

UNIVERSITE DE NANTES
UFR MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES
Diplôme d'Etat de Sages-Femmes

Parcours de migration, grossesse et accouchement des
femmes migrantes d'origine africaine au CHU de
Nantes : étude cas-témoin sur un échantillon de 300
femmes.

Anne-Camille ARROT

Née le 22 janvier 1990

Directeur de mémoire : Docteur Véronique CARTON
Année universitaire : 2010-2015

Remerciements

Je tiens à remercier le Dr. Véronique CARTON, ma directrice de mémoire pour m'avoir épaulée et guidée dans ce mémoire.

A Valérie PHILLIPPE dont l'enthousiasme, la curiosité ainsi que la patience furent source d'encouragement.

Au Dr Bernard BRANGER pour son aide et son soutien dans l'élaboration de l'étude.

A Séverine ROBIN, assistante sociale, pour son compte-rendu sur la réalité des démarches à effectuer.

A Fatoumata qui a accepté de me rencontrer et qui m'a chaleureusement accueilli, et sans qui ce travail aurait manqué de rapports humains.

A Capucine et Clémentine pour leur intérêt sur le sujet, et leur aide précieuse dans la relecture de ce mémoire.

A mes amis et ma famille pour leur soutien sans faille.

A mes amies de promotion, pour les rires et les encouragements qui ont accompagné ce mémoire, et bien sûr aux quatre années passées ensemble.

Table des matières

Introduction.....	7
I- Généralités.....	9
1) Définitions.....	9
2) Historique	9
3) L'immigration en quelques chiffres	11
4) Législation	12
5) Les aides sociales en France et à Nantes :.....	12
a) La demande d'asile	12
b) Les solutions de logements.....	14
c) L'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS) ...	15
d) L'Association Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA)	16
e) Accueil Information Demandeurs d'Asile (AIDA).....	16
f) La Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS).....	17
6) La situation des femmes migrantes	18
a) La migration féminine	18
II- Entretien	21
III- Matériels et méthodes.....	24
1) Objectifs de la recherche	24
2) Méthode de sélection	25
3) Méthode d'intervention et règles éthiques	25
4) Méthode d'observation	26
5) Méthode d'évaluation	27
IV- Résultats.....	29
1) Caractéristiques géographiques	29
2) Caractéristiques démographiques	30

3)	Caractéristiques sociologiques	31
a-	Différence d'âge entre la mère et le père	31
b-	Activité professionnelle.....	32
c-	Couverture sociale	34
d-	Parité des femmes	35
e-	Situation familiale	37
f-	Indice de masse corporelle (IMC).....	37
g-	Tabac	38
4)	Parcours de la grossesse	39
a-	Grossesse prévue	39
b-	Contraception utilisée avant la conception	40
c-	Échographie	40
d-	Consultations d'urgences	42
e-	Evaluation du risque de Trisomie 21	43
f-	Pathologies.....	44
g-	Hospitalisations	44
5)	Déroulement de l'accouchement	45
a-	Début accouchement	45
b-	Mode d'anesthésie	45
c-	Mode d'accouchement	46
d-	Lésions périnéales	47
e-	Hémorragie de la Délivrance (HDD).....	47
f-	Terme	48
g-	Poids de naissance des nouveau-nés.....	48
h-	Score d'Apgar	49
i-	pH artériel.....	51
j-	Alimentation du nouveau-né.....	52

k-	Transfert dans le service de néonatalogie.....	53
6)	Déroulement des suites de couches :.....	53
a-	Durée du séjour.....	53
b-	Pathologie de suite de couche : l'anémie.....	54
V-	Discussion	55
1)	Les limites de l'étude.....	55
2)	Les forces de l'étude	55
3)	Discussion des résultats de l'étude	56
a-	Caractéristiques géographiques.....	56
b-	Caractéristiques personnelles	57
c-	Caractéristiques familiales et sociologiques.....	57
d-	Habitus	58
e-	Parcours de la grossesse.....	58
f-	Le déroulement de la grossesse.....	60
4)	Les pathologies générales.....	60
a-	L'anémie.....	60
5)	Les pathologies gravidiques	61
a-	Le diabète gestationnel	61
b-	L'hypertension artérielle (HTA).....	61
c-	Prélèvement vaginal positif au streptocoque B	61
6)	Autres pathologies.....	62
a-	La drépanocytose.....	62
b-	Le VIH	62
7)	L'accouchement	62
8)	Les suites de couches	64
9)	Contraception	64
10)	Caractéristiques des nouveau-nés	65

11) Les violences faites aux femmes.....	66
a- Les mutilations sexuelles féminines	66
b- Les autres types de violences	68
Conclusion.....	69
Index des abréviations	70
Bibliographie.....	71

Introduction

Selon l'Insee, l'immigration en France représente, 5,8 millions de personnes début 2013, soit 8,8 % de la population résidant en France. Cela correspond à 800 000 migrants de plus qu'en 2004 [1]. La France se classe au sixième rang mondial pour le nombre d'immigrés et au deuxième rang européen derrière l'Allemagne.

La migration africaine représente 43 % de l'immigration totale. Au sein d'un même continent, on peut différencier deux types d'immigration : l'immigration nord-africaine et sub-saharienne. [2]

En France, la migration nord-africaine est majoritairement algérienne. Elle date du milieu du XXème siècle avec les besoins de main-d'œuvre dans l'industrie notamment.

La migration sub-saharienne quant à elle est plus récente (années 1980). Depuis ces dernières années, les mers et océans qui bordent l'Europe sont devenus le cimetière de milliers d'émigrants africains. Pour environ 1000 euro chacun, les clandestins venus de divers pays d'Afrique noire se lancent dans la traversée, entassés dans des navires de fortune. La prise de risque n'est pas toujours récompensée puisque certains y laisseront leur vie et pour ceux qui atteindront les terres européennes, certains seront renvoyés dans leur pays d'origine. Les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pays poussent des milliers de jeunes africains à préférer l'exode, même clandestin. Les facteurs économiques et politiques sembleraient être les principales raisons qui les poussent à prendre autant de risques et quitter leurs pays d'origine pour l'Occident. [3]

En ce qui concerne les femmes, la proportion de leur migration a toujours été inférieure à celle des hommes jusqu'à la fin du XXème siècle. Aujourd'hui, selon l'Insee, les femmes représentent 54 % de la population immigrée. [4]

Nous avons choisi le sujet des femmes migrantes afin d'éclaircir au mieux leurs parcours d'intégration et comprendre les difficultés qu'elles peuvent rencontrer. De plus nous avons souhaité réaliser une étude cas-témoin de 150 femmes d'origine africaine et 150 femmes d'origine française sur le suivi de grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Pour mieux appréhender leurs parcours, nous étudierons dans un premier temps, la migration dans son ensemble, les aides et associations disponibles pour aider les femmes

migrantes. Pour illustrer les difficultés auxquelles elles font face, nous avons eu le privilège d'avoir eu un entretien avec une femme migrante.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une étude sur leur parcours de grossesse, leur accouchement et les suites de couches. Notre réflexion nous a amené à émettre des hypothèses. Les femmes d'origine africaine présenteraient plus de pathologies médicales pendant la grossesse, l'issue de grossesse serait marquée par un taux plus élevé de césariennes. Ainsi les femmes migrantes présenteraient plus de facteurs de risques individuels.

Dans un troisième temps, notre discussion portera sur les résultats obtenus en associations avec les études scientifiques existantes. Pour finir, nous aborderons les violences faites aux femmes migrantes, telles que les mutilations génitales féminines ainsi que les violences conjugales et sexuelles.

I- Généralités

1) Définitions

L'immigration est définie par « l'installation dans un pays d'un individu ou d'un groupe d'individus originaires d'un autre pays. Elle est le plus souvent motivée par la recherche d'un emploi et la perspective d'une meilleure qualité de vie pour les migrants ». [4]

Ces derniers correspondent à « des individus ou des populations se déplaçant volontairement d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles. » [5]

2) Historique

A partir de 1850, la France présente un développement industriel important qui s'accompagne d'un grand besoin de main d'œuvre. Elle lance donc un appel afin de pallier au manque d'ouvriers.

Entre 1800 et 1886, le nombre d'immigrés est passé de 100 000 à 1 000 000 et sont principalement d'origine Belge et Italienne [6]. A cette époque l'entrée et le séjour des étrangers ne font l'objet d'aucun contrôle. C'est à partir de 1888 que s'impose pour la première fois aux étrangers séjournant en France une déclaration de résidence à la mairie. [7]

En 1916, durant la Première Guerre mondiale, est instaurée la carte d'identité d'étranger, permettant de contrôler la présence et le déplacement des étrangers sur le territoire français. Elle est demandée pour tout séjour de plus de 15 jours, pour les travailleurs, et est délivrée sur présentation du contrat de travail. [7]

De 1921 à 1931, les étrangers représentaient plus de 50% de l'accroissement de la population, soit 123 000 immigrés en moyenne par an. A la veille des années 30, les 3 millions d'étrangers représentaient 7% de la population totale. La France est alors le premier pays

d'immigration au monde proportionnellement au nombre d'habitants. A cette époque, on compte alors 156 hommes pour 100 femmes sur le territoire. [6]

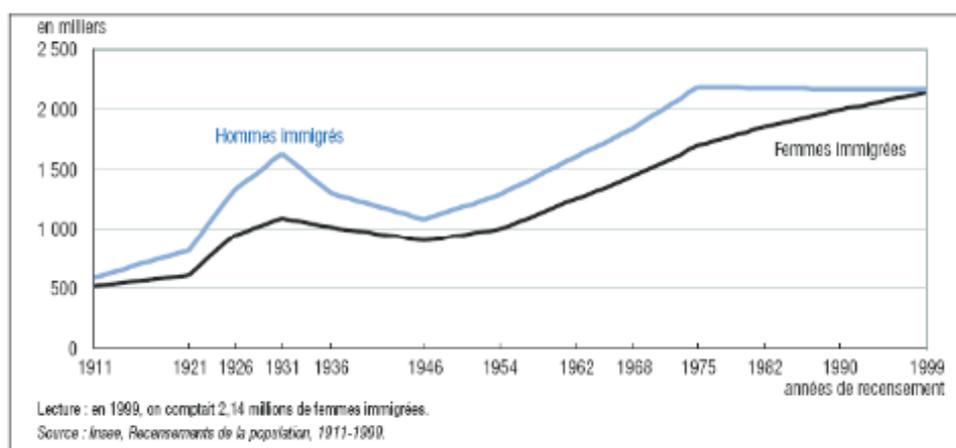
Après-guerre, la mortalité de la population active masculine représente 10,5% et est accompagnée d'une baisse de la natalité. L'immigration est une fois de plus la solution. Les autorités souhaitant améliorer leur gestion de l'immigration, ils créèrent en 1945 le code de la nationalité et de l'Office National d'Immigration (ONI). Ce dernier avait le monopole du recrutement et de l'introduction des travailleurs étrangers en France. Les besoins sont tels qu'en dépit des nouveaux textes, les étrangers en simple visa de touriste ou entrés clandestinement sur le territoire trouvent sans peine un travail et les documents nécessaires à la régularisation de leurs situations. [6]

En 1963, l'ONI signe des accords avec l'Espagne, le Maroc et d'autres pays d'Afrique noire. Parallèlement, les Algériens circulent librement depuis 1962 et passent de 212 000 en 1954 à 711 000 en 1974.

Les années 1970 marqués par la fin des trente glorieuses et la première crise du pétrole en 1974 ont conduit à une crise économique et à l'essor du chômage. Ces événements entraînent le gouvernement français à décider de fermer les frontières afin de maîtriser les flux migratoires. En 1975, la France compte alors 3,9 millions d'immigrés.

Jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, l'écart entre le nombre de migrants hommes et femmes se réduit en raison du regroupement familial. [6]

Figure 1 : Evolution de la part féminine des migrants de 1911 à 1999.



3) L'immigration en quelques chiffres

En 2013, 8,8% des personnes vivant en France sont immigrées. Parmi elles, deux sur dix y résident depuis plus de 40 ans et trois sur dix depuis moins de 10 ans. De plus, un immigré sur deux est une femme contre 44% en 1968. La part des immigrés originaires du continent européen a baissé depuis 1975 du fait non seulement des décès mais aussi des retours au pays d'origine ce qui explique qu'en 2008, 43% des immigrés sont nés dans un pays du continent africain. [1]

Figure 2 : Pays de naissance des immigrés entrés en France en 2012 et part des femmes

Pays de naissance	Entrants en France en 2012 (en %)	Part des femmes (en %)
Ensemble	100	54
Europe	46	51
<i>Portugal</i>	8	45
<i>Royaume-Uni</i>	5	51
<i>Espagne</i>	5	51
<i>Italie</i>	4	49
<i>Allemagne</i>	4	54
<i>Roumanie</i>	3	49
<i>Belgique</i>	3	50
<i>Russie</i>	2	60
<i>Suisse</i>	2	55
<i>Pologne</i>	2	55
Afrique	30	54
Maroc	7	56
Algérie	7	56
Tunisie	3	44
Asie	14	59
<i>Chine</i>	3	67
<i>Turquie</i>	2	54
Amérique, Océanie	10	56
<i>États-Unis</i>	2	58
<i>Brésil</i>	2	54

Source : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1524

D'après les chiffres de l'INSEE, on remarque que plus de 55% de cette population se répartit sur trois régions :

- 37% en Ile-de-France
- 11% en Rhône-Alpes
- 10% en Provence-Alpes-Côte-D'azur.

Les Pays de Loire, en 2008, comptent près de 100 000 immigrants soit 2,8% de la population régionale. Quatre immigrants sur dix sont originaires d'Afrique. Ces derniers sont souvent d'âge actif, et résident généralement dans les grands pôles urbains. [8]

4) Législation

Tous les ressortissants étrangers souhaitant venir en France doivent être en mesure de présenter à la frontière les justificatifs relatifs à leur séjour, à leurs moyens de subsistance et aux conditions d'hébergement.

En règle générale, un visa est nécessaire. Ce dernier doit être demandé avant le départ auprès de l'ambassade ou du consulat de France dans le pays de résidence du demandeur.

Concernant les visas de long séjour, pour une durée supérieure à 90 jours, ils sont délivrés principalement pour des motifs tels que les études, le travail et le regroupement familial. Les personnes concernées ont alors l'obligation de s'enregistrer auprès de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ou à la préfecture pour la délivrance d'un titre de séjour. [9]

5) Les aides sociales en France et à Nantes :

Nous allons présenter les principales structures d'accueils et associations qui œuvrent dans l'intégration des migrants.

a) La demande d'asile

La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 stipule dans l'article 14 :

1) *Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile*

en d'autres pays.

2) Ce droit ne peut être invoqué dans le cas de poursuites réellement fondées sur un crime de droit commun ou sur des agissements contraires aux buts et aux principes des Nations unies.

[10]

La Convention de Genève de 1951, relative au statut des réfugiés, a pour titre officiel *Convention relative au statut des réfugiés* et a été signée à Genève le 28 juillet 1951.

L'article principal est l'article 1A-2 et stipule :

Article premier - A. *Aux fins de la présente Convention, le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne : (...) 2) Qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner."* [11]

Il existe deux possibilités pour réaliser une demande d'asile:

- se présenter à la frontière
- être sur le sol français.

