

MAUX

d'exil

Éditorial

Une mère = une mère

Perrine Dommange,

Infirmière et membre du Conseil d'Administration du Comede.

En ce début d'année 2024, un des sujets d'alarme du gouvernement est la baisse de la natalité. Face à ce constat, la stratégie adoptée a des intonations guerrières. Il s'agit d'un « réarmement démographique » et injonction est faite aux Françaises de procréer, mesures incitatives à l'appui. Parallèlement les données de l'Insee indiquent qu'un quart des quelques 726 000 enfants nés en 2022 a un ou les deux parents étrangers. Il serait logique de prendre davantage soin des grossesses de ces mères « étrangères » chez lesquelles la morbidité grave et la mortalité sont, d'après les études, jusqu'à trois fois plus élevées que chez les natives.

Ces inégalités flagrantes de santé se manifestent tout au long de la grossesse. En amont par un non accès à la prévention, pendant par un suivi prénatal lacunaire, voire inexistant, à l'accouchement et dans ses suites. Les risques accrus de mauvaises prises en charge de ces grossesses sont le résultat d'abord d'un difficile accès aux soins mais aussi des soins dispensés qui peuvent s'avérer qualitativement et quantitativement insuffisants.

L'accès aux soins suppose d'abord de faire les démarches administratives pour pouvoir commencer un parcours de soins, précisément jalonné dans le cas de la grossesse. Cela implique une connaissance de l'organisation du système de santé. Ces démarches, compliquées pour les « natives » le sont encore davantage pour les mères d'origine étrangère. La barrière de la langue pour certaines, les conditions d'hébergement ou de non hébergement, la précarité économique, l'isolement social sont autant d'obstacles. L'interprétariat professionnel qui devrait être mis en place chaque fois que nécessaire permet aussi de diminuer le stress lié à l'incompréhension et bien sûr la bienveillance de l'accueil exempt de tout jugement.

Au-delà de ces évidences, il faut rappeler haut et fort qu'aucune femme enceinte ne devrait dormir dehors, aucune femme ne devrait être remise à la rue avec son enfant après son accouchement. Ces situations non exceptionnelles sont une honte pour un pays développé qui dit vouloir davantage de naissances.



© Canva

Les défis de la maternité en exil

Les femmes exilées sont confrontées à de nombreux facteurs de vulnérabilité pour la santé et l'accès aux droits, en particulier en lien avec une fréquence élevée de violences de genre tout au long du parcours d'exil et du parcours de survie imposé lors des premiers temps du séjour en France. Dans ce contexte, la survenue d'une grossesse peut aggraver encore les difficultés existantes et révéler des traitements différenciés au sein du système de santé par rapport aux recommandations officielles en terme de prise en soins. Les autrices de ce dossier de Maux d'Exil soulignent l'urgence de réduire ces inégalités, d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins obstétricaux, et de renforcer le soutien social et l'accès aux dispositifs d'hébergement.

Sommaire

Décembre 2023

Santé maternelle : Pourquoi les femmes migrantes sont-elles plus à risque ?

p. 2

Catherine Deneux et Elié Azria, équipe de recherche en Épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique, EPOPé, CRESS, Université Paris Cité, Inserm, Inra, Paris, France

Situations quotidiennes de femmes enceintes en situation de grande précarité en Île-De-France et impact sur leur santé

p. 4

Maria Iasagkasvili, Mélanie Gaboury, Clélia Gasquet, réseau Solipam et Andrea Curulla, Manon Mora, Lison Ramblière, Valérie Thomas, Samusocial de Paris

Explorer les violences obstétricales à travers les expériences des femmes sud-asiatiques en Seine-Saint-Denis

p. 5

Lucia Gentile, Anthropologue post-doctorante au Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) et à l'Institut Convergences Migrations (ICM)

Intérêts de la médiation santé : exemple des grossesses en bidonville

p. 7

Chiara de Pascalis, médiatrice en santé et Océane Gageot, médecin référente, Comede

Santé maternelle : Pourquoi les femmes migrantes sont-elles plus à risque ?

Catherine Deneux et Elie Azria¹, équipe de recherche en Épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique, EPOPé, CRESS, Université Paris Cité, Inserm, Inra, Paris, France.

Pour toutes les références bibliographiques notées se référer



Au cours de la dernière décennie, les phénomènes de migration mondiale ont augmenté de 23 % selon l'OCDE, principalement en raison des conflits armés, des crises économiques et des catastrophes naturelles. Ces déplacements concernent souvent des femmes jeunes, et le nombre d'enfants nés de mères nées étrangères dans un pays autre que leur pays de naissance augmente dans de nombreux endroits. En France, une naissance sur quatre est de mère migrante².

