



HAL
open science

Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes immigrées : une étude descriptive au sein du CHU

Estaing

Camille Supplisson

► **To cite this version:**

Camille Supplisson. Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes immigrées : une étude descriptive au sein du CHU Estaing. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00877876

HAL Id: dumas-00877876

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877876>

Submitted on 29 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes
immigrées**

Une étude descriptive au sein du CHU Estaing

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Camille SUPPLISSON

Née le 08/06/1989

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE FEMME

Année 2013



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes
immigrées**

Une étude descriptive au sein du CHU Estaing

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Camille SUPPLISSON

Née le 08/06/1989

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE FEMME

Année 2013

Remerciements

A Madame Foulhy, pour ses conseils avisés.

A Madame Viallon, pour avoir su me comprendre et pour ses corrections.

Aux femmes que j'ai rencontrées tout au long de mon cursus et qui m'ont inspirée pour ce mémoire.

A mes parents, pour leur soutien.

A ma sœur, Hélène, mon modèle car elle a eu la force de choisir ce dont elle avait envie.

A mes frères, Nico et Steph, que je respecte.

A mes neveux, Corentin, Gaëtan et Marceau, pour leur spontanéité.

A Clèm, Vince, Simon, Seb, Nini, mes copains de galère.

A Didine, ma coloc adorée.

A Virginie, Lydie et Marie, mes potes de lycée.

A Etienne et Pauline, pour m'avoir logée et nourrie dans les pires moments, merci.

A Antoine (et Amélie) et Franco pour leur musique.

A l'ensemble de ma promotion.

A Coco, Popo, Margaux, Lou, Mimi, Elsa, Marlou, Sof, Delph, Lisa, Marielle pour leur joie de vivre et notre amitié à toute épreuve.

Merci Martin.

Et un merci tout spécial à toi, Chloé, dont le rire raisonnera à jamais dans mon cœur.

« *DES ENFANTS*

Et une femme qui portait un enfant dans les bras dit:

Parlez-nous des Enfants.

Et il dit : Vos enfants ne sont pas vos enfants.

Ils sont les fils et les filles de l'appel de la Vie à elle-même,

Ils viennent à travers vous mais non de vous.

Et bien qu'ils soient avec vous, ils ne vous appartiennent pas. Vous pouvez leur donner votre amour mais non point vos pensées,

Car ils ont leurs propres pensées.

Vous pouvez accueillir leurs corps mais pas leurs âmes,

Car leurs âmes habitent la maison de demain, que vous ne pouvez visiter, pas même dans vos rêves.

Vous pouvez vous efforcer d'être comme eux,

mais ne tentez pas de les faire comme vous.

Car la vie ne va pas en arrière, ni ne s'attarde avec hier. Vous êtes les arcs par qui vos enfants, comme des flèches vivantes, sont projetés.

L'Archer voit le but sur le chemin de l'infini, et Il vous tend de Sa puissance pour que Ses flèches puissent voler vite et loin.

Que votre tension par la main de l'Archer soit pour la joie;

Car de même qu'Il aime la flèche qui vole, Il aime l'arc qui est stable. »

Khalil Gibran – Le Prophète



Glossaire

AME : Aide Médicale d'Etat

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CMU : Couverture Maladie Universelle

EPN : Entretien Prénatal

FCS : Fausse Couche Spontanée

FIV : Fécondation in vitro

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hyper Tension Artérielle

HRP : Hématome Rétro Placentaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

MAP : Menace d'Accouchement Préaturée

MFIU : Mort Foetale In Utero

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPO-PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPM : Rupture Préaturée des Membranes

SA : Semaines d'aménorrhée

SAPL : Syndrome des Anti Phospholipides

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
I- Immigration	2
II- L'anthropologie	6
III- Les particularités de la grossesse chez les patientes immigrées	10
IV- Le suivi de la grossesse en France	17
MATERIEL ET METHODES	22
I- Objectifs de la recherche	22
II- Méthodes de sélection	22
III- Méthode d'intervention et règles éthiques	23
IV- Méthode d'observation	24
V- Méthode d'évaluation	25
RESULTATS	26
I- Description de l'échantillon	26
II- Le suivi de grossesse	32
III- Les pathologies	41
DISCUSSION	52
I- Les limites de l'étude	52
II- Les forces de l'étude	53
III- Discussion des résultats de l'étude	53
IV- Projet d'action	69
CONCLUSION	71
REFERENCES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

De nombreuses études menées en Amérique du Nord et plus particulièrement au Canada ont montré une difficulté de communication entre les personnes immigrées et le système médical.