Concernant l'étranger se trouvant déjà en France, il doit tout d'abord se rendre dans une association agréée pour obtenir une domiciliation. A Nantes, ces associations sont l'Accueil Information Demandeurs d'Asile (AIDA) et le Groupement Accueil Promotion du travailleur immigré (G.A.S PROM). Une fois la domiciliation obtenue, il doit alors se présenter à la préfecture pour y demander une autorisation provisoire de séjour et le formulaire de demande d'asile. La préfecture réalise une prise d'empreintes du demandeur qu'elle transmet au fichier européen ainsi qu'à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). En effet une seule demande européenne est possible ; en cas de double demande, la demande d'asile sera alors rebutée [12]. Tous les documents doivent être remis dans un délai de trois semaines. L'obtention de la convocation ouvre les droits à la Couverture Maladie Universelle (CMU) à la demande du réfugié. [13]

De plus, l'étranger reçoit ensuite de l'OFPRA une lettre d'enregistrement lui permettant de faire une demande en Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA) et d'ouvrir un

compte à la poste. Ce dernier lui permet de percevoir l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) versée par Pôle Emploi à hauteur de 300 euros par mois environ durant toute la procédure d'asile. Enfin à Nantes, le demandeur d'asile peut demander une carte de transport gratuite auprès de la mairie de Nantes. [13]

En 2013, l'OFPRA a publié un compte rendu relatant que sur 66251 demandes, 22861 étaient africaines. Au total, 12% des demandes ont été acceptées dont 37% étaient africaines. [14]

En cas d'acceptation la préfecture délivre les documents pour l'obtention du titre de séjour. Cependant, en cas de refus, le recours à la décision est possible, sur présentation du reçu de recours délivré par la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA), le demandeur reçoit alors le renouvellement de son récépissé valant comme une autorisation de séjour. Celui-ci est valable trois mois et renouvelable jusqu'au rendu de la décision. [12]

En ce qui concerne les enfants nés en France d'étrangers, ils deviennent Français de plein droit à la majorité s'ils ont résidé plus de cinq ans en France depuis l'âge de 11 ans. [15]

La notion de « pays d'origine sûrs » a été introduite dans le droit français par la loi du 10 décembre 2003. A partir de l'article L.741-4,2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, un pays est considéré comme sûr « s'il veille au respect des principes de liberté, de la démocratie et de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». Cet article affecte les demandeurs d'asile issus des Etats figurant sur cette liste. Ils ne peuvent donc pas accéder à la demande d'asile et à l'ATA. Cette liste comprend dix-sept Etats dont cinq africains : le Bénin, le Cap-Vert, le Ghana, le Mali et le Sénégal. [16]

b) Les solutions de logements

Les femmes arrivant seules et n'ayant pas de réseaux familiaux pour s'héberger ont peu de solution de logement. En attendant leurs récépissés, la nuit est bien souvent passée dans la rue. Elles peuvent malgré tout appeler le 115 (Samusocial) qui répond aux demandes d'hébergement d'urgence des personnes sans abri, malheureusement peu de solutions leurs sont proposées. Une femme guinéenne mère d'un garçon de 3 mois, avec qui nous avons eu la

chance d'avoir un entretien me raconte : « j'appelais le 115 mais ils me répondaient que, tant que je n'avais pas accouchée, je n'étais pas prioritaire. »

L'hébergement d'urgence est une solution momentanée pour pallier à une absence de logement à un moment donné. C'est l'équipe du Samu social qui prend en charge ces femmes et les accompagnent sur leur lieu d'hébergement si une place a été trouvée. D'après les derniers chiffres, il y a, à Nantes, 68 places en centre d'urgence et 30 supplémentaires pour le plan hivernal. Il semble donc bien difficile de répondre correctement aux besoins des demandeurs et de remplir leurs objectifs qui sont d'accueillir, d'écouter, d'informer, d'orienter et d'accompagner. A Nantes, il y a trois centres d'hébergements d'urgence dont un seul héberge les femmes seules. [17]

Ce n'est qu'une fois en possession de leurs récépissés qu'elles peuvent accéder au CADA. C'est un foyer ou un hôtel spécialisé pour l'hébergement des demandeurs d'asile durant le temps d'examen de leur demande. Les CADA sont séparés de la catégorie des Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), car ils relèvent de l'action sociale et sont donc financés par l'Etat via les préfectures des régions qui assurent la tarification [18]. A Nantes, ces hôtels se situent aussi bien dans le centre-ville que dans l'agglomération nantaise. Ils disposent plus ou moins de service de lingerie ou encore d'une cuisine collective. Les demandeurs d'asile peuvent donc bénéficier de ces lieux. En revanche, si leur demande est refusée ils se verront alors exclus de leur logement et aucune solution ne s'offre à eux. Dans ce cas, ils ne perdent pas seulement un toit, un endroit où cuisiner, où se laver mais aussi l'ATA. De plus, ils n'ont plus le droit à la CMU et leurs droits s'arrêteront un an après leur dernière demande de CMU.

c) L'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS)

L'UGOMPS créée en 2004 se situe au rez-de-chaussée de la maternité de Nantes. Elle a pour mission d'accueillir et de prendre en charge des femmes en difficulté sociale, psychologique et médicale. Une équipe multidisciplinaire dont quatre médecins, deux sages-femmes et deux assistantes sociales assurent le suivi des grossesses de femmes fragilisées et peuvent proposer un suivi gynécologique à des femmes socialement marginalisées.

Le nombre de consultations annuelles de grossesse honorées est en augmentation. En

effet, il y en a eu 1559 en 2011 contre 1762 consultations de grossesse en 2013. Le pourcentage de patientes non venues à la consultation est de 22 % en 2011 et 27 % en 2013. [19]

En ce qui concerne le suivi de grossesse, le temps prédéfini de consultation est de 30 minutes contre 15 minutes en consultation classique. Ce temps est nécessaire afin de procéder à une prise en charge globale. De plus, bien souvent la barrière de la langue rend la consultation difficile. Lorsque cela est possible, un traducteur permet d'améliorer la communication et la bonne transmission des informations. L'unité prend aussi en charge les victimes de violences physiques ou morales et, plus spécialement les femmes africaines ayant subi des mutilations sexuelles.

d) L'Association Santé Migrants Loire Atlantique (ASAMLA)

L'ASAMLA, située en face de l'entrée de la maternité du CHU de Nantes, « a pour but de favoriser l'intégration par l'accès aux droits, aux soins et à l'éducation des populations immigrées, issues de l'immigration ancienne ou récente ». [20]

Ses objectifs principaux sont :

- Favoriser la communication entre les migrants et les professionnels de santé et du social via des interprètes.
- Promouvoir la santé dans le respect et l'intégration des cultures.
- Lutter contre toutes les discriminations à caractère raciste.

Selon le rapport d'activité de 2013 de l'ASAMLA : « L'interprétariat dans le domaine de la santé reste, cette année encore, le secteur le plus important avec 53% du temps d'intervention », quant au secteur social, il regroupe 19% de l'interprétariat. A noter que la population africaine représente seulement 12% des besoins en interprète. [21]

e) Accueil Information Demandeurs d'Asile (AIDA)

A Nantes, c'est l'association Saint Benoit Labre. Depuis 1953, « elle lutte contre l'exclusion des personnes en difficultés sociales et professionnelles et vient en aide aux plus démunis ». Elle gère aussi des services et des établissements d'accueil, d'urgence et d'insertion. [22]

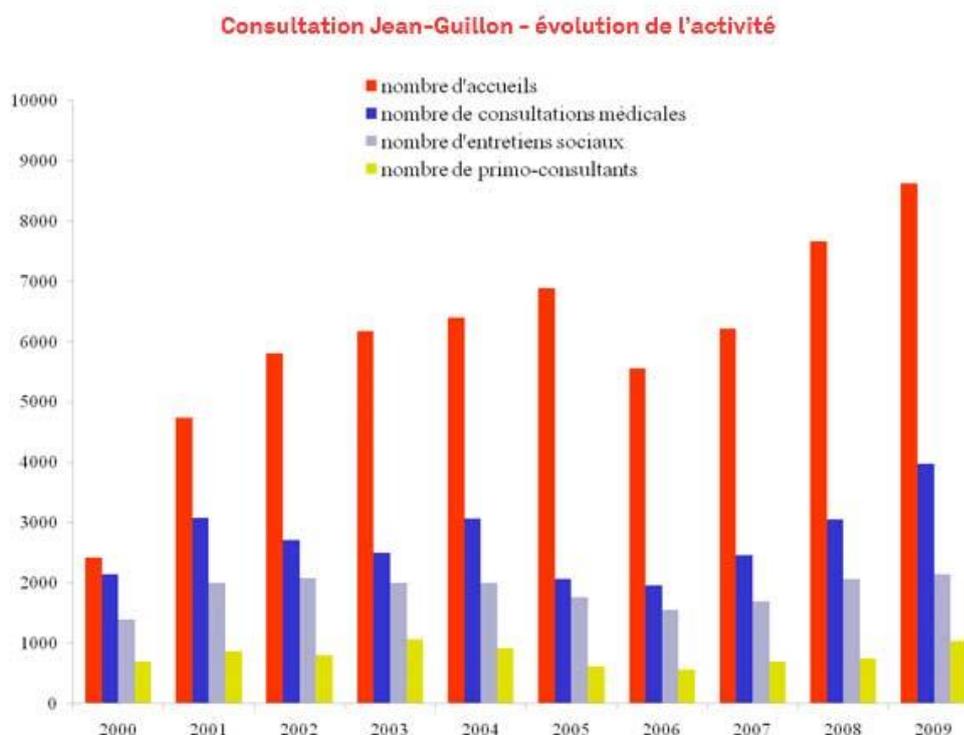
f) La Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS)

La loi du 29 juillet 1998 relative à l'orientation de lutte contre les exclusions a permis d'instaurer la PASS. Elle représente un outil pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies. Ce n'est pas seulement un partenariat avec l'hôpital mais aussi avec les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Leurs rôles est de fournir, sans démarches administratives ni avancement d'honoraires, des consultations médicales, des soins infirmiers ou de toilette ou encore des médicaments. La PASS a aussi pour mission d'accompagner les migrants dans les démarches concernant les droits sociaux et notamment la couverture sociale. [23]

A Nantes, la PASS ou centre Jean Guillon est situé dans le bâtiment Le Tourville. Les consultations sont en nette progression. En effet, on comptait environ 2500 consultations en 2000 et presque 9000 consultations en 2009.

Figure 3 : L'évolution de l'activité de la consultation Jean-Guillon [24]



La consultation de Jean-Guillon est un « lieu d'écoute, d'orientation et d'accompagnement médico-social ». Les patients y sont reçus avec ou sans rendez-vous.

A Nantes, les patients peuvent y trouver [24] :

- Des renseignements et une aide dans les démarches pour la protection maladie, les droits sociaux et les aides à la vie quotidienne.
- Des consultations de médecine générale
- Des soins infirmiers
- Un suivi de grossesse est possible, les patientes sont orientées vers l'UGOMPS.
- Une avance des médicaments
- Des consultations et soins dentaires en association avec le centre dentaire de l'Hôtel Dieu.

6) La situation des femmes migrantes

a) La migration féminine

Comme énoncé précédemment, en 2008 les femmes sont devenues majoritaires parmi les immigrés, leur part étant de 54%.

La féminisation varie selon les pays d'origine. Les immigrés d'Afrique centrale ou du Golfe de Guinée (Côte d'Ivoire, Cameroun, République Démocratique du Congo) ont les taux de féminisation les plus élevés (53 %) contrairement aux populations marocaines et tunisiennes où les hommes sont majoritaires.

Par ailleurs, les profils des migrantes se diversifient. Mis à part les migrations liées au regroupement familial, leurs motivations sont liées à une volonté d'émancipation, à un rejet des contraintes familiales ou statutaires jugées trop rigides. On peut ajouter la recherche de plus grandes opportunités sociales et professionnelles que celles offertes par les pays d'origine, en particulier pour les diplômées. [25]

On observe ainsi l'augmentation des migrations autonomes. Ce sont les départs autonomes de femmes célibataires. Ainsi 57% des migrantes originaires d'Afrique centrale ou du Golfe de Guinée partent seules. Ce qui engendre des difficultés multiples pour ces femmes [26] :

– La maîtrise de la langue : la grande majorité des immigrées ne disposent que d'une connaissance très modeste de la langue française à leur arrivée. Seules 31% d'entre elles déclarent alors avoir un bon ou un très bon niveau linguistique. En effet, la connaissance de la langue française est déjà importante pour la plupart des immigrées d'Afrique guinéenne ou centrale (73 %). Ensuite, viennent les femmes originaires de pays francophones ayant une maîtrise de la langue française moins élevée: les migrantes d'Afrique sahélienne, d'Algérie, du Maroc et de la Tunisie.

– L'accès aux droits : la faible maîtrise de la langue peut restreindre leur accès. Certaines femmes n'osent alors pas se tourner vers les administrations. Elles se tournent donc parfois vers des connaissances ou encore des organismes rémunérés.

– L'exposition aux violences : la migration autonome entraîne une insécurité supplémentaire pour les migrantes. En effet, celles-ci réalisent leurs parcours sans le soutien ni la protection de parents ou de réseaux migratoires. Les migrantes en situation irrégulière se trouvent dans une situation de précarité qu'elle soit administrative, matérielle ou encore sociale. Ceci renforce leur vulnérabilité vis-à-vis des violences commises par des passeurs ou encore des compagnons de « fortune » rencontrés au fil de leur parcours.

Grâce à notre recueil de données, nous pouvons illustrer ces informations. Une femme guinéenne ayant réalisé un mariage arrangé avec un homme français, arrive sur Paris. Elle est alors, d'après ce qu'elle a dit au professionnel de santé, violée à plusieurs reprises par son compagnon et subit des viols collectifs par celui-ci et des amis à lui. Elle réussit à fuir, et se réfugie chez un homme rencontré à la gare en arrivant. Malheureusement elle se retrouve à nouveau victime de viol. Ce n'est qu'ensuite qu'elle réussira à accéder aux associations pour lui venir en aide.

b) Santé des immigrés : une étude sociodémographique

En 2010, une étude Anglaise a été réalisée par Hiranthi Jayaweera et Maria A. Quigley [27]. Elle a pour but de mettre en évidence les différences de santé et d'accès à celle-ci entre différents groupes ethniques et la population née au Royaume-Uni. La santé des migrants serait un bon indicateur de leur intégration. Ils partent du principe de l'inégalité ethnique, ils vont

donc mettre en évidence des indicateurs positifs et négatifs associés à l'ethnie, le fait d'être né à l'étranger et le temps de résidence au Royaume-Uni. L'échantillon est constitué de 17 258 mères dont 2327 nées à l'étranger. Il y a donc 14 969 femmes autochtones et 367 femmes immigrées originaires d'Afrique noire. Elle compare aussi les populations Indiennes, Pakistanaïses ou des Caraïbes.

Cette étude montre que parmi les mères africaines dont 73% sont nées à l'étranger ; 39% d'entre elles sont mère célibataire contre 14.2% de la population témoin.

Globalement la santé générale des immigrées est significativement moins importante que celle de la population autochtone. En revanche les addictions au tabac et à l'alcool sont inférieures à la population témoin ainsi que la tendance à la dépression, ce sont donc des facteurs bénéfiques. De plus, l'absence de soins anténataux ne semble pas liée à l'ethnie mais plutôt le jeune âge maternel et l'absence de travail ou d'avoir effectué des études supérieures. L'état de santé est multifactoriel notamment la plus longue résidence au Royaume-Uni diminue l'écart au niveau économique et des addictions.

L'organisation internationale de l'immigration souligne que « les personnes les plus vulnérables dans le monde sont les femmes migrantes en situation irrégulière [...] ou les demandeuses d'asile ». Etant donné que ces femmes sont plus sujettes aux violences sexuelles et ont peu accès au planning familial et à l'éducation intellectuelle ou sexuelle, elles sont alors plus concernées par les grossesses non désirées. La crainte de l'expulsion et d'être dénoncée constitue un élément essentiel quand elles sont en situation irrégulière et donc restreint particulièrement les soins anténataux. [28]

II- Entretien

Lors de la réalisation de ce mémoire, nous avons souhaité intégrer un entretien d'une patiente migrante afin d'illustrer un de leurs parcours.

Nous appellerons cette patiente Fatoumata à sa demande, elle est originaire de Guinée et est âgée de 33 ans.

En octobre 2014, Fatoumata nous donne rendez-vous à Nantes, dans l'hôtel où elle est hébergée. A notre arrivée, nous constatons que c'est un hôtel réservé aux migrants, ils disposent d'une petite cuisine dans l'entrée et ont aussi d'un accès à un service de laverie.

Fatoumata nous reçoit dans sa chambre avec son nouveau-né. Elle n'a pas souhaité que l'entretien soit enregistré, c'est donc à l'aide de la prise de notes que nous retranscrivons l'entretien.

Pour commencer et installer un climat de confiance, Fatoumata nous raconte son accouchement, le 10 août 2014, elle a donné naissance à un garçon par césarienne. Elle nous raconte qu'elle séjournait dans un hôtel à Sainte-Luce, mais qu'après la naissance elle s'est installée ici. Pour avoir ce logement, elle a contacté HUDA famille, une branche de l'association AIDA. On lui a alors transmis un certificat pour avoir son logement, elle nous dit avoir été aidée par une assistante sociale pour les démarches administratives ainsi que d'un avocat rencontré à la Cimade (association qui œuvre pour l'accompagnement des migrants, pour la défense et la promotion de leurs droits).

Fatoumata est demandeuse d'asile, elle bénéficie donc de l'ATA qui s'élève à 330 euro dans son cas. Elle raconte se rendre aux Restos du Cœur et au Secours Populaire pour l'alimentation et obtenir des produits de première nécessité comme les couches et des vêtements pour son nouveau-né.

Elle nous raconte ensuite d'où elle vient. Elle est diplômée d'un master 2 d'agronomie en Guinée. C'est lors de ses études qu'elle rencontre le père de son enfant. Le problème est qu'ils ne sont pas de la même caste. Elle appartient à la caste des Malinkés, et lui des Peuls. « Ils ne peuvent alors normalement pas être ensemble, les peuls et malinkés ne mangent pas ensemble, et n'ont pas les mêmes cimetières » par exemple.

Au début, elle cachait sa relation à sa famille parce qu'elle savait que cela n'allait pas être accepté. Or, son copain l'a demandé en mariage dans son village de Kouroussa. Cependant, elle était déjà destinée à un homme de son village qu'elle ne désirait pas. Ses parents se sont donc opposés à ce mariage. Elle ajoute que les élections guinéennes se sont « emmêlées ». Elle nous explique alors le contexte politique. En 2010, au deuxième tour, les deux candidats sont un malinké et un peul. Elle relate subir des violences physiques et morales par rapport au conflit entre les deux castes. Ils sont donc été exclus tous deux de leur famille respective.

Elle nous confie avoir deux enfants adoptifs en Guinée, ce ne sont pas ses enfants biologiques. Elle élève à cette époque, l'enfant de son frère veuf et la fille de la co-épouse de son « tuteur » d'étude qui est polygame. Les enfants ont aujourd'hui 6 et 7 ans. Sa culture veut que ce soit elle qui s'occupe des enfants, elle nous raconte ne pas avoir eu le choix.