Les femmes migrantes enceintes en France, une population nombreuse et à risque

La question de la santé maternelle des femmes migrantes (pendant la grossesse et dans les suites) a suscité des débats au sein des communautés médicales et scientifiques. En effet, les études divergent quant au risque encouru par ces femmes, certaines indiquant un risque accru de mortalité ou de morbidité sévère (admission en unité de soins intensifs, hémorragie post-partum grave, crises d'éclampsie, infections, etc) par rapport aux femmes natives, tandis que d'autres ne retrouvent pas de différence significative entre ces deux groupes. Cette absence de consensus a entretenu une absence de mobilisation autour d'intervention spécifique face à des inégalités invisibilisées.

Cette hétérogénéité entre études pouvait s'expliquer par la définition de la catégorie « femme migrante » qui n'était pas la même dans tous les travaux, mais aussi par la mesure des événements graves de santé maternelle. Il était également possible qu'elle soit le reflet de réelles différences liées au



© Canva

contexte des pays d'accueil, en particulier à leurs politiques migratoires et l'adaptabilité de leurs systèmes de santé, mais aussi à l'origine des groupes migrants. En creux, ce sont les questions de savoir si certains contextes nationaux sont plus propices au développement d'inégalités de santé maternelle entre les femmes migrantes et non-migrantes et si certains sous-groupes de femmes migrantes présentent plus de risques. Afin de démêler ces divergences, nous avons entrepris une revue systématique et une méta-analyse des travaux scientifiques sur la santé maternelle des femmes migrantes et non migrantes dans les pays à revenus élevés, en nous basant sur une définition unique de la catégorie « migrant »³ et en nous focalisant sur les complications sévères de la grossesse (morbidité maternelle sévère) et la mortalité maternelle¹.

Cette méta-analyse des données de la littérature scientifique internationale montre qu'en Europe, les femmes migrantes présentent généralement un risque plus élevé que leurs homologues non migrantes, tandis qu'aux États-Unis et en Australie, ces

différences ne sont pas observées, bien que d'autres inégalités existent et soient parfois très importantes en particulier entre groupes ethniques. Cette absence de différence aux États-Unis notamment, ne témoigne malheureusement pas d'un système de soins qui a su s'adapter aux enjeux de santé particuliers des populations migrantes, mais est très probablement lié au fait que la population la plus vulnérable et la plus à risque, celle constituée par les femmes Afro-Américaines, appartient aux groupes des femmes natives.

« On observe des taux anormalement élevés de césariennes chez les femmes d'Afrique sub-saharienne qui ne peuvent s'expliquer par des facteurs médicaux »

Nous observons également dans cette méta-analyse que les femmes en provenance de pays d'Afrique Sub-Saharienne ou de la zone Amérique latine/Caribbes ont un risque de mourir pendant la grossesse ou au décours lorsqu'elles accouchent dans un pays européen, presque trois fois celui des femmes natives. Les raisons de ces inégalités de santé maternelle sont multiples, complexes et souvent intriquées.

Les mécanismes de ces inégalités de santé maternelle

Les barrières à l'accès aux soins et à des soins de qualité.

Il a été montré en France, comme dans d'autre pays riches que la fréquence d'un suivi prénatal quantitativement inadéquat est augmentée chez les femmes migrantes par rapport aux femmes natives²⁻⁴. Au-delà de cette dégradation quantitative du suivi, existent des inégalités de qualité des

1. Égaleme nt, Maternité Notre Dame de Bon Secours, Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, Paris, France

2. Ref. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

3. Femme née à l'étranger accouchant dans un pays d'accueil

soins⁴. En France, les femmes migrantes sans-papiers et celles en provenance de pays d'Afrique Sub-Saharienne figurent parmi les plus exposées à ce risque qui lui-même favorise les complications maternelles graves⁵.

La précarité économique et l'isolement social

La précarité économique constitue un autre facteur de risque pour la santé maternelle des femmes migrantes. Occupant souvent des emplois précaires et vivant dans des conditions économiques bien souvent plus difficiles que les femmes natives⁵, elles peuvent faire face à des contraintes du quotidien et un niveau élevé de stress chronique susceptibles d'avoir des conséquences biologiques⁶, des conséquences sur le suivi prénatal et d'affecter le cours de la grossesse. Cette exposition est encore augmentée par la fréquence accrue de l'isolement social chez ces femmes.

Le facteur culturel

La méconnaissance des pratiques médicales du pays d'accueil, ainsi que la différence de normes culturelles, peuvent influencer les décisions de recherche de soins maternels⁷. L'absence de maîtrise linguistique ou de maîtrise partielle est d'ailleurs en France associé à un risque accru

de soins prénatals sous optimaux⁸.

L'accès restreint aux programmes de prévention

Les programmes de prévention, tels que l'éducation sexuelle et l'accès aux contraceptifs, sont souvent moins accessibles aux femmes migrantes. Ces lacunes dans la prévention peuvent entraîner des grossesses non planifiées connues pour être à risques accrus de complications de la grossesse. Ces grossesses non planifiées sont ainsi plus fréquemment retrouvées dans certains groupes de femmes migrantes⁹. Il en est de même pour l'accès à l'entretien prénatal précoce ou aux préparations à la naissance et à la parentalité, autant de dispositifs susceptibles de jouer un rôle préventif sur la morbidité maternelle et périnatale.