Bien souvent ces personnes accueillies en Occident gardent et continuent de pratiquer leurs traditions, leurs coutumes et leurs rites, et se heurtent à des pratiques sociales et médicales auxquelles elles ne sont pas habituées.

En Auvergne, les professionnels de santé sont également confrontés aux différences de culture et aux croyances de ces patients immigrés.

L'objectif principal de cette étude est de décrire le suivi de grossesse de ces femmes à partir d'un échantillon de 150 patientes, provenant de la population de la maternité du CHU Estaing ayant accouché au cours de l'année 2011. Le critère de jugement principal sera basé sur l'observance des consultations prénatales parmi ces patientes, mais également les professionnels ayant effectué le suivi ou encore la participation à des séances de PNP.

L'objectif secondaire de l'étude est de décrire les pathologies de la grossesse rencontrées chez ces patientes. Le critère de jugement secondaire sera donc le taux de pathologies.

L'étude décrite ici est basée sur un recueil de données rétrospectif sur dossiers informatisés.

Nous exposerons dans un premier temps les données issues de la littérature concernant le suivi de grossesse et les pathologies obstétricales chez les femmes immigrées. Puis, dans un deuxième temps, nous nous consacrerons à un travail de recherche et d'analyse répondant aux objectifs de l'étude, duquel découlera un projet d'action.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

I- Immigration

1) Définition

L'immigration est définie comme l'installation dans un pays d'un individu ou d'un groupe d'individus originaires d'un autre pays (le plus souvent dans le but de rechercher un emploi et une meilleure qualité de vie). [1]

2) Historique

Trois étapes sont distinguées dans l'histoire de l'immigration en France : d'abord de la deuxième moitié du XIXe siècle à 1945, puis de 1945 à 1974 et enfin de 1974 à nos jours.

De 1850 à 1900, tandis que le reste de l'Europe triple presque sa population, celle de la France n'augmente plus : c'est la première explication du flux migratoire au début du siècle. Partout on manque de bras, à la campagne comme en ville ; les pays voisins sont les principaux fournisseurs de main d'œuvre (Italie, Belgique, Espagne et Suisse principalement, Pologne pour le recrutement de mineurs dans le Nord). [2]

Jusqu'en 1917, une simple déclaration à la mairie de leur résidence suffit aux étrangers pour s'établir en France et y exercer une profession.

Avec la première guerre mondiale, la France a besoin de main d'œuvre pour remplacer les travailleurs partis au front. Elle recrute donc des hommes venus de Chine, Indochine ainsi que d'Afrique du Nord. [2]

En 1931, la crise internationale touche la France et des mesures sont mises en place pour limiter l'entrée des étrangers dans le pays.

Puis à partir de 1939, la seconde guerre mondiale éclate, entraînant une recrudescence de mesures anti-juives.

De 1945 à 1974, la France adopte un large recours à la régularisation à posteriori des étrangers arrivés dans le pays, malgré la création de l'Office National d'immigration (ONI, créé le 2 novembre 1945) [3]. Il donne à l'état le monopole de l'introduction de la

main d'oeuvre étrangère dans le pays.

De 1956 à 1972, l'immigration s'accélère du fait de la décolonisation et de la mise en place du traité de Rome signé en 1958 qui permet la libre circulation. De plus, la France a besoin d'une main d'œuvre moins spécialisée mais plus productive du fait de la modernisation des systèmes de production.

A partir de 1968, plusieurs circulaires (Marcellin, Fontanet ...) subordonnent la politique de recrutement des travailleurs étrangers à la situation de l'emploi en liant l'autorisation de séjourner en France à la détention d'un emploi : la perte de l'emploi impliquant la perte de la carte de séjour.