Elle s'est installée à Conakry avec son mari, la capitale de la Guinée. C'est le candidat de la caste de Fatoumata qui a remporté les élections. Son conjoint, membre actif du parti opposé fut emprisonné. Elle relate avoir eu peur de sortir de chez elle car elle se faisait « attaquée et insultée [...] parfois on se jette sur toi parce que les personnes ne comprennent pas pourquoi je suis avec un peul [...] c'était une vie dure, je n'étais pas en sécurité ». Les violences et sa grossesse la conduisirent chez une cousine pour prendre soin d'elle.

Nous la questionnons alors sur sa venue en France, d'après ses dires, la décision ne vient pas d'elle, elle n'avait jamais pensé venir en France : « avec la souffrance des familles, son rejet et les personnes qui me persécutent, j'ai été obligée de venir ». Ne pouvant financer son départ, ce sont les partisans, amis de son mari qui lui ont permis d'obtenir de faux papiers pour le vol jusqu'à Paris. La discussion des moyens financiers et de l'obtention illégale de papiers est difficile à aborder, elle finit par conclure « un jour, on m'a appelée, je ne savais pas que c'était à propos du voyage, on m'a demandé de préparer mes affaires et informée que « tout était prêt », je devais partir ».

Elle a réalisé le voyage avec un « monsieur » comme elle l'appelle, guinéen ayant la nationalité française, qu'elle n'avait jamais rencontré auparavant. Celui-ci ayant été payé pour l'accompagner à Nantes et lui trouver un logement sur place. Cependant, l'histoire ne s'est pas déroulée comme prévu, il lui a demandé de l'attendre à la gare le temps qu'il aille chercher une voiture. Elle relate avoir attendu des heures sans savoir combien de temps, mais qu'il n'est jamais revenu... C'est à l'aide d'un couple de nigériens rencontrés à la gare qu'elle a pu être

mise en contact avec une famille guinéenne qui l'a hébergée le temps qu'elle prenne contact avec les associations.

Lors de cette rencontre, elle était toujours en attente de la réponse de l'OFPRA quant à sa demande d'asile. Elle est en contact avec la PASS et les associations d'aide alimentaire et vestimentaire.

Elle vit seule, ne sort de chez elle que pour ses rendez-vous et n'a aucune connaissance mis à part un guinéen qui a étudié avec elle en Guinée, qui l'aide dans ses démarches administratives.

Elle espère un jour avoir des nouvelles de son mari, elle ne possède pas de numéros de téléphone où le joindre, elle pense qu'il est sorti de prison. D'après ce qu'elle nous relate, elle ne peut rencontrer un autre homme parce qu'elle est déjà mariée et ne peut le cacher.

Si elle reste en France elle souhaite travailler et continuer ses études dans l'agronomie. Elle ne sait pas si ses diplômes sont valables en France.

Elle a laissé ses enfants adoptifs à sa sœur. Elle était triste de les laisser mais elle n'avait pas le choix, le fils de son grand frère avait 6 mois quand elle l'a recueilli.

Pour terminer, elle nous confie préférer vivre ici, même si sa demande d'asile est rebutée, elle se sent en sécurité et à peur de mourir si elle rentre en Guinée...

III- Matériels et méthodes

A la maternité de Nantes, les femmes en situation de précarité sont dirigées vers l'UGOMPS pour les consultations. Les professionnels de santé font donc face à des situations difficiles puisque ces femmes ont toutes des parcours différents et les informations concernant leurs santé nécessitent une attention particulière. Dans ce contexte, il s'agit de déterminer quelles sont les différences de suivi de grossesse, comparer les modalités d'accouchements et la santé des nouveau-nés par rapport aux femmes d'origine françaises.

Nous qualifierons les femmes d'origine africaine comme femmes migrantes ou africaines. En effet l'ensemble des femmes sélectionnées dans le groupe de cas sont nées sur le territoire africain.

La lecture de différents écrits et le regard des professionnels par rapport à ces femmes a permis de mettre en avant des hypothèses servant de trame au mémoire :

- Ces femmes présentent plus de pathologies médicales pendant la grossesse telles que le diabète gestationnel ou encore l'hypertension artérielle.
- L'issue de la grossesse serait marquée par un taux plus élevé de césariennes
- Les femmes migrantes présenteraient plus de facteurs de risques individuels

1) Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le mode de suivi de grossesse et d'accouchement des patientes immigrées au sein de la maternité du CHU de Nantes.

Les critères de jugements étaient basés principalement sur :

- Le nombre d'échographies
- La réalisation du triple test
- Les pathologies de la grossesse
- Le mode d'accouchement
- Le score d'Apgar à la naissance des nouveau-nés

L'objectif secondaire était de recueillir et d'évaluer les situations de violences, qu'elles soient conjugales ou physiques telles que les viols ou les mutilations sexuelles féminines.

2) Méthode de sélection

L'objectif était d'obtenir 150 dossiers de femmes étant nées sur le continent africain et 150 dossiers de femmes d'origine française afin de comparer les deux groupes. Pour cela, depuis le 5 janvier 2014 les feuilles de consultations de l'UGOMPS sont collectées. Nous avons vérifié le lieu de naissance de chaque patiente ayant consulté à partir de cette date. La dernière patiente incluse a consulté à l'UGOMPS le 21 mars 2014. Le but étant d'avoir accès à l'ensemble de la grossesse et du post-partum, le recueil des données a eu lieu deux mois après l'accouchement au minimum. De plus, pour valider l'étude et augmenter la puissance statistique, nous avons recueilli le groupe de témoins à partir du cahier d'accouchements de la salle de naissance. Les patientes ont été appariées à partir de la date d'accouchement et de l'âge. En partant de la date d'accouchement, un tirage au sort a été réalisé pour les femmes ayant plus ou moins 5 ans par rapport à la femme d'origine africaine.

Les critères d'exclusion de l'étude étaient : les grossesses gémellaires, les accouchements prématurés avant 35 semaines d'aménorrhées, les morts in utéro et les interruptions médicales de grossesse.

3) Méthode d'intervention et règles éthiques

L'étude effectuée était une étude cas témoin basée sur un recueil de données rétrospectif systématique sur des dossiers papiers et informatisés. Quand ces dossiers étaient entièrement informatisés ou en partie, ils étaient remplis à partir d'un logiciel appelé Périnat-Gynéco. En ce qui concerne les dossiers papiers, la demande a été faite aux archives de Nantes afin de pouvoir les consulter.

Nous avons effectué notre étude sur une population de patientes du CHU de Nantes. Nous avons atteint un de nos objectifs car l'échantillon de l'étude est composé de 150 patientes immigrées d'origine Africaine.

L'anonymat des patientes a été respecté, aucune information permettant de connaître l'identité des patientes n'a été diffusée. Le recueil et les graphiques ont été réalisés grâce au logiciel EpiData.

4) Méthode d'observation

Caractéristiques personnels :

- Date de naissance
- Pays d'origine
- Date d'arrivée en France
- Activité professionnelle
- Couverture sociale
- Situation familiale
- Indice de masse corporelle
- logement
- Addictions

Caractéristiques de la grossesse :

- Parité et gestité
- Nombre de fausses couches spontanées et d'interruption volontaire de grossesse
- Grossesse attendue
- Contraception utilisée avant cette grossesse
- Date de début de grossesse
- Nombre d'échographies
- Nombre de consultations d'urgence
- Pathologies
- Nombre d'hospitalisations

Caractéristiques de l'accouchement :

- Mode de début de travail

- Mode d'anesthésie
- Date d'accouchement et terme de celui-ci
- Mode d'accouchement
- Etat des lésions périnéales
- Présence d'une hémorragie de la délivrance

Caractéristiques du nouveau-né :

- Sexe
- Poids de naissance
- Evaluation par le score d'APGAR
- Ph artériel
- Mode d'alimentation

Caractéristiques des suites de couches

- Durée du séjour
- Présence d'une anémie
- Contraception prescrite en suites de couches
- Visite post-natale, contraception et mode d'alimentation ce jour

Caractéristiques des différents types de violences :

- Mutilations sexuelles féminines
- Violences conjugales
- Viols

5) Méthode d'évaluation

Les tests statistiques ont été réalisés à partir du logiciel EpiData.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Khi^2 . Lorsque l'effectif était insuffisant, le test de Fisher a été utilisé. En ce qui concerne

la comparaison entre une variable quantitative et une variable qualitative, nous avons utilisé le test de Student.

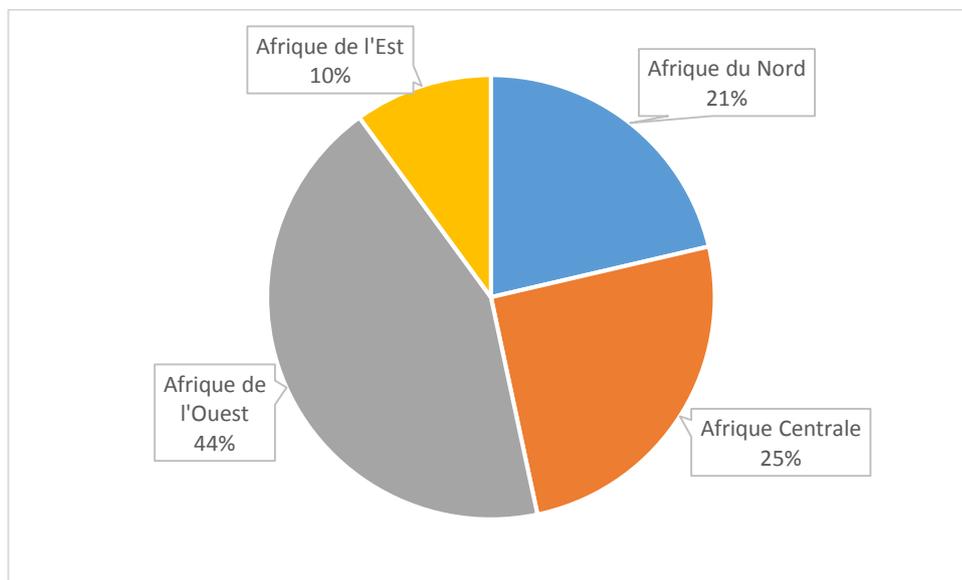
Dans le but de définir si deux variables sont significativement différentes, la valeur de « p » est déterminante. Le seuil dû au hasard est de 5 %. Ainsi une valeur de $p < 0,05$, nous permettait de conclure à une différence statistiquement significative.

IV- Résultats

1) Caractéristiques géographiques

Les pays d'origine des patientes ont été classés en quatre catégories (figure 4). Les critères géographiques sont basés sur la définition de l'ONU.

Figure 4 : L'origine des patientes africaines (n=150)



On remarque que 44% des femmes sont originaires d'Afrique de l'Ouest dont 45% de Guinée, soit 19% de notre échantillon. Par ailleurs les autres pays majoritaires de l'Afrique subsaharienne sont le Congo et le Nigéria avec 11% de l'échantillon puis la Cote d'Ivoire qui en représente 7%.

Parmi les 150 patientes africaines, 21% sont originaires du Maghreb. Parmi elles, on peut mettre en évidence une forte présence de femmes algériennes (78%). Cela représente 17% de notre échantillon total.

2) Caractéristiques démographiques

Dans notre échantillon (tableau II), les femmes sont nées entre 1971 (soit 43 ans en 2014) et 1994 (20 ans). La majorité des patientes est de la tranche d'âge 25-33 ans et l'âge moyen est de 29,1 ans \pm 5,4.

Les femmes françaises ont en moyenne 29,05 ans, et les femmes d'origine Africaines ont en moyenne 29,12 ans. Cela montre la similitude au niveau de l'âge dans notre échantillon. Enfin, quel que soit l'origine des femmes, la médiane est de 29,60 ans.

Tableau II : Répartition des âges (n=300)

Année	N	%
15 - 19	22	7.3
20 - 24	46	15.3
25 - 29	92	30.7
30 - 34	108	36.0
35 - 39	24	8.0
40 - 44	8	2.7

Parmi les 150 dossiers de femmes migrantes, la date d'arrivée sur le territoire français était renseignée sur 92 dossiers soit 61% d'entre eux (tableau III). En moyenne, les femmes migrantes sont en France 1.55 années avant la date de leur accouchement et la médiane est fixée à 1 an. On peut remarquer que 25% d'entre elles sont arrivées 6 mois ou moins de 6 mois avant leurs accouchements.

*Tableau III : Arrivée en année des femmes migrantes par rapport à la date d'accouchement.
(n=92)*

Obs.	Somme	Moy	Var	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err		
92	142.80	1.55	3.28	1.81	1.18	1.93	0.19		
Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max	
	0.200	0.300	0.500	1.0	2.00	3.78	6.00	10.00	

3) Caractéristiques sociologiques

a- Différence d'âge entre la mère et le père

Premièrement (tableau IV) on remarque que l'âge de seulement 49 pères a été recueilli dans le groupe des femmes migrantes contre 101 dans le groupe des femmes françaises. Malgré cet écart, la différence de moyenne d'âge est significativement différente entre les deux groupes. Elle est de 2.24 ans supérieures chez les pères des enfants des femmes françaises contre 6.00 ans chez les pères des femmes africaines.

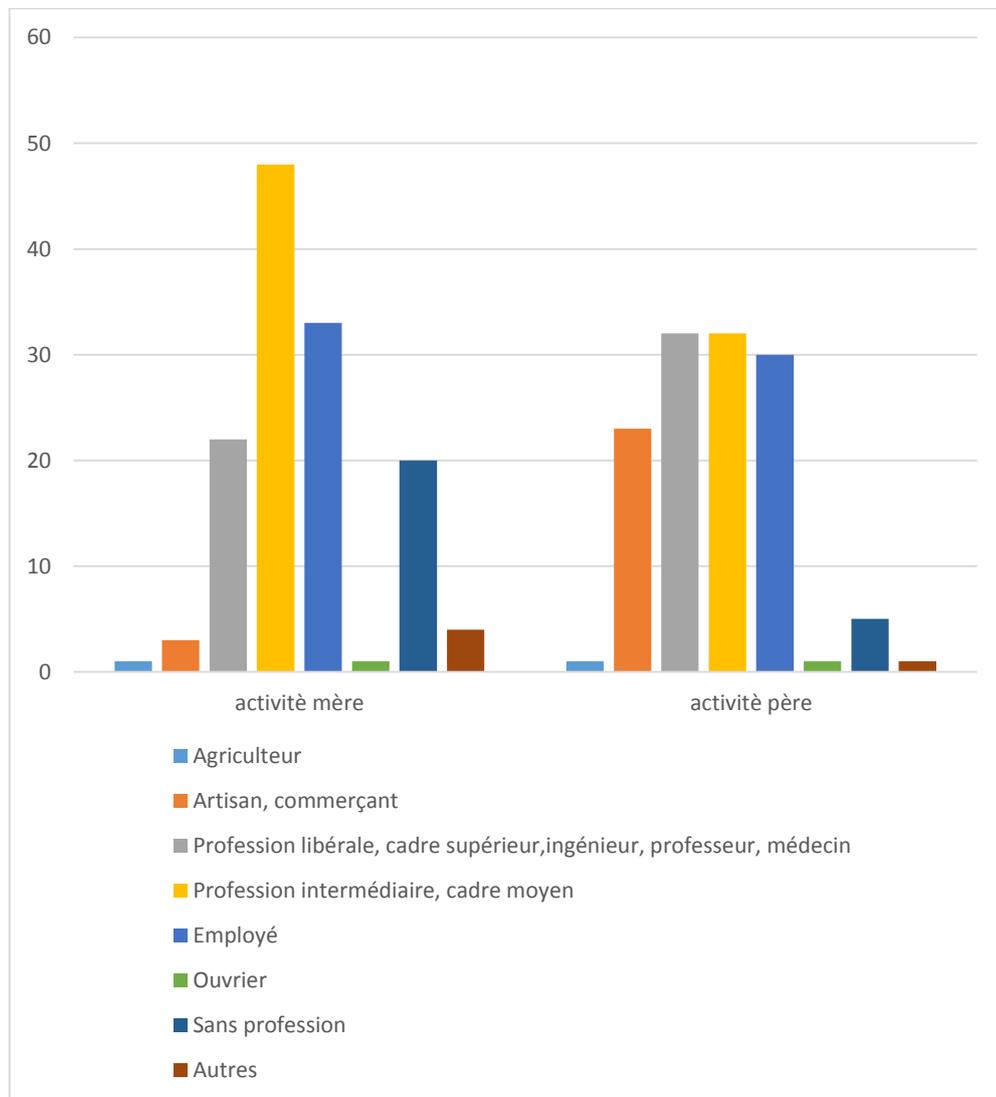
*Tableau IV : Différences d'âges entre la mère et le père selon l'origine des patientes
(n=150)*

	Obs.	Somme	Moy	Var	Std Dev	95% CI	Moy	Std Err	
Françaises	101	226.00	2.24	16.84	4.10	1.43	3.05	0.41	
Migrantes	49	293.80	6.00	44.34	6.66	4.08	7.91	0.95	
origine	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Françaises	-5.20	-3.49	-2.16	-0.250	1.60	4.40	7.34	10.32	19.90
Migrantes	-7.30	-4.05	-0.70	2.15	5.60	9.80	16.10	18.70	25.30