Les discriminations

De plus, des différences de soins non médicalement justifiées ont été observées, notamment des taux anormalement élevés de césariennes chez les femmes d'Afrique sub-saharienne qui ne peuvent s'expliquer par des facteurs médicaux et soulèvent la question des soins différenciés¹⁰. Au-delà de la césarienne, l'hypothèse de discriminations inconscientes en lien avec des préjugés raciaux ou sociaux est de plus en plus présente et des travaux en cours explorent le rôle des biais implicites raciaux

des professionnels de santé dans le domaine de la périnatalité¹¹.

Alors que des dispositifs comme l'Aide Médicale d'État sont remis en cause en France, et que les politiques migratoires se durcissent en Europe, des données rigoureuses sur l'accès aux soins et la santé des femmes migrantes sont essentielles pour éclairer les politiques publiques et prévenir l'aggravation des inégalités déjà existantes.

En cette période critique où la chute de la natalité est au cœur de l'attention politique et où la migration apparaît plus comme une solution à cette menace qui pèse sur notre modèle social qu'un objet de peurs, la recherche de solutions adaptées est cruciale pour garantir des soins de qualité à toutes les femmes enceintes, indépendamment de leur statut migratoire. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour permettre une santé durable à ces femmes jeunes et à leurs enfants et prévenir la transmission intergénérationnelle des inégalités sociales.

EN 2023, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONS DE PARTICULIERS ET PAR :

- L'Assistance-Publique des Hôpitaux-de-Paris et l'hôpital de Bicêtre
- Le ministère de la Santé et de la Prévention, Direction générale de la santé (DGS) et L'Agence nationale de santé publique Santé publique France
- Le ministère de l'Intérieur et des Outre-mer, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile (DA) et Direction de l'intégration et de la nationalité (Dian)
- Le ministère chargé de la ville et du logement, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL)
- Le ministère chargé de la ville, Direction générale des collectivités locales, Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) et le Fonds de Coopération de la Jeunesse et de l'Education Populaire (Fonjep)
- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) et la Cnam du Val-de-Marne
- Le ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse, Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, le Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (Fami)
- Les Agences régionales de santé (ARS) d'Île-De-France, d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Guyane
- La Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Drieets) de la région Île-De-France
- La Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) de la région Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) des régions Aura, Île-De-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- La Direction générale de la cohésion et des populations (DGCOP) en Guyane
- La Ville de Paris, Direction de la Santé Publique (DSP)
- Le Département du Val-de-Marne, Direction de la Protection de l'Enfance et de la Jeunesse, L'Aide sociale à l'Enfance (ASE)
- La Direction départementale de l'emploi du travail et des solidarités de la Loire (DDETS 42)
- L'Association Sidaction
- L'Association Médecins sans frontières
- L'Association Aides
- La Fondation de France
- La Fondation Abbé Pierre
- La Fondation Rothschild
- La Fondation Arceal, sous égide de la Fondation Caritas France
- La Fondation Raja
- Le Fonds INKERMANN, sous l'égide de la Fondation de France
- Fondation Voix.es vues d'ailleurs
- La Fondation Barreau de Paris Solidarité

Situations quotidiennes de femmes enceintes en situation de grande précarité en Île-De-France et impact sur leur santé

Maria Iasagkasvili, Mélanie Gaboury, Clélia Gasquet, réseau Solipam et **Andrea Curulla⁴, Manon Mora, Lison Ramblière⁵, Valérie Thomas⁶**, Samusocial de Paris.

Pour toutes les références bibliographiques notées se référer



En France, la mortalité infantile augmente depuis 2012 avec un taux actuellement supérieur à la moyenne européenne¹. L'accroissement des inégalités de santé est plus marqué dans certaines régions et pour certains groupes de population, signalant une tendance préoccupante². En effet, la concentration croissante des ressources économiques dans des zones géographiques de plus en plus riches s'oppose à des territoires particulièrement démunis³. Ce gradient socio-économique participe à une différenciation de l'état de santé des populations qui vivent sur certains territoires⁴⁻⁵. Ce constat est flagrant en Île-De-France qui se distingue du reste du territoire métropolitain par des taux particulièrement élevés de mortalité maternelle et infantile⁶. Ce territoire présente un Ratio de Mortalité Maternel (RMM) 55 % plus élevé que celui observable dans l'ensemble des autres régions de France métropolitaine².

Les conséquences du non-accès à un logement stable

Sur ce territoire, les acteurs et actrices sociales et sanitaires tentent régulièrement de donner l'alerte sur la situation de femmes enceintes vivant à la rue⁷⁻⁸. Selon une enquête de l'ARS, plus de 4 000 femmes sont concernées chaque année par une hospitalisation en raison de leur situation de sans-abrisme ou « d'hébergement temporaire ou de fortune », soit en 2019, 2,28 % de femmes accouchées contre 0,58 % en 2015⁷. Ces situations confrontent l'hôpital, déjà en déficit de professionnel.les du médical et du médico-

social important en périnatalité, à une mission sociale conduisant à un suivi insuffisant des femmes enceintes en situation de précarité⁹. Ce désavantage socio-économique doit être mis en lien avec d'autres facteurs tels que les conditions d'hébergement indignes, insalubres, voire absentes, souvent associées à des situations de violences protéiformes subies par ces femmes¹⁰⁻¹¹. Selon l'Observatoire du Samusocial de Paris, les mères hébergées par le 115 souffrent 4 fois plus de dépression qu'en population générale et des retards de développement chez leurs enfants¹²⁻¹³. Ces conditions d'hébergements instables et précaires ont également des répercussions sur les conditions d'accueil de nouveau-nés et engendrent des difficultés pour se déplacer et maintenir un suivi médical adéquat¹⁴⁻¹⁵.

