

PÉRINATALITÉ

Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir. La précarité qui affecte de nombreux migrants/étrangers peut ainsi avoir un retentissement important sur la périnatalité, de même que les conséquences psychosociales liées à l'exil. Les missions de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille sont assurées par chaque département dans le cadre du dispositif PMI, anciennement « protection maternelle et infantile ».



Voir aussi *Exil et santé*, p. 8

Définition

La période périnatale a été définie initialement par l'OMS d'un point de vue épidémiologique, notamment pour permettre des comparaisons internationales en termes de mortalité. Il s'agit de la période située entre la vingt huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Aujourd'hui, le terme de périnatalité littéralement « autour de la naissance » couvre la période « avant, pendant et après la naissance » dans une acception plus large que la définition épidémiologique. Le plan périnatalité 2005 2007 conduit une réflexion sur tous « les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ». Le terme « après la naissance » peut aller jusqu'à 3 ans pour certains auteurs.

LA MATERNITÉ AU REGARD DE L'EXIL

- **Grossesse et maternité.** Pour toute femme, la maternité est une période particulière avec une organisation psychique qui lui est propre. Dès 1956, Winnicott décrit « *la préoccupation maternelle primaire* » comme un état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qui ressemble à une maladie



mais qui n'en est pas une. Cet état particulier provoque régression, dépendance à l'environnement qui rend la future mère plus vulnérable et plus fragile. La maternité force la femme à réinterroger son histoire, sa place dans une lignée générationnelle, son identité même. Elle met à l'épreuve la solidité de ses assises narcissiques et sa capacité à mettre l'Autre en perspective.

• **Devenir mère en situation d'exil.** Le vécu de rupture et de perte associé à l'expérience migratoire peut être réactivé par la grossesse et le devenir traumatique. Expérience de solitude intérieure, la grossesse requiert le concours et la chaleur d'autres femmes – sa propre mère mais aussi ses sœurs ou ses collègues – qui peuvent permettre l'identification à une image maternelle positive. En situation d'exil, l'absence du groupe de femmes peut rendre difficile l'accueil de l'enfant et compromettre les premiers liens. La présence de sa propre mère ou d'une autre femme suffit souvent à offrir le cadre dont la future mère a besoin pour se sentir en sécurité.

• **L'état de fragilité intense provoqué par l'exil peut être renforcé par celui de la maternité nouvelle,** maternité qui peut être un espoir de renaissance par et à travers la mise au monde de l'enfant dans un lieu nouveau. Certaines femmes ont des difficultés à parler de l'enfant avant sa naissance. Pour les femmes migrantes, dans un monde qui n'est pas le leur et où elles n'ont pas toujours leur place, il peut être difficile de se représenter leur enfant.

• **Chez les femmes exilées, la prise en charge médico-psycho-sociale de la période périnatale est entravée par de multiples facteurs.** Les difficultés d'hébergement sont au premier plan : instabilité de la résidence chez les femmes exilées isolées (certaines sont prévenues par l'hôte que l'hébergement gracieux n'ira pas au delà de l'accouchement), exposition du logement au risque du saturnisme (*guide 2013*). L'absence de protection maladie, les difficultés de communication pour les migrantes non francophones et non anglophones (*voir Interprétariat, p. 16*) contrarient également l'accès à la prévention et aux soins.

ÉPIDÉMIOLOGIE

• Disparités sociales et surveillance de la grossesse.

Les enquêtes nationales périnatales mettent en évidence depuis 2003 des inégalités sociales concernant la surveillance prénatale, la prévention et la santé à la naissance. La précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis médiocres, voire inexistant, de la grossesse. Elles entraînent notamment un retard dans l'accès aux soins (déclaration de grossesse hors délai), une réduction de l'accès au dépistage de la trisomie 21, une augmentation des pathologies durant la grossesse, un recours plus fréquent aux consultations d'urgence et des hospitalisations plus fréquentes lors de la grossesse. La précarité a également un impact important sur l'issue de la grossesse, avec une augmentation du risque de prématurité et de faible poids de naissance (hypotrophie).

• Santé périnatale des femmes étrangères en France.

Les femmes étrangères, en particulier les femmes d'Afrique subsaharienne, représentent une population à risque périnatal : elles sont plus âgées, la parité (nombre d'enfants) est plus élevée, le niveau d'études et de ressources issues d'une activité professionnelle est en moyenne plus faible que chez les femmes de nationalité française. Le risque de décès maternel est deux fois plus important pour l'ensemble des femmes non européennes et multiplié par plus de cinq pour les femmes ayant une nationalité d'Afrique subsaharienne (*voir encadré infra*). Le surrisque de mortalité est prononcé pour les complications de l'hypertension et les infections, leurs soins sont « moins optimaux » que ceux des Françaises (78 % versus 57 %, BEH 2012). Les femmes d'Afrique subsaharienne ont un taux plus élevé de césariennes, et présentent des risques de mortinatalité, de prématurité et d'hypotrophie plus élevés que ceux des femmes françaises.