P=0.00004

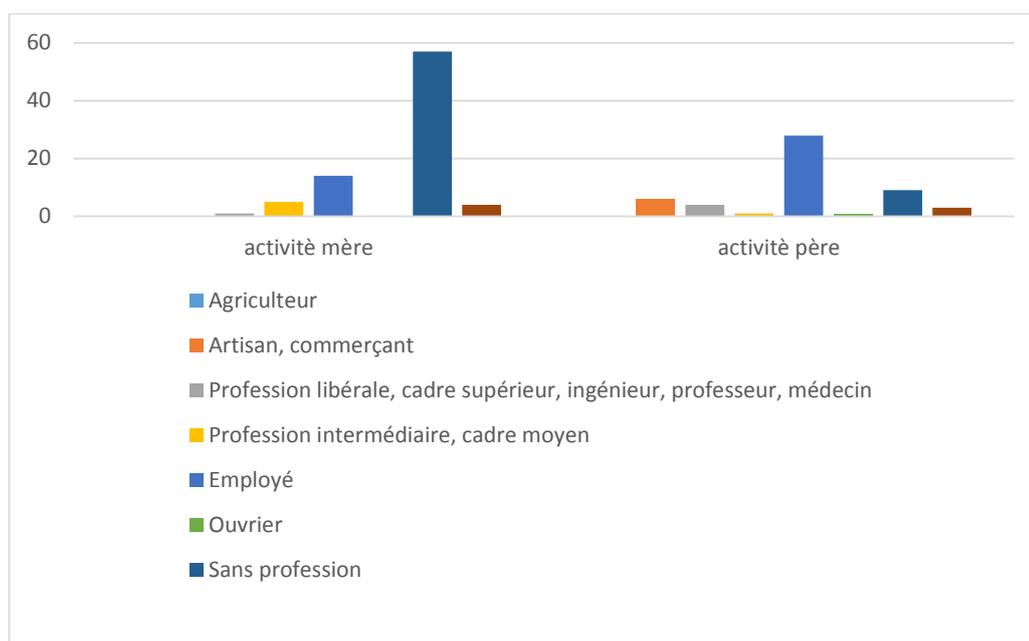
b- Activité professionnelle

Figure 5 : Effectif de l'activité professionnelle des couples français (n=257)



Cet histogramme (figure 5) montre qu'au sein de l'échantillon français, les femmes ont généralement un emploi. Au total, 9,7% sont sans profession (15% au niveau des femmes uniquement). L'échantillon montre que les femmes et hommes français sont essentiellement issus de la profession intermédiaire (31,1%), contre 24,5% pour le statut employé.

Figure 6 : Effectif de l'activité professionnelle des couples d'origine africaine (n=133)



Au niveau de l'activité professionnelle au sein de l'échantillon africain (figure 6), on peut mettre en évidence que la majorité de notre échantillon est sans profession. Et pour cause, 49,6% de la population étudiée ne travaille pas. Ce taux atteint 70% si nous étudions uniquement l'activité professionnelle des femmes africaines.

Par ailleurs, on peut noter que les hommes ont plus de travail que les femmes, 82,7% des hommes africains possèdent un emploi contre seulement 30% chez les femmes. Quelques soit le sexe étudié, l'échantillon montre que le statut d'employé est majoritaire (62,7%).

Pour le groupe des couples français (tableau V et VI), dans 78% des cas, la mère et le père ont un emploi contre 20% des couples d'origine africaine.

Tableau V : Emploi des couples d'origine française (n=125)

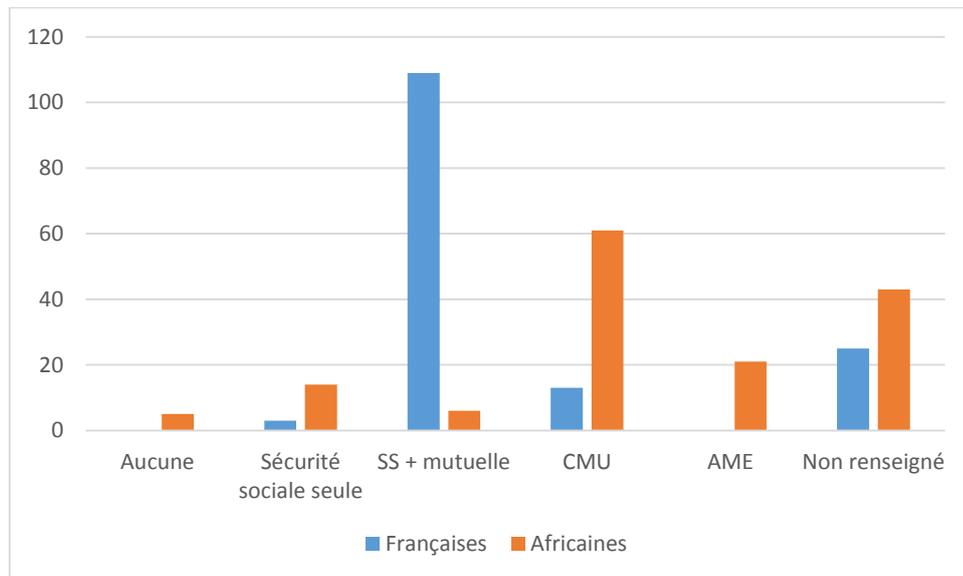
EMPLOI PERE	ORIGINE FRANCAISE				Total
	EMPLOI MERE				
	Avec un emploi	Etudiant	Au chômage	Autre	
Avec un emploi	97	2	7	7	113
Etudiant	1	0	0	1	2
Au chômage	3	0	0	2	5
Autre	0	0	0	5	5
Total	101	2	7	15	125

Tableau VI : Emploi des couples d'origine africaine (n=52)

EMPLOI PERE	ORIGINE AFRICAINE				Total
	EMPLOI MERE				
	Avec un emploi	Etudiant	Au chômage	Autre	
Avec un emploi	12	3	0	21	36
Etudiant	0	1	0	1	2
Au chômage	1	0	0	4	5
Autre	0	0	0	9	9
Total	13	4	0	35	52

c- Couverture sociale :

Figure 7: Couverture sociale (n=300)



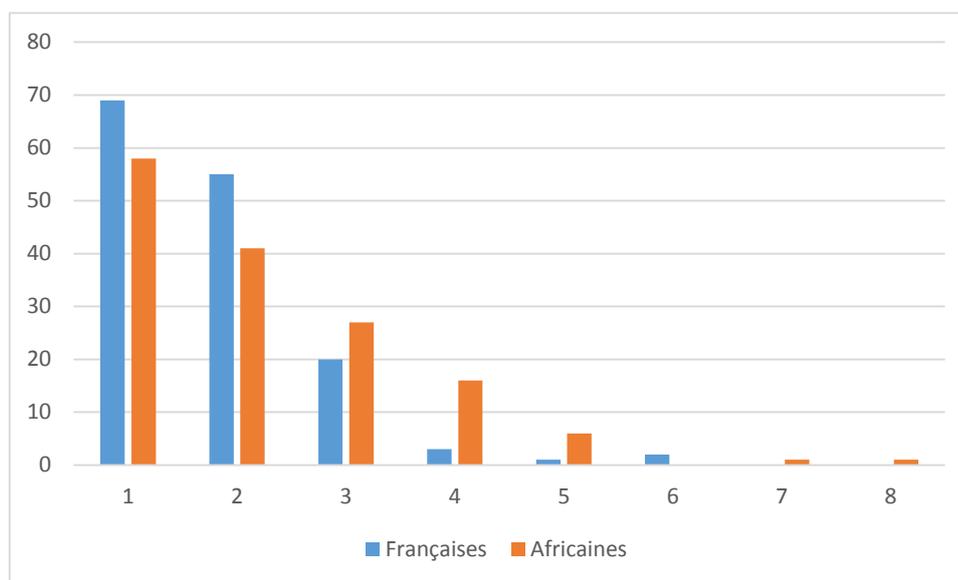
L'histogramme (figure 7) nous permet de mettre en évidence le fait que les femmes nées en France ont une couverture sociale beaucoup plus importante que les femmes d'origine africaine. En effet, sur les 150 femmes françaises, 109 soit plus de 72%, ont une mutuelle en plus de la sécurité sociale alors que seulement 6 femmes africaines ont cette même couverture.

Par ailleurs, on remarque que la CMU et l'Aide Médicale d'Etat (AME) sont majoritairement utilisés par les femmes originaires d'Afrique (82 femmes contre seulement 13 pour les femmes françaises).

Pour finir, on peut également mettre en évidence le fait que l'on ne connaît pas la couverture sociale de 78 personnes (25 femmes française et 43 femmes africaines), soit 26% de l'échantillon total.

d- Parité des femmes

Figure 8 : Parité des femmes (n=300)



Ce graphique (figure 8) nous permet de mettre en évidence que la majorité des femmes sont primipares quel que soit leur origine, soit 46% des femmes françaises et 38,7% des africaines. De plus, on peut noter un écart important entre le deuxième et le troisième enfant. En effet, il y a un peu plus de 20 points d'écart entre les deux pour une femme française (36,7% et 13,3%), contre seulement moins de 10 points pour les femmes africaines (27,3% et 18%).

La parité moyenne des femmes migrantes est 2.20 ± 1.32 et 1.79 ± 0.95 chez les femmes françaises avec un $p < 0.05$. On peut ajouter que 25% des femmes migrantes ont plus de trois enfants alors que cela concerne 10% des femmes françaises.

Tableau VII : Age des femmes au premier enfant (n=127)

Origine	Obs.	Somme	Moy.	Var	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err	
Africaines	58	1532.30	26.42	32.41	5.69	24.92	27.92	0.75	
Françaises	69	1918.00	27.80	31.01	5.57	26.46	29.13	0.67	
Origine	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Africaines	18.20	18.80	19.38	21.48	25.85	31.23	34.04	35.43	41.20
Françaises	17.30	18.55	19.70	23.70	28.00	32.10	33.90	38.10	41.30

p>0.05

On remarque (tableau VII) que les femmes africaines sont concernées par la primiparité 1,4 ans avant les femmes d'origine française. Cependant il faut noter que ce résultat n'est pas significatif.

Tableau VIII : Gestité des femmes selon leurs origines (n=300)

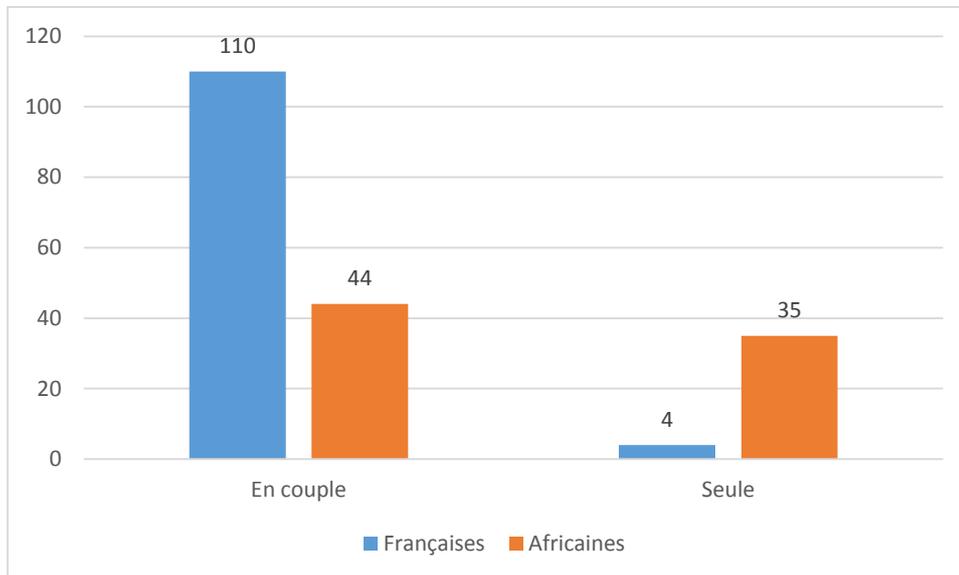
Origine	Obs.	Somme	Moy.	Var	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err	
Africaines	150	406.00	2.71	2.97	1.72	2.43	2.98	0.14	
Françaises	150	349.00	2.33	1.89	1.37	2.11	2.55	0.11	
origine	Minimum	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Africaines	1.0	1.0	1.0	1.0	2.00	4.00	5.00	6.00	9.00
Françaises	1.0	1.0	1.0	1.0	2.00	3.00	4.00	5.00	7.00

p=0.03

On peut remarquer que la moyenne de gestité des femmes migrantes est de 2.71 ± 1.72 , celle des femmes françaises est de 2.33 ± 1.37 . Les femmes d'origines africaines ont une grossesse significativement plus précoce que les femmes d'origine française. La différence de gestité est donc significative.

e- Situation familiale

Figure 9 : Situation familiale de l'échantillon (n=193)



En ce qui concerne la situation maritale de notre échantillon (figure 9), on remarque que 79,8% des femmes de notre échantillon sont en couple. Cependant, il faut noter que ce pourcentage est fortement corrélé au fait que 96,5% des femmes d'origine française sont en couple.

Au niveau des femmes d'origine africaine, l'écart est moins évident. Et pour cause, on peut mettre en évidence le fait que 45% des femmes d'origine africaine sont seules.

f- Indice de masse corporelle (IMC)

Tableau IX: Indice de masse corporelle (IMC) selon l'origine des femmes (n=300)

IMC	Françaises	Africaines
Minimum	15,06	15,43
Maximum	38,86	42,97
Moyenne	22,98	24,49
Ecart-type	4,37	4,53
Médiane	21,97	23,51

p=0.003

Concernant l'IMC, on remarque qu'en moyenne les femmes d'origine africaine ont un IMC significativement supérieur de 1,5 par rapport aux femmes d'origine française. La moyenne des femmes d'origine française étant de $22,96 \pm 4,37$ et celle des femmes d'origine africaine $24,49 \pm 4,53$.

La médiane respecte également cet écart, 21,97 contre 23,51.

g- Tabac

*Tableau X: Le tabagisme chez les femmes étudiées en fonction de leurs origines
(n=39)*

Tabac	Françaises	Africaines
Tabac	36 (24%)	3 (2%)
Nb. Cigarette en moyenne	6,44	4,67

Ce tableau (tableau X) montre que 36 femmes d'origine Françaises, soit 24% de l'échantillon des femmes d'origine française, fument en moyenne 6,44 cigarettes par jour.

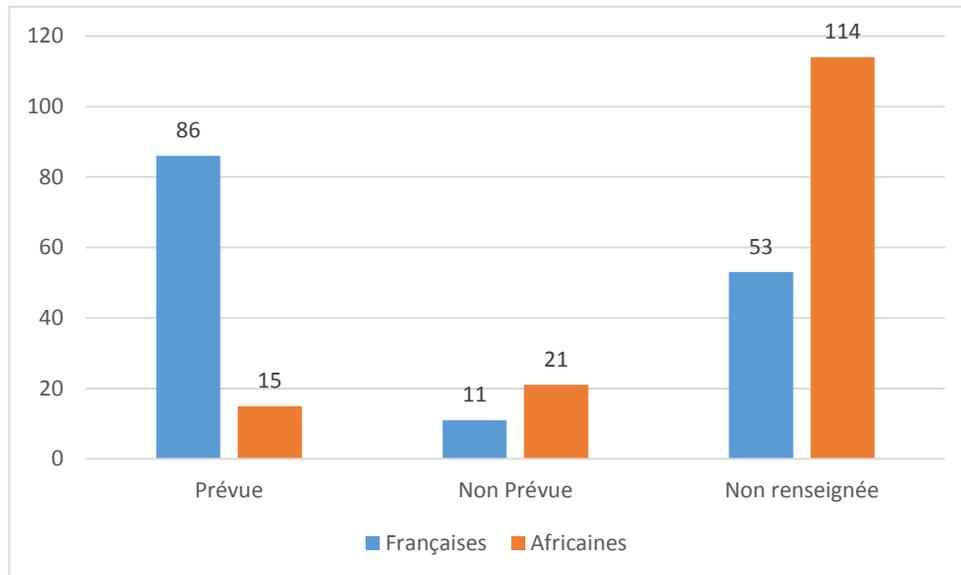
En comparaison, on peut voir que seulement 2% des femmes d'origine africaine fument.

Par ailleurs, au niveau de l'alcoolisme, seulement 3 femmes d'origine française et 2 femmes d'origine africaine en consomment durant leurs grossesses.