Des femmes enceintes sans abri

La question de l'errance résidentielle est actuellement un point majeur et les femmes enceintes sont nombreuses à ne pas avoir un abri chaque nuit. Cette population, bien que prioritaire, est affectée par le désengagement de l'Etat de ses missions d'hébergement. L'errance résidentielle est désormais accentuée par la reprise de l'activité touristique post-Covid qui retire encore à l'hébergement de ce public en situation de précarité ces options hôtelières, par la fermeture d'hôtels et de structures d'hébergement d'urgence. Les femmes alternent entre structure d'hébergement dans des lieux parfois géographiquement très éloignés et des nuits dans des espaces publics et ou informels (gares, squats,

hôpitaux...)16. En période de grossesse, ce morcellement du parcours d'hébergement rend particulièrement vulnérable.

Plus d'un tiers (38,7 %) des femmes suivies par SOLIPAM vivent à la rue au moment où elles contactent le réseau. Alors qu'en 2022 la file active de SOLIPAM comptait 664 femmes, ce chiffre a été atteint dès la fin octobre 2023, confirmant le constat d'une augmentation des demandes d'accompagnement et donc d'une augmentation du nombre de situations dramatiques rencontrées par des femmes enceintes franciliennes en situation de précarité¹⁷. Il est primordial d'évaluer les conséquences de l'errance résidentielle sur la santé physique et psychique de la femme et de son nouveau-né afin de pouvoir porter un plaidoyer appuyé par des résultats scientifiques. L'étude REPERES (Recherche sur la périnatalité et l'errance résidentielle) a pour objectif d'étudier les liens entre la qualité et la stabilité d'hébergement et la santé périnatale de la mère et de son enfant chez des femmes en situation de grande précarité en Ile-de-France. Ce travail vise à mettre en lumière les situations indécentes liées à l'errance résidentielle en vue de montrer l'importance primordiale de la stabilité résidentielle des femmes dans le contexte périnatal, particulièrement au moment où *le rapport des 1 000 premiers jours* met sur le devant de la scène la question périnatale.

4. pôle SIAO

5. pôle Observatoire

6. pôle Dispositif de soins

7. ARS, 2023, Recueil d'information sur les hospitalisations prolongées en maternité pour raisons sociales (documents internes)



Logo du projet REPERES

L'étude REPERES

Méthode. L'étude REPERES est portée conjointement par deux acteurs majeurs de la lutte contre la précarité en Ile-de-France : le Samusocial de Paris (via son observatoire et le SIAO 75) et le réseau SOLIPAM (Solidarité Paris Maman). L'enquête utilise des approches qualitative et quantitative. À partir du 1^{er} janvier 2024 sur une période d'un an, l'enquête quantitative sera proposée systématiquement à toutes les femmes enceintes et majeures repérées par le réseau SOLIPAM. Elle se déploie par téléphone et a pour objectif de suivre au moins 500 femmes. Pour celles qui acceptent, elles seront appelées à quatre reprises pendant la période périnatale : au 5^{ème}, 8^{ème} mois de grossesse, au 28 jours de l'enfant né et au 3 mois de l'enfant (figure 2). Cette approche permettra de renseigner l'évolution de l'état de santé physique et psychique de la mère à ces différents moments-clés. Ces données seront consolidées grâce aux données de suivi du réseau SOLIPAM dans le cadre de leur travail d'accompagnement médico-social, permettant notamment d'avoir accès aux comptes-rendus médicaux. Le parcours et le vécu d'hébergement seront également interrogés aux différents appels, ainsi que la qualité et le bien-être perçus dans les différents hébergements. Ces données seront mises en regard des informations du SIAO75 et de la plateforme de gestion hôtelière DELTA.

Le volet qualitatif de cette étude sera mené dans le cadre d'un doctorat en géographie. Il aura pour objectif d'analyser les trajectoires de santé et d'hébergement des femmes accompagnées par le réseau SOLIPAM à leur arrivée en Ile de France, leur parcours migratoire et renseigner sur la possibilité d'investissement des lieux en vue de conduire une grossesse dans un contexte d'hébergement contraint. Des entretiens semi-directifs seront réalisés avec une approche inductive pour mieux analyser l'impact que cette errance résidentielle peut avoir sur l'état de santé de ces femmes et de leurs nouveau-nés. Le projet REPERES met en lien chercheurs et acteurs de terrains. En raison des savoirs expérientiels professionnels auprès d'un public très vulnérable, il prend en considération les aspects d'accompagnement des femmes enquêtées. Dans ce cadre, les femmes présentant un risque élevé de troubles de santé psychique pourront être orientées pour une prise en charge médico-psychologique vers l'association Parcours d'Exil avec qui un partenariat a été élaboré. Elles bénéficieront d'un suivi long, peu importe leur situation administrative ou financière. Des indicateurs d'aggravation ou d'amélioration (GCI) de leur état psychologique seront recueillis à 6 mois et un an de prise en charge¹⁸.