A partir de 1974, c'est la fin des trente glorieuses, avec la mise en place d'une politique de contrôle des flux migratoires [2]. En effet, avec la crise économique et l'essor du chômage, une circulaire gouvernementale met fin à l'immigration de travail. Cette « fermeture des frontières » inaugure un ensemble de réformes législatives et gouvernementales qui restreint progressivement le droit d'asile et le droit de séjour. En 1991, le gouvernement supprime le droit au travail pour les demandeurs d'asile. En 1993, le législateur crée une nouvelle catégorie d'étrangers « sans papiers » car « ni expulsables ni régularisables ». Les lois de 1998 et 2003 reconnaissent toutefois le droit au séjour pour certaines raisons de « vie privée et familiale », dont le droit au séjour pour raison médicale. [3]

3) Les chiffres

Les personnes immigrées sont au nombre de 4,9 millions sur le territoire métropolitain en 2005, représentant 8,1 % de la population totale.

On remarque que 60 % de ces personnes sont réparties sur trois régions clés, 40 % résident en Île-de-France (1 habitant sur 6 y est immigré), 11 % en Rhône-Alpes et 9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur.[4]

Selon les chiffres de l'INSEE, en 2008, 39,2 % des immigrés viennent d'Europe soit 1 454 728 personnes dont 1 300 641 proviennent de l'Europe des 27. 41 % des

immigrés viennent d'Afrique avec 1 523 506 personnes. 509 929 personnes viennent d'Asie, ce qui représente 13,7 % des immigrants. Et enfin, 6,1 % des immigrants sont issus d'Amérique ou d'Océanie avec 226 342 personnes. Ce qui donne un total de 3 714 505 immigrants sur le territoire de métropole en 2005.[5]

Répartition des étrangers par nationalité

	2008 en %	effectifs
Europe	39,2	1 454 728
Europe des 27	35,0	1 300 641
Espagnols	3,5	128 780
Italiens	4,7	174 016
Portugais	13,2	490 724
Britanniques	4,1	150 819
Autres nationalités de l'UE 27	9,6	356 302
Autres nationalités d'Europe	4,1	154 087
Afrique	41,0	1 523 506
Algériens	12,7	470 776
Marocains	11,9	443 536
Tunisiens	3,9	143 716
Autres nationalités d' Afrique	12,5	465 478
Asie	13,7	509 929
Turcs	6,0	221 935
Cambodgiens, Laotiens, Vietnamiens	1,1	41 855
Autres pays d'Asie	6,6	246 139
Nationalités d' Amérique et d'Océanie	6,1	226 342
Total	100	3 714 505

Champ : France.

Source : Insee, recensement 2008, exploitation principale.

4) La législation

En France, la notion d'égalité existe depuis la révolution de 1789, et est stipulée dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen. Ainsi, l'article premier déclare: « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en dignité et en droits.* » [6]

La notion même d'égalité est stipulée dans la devise française « *Liberté, Égalité, Fraternité* ».

Pour ce qui est de la législation hospitalière, dans le Code de la Santé Publique, article L 1110-1, on retrouve un chapitre préliminaire relatif aux droits de la personne.

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. » [7]

De même, *« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »[7]*

D'après Article L1110-3 du Code de la santé Publique, *« la personne malade a droit au respect de sa dignité. »*

L'article L1110-2 du Code de la Santé Publique stipule que *« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »*

L'article L1110-4 du Code de la Santé Publique déclare que *« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. » [7]*

L'article R1112-46 du Code de la Santé Publique (issu du décret 74-27 du 14 janvier 1974) précise que *« Les hospitalisés doivent être mis en demeure de participer à l'exercice de leur culte... »*

On retrouve également ces notions dans le Code de Déontologie des sages-femmes.

Ainsi, l'article R.4127-302 du Code de Déontologie des sages-femmes dit : *« La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé. »*

L'article R.4127-305 du Code de déontologie des sages-femmes déclare que *« La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou*

sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant. » [8]

La Charte du patient hospitalisé ajoute que « *la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.* » [9]

Pourtant, malgré la législation et les codes en vigueur, il reste des différences dans la prise en charge des patients étrangers et autochtones. En effet, la barrière linguistique [10], la prise en compte de leurs cultures, croyances et religions n'est pas toujours évidente de notre point de vue occidental. Pour cela, l'anthropologie a beaucoup apporté.