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est le principal indicateur des conditions des soins et de l'accès aux soins en situation de périnatalité. D'après la classification internationale des maladies (CIM), la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais



ni accidentelle, ni fortuite ». Le **taux de mortalité maternelle** est le rapport entre le nombre de décès maternels, observés sur une année, et les naissances vivantes de la même année.

Pour la période 2003 2007 (BEH, 2012), le taux de mortalité maternelle des femmes de nationalité française était de 7,9 pour 100 000 naissances vivantes versus 12,5 pour les femmes étrangères (7,6 pour les femmes d'Afrique du Nord et 21,8 pour les femmes d'Afrique subsaharienne).

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOSOCIALE

- **Repérer les situations de la grossesse.** Il arrive que des patientes enceintes n'évoquent pas directement la grossesse, c'est pourquoi l'interrogatoire médical doit systématiquement rechercher la date des dernières règles. Les femmes exilées, en situation de précarité, sont particulièrement à risque de développer des complications lors de la grossesse et de l'accouchement. La vigilance de chaque professionnel rencontré, dans le champ de la santé ou du social, est indispensable pour repérer et adapter au mieux le suivi de ces femmes. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance développe et encadre davantage la prévention en essayant de détecter le plus précocement possible les situations à risque par des bilans réguliers. C'est notamment le rôle d'un entretien systématique au cours du 4^e mois de grossesse (**entretien prénatal précoce**), distinct des examens obligatoires de suivi médical de grossesse. Assuré par une sage femme ou un médecin formé spécifiquement, il a pour objectifs de donner la parole aux femmes, d'ajuster les interventions médicales, sociales et psychologiques, de repérer précocement les facteurs de stress et d'organiser un réseau de soin personnalisé pour assurer la continuité du suivi.

- **Favoriser l'intervention d'interprètes professionnels dans les dispositifs de prévention et de soins.** Pour les allophones, le recours à l'interprétariat professionnel est recommandé par le plan périnatalité 2005 2007 afin d'améliorer l'accès aux droits, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial.

- **Favoriser l'accès aux droits.** La protection maladie est indiquée en admission immédiate CMU C ou en instruction prioritaire AME (*voir Protection maladie, pp. 233 et 181*). Les soins délivrés pour la grossesse à l'hôpital peuvent être pris en charge au titre du Dispositif des soins urgents et vitaux (*voir encadré infra*),



mais seule l'obtention d'une protection maladie permet la continuité des soins. Le recours au Fonds n'est ainsi justifié que pour les femmes exilées depuis moins de 3 mois et en séjour irrégulier.

Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale État (AME)

« Sont pris en charge dans ce cadre [soins urgents et vitaux] les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L 2122 1 et suivants du Code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau né. » (voir Dispositif des soins urgents et vitaux, p. 179).

• **Favoriser la stabilité de l'hébergement.** Des structures d'accueil doivent être mises à la disposition des femmes enceintes n'ayant pas de logement, ainsi que des mères avec leurs enfants qui se trouvent à la rue (art. L 221 2 Code de l'action sociale et des familles).

• **Orienter les femmes enceintes vers les dispositifs de PMI ou les maternités.** Une femme n'ayant eu aucun suivi de sa grossesse sera orientée vers les structures médicales adaptées selon le terme de sa grossesse. En PMI, médecins gynécologues et sages femmes peuvent assurer la surveillance médicale pendant les 6 premiers mois de la grossesse en relation avec la maternité.

Une particularité parisienne : les structures d'accueil des PMI (SDA)

Localisées dans les maternités parisiennes de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP HP), les SDA assurent trois missions :

accueillir toutes les femmes enceintes non assurées sociales avant la première consultation prénatale ;

informer les femmes sur leurs droits à une protection maladie ;

inscrire et orienter toutes les femmes en situation de grande vulnérabilité psychosociale dans la maternité ou vers une autre maternité pour les femmes ne pouvant être inscrites dans l'établissement faute de place.



• **Favoriser le travail en réseau.** Les réseaux périnataux permettent de faire connaître les compétences et les champs d'intervention de tous les professionnels et facilitent l'orientation adaptée des patientes (liste des réseaux de santé régionaux périnataux sur le site www.perinat-france.org). Créer du lien avec la femme et entre les professionnels est un préalable indispensable pour améliorer son accompagnement, garantir le meilleur accès aux soins et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

Prise en charge médicale des femmes enceintes

• **Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes** sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. **Le premier examen médical prénatal** doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement. **La déclaration de grossesse** doit être faite avant 15 SA (semaines d'aménorrhée). **Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées**, la première étant consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre (dit « du 4^e mois »).