Cette étude vise à mettre en lumière l'impact de la qualité et de la stabilité d'hébergement sur les différentes sphères de vie de la femme et de son enfant. Ce travail va contribuer à une meilleure compréhension des problématiques d'hébergement, de santé physique et psychique pré et post-partum des femmes en situation de grande précarité et ainsi d'identifier de potentiels axes d'amélioration applicables dans l'élaboration de futures politiques publiques.

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - 01 45 21 39 32

Permanences téléphoniques médicales et psychologiques, sociales et juridiques.

Coordonnées et horaires sur : www.comede.org

Consultations & ateliers pluridisciplinaires dans les centres de soins et d'accompagnement en régions IDF (Bicêtre, Paris), Aura (Saint-Etienne), Paca (Marseille) et Guyane (Cayenne).

Modalités d'accueil et de prise de RV sur : www.comede.org

Centre de formation :
01 45 21 39 32 /
contact@comede.org

Ressources et publications téléchargeables :
www.comede.org

Guide Comede et Livrets bilingues, articles électroniques et ressources du Guide Comede (sur le site internet dédié : www.guide.comede.org)

Maux d'exil, décembre 2023 :

RÉALISATION : **Parimage**

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veïsse

RÉDACTRICE EN CHEF :
Agathe Coutel

ONT ÉGALEMENT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO :
Anne Marie Chemali, Yasmine Flitti, Lucie Fouchier, Clemence Le joubioux, Mathilde Petit, Marie Petruzzi, Joseph Rustico

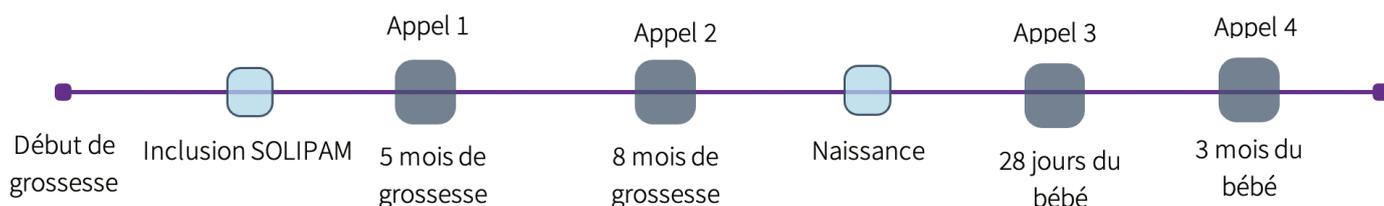


Figure 2 - Schéma du suivi téléphonique 

Explorer les violences obstétricales à travers les expériences des femmes sud-asiatiques en Seine-Saint-Denis

Lucia Gentile, Anthropologue post-doctorante au Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) et à l'Institut Convergences Migrations (ICM).

Meenakshi a 24 ans quand elle arrive à Aubervilliers pour se marier. Quatre mois après, elle est enceinte et, pour la première fois dans sa vie, elle se rend chez un gynécologue. Le médecin, un homme, parle seulement français, tandis que Meenakshi parle anglais et malayalam, la langue du Kerala (Inde) : la communication est difficile. Quand le gynécologue lui fait signe de s'allonger sur la table et d'enlever ses culottes, elle est très gênée et ne comprend pas ce qu'il va faire. Son premier toucher vaginal est douloureux, physiquement et émotionnellement : elle a honte.

Des différents types de violences

Le manque de consentement est une des pratiques qui peuvent être définies comme violences obstétricales. En outre, nous rencontrons des abus physiques, de la violence verbale, le manque de confidentialité, des discriminations et l'abandon des soins. Ces comportements peuvent entraîner des conséquences physiques, émotionnelles et psychologiques négatives pour les femmes. D'autres facteurs sociaux et psychologiques pourraient également amplifier la vulnérabilité des mères et être le déclencheur de la réapparition de souvenirs traumatiques. Née dans les années 1990 en Amérique latine, ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que la notion de violences obstétricales a été reconnue mondialement comme une catégorie juridique et sociale. Elle est définie comme une maltraitance de la part du personnel soignant pendant la période périnatale⁸.

