

Gwen Le Goff

Directrice adjointe de
publication de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Natacha Carbonel

Assistante de rédaction
de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Prendre soin des femmes migrantes enceintes

Menacée d'excision et de mariage forcé, Mariam a fui le Niger. À 24 ans, enceinte de cinq mois, elle dort sur un parking avec son conjoint. Souffrant de diabète gestationnel, son bébé est de petite taille et ne bouge presque pas. À la rue, elle ne peut adapter son régime alimentaire ni manger à sa faim. Inquiets, les professionnels de santé qui suivent sa grossesse décident de l'hospitaliser.

Sithy, Comorienne, est enceinte de sept mois. Pour éviter la rue, elle débourse avec son conjoint 400 euros par mois afin d'accéder à une chambre au sein de l'appartement d'une compatriote de 22 heures à 6 heures uniquement.

Bintou a quitté le Cameroun après avoir vécu une fausse couche à la suite de violences conjugales. Ses jumeaux, âgés de 2 ans, sont restés au pays chez des amis. Elle demande l'asile en France et dort à la rue quand elle n'est pas hébergée par des compatriotes. Enceinte de six mois et après un début de grossesse difficile, elle se réjouit à présent de l'arrivée de son bébé et confie à son psychiatre : « Je me sentirai moins seule avec lui ».

Esi, Guinéenne de 31 ans, est à la rue avec ses 3 enfants scolarisés, âgés de 13, 9 et 4 ans. Enceinte de quatre mois, elle appelle le 115 tous les jours depuis plusieurs semaines.

Aïcha, Syrienne, est arrivée en France avec son mari et leur enfant porteur d'un handicap. Elle ne parle pas français. Lors d'une consultation médicale où son conjoint est présent pour lui servir d'interprète, elle apprend qu'elle est enceinte de plusieurs semaines. Il ne juge cependant pas opportun de lui traduire l'éventualité d'une interruption de grossesse, abordée par le médecin, estimant que cette option est inconcevable.

Ces histoires de vie dévoilent les situations complexes auxquelles un grand nombre de professionnels, mais aussi des bénévoles accompagnant des personnes migrantes sont confrontés. Si la précarité et les violences éprouvées par la majorité d'entre elles impactent tout autant leur santé somatique que mentale, les intervenants sont eux aussi tout particulièrement

affectés par ces situations et font face au désarroi. Leur indignation est parfois à l'origine de forts engagements et mobilisations au sein de certains collectifs ou équipes. La répétition de ces situations ne risque-t-elle pas d'effacer la singularité de ces vies et de ces épreuves ? Les conditions d'accueil précaires usent, abîment et révoltent les personnes concernées et celles qui les accompagnent.

Ce numéro de *Rhizome* documente l'imbrication des épreuves de la migration avec celles de la périnatalité. Vivre une grossesse, accoucher et accueillir un bébé sont des étapes de vie impliquant de nombreux changements et défis. En France, le suicide a remplacé l'hémorragie comme première cause de mort périnatale¹ ; le taux de dépression dans la période post-partum se situe entre 15 et 20 %². Ainsi, la période périnatale est à appréhender comme un moment de vulnérabilité.

Accueillir et accompagner des femmes migrantes dont certaines sont en situation d'extrême précarité, n'ont pas nécessairement la connaissance préalable du système de santé, ne maîtrisent pas la langue et peuvent avoir vécu des événements traumatiques parfois en lien avec leurs grossesses, soulève des questionnements. De quelle manière les violences — passées et présentes — vécues par ces femmes sont-elles prises en compte par les professionnels ? En l'absence d'interprète, la question du consentement aux soins se pose également. Comment garantir le bon déroulement d'une grossesse et le développement d'un bébé alors que la mère est confrontée à des souffrances psychosociales ? En tant que parent, comment penser l'accueil d'un enfant et se projeter quand on est en situation de précarité et d'isolement ?

À l'instar des autres domaines de la santé, la périnatalité est marquée par des inégalités d'accès aux soins et des discriminations. Le risque d'accouchement dystocique³, de développer un trouble dépressif et de souffrir de troubles de stress post-traumatique est plus important chez les femmes migrantes⁴. La mortalité de ces femmes est deux fois plus importante que celle des femmes nées en France et, dans deux tiers des cas, les soins dispensés ne sont pas optimaux⁵. Ces

constats mettent en lumière des situations aussi préoccupantes qu'alarmantes.

Les femmes migrantes partagent des expériences souvent similaires : la difficulté à être entendues lors de leur grossesse ou après avoir accouché et le vécu de solitude. Alors que leurs interrogations ne trouvent pas de réponse lors de séances de préparation à l'accouchement — dont elles bénéficient rarement —, l'expérience de la maternité dans le pays d'accueil les confronte à des normes, des attendus et des considérations culturelles et sociales éloignées de leurs représentations, ainsi que de leurs accouchements précédents pour celles ayant déjà donné naissance dans leurs pays d'origine. Il importe alors de proposer des espaces où ces expériences, ces questionnements, mais aussi ces inquiétudes peuvent être partagées. Prendre soin des mères et des pères, c'est aussi prendre soin des bébés à naître et de leur devenir : les conditions d'accueil, de protection et de soutien offertes aujourd'hui engagent déjà la santé et le développement des futurs enfants.

La période périnatale peut également devenir un moment propice pour s'inscrire dans un parcours de soins ainsi que tisser des liens d'entraide et de solidarité. Ainsi, ce numéro de *Rhizome* invite tout un chacun à faire en sorte que Mariam, Sithy, Bintou, Esi et Aïcha⁶, mais aussi toutes les autres, puissent vivre leur grossesse, accoucher et faire grandir leurs enfants en étant entourées, accompagnées et entendues. ▮

¹ 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.*

² Santé publique France. (2023). *Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale.*

³ Goujard, P. (2026). La migration : un facteur déterminant dans le déroulé physiologique de l'accouchement ? *Rhizome*, 96, 11.

⁴ Observatoire du Samusocial de Paris. (2014). *Enfams : enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France : premiers résultats de l'enquête quantitative.*

⁵ Santé publique France. (2024). *Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles.*

⁶ Les personnes citées ont été anonymisées.