4) Parcours de la grossesse

a- Grossesse prévue

Figure 10 : Grossesse prévue selon l'origine (n=300)



La proportion de désir de grossesse non renseignée ne permet pas une étude significative, ces données sont à nuancer (figure 10). Cependant on note deux tendances :

- La grossesse fut désirée pour 57% des femmes d'origine française et seulement 10% des femmes d'origine africaine.
- La grossesse n'était pas attendue pour 7% des femmes d'origine française contre 14% des femmes d'origine africaine, soit le double.

b- Contraception utilisée avant la conception

Tableau XI: Contraception utilisée avant la grossesse (n=159)

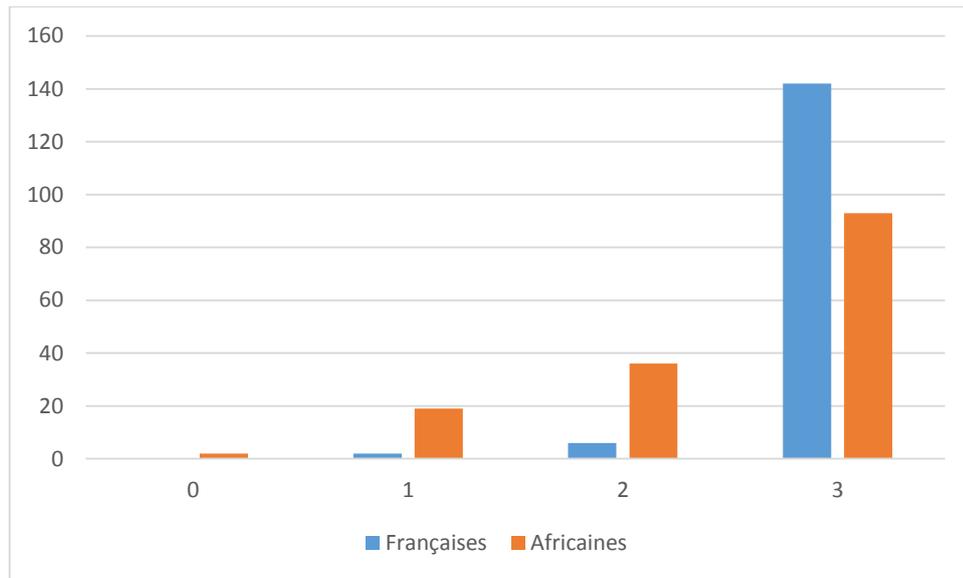
	Françaises		Africaines	
Aucune	8	7,62%	22	40,74%
Pilule	57	54,29%	14	25,93%
Dispositif intra-utérin	9	8,57%	5	9,26%
Préservatif masculin	9	8,57%	5	9,26%
Implant sous cutané	2	1,90%	5	9,26%
Autres	5	4,76%	3	5,56%
Aide médicale à la procréation	10	9,52%	0	0,00%
Anneau vaginal	5	4,76%	0	0,00%
Total	105	100,00%	54	100,00%

Le tableau (tableau XI) montre que la majorité des femmes utilisent la pilule comme moyen de contraception, soit 54,29% des femmes d'origine française et 25,93% des femmes d'origine africaine. Cependant, il faut noter que 40,74% de ces dernières n'utilisent aucun moyen contraceptif.

c- Échographie

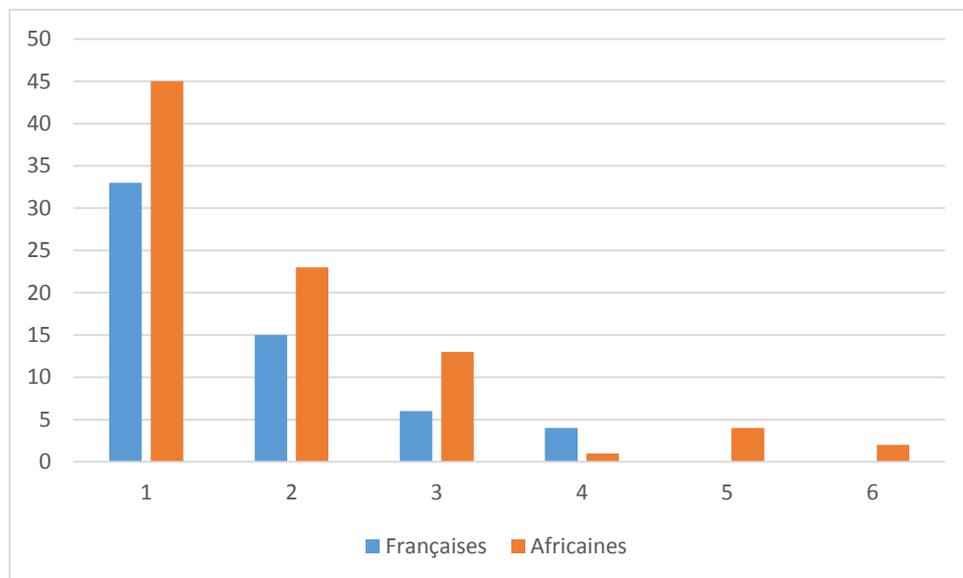
Le nombre d'échographie recommandées est au nombre de trois. Lorsque les patientes ont réalisé ces examens en dehors des dates recommandées, elles ont alors été considérées comme échographies complémentaires.

Figure 11 : Nombre d'échographies recommandées (n=300)



On peut mettre en évidence (figure 11) que 94,5% des femmes d'origine française et 62% des femmes d'origine africaine ont réalisé trois échographies. Cependant, on peut également voir que ces dernières n'ont pas toujours réalisé, ou n'ont pas effectué dans les temps, les trois échographies recommandées.

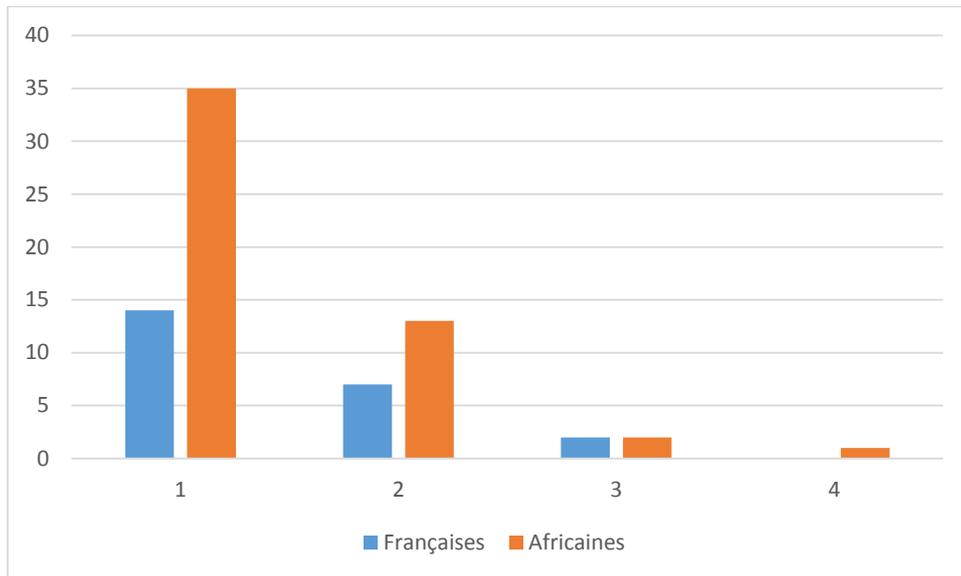
Figure 12: Nombre d'échographies complémentaires (n=146)



Les femmes d'origine africaine ont réalisé 34% d'échographies supplémentaires (figure 12) que les femmes d'origine française. Ces chiffres sont à relativiser du fait que lorsqu'une femme n'a pas fait l'échographie dans les dates recommandées, celle-ci est considérée comme supplémentaire.

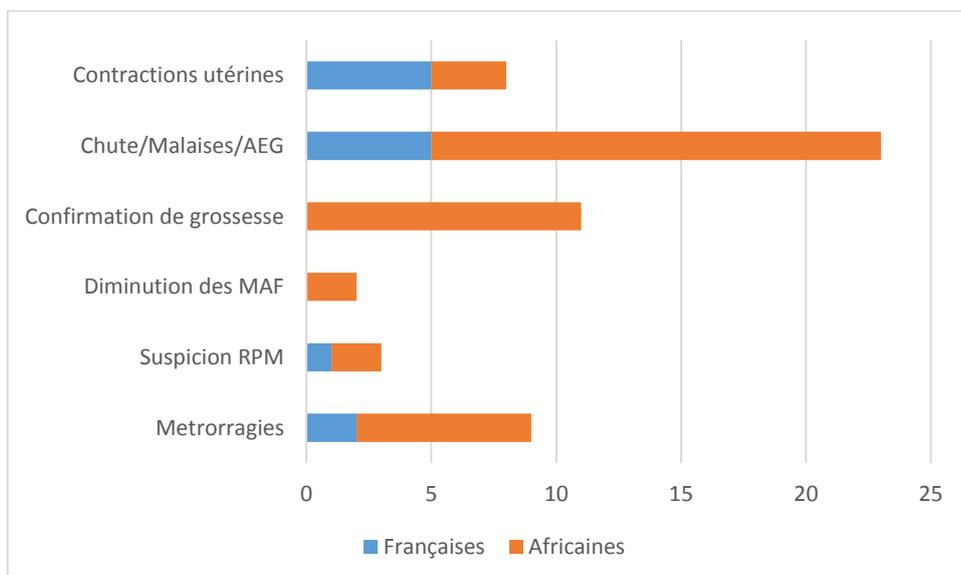
d- Consultations d'urgences

Figure 13 : Nombre de consultation d'urgence (n=74)



On remarque (figure 13) que les femmes d'origine africaine ont réalisé plus de consultations d'urgence que les femmes d'origine française, plus de deux fois plus (51 contre 23 consultations).

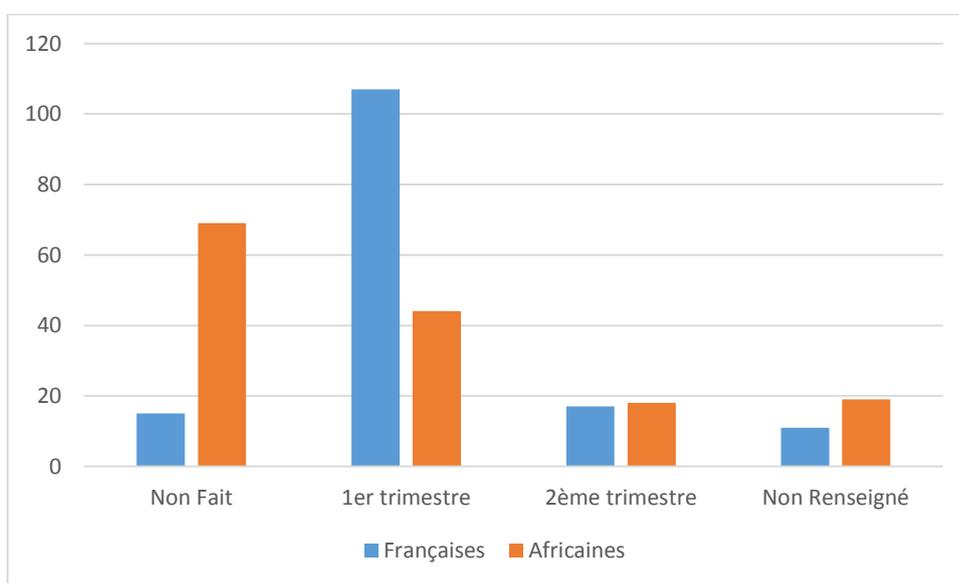
Figure 14 : Les motifs des consultations d'urgences (n=38)



La majorité des consultations aux urgences (figure 14) l'ont été pour une chute, malaise ou pour une altération de l'état général (55,2%). On peut également voir que les femmes d'origine africaine consultent plus que les femmes d'origine française (30 contre 8). De plus dans notre échantillon, seules les femmes d'origine africaine consultent pour une confirmation de leurs grossesses.

e- Evaluation du risque de Trisomie 21

Figure 15: Réalisation du Triple Test (n=300)



On peut mettre en évidence (figure 15) que 46% des femmes d'origine africaine n'ont pas fait le dépistage de la Trisomie 21 (58,7%, si on ajoute les données non renseignées). Par ailleurs, on remarque que 71% des femmes d'origine française ont réalisé le test au premier trimestre. Parmi les femmes qui n'ont pas réalisé le triple test seulement six l'ont refusé dont une femme d'origine française.

f- Pathologies

Tableau XII : Pathologies rencontrées (n=143)

Pathologies	Africaines	Françaises	RR	IC
HTA	1	0		
DG sous régime	12	9	1.18	0.71-1.96
DG sous insuline	5	8	0.80	0.52-1.26
Diabète préexistant	1	3	0.66	0.37-1.18
MAP	3	7	0.7	0.46-1.07
RPM > 12h	18	14	1.16	0.77-1.75
Pré-éclampsie	5	3	1.34	0.54-3.31
Hellp syndrom	1	1		
PV Streptocoque B	16	3	3.31	1.17-9.42
Total	83	60		

On remarque (tableau XII) qu'il n'y a pas de différences significatives entre les principales pathologies médicales gravidiques telles que le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle ou la menace d'accouchement prématuré. Cependant, on peut une différence significative par rapport au prélèvement vaginal du streptocoque B.

g- Hospitalisations

Il n'y a pas de différence de nombre d'hospitalisations entre nos deux groupes (tableau XIII).

Tableau XIII: Nombre d'hospitalisations (n=42)

Nombre d'hospitalisations	Origine		
	Françaises	Africaines	Total
1	19	18	36
2	1	4	5
Total	20	22	42

5) Déroulement de l'accouchement

a- Début accouchement

Tableau XIV: Début de l'accouchement (n=300)

DEBUT	ORIGINE		
	Françaises	Africaines	Total
Spontané	116	115	231
Déclenché	15	10	25
Maturé	14	9	23
Déclenché + maturé	0	6	6
Césarienne programmée	3	7	10
Césarienne en urgence	2	3	5
Total	150	150	300

On peut remarquer (tableau XIV) que pour l'ensemble de notre échantillon, le début du travail fut spontané pour 77% des femmes. Les femmes d'origine française ont été déclenchées ou maturées dans 19% des cas ; les femmes d'origine africaine quant à elles ont été déclenchées, maturées ou les deux dans 17% des cas.

b- Mode d'anesthésie

Tableau XV: Mode d'anesthésie (n=287)

mode d'anesthésie	ORIGINE					
	Françaises	%	Africaines	%	Total	%
Aucune	31	{21.8}	35	{24.1}	66	{23.0}
APD	102	{71.8}	95	{65.5}	197	{68.6}
Rachi	5	{3.5}	9	{6.2}	14	{4.9}
AG	3	{2.1}	3	{2.1}	6	{2.1}
Plusieurs	1	{0.7}	3	{2.1}	4	{1.4}
Total	142	{100.0}	145	{100.0}	287	{100.0}

On peut noter (tableau XV) une fréquence similaire d'absence d'analgésie chez les femmes d'origine française et africaine, respectivement 22% et 24%. En revanche, on note une tendance supérieure au recours à l'analgésie péridurale chez les femmes d'origine française.

c- Mode d'accouchement

Tableau XVI: Mode d'accouchement (n=300)

	ORIGINE					
	Françaises		Africaines		Total	%
VB Spontanée	114	{76.0}	102	{68.0}	216	{72.0}
Instrument	15	{10.0}	13	{8.7}	28	{9.3}
Césarienne	21	{14.0}	35	{23.3}	56	{18.7}
Total	150	{100.0}	150	{100.0}	300	

p= 0.1159

Le mode d'extraction instrumentale est comparable dans nos deux groupes (tableau XVI).