En France, la prise de conscience et le débat public sur ces violences ont émergé

au cours des dernières années, à la suite du mouvement #MeToo en 2017. Des initiatives ont été prises par des organisations, des militant·e·s et des professionnel·e·s de la santé pour attirer l'attention sur ce phénomène et promouvoir des pratiques respectueuses. Des témoignages de femmes partageant leurs expériences ont contribué à mettre en lumière ces problèmes et à encourager un dialogue plus ouvert sur la manière dont les soins obstétricaux sont dispensés. En 2018, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) a publié un rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales en France, mettant en évidence la nécessité de sensibiliser le personnel soignant et de promouvoir des pratiques respectueuses des droits des femmes⁹. Depuis lors, des efforts ont été déployés pour intégrer ces questions dans les discussions sur la santé reproductive. Depuis 2022, deux propositions de lois ont également été déposées à l'Assemblée Nationale¹⁰ et au Sénat¹¹, visant à reconnaître et sanctionner ces violences.

Les femmes immigrées - nées étrangères à l'étranger et résidant en France - sont à l'origine de presque un quart des naissances sur le territoire français¹² mais leur suivi périnatal est souvent inadéquat. Les études sociologiques et anthropologiques révèlent que les femmes perçues comme « non françaises » sont plus susceptibles de subir des processus de discriminations dans l'accès aux soins et des soins différenciés. En effet, plusieurs recherches soulignent une répartition inégale des vulnérabilités psychologiques, qui est souvent associée à un risque augmenté de complications de la grossesse, de moindre qualité des soins, ainsi qu'à un surrisque de décès¹³.

Originaires d'Asie du Sud : les oubliées de la recherche

Une enquête est actuellement en cours afin d'explorer les formes de résilience mobilisées par des migrantes face aux violences obstétricales. Elle prend comme cas d'étude l'expérience des femmes originaires d'Asie du Sud et résidant en Seine-Saint-Denis. Ce projet, mené dans le cadre d'une bourse post-doctorale à l'Institut Convergence Migration (ICM - Dept. Health), a été lauréat de l'appel à projet du Centre national de ressources et de résilience (CN2R). Débutée en décembre 2022, la recherche s'organise autour d'enquêtes de terrain dans des centres médicaux (maternité et PMI) et d'entretiens avec le personnel soignant, des femmes et des interprètes. Les données mettent en évidence que les formes de violence obstétricale vécues par des femmes en contexte migratoire, minoritaires numériquement et allophones, sont l'une des expressions de la violence systémique qu'elles subissent dans les autres aspects de leur vie. Le projet permet de travailler sur la prévention, à court et long terme, de ces violences et de leurs impacts, tout en continuant à documenter les facteurs sociaux promoteurs d'inégalités dans le domaine de la périnatalité.



© Photo by Pranav Kumar Jain on Unsplash

8. Chattopadhyay, S., A. Mishra, et S. Jacob. 2018. « 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India ». *Culture, health & sexuality* 20 (7): 815-29

10. Proposition de loi n°982

11. Texte n° 238 (2022-2023)

12. Insee 2022ly/2MvJtAy

13. Opatowski, M., B. Blondel, B. Khoshnood, et M.-J. Saurel-Cubizolles. 2016. « New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France ». *BMJ open* 6 (4): e009511

9. <https://bit.ly/2MvJtAy>

Les communautés provenant du Pakistan, d'Inde, du Bangladesh et du Sri Lanka, sont implantées géographiquement de manière extrêmement concentrée dans la région Île-De-France, notamment en Seine-Saint-Denis. La polarisation traditionnelle de la recherche française sur les populations anciennement colonisées (Maghreb et Afrique subsaharienne), mais aussi leur immigration récente et numériquement assez modeste, ont fait de ces populations sud-asiatiques les plus méconnues de la mosaïque sociale française¹⁴. Cependant, ces communautés minoritaires, dont l'anglais est la principale langue véhiculaire, rencontrent des barrières linguistiques qui se matérialisent en une difficulté d'accès aux services de santé maternelle et une surexposition aux violences.

La délicate tâche d'interpréter l'intime

Tout en ayant des parcours migratoires différents, la plupart des femmes sud-asiatiques rencontrées venaient d'arriver en France au moment de leur premier enfant et elles n'étaient donc pas francophones. Au cours du parcours de soins périnataux, la problématique majeure, soulignée à la fois par les femmes sud-asiatiques et le

personnel soignant, était donc liée à la barrière linguistique et à la difficulté – voire l'impossibilité – d'avoir recours aux interprètes, en présence ou au téléphone.

Plusieurs stratégies ont pu être mises en place pour pallier ce manque, notamment le recours à des applications de traduction simultanée comme Google Translate. D'autres fois, ce sont des membres de la famille parlant le français qui accompagnent la patiente aux centres médicaux. Cependant, ces pratiques peuvent donner lieu à des soins cliniques non consentis ou non confidentiels. Elles peuvent aussi mener à des soins différenciés, inappropriés ou de moindre qualité et à une discrimination des patientes.