II- L'anthropologie

1) Définition

L'anthropologie fait partie des sciences humaines telles que la sociologie.

C'est l'étude de l'Homme et des groupes humains dans une perspective biologique et sociale. Cette théorie physique met l'homme au centre de ses préoccupations.[11]

On distingue l'anthropologie physique qui étudie l'adaptation et l'évolution des êtres humains en tant qu'êtres biologiques de l'anthropologie sociale et culturelle (ethnologie). Cette dernière étudie la vie des hommes en société à travers leurs langues, coutumes, pratiques, croyances, mythes et institutions.[12]

2) Historique

L'anthropologie est apparue au XIXe siècle.

Sous discipline de l'anthropologie, l'anthropologie médicale est d'abord apparue

sous la plume d'anthropologues tels que Rivers « *Medicine, Magic and Religion* » (1924) ou Evan's Pritchard's « *Withcraft, Oracles and Magic among the Azande* » (1937). Pour eux, religion et maladie entretiennent dans les sociétés dites primitives, un lien étroit dans l'explication du malheur en général.

Au milieu des années 60, le développement de l'anthropologie médicale nord-américaine répond à la nécessité de comprendre l'influence de la culture sur les rapports de l'Homme à la santé et à la maladie. Le courant de l'ethnomédecine (principalement axé sur l'étude des systèmes médicaux indigènes) s'enrichit alors des questionnements de l'ethnopsychiatrie sur les relations entre culture et psychologie et trouve ainsi un terrain d'investigation occidental.

L'anthropologie médicale étant une science sociale par excellence, elle attira très vite l'intérêt scientifique français. Il préfère la désigner comme une anthropologie de la maladie et /ou de la santé, afin de sortir du vocabulaire classificatoire anglo saxon. Cette discipline entre ainsi dans le cadre de la Santé Publique, afin d'analyser les croyances et pratiques dans le but sans cesse recherché d'améliorer les programmes médicaux.

Trois approches principales ont formé le champ d'investigation caractérisant aujourd'hui la recherche en anthropologie médicale:

- une approche micro sociale des systèmes de santé, fondée sur les données ethnographiques et le relativisme culturel.
- une approche collective et étatique de la santé, ancrée dans l'étude des soins en institutions et le développement de la santé publique.
- une approche globale et homogène de la santé, issue des problématiques de la mondialisation et de l'analyse statistique à visée prédictive.

Le concept d'anthropologie médicale est également basé sur la distinction entre les trois termes anglo-saxons *disease/illness/sickness*.

Le premier reflète l'aspect biologique, scientifique de la maladie. Le deuxième est le vécu subjectif de la perturbation pathologique vécue par le patient. Et enfin le troisième représente la maladie socialisée. [13]

3) L'approche interculturelle

Il faut bien comprendre la différence de ressenti suivant les ethnies et les origines culturelles. Pour les occidentaux, la maladie s'explique toujours par des raisons concrètes, des facteurs de risque provenant de notre environnement, ou de notre statut génétique. [14]

Pour certains migrants, la maladie s'explique par la présence d'esprits maléfiques, le « mauvais œil », qu'il faut éloigner par des rituels (les poupées vaudou par exemple chez les Haïtiens, ou le port d'une amulette, de gri-gri, la main de Fatma).

Ainsi, dans certaines ethnies, notamment d'Asie, où la discrétion est de rigueur, il faut avoir une attitude détachée, voire stoïque pour ne pas attirer les démons, lorsqu'un proche est malade.

Au contraire, dans d'autres milieux culturels, comme les pays du Maghreb, on pleure et on se lamente de façon bruyante suite à la mort d'un proche. [15]

Au Canada, et notamment au Québec, depuis 2006 des recherches ont été menées afin de mieux comprendre l'attitude des migrants à leur arrivée dans un pays inconnu.