Tableau XVII: Fréquence des césariennes (n=300)

	Migrantes	%	Françaises	%	Total	%
Césarienne	35	{23.3}	21	{14.0}	56	{18.7}
Spontanée/ instrument	115	{76.7}	129	{86.0}	244	{81.3}
Total	150	{100.0}	150	{100.0}	300	{100.0}

OR = 1.87 (95% **CI: 1.03-3.39**)

Il existe une différence significative entre la fréquence des césariennes (tableau XVII). Le groupe des femmes d'origine africaine comporte 23.3% d'extraction par césarienne contre 14% pour les femmes d'origine française.

d- Lésions périnéales

Tableau XVIII: Lésions périnéales (n=243)

Périnée	Françaises	%	Africaines	%	Total	%
Intact	33	{26.0}	42	{36.2}	75	{30.9}
Épisiotomie	35	{27.6}	25	{21.6}	60	{24.7}
Déchirure I-II	58	{45.7}	48	{41.4}	106	{43.6}
Périnée complet	1	{0.8}	1	{0.9}	2	{0.8}
Total	127	{100.0}	116	{100.0}	243	{100.0}

Dans notre échantillon, 63% des femmes d'origine africaine ont eu une lésion du périnée contre 74% des femmes d'origine française (tableau XVIII). On peut donc remarquer que les femmes migrantes ont 1,3 fois plus de chances d'avoir un périnée intact.

e- Hémorragie de la Délivrance (HDD)

Tableau XIX: Hémorragie de la délivrance (n=300)

HDD	ORIGINE					
	Françaises	%	Africaines	%	Total	%
oui	7	{4.7}	12	{8.0}	19	{6.3}
non	143	{95.3}	138	{92.0}	281	{93.7}
Total	150	{100.0}	150	{100.0}	300	{100.0}

p= 0.34

Il n'est pas montré de corrélation entre l'origine Africaine et une hémorragie de la délivrance (tableau XIX).

f- Terme

Tableau XIX: Terme de grossesse selon l'origine des femmes (n=300)

Origine	Obs.	Somme	TERME						
			Moy.	Var	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err	
Françaises	150	5929.8	39.53	1.74	1.32	39.32	39.75	0.11	
Africaines	150	5965.1	39.77	3.15	1.77	39.48	40.05	0.14	
Origine	Mini	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Françaises	35.00	37.30	37.72	38.70	39.70	40.30	41.28	41.40	42.40
Africaines	31.40	36.70	37.91	39.30	40.05	40.90	41.60	41.90	42.40

p=0.19

Il n'y a pas de différence significative de terme de grossesse entre nos deux groupes (tableau XIX).

g- Poids de naissance des nouveau-nés

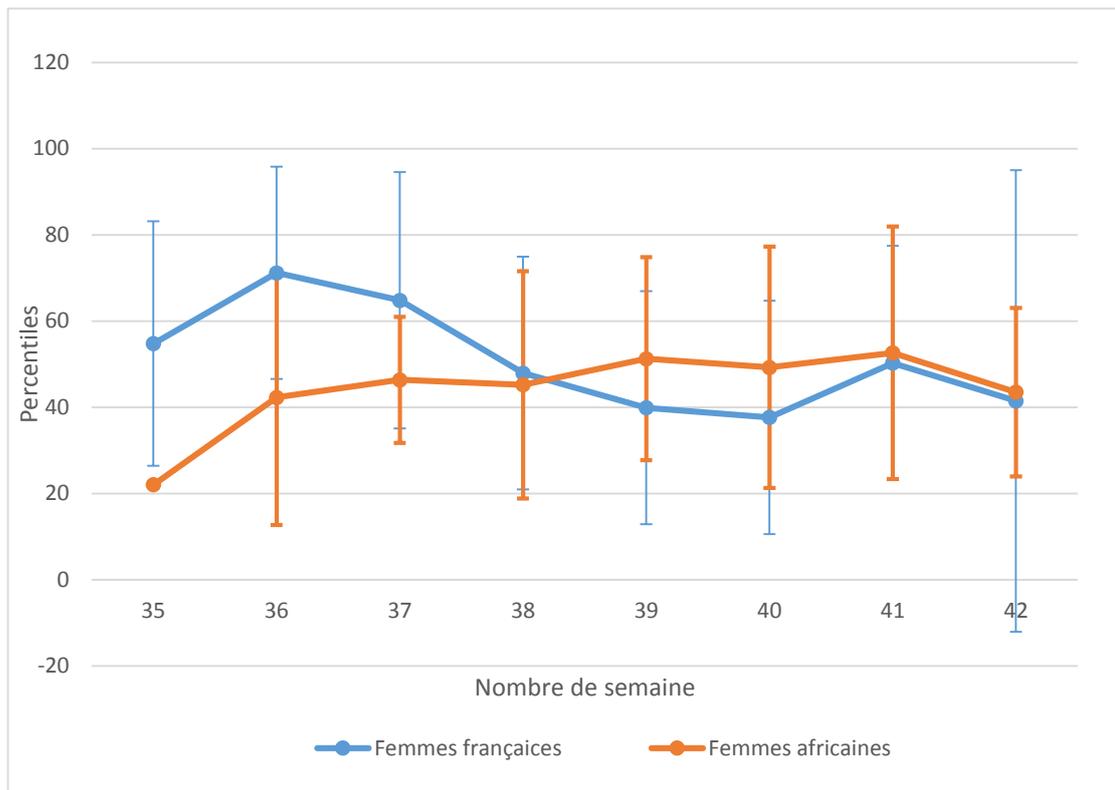
Tableau XX : Poids de naissance en fonction de l'origine des femmes (n=300)

Origine	Obs.	Somme	Percentiles						
			Moy.	Var.	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err	
Françaises	150	6540.0	44.49	780.02	27.93	39.94	49.04	2.30	
Africaines	150	7469.7	49.80	690.73	26.28	45.56	54.04	2.15	
Origine	Mini	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Françaises	0.0	1.0	6.47	20.28	46.30	66.75	81.01	90.64	99.00
Africaines	1.0	6.48	13.57	31.94	48.83	70.21	85.21	94.33	99.00

p=0.09

Les percentiles ont été calculés grâce aux courbes *audipog*, selon le sexe, l'âge et le poids de naissance. Il n'est pas montré de liens significatifs entre l'origine et le percentile du poids de naissance (tableau XX et figure 16).

Figure 16 : Percentiles en fonction de l'âge gestationnel selon l'origine des femmes.



Avant 38 semaines d'aménorrhée (SA), les fœtus des femmes migrantes présentent une moyenne de percentiles inférieure aux femmes d'origine française. A 36 SA, les femmes présentent respectivement 46^{ème} et 64^{ème} percentiles. A 39 SA, la courbe s'inverse avec en moyenne respective 51^{ème} et 40^{ème} percentile. A 41 SA, les moyennes de percentiles sont similaires, respectivement 52^{ème} et 50^{ème} percentiles. Les écarts-types présents sur le graphique montrent qu'il n'y a pas de lien significatif entre l'origine des femmes et les percentiles en fonction de l'âge gestationnel (figure 16).

h- Score d'Apgar

La dépression néonatale appréciée par le score d'Apgar a été évaluée à la première minute, 5^{ème} minute et à la fin de la 10^{ème} minute après la naissance du nouveau-né. Il est réparti de cette façon :

- ≤ 3 : dépression sévère
- $3 \leq 7$: dépression modérée
- > 7 : bon score

A une minute de vie (tableau XXI) :

On peut montrer une différence significative entre un nouveau-né de mère d'origine africaine et une adaptation à la vie extra-utérine moindre. En effet, 84% d'entre eux ont un score d'Apgar supérieur à 7 contre 94% des nouveau-nés de mères d'origine française. Parmi les 16% restants, 7% présentent une dépression sévère contre 1% seulement pour les nouveau-nés de mères d'origine française.

*Tableau XXI : Score d'Apgar à une minute de vie des nouveau-nés selon l'origine des mères
(n=295)*

Apgar	ORIGINE					
	Françaises	%	Africaines	%	Total	%
Dépression sévère	2	{1.4}	11	{7.5}	13	{4.4}
Dépression modérée	6	{4.1}	12	{8.2}	18	{6.1}
Bon score	140	{94.6}	124	{84.4}	264	{89.5}
Total	148	{100.0}	147	{100.0}	295	{100.0}

p= 0.0101

A cinq minutes de vie (tableau XXII) :

Il n'y a pas de différence significative entre nos deux groupes. 2,8% des nouveau-nés de mères d'origine africaine présentent encore une dépression sévère et 3,5% une dépression modérée contre 1,4% des nouveau-nés de mères d'origine française.

Tableau XXII: score d'Apgar à cinq minutes de vie des nouveau-nés selon l'origine (n=291)

Apgar à 5 minutes	ORIGINE					
	Françaises	%	Africaines	%	Total	%
Dépression sévère	0	{0.0}	4	{2.8}	4	{1.4}
Dépression modérée	2	{1.4}	5	{3.5}	7	{2.4}
Bon score	145	{98.6}	135	{93.8}	280	{96.2}
Total	147	{100.0}	144	{100.0}	291	{100.0}

p= 0.06

A 10 minutes de vie (tableau XXIII):

A dix minutes de vie, seulement un nouveau-né de mère d'origine africaine présente une dépression modérée ; il n'y a donc pas de lien significatif à ce stade de la vie.

Tableau XXIII: score d'Apgar à dix minutes de vie des nouveau-nés selon l'origine (n=293)

Apgar10	ORIGINE					
	Françaises	%	Africaines	%	Total	%
Dépression modérée	0	{0.0}	1	{0.7}	1	{0.3}
Bon score	148	{100.0}	144	{99.3}	292	{99.7}
Total	148	{100.0}	145	{100.0}	293	{100.0}

p= 0.31

i- pH artériel

Tableau XXIV: Comparaison entre le pH artériel et l'origine des mères des nouveau-nés (n=259)

Origine	Obs.	Somme	Moy	Var.	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err	
Françaises	131	946.60	7.23	0.0091	0.0953	7.21	7.24	0.01	
Africaines	128	923.38	7.21	0.0065	0.0805	7.20	7.23	0.01	
Origine	Mini	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Françaises	7.02	7.09	7.13	7.19	7.23	7.26	7.32	7.33	7.93
Africaines	6.93	7.08	7.09	7.17	7.23	7.26	7.31	7.32	7.35

p=0,27

Premièrement, il n'y a pas de différence significative entre l'équilibre acido-basique chez les nouveau-nés de mères d'origines différentes (tableau XXIV). Le pH moyen des nouveau-nés de mères d'origine africaine est de $7,23 \pm 0.8$ et $7,21 \pm 0.09$ chez les nouveau-nés de mères d'origine française. La médiane est identique dans les deux groupes : 7,23.

Tableau XXV : Lien entre l'origine et le pH des nouveau-nés (n=259)

Ph	Françaises	%	Migrantes	%	Total	%
Ph < 7	0	(0.0)	2	(100.0)	2	(100.0)
7 ≤ 7.14	19	(45.2)	23	(54.8)	42	(100.0)
Ph ≥ 7.15	112	(52.1)	103	(47.9)	215	(100.0)
Total	131	(50.6)	128	(49.4)	259	

L'échantillon comporte 41 mesures de pH manquantes dont 19 de nouveau-nés de mères d'origine française (tableau XXV).

On compte 2% des nouveau-nés de mères d'origine africaine qui présentent une acidose importante et 18% une acidose modérée. A contrario, seulement 15% des nouveau-nés de mères d'origine française présentent une acidose modérée.

j- Alimentation du nouveau-né

Tableau XXVI: Lien entre l'origine des mères et le choix du mode d'alimentation (n=279).

ALIMENTATION	ORIGINE				Total	%
	Françaises	%	Africaines	%		
Allaitement maternel	78	{57.4}	101	{70.6}	179	{64.2}
Allaitement artificiel	56	{41.2}	11	{7.7}	67	{24.0}
Allaitement mixte	2	{1.5}	31	{21.7}	33	{11.8}
Total	136	{100.0}	143	{100.0}	279	{100.0}

Parmi les femmes migrantes, seulement 8% ont choisi l'allaitement artificiel à la maternité contre 41% des femmes d'origine française. 23% des femmes migrantes ayant choisi l'allaitement maternel réalise un allaitement mixte. Concernant les mères d'origine française, les choix sont plus nuancés : 57% d'entre elles ont choisi l'allaitement exclusif (tableau XXVI).

k- Transfert dans le service de néonatalogie

Tableau XXVII: Transfert en service de néonatalogie en fonction des origines (n=300).

Transfert	Migrantes	%	Françaises	%	Total	%
Oui	9	(81.8)	2	(18.2)	11	(100.0)
Non	141	(48.8)	148	(51.2)	289	(100.0)
Total	150	(50.0)	150	(50.0)	300	

p= 0.0315 RR = 1.68 (95% CI: 1.24-2.27)

Parmi les transferts de notre échantillon, 82% concernaient des nouveau-nés de mères migrantes. Ils représentent 6% de l'échantillon de ce groupe de femmes (tableau XXVII). Il existe un lien significatif entre le transfert en service de néonatalogie et l'origine africaine.

6) Déroulement des suites de couches :

a- Durée du séjour

On remarque une différence significative entre la durée de séjour des femmes d'origine française et africaines (tableau XXVIII). Ces dernières passent en moyenne une journée de plus en suites de couches, la moyenne de séjour est de 4.92 jours \pm 4.59. En revanche les femmes d'origine française passent en moyenne 3.92 jours \pm 1.41. Par ailleurs la durée de séjour est inférieure ou égale à trois jours dans 10% des cas et correspond aussi à la durée minimum de séjour pour ce groupe de femmes. Quant aux femmes d'origine française, 25% d'entre elles ont passé trois jours ou moins à la maternité.

Tableau XXVIII: Durée de séjour en fonction de l'origine des patientes (n=300)

Origine	Obs.	Somme	Moy.	Variance	Std Dev	(95% CI	mean)	Std Err
Migrantes	150	738.00	4.92	4.09	2.02	4.59	5.25	0.17
Françaises	150	573.00	3.92	1.99	1.41	3.69	4.16	0.12

Origine	Mini	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
Migrantes	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	5.25	8.00	9.00	14.00
Françaises	1.00	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	5.00	6.00	12.00

p<10⁻⁵

b- Pathologie de suite de couche : l'anémie

*Tableau XXIX: Présence d'une anémie en suites de couches selon l'origine des patientes
(n=300)*

ANEMIE	Migrantes	%	Françaises	%	Total	%
oui	51	(58.0)	37	(42.0)	88	(100.0)
non	99	(46.7)	113	(53.3)	212	(100.0)
Total	150	(50.0)	150	(50.0)	300	

p= 0.0758 RR = 1.24 (95% CI: 0.99-1.56)

Le risque relatif est de 1.24 pour les femmes migrantes par rapport aux femmes d'origine française avec un indice de confiance à [0.99-1.56]. Les patientes d'origine africaine présentent 34% d'anémie en suites de couches contre 25% pour les femmes autochtones (tableau XXIX).

V- Discussion

1) Les limites de l'étude

Tout d'abord, le fait que notre étude ait été réalisée dans une maternité de type III, la fréquence des pathologies est supérieure aux autres maternités, rendant la mise en évidence de différences significatives plus difficile. De plus, le recueil de données ne nous a pas permis de comptabiliser la participation aux cours de préparation à la naissance et à l'entretien prénatal, ceux-ci étant trop peu renseignés dans les dossiers médicaux, constituant donc un biais d'information. Il aurait été intéressant de connaître la date de la première consultation, cet élément n'aurait pas pu être comparé du fait que les femmes d'origine française sont principalement suivies en cabinet de ville. En revanche la date de la première échographie donne une bonne indication du trimestre du premier contact.

Ensuite grâce à notre étude et à la littérature, les femmes d'origine maghrébine se rapprochent souvent des caractéristiques des femmes d'origine française, il aurait donc fallu 150 patientes d'origine maghrébine et 150 patientes originaires de l'Afrique Sub-Saharienne pour comparer ces deux populations.

Pour terminer, le logement des femmes n'est pas toujours renseigné, hors il constitue un indicateur fiable du statut socio-économique.

2) Les forces de l'étude

Premièrement, l'échantillon était constitué de 300 dossiers, la puissance de cette étude permet donc de mettre en évidence des différences statistiquement significatives.

Deuxièmement, la présence d'un groupe témoin nous a permis d'aller plus loin qu'une simple étude descriptive.

Enfin, même si chaque femme possède sa propre histoire, l'entretien réalisé permet de se rendre compte du fil de migration, du chemin parcouru et donc de la situation de ces femmes.

3) Discussion des résultats de l'étude

Notre objectif est de comparer deux groupes de femmes d'origines ethniques différentes pour rechercher d'éventuelles différences dans les facteurs de risques et les résultats.

Nous allons maintenant étudier les différents critères en fonction du stade de la grossesse.

a- Caractéristiques géographiques

La majorité de nos patientes immigrées est originaire d'Afrique de l'Ouest avec 44 % des patientes, tandis que les femmes d'origine maghrébines représentent 21 % de notre échantillon.

La date d'arrivée sur le territoire français des femmes migrantes a été calculée par la date d'accouchement moins la date d'arrivée lorsqu'elle était renseignée dans le dossier médical. En moyenne, elles sont arrivées 1,55 an \pm 1,81 avant la date de l'accouchement. La moitié des femmes sont arrivées un an avant leur terme, elles ont donc conçu leur enfant sur le territoire français. Il est important de noter que pour une part importante des femmes, la migration fut récente : 25 % sont arrivées six mois avant la date d'accouchement, 10 % trois mois avant et 5 % moins de deux mois avant le terme.

Nous avons vu précédemment que les conditions d'accession aux aides sociales peuvent prendre quelques mois, dans ces conditions, on peut se rendre compte des difficultés telles que les conditions financières, de logement, d'hygiène pour elles et leur enfant et de possibilité d'accéder au matériel nécessaire à l'accueil de celui-ci. Une étude de Hiranthi Jayaweera A et al, montre que plus les femmes sont arrivées récemment dans le pays d'accueil, plus elles présentent des difficultés à s'adapter et peuvent développer une dépression notamment par l'éloignement avec leur pays d'origine et la difficulté à se tisser un réseau social. Ces femmes seront donc plus sujettes au baby blues du post-partum [27].

b- Caractéristiques personnelles

L'appariement des femmes fait lors du recueil de données nous a permis d'observer une égalité au niveau des âges dans nos deux groupes.

Ensuite la parité des femmes migrantes est plus importante, elles ont en moyenne 0,5 enfant de plus que les femmes d'origine française. Pour les primipares, on ne met pas en évidence une différence significative, l'âge de conception du premier enfant étant identique. Ceci est contradictoire par rapport à une étude réalisée au CHU de Toulouse qui comptait 5800 patientes et qui comparait les femmes d'origine française aux femmes d'origine africaine. Cette étude a montré une différence significative avec un âge moyen de 24,6 ans chez les africaines, 24,7 ans chez les maghrébines contre 27,3 ans chez les Françaises [29].