Les différences culturelles peuvent également entrer en jeu, en produisant des obstacles communicationnels entre les patientes et le personnel soignant. En effet, même la présence d'un-e interprète ou médiateurice peut s'avérer insuffisant lorsque celui-ci n'arrive pas à transmettre les représentations du corps et les modèles explicatifs propres aux patientes. Le lexique de la maternité est intime et parfois culturellement tabou : que se passe-t-il

pour les femmes lorsqu'elles n'accouchent pas dans leur propre langue ? En France, ces femmes sont en contact avec des institutions qui utilisent des concepts qui semblent anodins dans le pays d'accueil, mais qui sont particulièrement difficiles à traduire lorsque la langue cible n'a pas de co-occurents. Dans d'autres cas, ces concepts relatifs à l'intimité, au corps et à la religion existent, mais sont utilisés dans des registres ou des fréquences différentes. Cela a des conséquences sur le déroulement du processus thérapeutique, et sur la manière dont les personnes se sentent affectées. En intégrant l'intersectionnalité dans la compréhension des violences obstétricales, il devient possible de reconnaître et de remédier aux disparités et aux discriminations qui peuvent affecter différentes communautés de femmes de manière spécifique. Cela contribue à élaborer des interventions plus inclusives et à garantir que les politiques et les pratiques médico-sociales tiennent compte des diversités d'identités et d'expériences.

14. Moliner, C. 2009. « Invisible et modèle ? Première approche de l'immigration sud-asiatique en France ». Rapport d'étude pour la direction de l'accueil, de l'intégration, de la citoyenneté. Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire

ASSURER LE LIEN

Intérêts de la médiation santé : exemple des grossesses en bidonville

Chiara de Pascalis, médiatrice en santé et Océane Gaigeot, médecin référente, Comede.

Depuis 2021, le Comede développe des activités de médiation en santé en Île-De-France. Nous nous déplaçons sur les lieux de vie des personnes précaires éloignées du système de santé afin de réduire les inégalités en améliorant l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Les équipes sensibilisent également les professionnel·les et les institutions intervenant dans les parcours de santé¹⁵. Pour renforcer l'autonomie des patient·es et leur

inclusion dans les dispositifs de droit commun, le Comede travaille en équipe pluridisciplinaire (médiateurice en santé, médecin, assistante sociale, psychologue) avec le soutien d'une interprète professionnelle.

« La question Rom »

Depuis le dispositif francilien, le Comede intervient toutes les semaines sur des bidonvilles habités par des personnes d'Europe de l'Est, souvent perçues comme Roms, alors même qu'elles ne s'identifient pas forcément ainsi, ce terme étant le plus

souvent dégradé dans le discours politique¹⁶. Cette désignation les rend souvent victimes de discriminations et de racisme tant dans leur quotidien¹⁷ que dans l'accès aux droits et aux soins¹⁸. Cela se reflète par des refus de soins discriminatoires, sur l'état de santé des patient·es ou le recours tardif aux soins. Nos équipes sont interpellées sur la santé en général mais ce sont souvent les thèmes de la grossesse, de la fertilité et du désir ou non d'enfants qui sont abordés. Dans les bidonvilles, nous rencontrons fréquemment des femmes

15. Définition HAS (Haute Autorité de Santé) et article D. 1110-5 du code de la santé publique

16. "La question Rom" des années 2000

17. Roms et riverains, une politique municipale de la race - E. Fassin et al., 2015

18. Des professionnel·le.s hospitaliers mettent même en œuvre une racialisation et un traitement différentiel des patient·e.s présumés Roms, en les étiquetant de "mauvais patients" et d'"indisciplinés". La racialisation en urgence :

représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms - D. Prud'homme, 2015

ASSURER LE LIEN

enceintes. Parfois, la grossesse est très récente, ce qui permet de présenter toutes les options possibles, y compris l'IVG. Cependant, nous rencontrons en général plutôt ces femmes lorsque la grossesse est déjà bien avancée. On constate alors peu, voire aucun, accès à une véritable prévention et suivi. Les médiatrices privilégient les discussions confidentielles, dans les baraques des femmes ou au centre de santé du Comede. Nous y parlons le plus possible de prévention et de l'importance d'un suivi régulier. Nous expliquons le rôle des différentes soignantes et des sujets qu'elles peuvent aborder avec elles et eux. En effet, beaucoup de femmes, notamment celles très jeunes, sont en difficulté face aux professionnel·les. Les futures mères peuvent avoir peur des incompréhensions, du jugement ou des discriminations. Mais aussi que les soignantes ne leur disent pas la vérité ou que leurs enfants soient placés par l'ASE¹⁹ (en raison de la précarité de la vie en bidonvilles ou du fait d'être mineures).

Les PMI et les hôpitaux publics ont la possibilité d'avoir recours à des interprètes professionnels comme le recommandent la HAS et le Code de la santé publique²⁰. Or il est fréquent que les professionnel·les ignorent ou refusent d'y faire appel, favorisant le renoncement aux soins et impactant directement la santé des patient·es. Pour prévenir ces risques, le Comede prévient les services de soins à l'avance et informe les patient·es de leurs droits. Ce fut le cas pour une jeune maman mineure à qui la sage-femme de PMI refusait le recours à l'interprétariat malgré les demandes de la patiente et de notre équipe. La jeune fille appela le Comede en larmes car elle s'était vue orientée par la PMI aux urgences pour son bébé. Elle nous demandait de prendre contact avec la PMI pour comprendre la situation. Son aîné avait en réalité été orienté à l'hôpital pour des vaccinations (par ailleurs déjà faites). Cet épisode a marqué un tournant dans le suivi de cette patiente qui n'a plus souhaité retourner dans cette PMI. Le temps et un travail de médiation ont permis de restaurer la confiance et de poursuivre un suivi dans une autre PMI.

