Mental Health Disorders and Substance Use among Migrant Women: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet. Public Health*, 8(3), e203-e216.

⁴ Santé publique France. (2024). *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018.*

⁵ Stewart, Z., Azria, E. et Deneux-Tharaux, C. (2026). *Severe Maternal Morbidity Inequalities between Migrant and Native Women in France in the Epimoms Study* [publication en préparation].

6 Eslier, M., Deneux-Tharoux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., Estellat, C. et Azria, E. (2020). Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCare Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19).

7 Sauvegrain, P., Perbellini, M., Tessier, V., Saucedo, M., Azria, E. et Deneux-Tharoux, C. (2023). Comprendre la surmortalité maternelle chez les femmes immigrées en France : une analyse de l'accès à des soins de qualité selon le cadre conceptuel des trois retards. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (3-4), 61-68.

8 Sauvegrain, P., Azria, E., Chiesa-Dubruille et C., Deneux-Tharoux, C. (2017). Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant and Native Women in France with Hypertensive Disorders during Pregnancy: a Qualitative Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*;

Anselem, O., Saurel-Cubizolles, M. J., Khoshnood, B., Blondel, B., Sauvegrain, P., Bertille, N. et Azria, E. (2021). Does Women's Place of Birth affect their Opportunity for an Informed Choice about Down Syndrome Screening? A Population-Based Study in France. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1);

Linard, M., Deneux-Tharoux, C., Luton, D., Schmitz, T., Mandelbrot, L., Estellat, C., Sauvegrain, P., Azria, E., PreCare study group et BiP study group. (2019). Differential Rates of Cesarean Delivery by Maternal Geographical Origin: a Cohort Study in France. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 217.

9 Gabarro, C. (2012). Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 35-56;

Eslier, M., Deneux-Tharoux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., Estellat, C. et Azria, E. (2020).

pour les femmes nées en Afrique subsaharienne, se retrouve pour la morbidité maternelle sévère, alors que les femmes nées en Afrique du Nord ont des prévalences qui ne sont pas plus élevées que celles des femmes natives⁵.

Dans un pays où la natalité décline depuis plusieurs années, et où le taux de fécondité des femmes immigrées est supérieur à celui des femmes nées en France, près d'une naissance sur quatre est aujourd'hui issue d'une femme née à l'étranger. C'est ainsi une part considérable des femmes qui accouchent en France qui est exposée à ce risque accru, constituant un enjeu central de santé publique. Des analyses conduites sur la cohorte PreCare, cohorte de femmes enceintes constituée en région parisienne, indiquent que ces femmes nées à l'étranger, malgré leur contribution essentielle à la dynamique démographique, présentent plus souvent un suivi prénatal tardif ou incomplet que les femmes nées en France⁶. Cette étude montre en particulier que ce sont les femmes originaires des pays d'Afrique subsaharienne et celles en situation administrative illégale qui sont les plus à risque d'avoir un suivi prénatal sous-optimal, et que les femmes présentant une barrière linguistique partielle ou totale sont elles aussi à risque accru de suivi prénatal sous-optimal⁷.

Les déterminants sociaux et structurels

Les conditions matérielles pèsent lourd, telles que les logements précaires, l'instabilité des ressources, l'absence de couverture maladie ou le retard à l'ouverture des droits. Ces contraintes aggravent le stress, compliquent la continuité du suivi et augmentent les complications. S'y ajoutent des barrières structurelles, comme les démarches administratives complexes, la méconnaissance des droits, le manque d'interprètes ou les ruptures de suivi. Enfin, plusieurs études menées en France documentent des expériences de soins marquées par un moindre crédit accordé à la parole des femmes migrantes, ainsi que par des soins différenciés⁸, et appuient l'hypothèse du rôle joué par certaines formes de racisme institutionnel, des barrières linguistiques et des asymétries de pouvoir dans la construction de ces inégalités. Ces expériences favorisent la défiance et réduisent le recours aux soins.

Pour une approche équitable et inclusive

Réduire ces inégalités suppose, avant tout, de rendre effectif le droit à la santé pour toutes les femmes enceintes, indépendamment de leur statut administratif. L'Aide médicale d'État (AME), régulièrement remise en question, pourrait jouer un rôle déterminant pour limiter l'impact des situations irrégulières sur les parcours de soins⁹. L'accès à un interprétariat professionnel et à une médiation culturelle constitue un autre levier essentiel : sans compréhension mutuelle, aucune relation de soin ne peut être pleinement sécurisée. De même, la continuité du suivi – assurée par une équipe référente malgré la fréquence des déménagements ou l'instabilité résidentielle –

contribue à prévenir les ruptures de prise en charge et à réduire les risques sanitaires. La formation des professionnels aux déterminants sociaux de la santé est tout aussi nécessaire pour repérer les situations de vulnérabilité et adapter les soins en conséquence. Il importe également de sensibiliser l'ensemble des équipes, soignantes ou administratives, aux discriminations inconscientes et aux biais implicites susceptibles d'influencer la prise en charge. Une telle démarche constitue un levier puissant pour prévenir les pratiques différenciées et, à terme, réduire l'ampleur des inégalités de santé maternelle. Des dispositifs associatifs ou hospitaliers – d'interprétariat professionnel, de médiation en santé, les réseaux comme Solipam ou le Comede, ou encore des initiatives locales telles que l'unité d'accompagnement personnalisé de la maternité de Montreuil, le dispositif d'hospitalisation de jour de l'hôpital Paris Saint-Joseph ou les maisons des femmes – jouent un rôle essentiel pour faciliter l'accès aux soins et accompagner les trajectoires périnatales des plus vulnérables. Leur action témoigne d'une réelle capacité du système à innover, mais leur déploiement reste encore trop inégal pour réduire durablement les écarts observés.

Dans ce contexte, la recherche sur les inégalités de santé maternelle et sur les mécanismes qui les produisent est indispensable pour éclairer les politiques publiques. Elle ne peut toutefois être pleinement pertinente qu'à la condition d'intégrer la voix et l'expérience des femmes concernées : leur participation à la définition, à l'évaluation et à l'adaptation des dispositifs périnatals constitue un levier majeur pour concevoir des réponses véritablement justes et adaptées aux réalités du terrain.

Les inégalités de santé maternelle vécues par les femmes immigrées ne sont pas une fatalité : elles résultent en grande partie de déterminants structurels sur lesquels il est possible d'agir. Dans un contexte de baisse de natalité, prendre soin des femmes qui contribuent fortement aux naissances en France n'est pas seulement une exigence sanitaire à l'échelle individuelle, c'est un impératif de justice et une question de santé publique. ►