La parité n'est pas le seul élément à comparer, à ceci s'ajoute logiquement une gestité plus importante. Cette dernière est difficile à évaluer chez les femmes d'origine africaine. En effet, la difficulté des consultations, lorsque la langue française n'est pas pratiquée par la patiente, rend parfois difficile le recueil des informations. On peut donc imaginer que ce chiffre est sous-estimé. De plus, lors du recueil des données, les informations concernant les grossesses antérieures étaient en général peu renseignées. Bien souvent la gestité était renseignée sans qu'il y soit noté le mode d'accouchement. Plus rarement, seul le nombre était renseigné. Dans notre échantillon, on montre une fréquence plus élevée d'interruption volontaire de grossesse, à contrario la fréquence de fausses couches chez les femmes d'origine africaine est inférieure au groupe des femmes d'origine française. Selon nos réflexions, nous émettons l'hypothèse que les fausses couches ne sont pas décomptées dans la gestité par les femmes africaines. De plus nous n'avons pas trouvé d'études scientifiques qui démontreraient que les femmes d'origine africaine présentent moins de fausses couches spontanées que la population française.

c- Caractéristiques familiales et sociologiques

La situation de célibat est majoritaire dans le groupe des femmes migrantes. Ceci peut être corrélé au phénomène de migration autonome. Les femmes ne vivent majoritairement pas en couple. Le mariage répond à une norme sociale dans certaines populations immigrées, notamment dans les populations maghrébines. D'après une des études de Gayral-Taminh et al,

les femmes d'origine africaine quant à elles sont plus souvent seules, qu'elles soient célibataires, divorcées ou veuves [29]. Parmi les couples dont l'âge du père est référencé, on remarque un âge de quatre années supérieures par rapport à celui des mères d'origine africaine.

Ensuite, la situation économique du groupe des femmes migrantes est majoritairement précaire, seules 30% ont une activité professionnelle et donc des revenus financiers. Pour les 70% restants, les revenus sont assurés par le conjoint. Si la femme est en situation régulière, elle peut avoir droit au Revenu de Solidarité Actif (RSA) mais ceci ne concerne qu'une minorité de femmes. Si leur demande d'asile est refusée, elles n'ont plus aucun droit et donc plus aucun revenu. Parmi les communautés africaines, on remarque une aide communautaire, elle est probablement surestimée et elle ne suffit pas toujours à mener une vie décente.

d- Habitus

Le groupe des femmes migrantes a un IMC significativement supérieur à celui des femmes d'origine française.

En ce qui concerne les addictions, les femmes d'origine africaine sont peu touchées. Selon les chiffres de *tabac info service*, en France entre 15 et 82 ans, 28 % des femmes sont fumeuses [30]. Si on regarde notre échantillon, 24 % des femmes d'origine française fument. Au vu de ces chiffres, l'arrêt du tabac ne semble pas prédominant. Malgré une augmentation durable de la prévalence du tabagisme sur le continent africain [31], la prévalence du tabagisme chez les femmes est inférieure à 10 %. Cependant la durée de séjour en France est un facteur à prendre en compte, en effet d'après Hiranthi Jayaweera A et al [27], plus les femmes vivent depuis longtemps dans le pays d'accueil, plus les addictions aux substances toxiques sont importantes.

e- Parcours de la grossesse

Lors du recueil des informations du dossier médical, il est parfois demandé quel était le projet de grossesse, si elle était attendue ou pas. Il est difficile de parler de grossesse désirée. En effet une grossesse peut être désirée sans pour autant être attendue. Dans le cas des femmes

migrantes en particulier du continent africain, le contrôle de la parentalité est moins important. Actuellement les professionnels s'interrogent sur l'éventualité que la grossesse peut être perçue comme une stratégie voir une solution pour rester sur le territoire français. En novembre 2014, la reconnaissance d'un enfant par un homme a fait l'objet d'un refus, en effet celui-ci aurait été le vingt-quatrième enfant de cet homme. Faire reconnaître leur enfant par un homme de nationalité française est compréhensible dans le sens de la bienfaisance pour l'enfant, en effet, celui-ci aura alors la nationalité française.

Concernant la maîtrise de la natalité, la contraception peut être un bon indicateur. En effet dans notre échantillon 41% des femmes migrantes n'utilisaient aucun moyen contraceptif contre 8% des femmes d'origine française.

Une de nos hypothèses était que les femmes migrantes étaient moins rigoureuses par rapport au suivi de grossesse. Notre étude a recensé le nombre d'échographies réalisées au terme recommandé. Nous remarquons alors que contrairement à ce que nous pensions 62% des femmes migrantes ont réalisé leurs trois échographies contre 95% des femmes françaises. Ce taux est de 86% si elles ont réalisé au moins deux échographies. Ceci peut être expliqué par le nombre plus important de grossesses découvertes plus tardivement qui ne permettent pas une première échographie entre 11 semaines d'aménorrhée et 13 semaines et 6 jours d'aménorrhée.

Le nombre moins important de femmes ayant réalisé trois échographies est à associer à la réalisation du triple test. En effet, le fait que la grossesse soit découverte tardivement ne permet pas un test au premier trimestre. Ceci se confirme par le fait que 29 % des femmes migrantes qui ont réalisé le test, l'ont fait au deuxième trimestre contre 14% des femmes d'origine française. Le fait que les femmes migrantes ont moins recours au dépistage de la Trisomie 21, peut être expliqué par différentes hypothèses. Premièrement, le délai de consultation à l'UGOMPS, où est prescrit le test est relativement long, pour exemple une demande consultation le 27 novembre aboutit à un rendez-vous le 24 janvier. De ce fait, les femmes peuvent réaliser leurs échographies en ville, et le dépistage n'est pas systématiquement proposé contrairement à celles réalisées au CHU de Nantes. Deuxièmement, cela peut s'expliquer par le déroulement des consultations. A l'UGOMPS, trente minutes sont accordées aux consultations. Ce délai peut paraître conséquent mais la réalité est tout autre. Les professionnels de santé font souvent face à des femmes en situation de grande précarité, les sujets abordés sont donc nombreux et le professionnel doit malgré tout, tous les aborder. A ceci s'ajoute bien souvent la barrière de la langue qui ralentit les consultations. Le triple test

nécessite un consentement éclairé des patientes, celui-ci est donc bien difficile à obtenir lorsque l'explication n'est pas totalement comprise par les patientes. La question de la légitimité du test sans un consentement éclairé se pose. Bien sûr, lorsqu'un traducteur est présent, la femme peut exprimer de façon éclairée son désir de réaliser le test ou pas.

Notre hypothèse selon laquelle les femmes migrantes ont un suivi de grossesse moins important, celle-ci est réfutée par Gayral-Taminh et al [29]. Cette étude montre que 35,5 % des femmes d'origine française consultent avant 20 semaines d'aménorrhées contre 45,3 % des maghrébines et 53,3 % des femmes d'origine africaine. Contrairement à nos réflexions, le recours aux consultations médicales est précoce.

f- Le déroulement de la grossesse

Tout d'abord les femmes d'origine africaine ne font pas l'objet d'hospitalisations supplémentaires par rapport aux femmes d'origine française dans notre échantillon.

Nous allons maintenant étudier chaque pathologie qui peut retentir sur la grossesse associée à la littérature. Selon l'étude de Gayral-Taminh et al., la fréquence des pathologies en cours de grossesse est significativement plus élevée chez les femmes d'origine africaine et maghrébine que chez les femmes d'origine française.

4) Les pathologies générales

a- L'anémie

Après ajustement de l'âge, de la parité et du niveau socioéconomique, seule l'association avec l'ethnie persiste dans la survenue d'une anémie de grossesse. Les femmes originaires de l'Afrique Sub-Saharienne ont significativement plus de risque de développer une anémie pendant la grossesse avec un odd ratio de 10,2 et de 5,7 pour les femmes d'origine maghrébine. Ce risque supplémentaire est difficile à expliquer. Des mécanismes génétiques pourraient être évoqués avec des hémoglobinopathies ou des mécanismes infectieux comme les parasitoses.

Nous pouvons aussi évoquer l'association avec des comportements alimentaires culturels [29]. La consommation massive de thé peut-être plus importante chez les femmes d'origine maghrébine, ce qui entraîne une moindre fixation du fer sur l'hémoglobine chez ces femmes.

5) Les pathologies gravidiques

a- Le diabète gestationnel

Une de nos hypothèses était que les femmes migrantes sont plus sujettes au diabète gestationnel. Notre étude va à l'encontre de celle-ci puisque nous n'observons aucune différence significative. En France la prévalence du diabète gestationnel est de l'ordre de 3 à 6 % de l'ensemble des grossesses [32]. Dans notre échantillon, la prévalence est équivalente entre nos groupes (11%). Cette différence peut être expliquée par le lieu de notre étude. Le CHU de Nantes étant de type III, le nombre de femmes porteuses de pathologies y sont plus nombreuses. Peut-être aurait-il fallu comparer notre échantillon de femmes migrantes à un échantillon de femmes d'origine française issu de niveaux I, II ou III afin d'avoir une meilleure représentation.

b- L'hypertension artérielle (HTA)

La fréquence des HTA gravidiques et des toxémies est significativement plus basse chez les maghrébines avec un odd ratio de 0,6 [0,4-0,8]. Les autres facteurs sont favorisants sont, avoir un âge supérieur à 35 ans, être primipare ou avoir eu au moins trois enfants.

c- Prélèvement vaginal positif au streptocoque B

La prévalence des prélèvements vaginaux positifs au streptocoque B est significativement supérieure dans le groupe des femmes migrantes. La prévalence en France de ce germe est d'environ 10%. Le portage vaginal à SB peut être influencé par certains facteurs de risque

notamment l'ethnie, en particulier les femmes africaines et hispaniques, un antécédent de maladie sexuellement transmissible ou encore l'obésité. [33] [34]

6) Autres pathologies

a- La drépanocytose

Dix de nos patientes immigrées présentent une drépanocytose, soit 6,7 % de notre échantillon.

Dans certaines parties de l'Afrique Sub-Saharienne, la drépanocytose touche jusqu'à 2 % des nouveau-nés. La fréquence du trait drépanocytaire, c'est-à-dire le pourcentage de porteurs sains qui n'ont qu'un seul gène muté atteint 10 à 40 % en Afrique Equatoriale, 15 à 30 % en Afrique de l'Ouest et 1 à 2 % sur la côte de l'Afrique du nord [14].

b- Le VIH

Au CHU de Nantes, les femmes séropositives ne sont pas suivies à l'UGOMPS mais en consultation générale, c'est pour cela qu'aucune de nos patientes ne présente cette pathologie.

7) L'accouchement

Les femmes « caucasiennes », c'est-à-dire les femmes originaires d'Europe à la peau blanche ont une durée physiologique de grossesse de 41 semaines d'aménorrhée. Papiernik et al., d'après une revue de la littérature, ont suggéré que la moyenne de la durée de la grossesse chez les femmes noires était plus courte de trois à sept jours comparativement aux femmes caucasiennes [35]. Dans notre échantillon, les femmes africaines ont moins de deux jours de plus de gestation par rapport aux femmes d'origine française et cela n'est pas significatif.

Le début de travail spontané est équivalent dans nos deux échantillons tout comme le recours à l'analgésie péridurale. Cependant, ces deux groupes diffèrent par le mode d'accouchement. La fréquence des césariennes est près de deux fois plus élevée chez les femmes d'origine africaine (23.3 % vs 14 % chez les françaises). Notre échantillon comporte 21 % de femmes originaires du Maghreb, avec une fréquence de 23 % de césariennes. Nous ne montrons pas de différence entre les maghrébines et les africaines sub-sahariennes. Cependant notre échantillon n'est pas assez puissant pour conclure. L'étude de Gayral-Taminh [29] montre une fréquence de 33.9 % de césarienne chez les femmes d'origine africaine, et de 19.6% chez les maghrébines. Pour notre étude, les accouchements prématurés avant 35 semaines d'aménorrhée, les morts in utero, les interruptions médicales de grossesse et les grossesses gémellaires ont été exclus.

En 2013, au CHU de Nantes, en excluant les mêmes critères, selon le Dr. BRANGER, le taux de césarienne est de 19.1 % ce qui correspond à notre taux global de 18.7 %. Les taux plus élevés de césariennes chez la femme africaine posent des problèmes de santé puisque dans le cas où la patiente retournerait dans son pays d'origine, souvent sous-médicalisé, les conséquences obstétricales peuvent être sévères, telles que la rupture utérine ou la mortalité fœto-maternelle [36]. Par ailleurs, la prise en charge des complications post-opératoires comme les hémorragies ou les infections entraîne un taux élevé de mortalité maternelle suite à ces interventions. A Cotonou au Bénin, sur 744 césariennes primaires, représentant environ 7% des naissances, 5 % des femmes césarisées sont décédées des suites opératoires. [37]

L'hémorragie de la délivrance se définit par une perte de 500 ml ou plus dans les 24 heures suivant l'accouchement. Elle concerne 5 % des accouchements en France [38]. Dans notre échantillon, 6 % des femmes sont concernées par une hémorragie du post-partum, on compte 8% des femmes migrantes contre 5% des femmes d'origine française sans que ce résultat ne soit significatif.

L'épisiotomie est moins fréquente pour les femmes d'origine africaine, comparé aux femmes d'origine française.

8) Les suites de couches

Durée de séjour

Les femmes migrantes passent en moyenne une journée de plus en suites de couches par rapport aux femmes d'origine française. Les éléments qui ressortent du recueil de données est souvent le manque de matériels nécessaires à l'accueil d'un nouveau-né, tels que des vêtements et même très souvent ces femmes n'ont pas les moyens d'acheter des couches. Les professionnels de santé doivent donc faire le lien avec la Protection Maternelle et Infantile ainsi que l'assistante sociale qui sera en mesure d'informer la femme sur les différentes associations.

Complications

La complication la plus fréquente est l'anémie, dans notre échantillon, les femmes migrantes sont plus concernées que les femmes d'origine française. Ceci pourrait être corrélé au taux plus élevé de césariennes dans cette population où les pertes sanguines sont plus importantes. D'une manière générale, les femmes d'origine africaine sont plus sujettes aux complications des suites de couches, anémie et infections urinaires. Si on sépare les femmes d'origine africaine, 37,4% des femmes d'origine maghrébine sont sujettes à des complications, de même, les femmes d'origine sub-saharienne ont alors 42,8 % de complications, avec un $p < 0.001$, contre 27,6 % des femmes d'origine française.

Dans notre échantillon, parmi les femmes ayant présenté une anémie en post-partum, les femmes migrantes ne présentent pas d'anémie plus sévère par rapport aux femmes d'origine française.

9) Contraception

Les résultats de notre échantillon concernant la prescription de contraceptifs oraux sont étonnants. En effet, si on reprend nos données de contraception pré-conceptionnels, seules 26

% des femmes immigrées utilisaient les contraceptifs oraux. En post-partum, 59 % se voient prescrire des progestatifs oraux à la sortie de la maternité. Nous pouvons nous poser la question de l'information en suites de couches et de l'adaptation de la prescription à ces femmes. A contrario, nos réflexions nous mènent à penser que les professionnels de santé préfèrent prescrire un moyen contraceptif plutôt que de risquer une grossesse en retour de couches.

On remarque cependant que l'implant était utilisé à hauteur de 9 % avant la grossesse, et 15 % des femmes migrantes ont bénéficié d'une pose d'implant à la maternité ou à la consultation post natale. Ceci va dans le sens de la maîtrise de la natalité pour ces femmes.

10) Caractéristiques des nouveau-nés

L'adaptation à la vie extra utérine de l'enfant a été appréciée par la mesure du score d'Apgar à une, cinq et dix minutes de vie, et le transfert dans une autre unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Le score d'Apgar est significativement inférieur à une minute de vie dans le groupe des femmes d'origine africaine. Ceci va dans le sens de l'étude toulousaine [29] qui montre une fréquence des scores d'Apgar < 7 à cinq minutes de vie plus élevée chez les enfants des mères d'origine africaine de façon significative. Cette liaison entre l'ethnie et un score d'Apgar faible à cinq minutes de vie persiste après ajustement avec le mode d'accouchement et d'anesthésie. En revanche, ils ne notent pas de différences en ce qui concerne la réanimation néonatale ou les transferts dans d'autres unités. Ceci va à l'encontre de notre échantillon, 3,6 % ont été transférés et présente un risque relatif de 1.68 pour les enfants nés de mères d'origine africaine, risque, statistiquement significatif.

Par ailleurs le fait d'être né de mère d'origine africaine semble être un facteur protecteur de l'acidose néonatale [35]. Notre échantillon n'a quant à lui pas montré de différence significative, avec un « p » égal à 0.27.

Pour mettre en relation les poids de naissance, les courbes audipog ont été utilisées afin d'associer l'âge gestationnel, le poids de naissance et le sexe. Les résultats sont donnés en percentiles. Notre échantillon ne montre pas de différences significatives, mais une tendance supérieure dans le groupe des nouveau-nés de mères d'origine africaine. La littérature scientifique montre un poids moyen significativement plus élevé chez les enfants nés de mères maghrébines avec un poids de $3\,336 \pm 563$ grammes que chez les enfants nés de mères d'origine

africaine ($3\,161 \pm 521$ grammes) ou française ($3\,197 \pm 564$ grammes) [29]. La puissance de notre échantillon ne permet pas de comparer les enfants de femmes maghrébines et sahariennes.