Discuter, informer, et accompagner les familles

À l'approche de l'hospitalisation, les conversations s'orientent vers la préven-

tion post-accouchement : soins, suivi du bébé, vaccinations, risque de dépression du post-partum ou du syndrome du bébé secoué. La question de la contraception revient aussi régulièrement, beaucoup de femmes souhaitant discuter des différentes possibilités après l'arrivée du bébé. Nous aidons les familles à accéder à une domiciliation et à une protection maladie, parcours chronophage et se soldant souvent par des refus. Le rôle des médiatrices n'est pas de se substituer aux soignantes du système de droit commun, mais plutôt de renforcer et de clarifier les messages délivrés. Nous encourageons les patient·es à consulter ces professionnel·les en cas de doute, peur ou d'incompréhension. Dans un système de santé malmené par les politiques publiques, nos équipes disposent de quelque chose de précieux : le temps de pouvoir discuter et de comprendre. Cela permet une grande vigilance sur la santé mentale, notamment pour les femmes jeunes, seules ou avec des situations complexes.



61% Des femmes enceintes suivies par la médiation en santé, n'ont pas réalisé leur échographie du 1^{er} trimestre ou l'ont réalisée en retard.

• Donnée issue du rapport d'activité et d'observation 2022 du Comede (sur l'activité 2021).

La précarité, les conditions de vie subies, un accès limité à l'eau et aux sanitaires et la crainte d'une expulsion du lieu de vie à tout moment. Ces expulsions ne permettent pas la stabilité et compliquent l'accès au travail, à la scolarisation, aux démarches administratives et à l'accès aux soins. Sans parvenir à en comprendre les raisons pour lesquelles les habitant·es des bidonvilles ne peuvent pas se rendre régulièrement aux rendez-vous. Il ne s'agit pas d'un manque d'intérêt ou du fait d'un mode de vie supposé nomade. Lors d'une expulsion du lieu de vie, à l'angoisse de l'arrivée de la police s'ajoutent la perte des repères, l'urgence de se nourrir, se chauffer, de trouver un nouveau « chez-soi », un téléphone et des vêtements. Le nouveau lieu de vie peut être très éloigné du précédent, ne permettant pas le suivi dans le même centre de soins et il est aussi fréquent que les documents médicaux soient perdus entre ces deux périodes.

19. Aide Sociale à l'Enfance

20. Référentiel HAS, rapport IGAS et L110-13 du Code de la Santé Publique. Pour plus d'information, voir le guide Comede <https://guide.comede.org/interpretrariat-professionnel/>

Une médiation parfois essentielle entre patient·es et soignant·es

La médiation en santé implique également d'échanger avec les professionnel·les. Expliquer et clarifier le contexte de vie, et les représentations permettent d'améliorer l'accompagnement, de trouver des solutions plus adaptées et d'augmenter la capacité de prise de décision des patient·es²¹.

Lors de l'accompagnement d'un couple sourd et muet qui ne maîtrisait ni la langue des signes française (LSF) ni celle de leur pays, Madame, enceinte, s'est vue refuser l'accès à deux hôpitaux publics différents. Le premier, où travaillait une sage-femme signant en LSF, car la patiente ne comprenait pas les convocations et ne s'était pas présentée aux rendez-vous. Le deuxième, car l'hôpital estimait que le suivi relevait du premier. Finalement la médiatrice du Comede a assuré le lien en accompagnant la patiente lors de sa prise en charge médicale. Pendant l'hospitalisation, il nous était beaucoup plus facile de communiquer avec la patiente malgré les handicaps et la barrière de la langue. Ce lien, très apprécié, a facilité les échanges entre les soignantes et la patiente.

Les effets de l'accompagnement des patientes par la médiation en santé peuvent passer inaperçus mais sont significatifs. La médiation facilite notamment le recours au service social hospitalier en s'assurant que la patiente s'y présente pour la délivrance d'un bon PASS, en rassemblant les documents pour la demande de protection maladie afin que les démarches soient anticipées et en évitant des factures impayées ou encore en travaillant ensemble sur des refus d'ouvertures de droits par la CPAM. L'accès aux soins des habitant·es des bidonvilles perçus comme Roms et notamment des femmes enceintes, est particulièrement difficile. La médiation en santé du Comede permet de lever des obstacles pour un accès plus précoce à un suivi de grossesse, un accès à la prévention et un meilleur déroulement du suivi tant pour les patient·es que pour les professionnel·les.

21. Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom - Santé Publique - Charlotte Imbert et al., 2013