• **Première consultation prénatale :**

consultation médicale avec examen clinique (prise de la tension artérielle et mesure du poids);

dater la grossesse : échographie de datation dans les cas incertains;

recherche des facteurs de risque, ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète);

proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : dépistage combiné du 1^{er} trimestre de la grossesse associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA) et dosage des marqueurs sériques;

prévenir les malformations du tube neural (jusqu'à 8 SA) : complément nutritionnel, supplémentation en folates, à raison de 400 µg/jour;

information sur le suivi général de la grossesse et élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple, complétées lors de l'entretien individuel ou en couple du 4^e mois et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité;

examens obligatoires : glycosurie et protéinurie, sérologies toxoplasmose, rubéole et syphilis, détermination du groupe



sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières ;
examens à proposer systématiquement :
échographie (entre 11 et 13 SA), sérologie VIH 1 et 2.

• **Examens au cours de la grossesse :**

chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche d'albuminurie et de glycosurie ;
deux autres échographies obstétricales pour un examen morphologique (entre 20 et 25 SA) et pour le dépistage des malformations curables à la naissance (entre 30 et 35 SA) ;
la sérologie toxoplasmose sera répétée chaque mois à partir du 2^e examen si l'immunité n'est pas acquise.

• **Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.**

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

Dans chaque département, les services de protection maternelle et infantile organisent des consultations, visites à domicile et autres actions médico sociales, individuelles ou collectives, qui participent à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfant (art. R 2112 1 Code de la santé publique, CSP). Leur répartition géographique tient compte des spécificités socio démographiques du département, et en particulier de l'existence de populations vulnérables. Une ou plusieurs des activités suivantes sont réalisées dans les centres de PMI (art. L 2112 2 CSP) :

des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico sociale en faveur des femmes enceintes ;

des actions médico sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, notamment des actions d'accompagnement, si celles ci apparaissent nécessaires, lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

des actions médico sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période postnatale, à la maternité, à domicile, notamment

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, recommandations professionnelles, mai 2007

HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, recommandations professionnelles, novembre 2005

Inpes, *Le Guide de l'allaitement maternel*, www.inpes.sante.fr

Perbos P., Topuz B., *Le Guide du bébé, Bien accompagner bébé de 0 à 1 an*, Librio, 2€

Inpes, *Guide du PNNS (nutrition) pour les parents d'enfants et d'adolescents*, www.inpes.sante.fr

Diverses affiches et brochures de prévention d'accidents de la vie courante sont disponibles gratuitement auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Becker F., Roquet A.,
*La Maternité au regard
de l'exil, Séminaire
Périnatalité et
interculturalité, Paroles
sans frontières, 2007*

**Colle-Bouvier M.-H.,
Collet M., Périnatalité
et santé des femmes,**
dans *La Santé des
femmes*, dir. Danet S.
et Olier L., Drees coll.
Études et statistiques,
La documentation
française, 2009

Deneux-Tharoux C.,
*Surmortalité
maternelle des
femmes de nationalité
étrangère en France
et qualité des soins
obstétricaux, Étude
nationale 1996 2001,*
BEH n° 9, 77 80, 2009

Golse B., Bydlowski M.,
*De la transparence
psychique à la
préoccupation
maternelle primaire.
Une voie vers
l'objectivation, Carnet/
Psy n° 63, p. 30 33,*
2001

Saurel-Cubizolles M.-J.,
*Santé périnatale des
femmes étrangères en
France, BEH nos 2,3,4,*
30,34, janvier 2012

dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations;

des consultations et des actions de prévention médico sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans notamment en école maternelle;

des activités de planification familiale et d'éducation familiale. De nombreuses PMI proposent en outre des services d'interprétariat pour les migrants non francophones.

SUIVI MÉDICAL ET PRÉVENTIF DES NOURRISSONS (VOIR AUSSI VACCINATION, P. 355)

• **La maternité délivre aux parents un carnet de santé où figurent les premières informations sur la santé de l'enfant.** Le dépistage sanguin de cinq maladies est organisé à la maternité aux environs du 3^e jour : phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose et drépanocytose (*voir guide 2008*). Le suivi médical ultérieur de l'enfant peut être assuré par un centre de PMI, un pédiatre libéral ou un médecin généraliste.

• **Attention aux accidents de la vie courante chez les nourrissons et les jeunes enfants.** Il peut être utile de délivrer des conseils pratiques pour prévenir les dangers domestiques pour l'enfant :

ne jamais laisser un enfant seul dans une pièce avec une fenêtre ouverte;

ranger les médicaments et les produits d'entretien dans des endroits inaccessibles pour les enfants;

ne pas laisser des petits objets ou des petits aliments durs à la portée des enfants de moins de 3 ans;

ne jamais laisser seul un enfant dans son bain;

garder toujours une main sur l'enfant quand il est changé sur une table à langer;

rester avec un enfant qui mange sur une chaise haute : la chaise peut se renverser et l'enfant peut glisser et tomber;

les prises, appareils et fils électriques doivent être mis hors de portée;

attention particulièrement à la cuisine, lieu de tous les dangers.

POUR LES ASPECTS JURIDIQUES ET SOCIAUX (VOIR MINEURS ÉTRANGERS ISOLÉS, P. 158)