11) Les violences faites aux femmes

a- Les mutilations sexuelles féminines

Dans notre échantillon, les mutilations sexuelles féminines sont renseignées dans seulement 17 % des dossiers, aucun cas d'infibulation n'est recensé.

Les MSF concerneraient 91,5 millions de femmes en Afrique sans compter les nombreuses jeunes filles menacées de mutilations [39]. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), adoptée en 1995 à Genève, les MSF recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique [40]. La cartographie ci-dessous (figure 17) montre les pays où les MSF sont pratiquées.

Pour exemple, dans notre échantillon, 28 femmes sont originaires de Guinée, pour 30 % d'entre elles une MSF a été signalée, or la prévalence des MSF est supérieure à 98% dans ce pays [41]. On peut donc en déduire que ces MSF sont sous estimées et peu diagnostiquées.

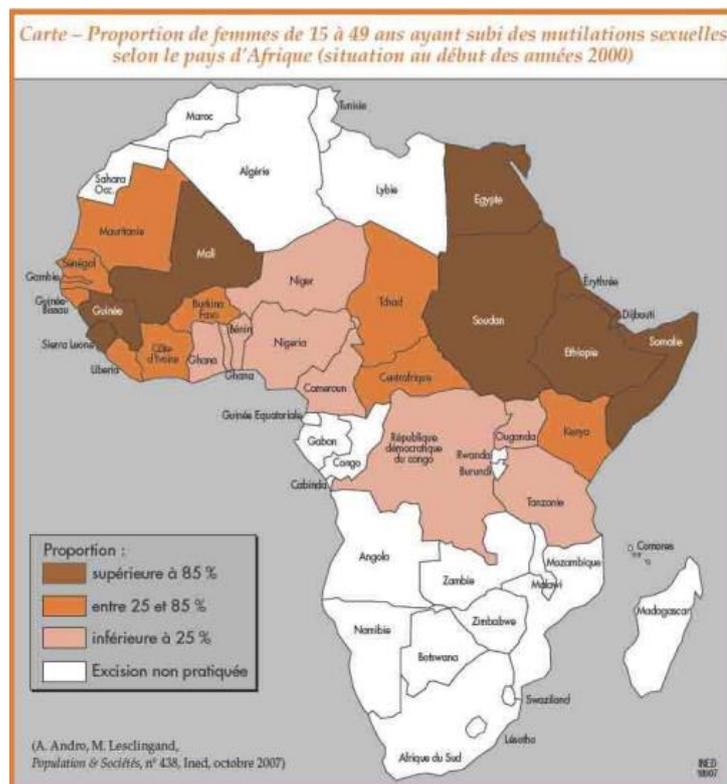
Outre les conséquences immédiates telles que la douleur violente, l'hémorragie ou encore la rétention d'urine occasionnée par les brûlures dues à l'émission d'urine, les conséquences obstétricales sont de plusieurs types. Tout d'abord en lien direct avec les mutilations, elles peuvent provoquer des dystocies de dégagement de la tête du fœtus ainsi que des dystocies dynamiques par immaturité des voies génitales [42]. Lorsque la femme a subi une infibulation, la cicatrice fibrosée doit être incisée en cours de travail. Si cela n'est pas fait la femme risque une rupture utérine ou de graves lésions périnéales.

En revanche, infliger une césarienne à une femme est lourd de conséquences. Comme précédemment, si la femme rentre dans son pays d'origine où la mortalité maternelle est bien plus élevée, on augmente son propre risque de morbidité maternofoetale [42]. L'hystérectomie ou la stérilisation n'est pas à envisager puisque la femme serait ensuite répudiée de sa famille.

De plus, Il serait primordial d’aborder le sujet des MSF au cours de la consultation car la grossesse est un moment privilégié et ce, d’autant plus que l’enfant à naître est une fille. En effet, en cas de retour au pays, la petite fille pourrait alors être victime de mutilations. En France, il est possible de réaliser un certificat de non-excision avant le départ en Afrique. Celui-ci, sera alors présenté aux personnes susceptibles d’infliger des mutilations. Ce certificat est accompagné des peines encourues afin de freiner ces pratiques.

L’OMS a réalisé une large étude au sujet des mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical des femmes concernées. Il s’agit d’une étude prospective dans six pays africains, ayant eu lieu de novembre 2001 à mars 2013. Le panel est constitué de 28 393 femmes ayant été examinées avant l’accouchement pour observer si elles avaient subi ou non des mutilations. Cette étude montre que 6 % des femmes ont accouché par césarienne. Concernant l’hémorragie de la délivrance, 7 % des femmes l’ont présenté. De plus, les femmes ayant subi une mutilation sexuelle de type II ou III ont une probabilité significativement plus élevée de présenter une hémorragie du post-partum que celles qui n’ont pas subi de mutilations [43].

Figure 17 : Carte représentant les mutilations sexuelles subies par les femmes (en proportion) [41]



b- Les autres types de violences

Lors du recueil d'information du dossier médical, la question des violences est abordée. Parmi nos patientes d'origine africaine, 12% ont déclaré avoir vécu des violences quel que soit le type, 7 % des violences conjugales, 5% des violences physiques. Quatre femmes ont signalé avoir subi un ou plusieurs viols dont deux étant à l'origine de cette grossesse.

Depuis quelques années, les violences faites aux femmes est un sujet de la littérature scientifique. Toutefois, les études existantes ont tendance à se concentrer sur les pays d'Afrique Sub-Saharienne, et non sur les pays d'Afrique du Nord.

Il est complexe de réaliser une étude sur les violences conjugales. En effet, les victimes rapportent rarement les sévices vécus, et ce problème est souvent considéré comme une affaire privée et donc difficile à révéler. [44]

L'OMS [44] a réalisé une étude multi pays en 2005 sur la santé des femmes et la violence domestique portant sur 10 pays du monde. Il en ressort que les violences faites aux femmes existent dans tous les pays étudiés, mais qu'elles peuvent être plus importantes dans certaines zones géographiques. Notamment en Namibie où, par exemple, 29 % des femmes ont été victimes de violences physiques et 44 % de violences sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les pays touchés par les conflits armés ou par l'épidémie du sida sont particulièrement concernés par les violences faites aux femmes. Néanmoins, les pays plus stables politiquement ne sont pas épargnés, les violences se produisent dans différents domaines tels que le travail, les déplacements ou la sphère conjugale.

Les violences à l'égard des femmes et la violence conjugale ne sont pas au centre des études puisqu'elles sont identifiées au sein d'études liées à l'infection par le VIH. Un dernier constat concerne les cadres juridiques des différents pays qui sont souvent peu développés sur le sujet.

Conclusion

La grossesse est une période où se rejoue l'histoire personnelle de chaque femme. Le parcours de celle-ci est primordial pour la prendre en charge dans sa globalité. Ceci est subordonné à ce que les femmes acceptent de nous confier. Les femmes migrantes sont souvent dans des situations précaires, la construction de la parentalité peut être mise à mal par leur vulnérabilité antérieure et récente. Les structures sociales et associations permettent aux femmes une meilleure connaissance de leurs droits, ceci s'illustre par une augmentation du nombre de consultations à la PASS ou à l'UGOMPS par exemple.

L'objectif principal était de comparer le suivi de grossesse des femmes migrantes. Leurs suivis est parfois plus précoce, et le nombre d'échographies réalisées sont supérieurs à nos hypothèses de départ.

Notre étude a permis de mettre en évidence, l'existence de risques périnataux. Sur le plan néonatal, pour les nouveau-nés de mères d'origine africaine, le score d'Apgar est inférieur dans les premières minutes de vie par rapport aux nouveau-nés de mères d'origine française. Par conséquent, l'origine de la mère peut influencer l'adaptation à la vie extra utérine du nouveau-né. Sur le plan obstétrical, le principal élément est la présence d'un taux de césarienne plus important dans la population d'origine africaine. Concernant les pathologies médicales, le seul facteur de l'ethnie ne peut être le seul vecteur. De nombreux autres facteurs rentrent en jeu tels que le niveau socio-économique, l'âge ou encore les antécédents personnels de la patiente. Les interrogations qui persistent notamment concernant les particularités de la fréquence plus élevée d'accouchements par césarienne chez les femmes d'origine africaine, justifient des études complémentaires pour mettre en lien les caractéristiques individuelles qu'elles soient médicales ou culturelles.

Enfin, les situations de violences physiques, conjugales et les mutilations sexuelles féminines sont plus fréquentes et sous estimées dans la population d'origine africaine. Aborder le sujet en consultation permettrait peut-être aux femmes de se confier sur leur histoire mais aussi sur les craintes qu'elles peuvent avoir.

Index des abréviations

AIDA : Accueil Information Demandeurs d'Asile

AME : Aide Médicale de l'État

ASAMLA : Association Santé Migrants Loire-Atlantique

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNDA : Cours Nationale du Droit d'Asile

G.A.S. PROM : Groupement Accueil Promotion du travailleur immigré

HDD : Hémorragie De la Délivrance

IMC : Indice de Masse Corporelle

OFFI : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONI : Office Nationale de l'Immigration

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RSA : Revenu de Solidarité Actif

SA : Semaine d'Aménorrhée

UGOMPS : Unité Gynécologique Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

Bibliographie

- [1] Insee. (page consultée le 12/10/2014). Les immigrés récemment arrivés en France, [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1524
- [2] Insee. (page consultée le 12/10/2014). Population, étrangers, immigrés, [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F037
- [3] IMANI Ghana. (page consultée le 12/10/2014). Immigration africaine : Pourquoi quittent-ils leur pays ? [en ligne] <http://www.contrepoints.org/2014/02/12/156396-immigration-africaine-pourquoi-quittent-ils-leur-pays>
- [4] Larousse. (page consultée 22/07/2014) Définition immigration, [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/immigration/41704>
- [5] Larousse. (page consultée 22/07/2014) Définition migrants, [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399>
- [6] MUZARD P. (page consultée le 22/07/2014) Histoire de l'immigration en France, [en ligne] http://www.preavis.org/formation-mr/Luttins/brochure_immigration_1-0.a5.pdf
- [7] LOCHAK D. (page consultée le 22/07/2014) La politique de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers [en ligne] <http://www.gisti.org/doc/presse/1997/lochak/politique-2.html>
- [8] Insee. (page consultée le 28/07/2014) La population immigrée en Pays de la Loire [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18110
- [9] Diplomatie, Gouvernement français. (page consultée le 28/07/2014) Formalité d'entrée en France, [en ligne] <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/venir-en-france-22365/formalites-d-entree-en-france/>
- [10] Nations Unies (page consultée le 29/07/2014) Déclaration universelle des droits de l'Homme, [en ligne] <http://www.un.org/fr/documents/udhr/#a14>
- [11] OFPRA (page consultée le 29/07/2014) Convention de Genève de 1951, [en ligne] http://www.ofpra.gouv.fr/documents/UNHCR_Convention_1951_Protocole_1967.pdf

[12] Gouvernement français. (page consultée le 28/07/2014) Etrangers en France : demande d'asile à la frontière et sur le territoire, [en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2649.xhtml>

[13] CHU de Nantes. (page consultée le 28/07/2014) Demande d'asile – comment faire ? [en ligne] <http://www.chu-nantes.fr/demande-d-asile-comment-faire--6318.kjsp>

[14] OFPRA (page consultée le 29/07/2014) Compte rendu d'activité 2013, [en ligne] http://www.ofpra.gouv.fr/documents/OFPRA_BD_28-04-2014.pdf

[15] *Gouvernement français. (page consultée le 28/07/2014) Nationalité française : enfant né en France de parents étrangers, [en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F295.xhtml#N10125>*

[16] Légifrance. (page consultée le 28/07/2014) Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158>

[17] MACE D. Prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceinte en errance au CHU de Nantes : Accompagnement dans la parentalité et l'insertion sociale. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. Nantes : Université de Nantes - UFR de Médecine, 2012.

[18] Action Sociale. (page consultée le 02/08/2014) C.A.D.A Solidarité Logement, [en ligne] <http://profil.action-sociale.org/?p=cada-solidarite-logement-130018849&details=caracteristiques>

[19] UGOMPS, Rapport d'activité de 2011 à 2013, CHU de Nantes, 2013

[20] ASAMLA. (page consultée le 04/08/2014) Les objectifs de l'ASAMLA, [en ligne] http://www.asamla.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=2

[21] ASAMLA. (page consultée le 04/08/2014) Rapport d'activité annuelle 2013, [en ligne] <http://www.asamla.fr/images/documents/ra2013.pdf>

[22] AIDA. (page consultée le 04/08/2014) ASBL, [en ligne] <http://asbl44.com/>

[23] Santé Gouvernement Français. (page consultée le 10/08/2014) Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS, [en ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf

[24] CHU de Nantes. (page consultée le 10/08/2014) Consultation Jean-Guillon (PASS), [en ligne] <https://www.chu-nantes.fr/consultation-jean-guillon-pass--337.kjsp>

[25] La documentation française (page consultée le 06/08/2014) Genre et refondation des politiques d'intégration, [en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000126/0000.pdf>

[26] La documentation française (page consultée le 06/08/2014) Etre femme et immigrée dans la société française, [en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000126/0000.pdf>

[27] Hiranthi Jayaweera A, Maria A Quigley B. Health status, health behaviour and healthcare use among migrants in the UK: Evidence from mothers in the Millennium Cohort Study. *Social Science and Medicine*, 2010.

[28] Organisation internationale pour les migrations. (page consultée le 21/08/2014) La vulnérabilité des femmes migrantes aggravée par le manque d'accès aux services de santé maternelle et infantile [en ligne] <http://www.iom.int/cms/fr/sites/iom/home/news-and-views/news-releases/news-listing/vulnerabilities-of-migrant-women-exacerb.html>

[29] GAYRAL-TAMINH M. et al. Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Septembre 1999, vol. 28, n° 5, [consulté le 06/11/2014]. Disponibilité sur internet : <http://www.em-consulte.com/en/article/113833#JGYN-09-1999-28-5-0368-2315-101019-ART8-TAB2>

[30] Info Tabac Service. (page consultée le 15/11/2014) Chiffres du tabac, [en ligne] <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Chiffres-du-tabac>

[31] Commission de l'Union Africaine. (page consultée le 05/12/2014) L'incidence du tabagisme sur la santé et le développement socio-économique en Afrique : état des lieux. [en ligne] http://www.carmma.org/sites/default/files/PDF-uploads/Tobacco_Report_FRENCH.pdf

[32] FOURNIE A. et al., comité d'organisation. Diabète et grossesse. Recommandation sur la pratique clinique. CNGOF.

- [33] CAMPBELL J. et al. Group B streptococcal colonization and serotype-specific immunity in pregnant women at delivery, *Obstet Gynecol*, 2000.
- [34] ROBERT-PARRA F. Etude descriptive prospective des infections materno-fœtales dans une maternité de niveau III. Evaluation des pratiques et proposition de nouvelles recommandations. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, médecine spécialisée clinique]. Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de médecine ; 2014.
- [35] PAPIERNIK E. et al., Racial differences in pregnancy duration and its implications for perinatal care, *Med Hypotheses*, 1990.
- [36] COL J. L'accouchement en France des patientes nées en Afrique Noire. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1989.
- [37] FOURN L, ALIHONOU E, SEGUIN L, DUCIC S. Incidence et facteurs associés à la césarienne primaire au Bénin (Afrique), *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1994.
- [38] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 06/12/2014) Recommandations pour la pratique clinique, Hémorragies du post-partum immédiat, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_rapport.pdf
- [39] RETTEL V. Mutilations sexuelles féminines et accouchement : pour un prise en charge adaptée. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Nancy : Université Henri Poincaré, Nancy 1, Ecole de sages-femmes ; 2009.
- [40] OMS. (page consultée le 25/11/14) Définition des mutilations sexuelles féminines [en ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/>
- [41] ANDRO A, LESCLINGAND M. Population et sociétés, *Ined*, n° 438, 2007

[42] Académie Nationale de Médecine. (page consultée le 25/11/2014) Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces [en ligne] <http://www.academie-medecine.fr/publication100035081/>

[43] Étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) : « Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains » (Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical). 2013.

[44] OMS. (page consultée le 02/12/2014). Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. [en ligne] http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportfrenchlow.pdf

En France, 8,8 % de la population est immigrée, actuellement 54 % des nouveaux entrants sont des femmes. Elles sont bien souvent dans des situations précaires.

Nous nous sommes intéressés aux femmes migrantes d'origine africaine. Dans ce contexte, nous avons tout d'abord réalisé une étude de leurs parcours lors de leurs arrivées en France. Nous avons ensuite étudié leur suivi pré et post natal en comparant un échantillon de cette population suivie à la maternité du CHU de Nantes dans le cadre de l'UGOMPS à un échantillon de femmes d'origine française accouchant dans cette même maternité. Il s'agit d'une étude cas-témoin incluant 150 femmes migrantes d'origine africaine et 150 femmes d'origine française.

Les femmes migrantes présentent un parcours de soins favorable, notamment en ce qui concerne les consultations et la réalisation des échographies. Néanmoins, la fréquence d'accouchement par césarienne est plus élevée parmi les femmes d'origine africaine.

Mots-clés :

Migration, UGOMPS, Africaine, Violences, Etude cas-témoin, Grossesse, Accouchement