Il existe de nombreuses difficultés pour les immigrants influant sur leur adaptation et leur santé. Par exemple, les femmes d'origine immigrée de 15 à 24 ans présentent un taux de chômage de *19,9 % contre 9,8 %* chez les femmes québécoises autochtones. De plus, ces femmes sont le plus souvent des personnes sans formation, expliquant un niveau de revenu inférieur.

Les immigrants se heurtent également aux discriminations, liées à leur couleur de peau, à leur langue et leur culture, ce qui entraîne parfois un sentiment de nostalgie, voire même de rébellion contre le système occidental chez certains jeunes [16]. La barrière de la langue est un réel problème pour ces personnes aussi bien sur le plan de la santé que sur celui de l'administration. [15]

Les femmes arrivant dans un pays étranger en tant que migrantes doivent reconstruire leur réseau de connaissance, particulièrement lorsqu'elles ne connaissent personne dans leur nouveau pays d'accueil. Pourtant, le soutien qu'elles recherchent durant la période périnatale dépend grandement de ce réseau.

Le COMEDE (Comité Médical pour les Exilés) parle de traumatisme de l'exil, qui peut parfois générer une vulnérabilité particulière, voire même un deuil du monde maternel, de la Terre mère. L'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs. La culpabilité et le châtement de soi sont un risque permanent [3].

Bien souvent, dans leur pays d'origine, la tradition veut que la femme enceinte, la future mère soit soutenue par d'autres femmes telles que les mères, les sœurs, les cousines ou encore les tantes. Mais quand les membres de la famille sont séparés, écartés, parfois à des milliers de kilomètres les uns des autres, il est long et fastidieux de reconstruire un réseau social solide.

Il n'est pas rare de rencontrer des familles monoparentales, où la femme élève seule ses enfants, ce qui s'ajoute aux difficultés quotidiennes. [15]

Néanmoins, la plupart du temps, les femmes retrouvent de la famille, des proches sur place, mais il s'agit rarement de plus d'une dizaine de personnes. Parfois certaines migrantes *« notent que la présence des proches n'est pas nécessairement garante d'une aide additionnelle. Dans certains cas, elle sera même un fardeau économique s'il faut soutenir des membres de la famille. »*

« En fait, plus elles ont de la famille et moins leur réseau social est grand et, inversement, plus leur réseau social compte de membres et moins elles ont de la famille présente au pays d'adoption. »

[15]

Concernant les attitudes spécifiques des migrantes dans les services hospitaliers, il existe une multitude de recherches. Dans une étude menée dans trois maternités franciliennes et basée sur des entretiens, les soignants affirment en grande majorité que les femmes migrantes n'assistent pas aux séances de préparation à la naissance. [17]

De plus, ceux-ci rencontrent parfois des difficultés à pratiquer les tests de dépistage, tels que le dépistage de la trisomie 21 ou encore celui de la drépanocytose, spécifique de certaines ethnies. Les soignants interrogés parlent d'un manque d'intérêt et ont du mal à faire passer le message si les femmes n'ont jamais été confrontées à ce genre de pathologies. Par exemple, chez certaines femmes immigrées, il est impensable de pratiquer une interruption volontaire de grossesse si leur fœtus a une pathologie ou un handicap majeur lors de la grossesse, car pour elle c'est la volonté divine. Aux yeux

des soignants ce genre de discours peut paraître choquant. Ainsi, les patientes immigrées apparaissent parfois dans les discours des professionnels de santé comme une présence troublante qui remet en question les routines médicales. [17]

Les soignants décrivent souvent un manque d'observance chez ces patientes. Ils l'expliquent par la difficulté de communication liée à la langue, ou encore par le faible niveau socio-économique de ces patientes. Néanmoins, le culturalisme semble avant tout être invoqué comme principe explicatif aux comportements vus comme déviants par rapport aux routines médicales. Au contraire, lors de l'accouchement, les soignants, en majorité des sages-femmes, mettent en avant la coopération des femmes immigrées qui sont moins exigeantes ou réticentes que les françaises. Ainsi, d'après les soignants, elles sont moins demandeuses et plus compliantes aux habitudes de service, ce qui semble être apprécié par la majorité des soignants. [17;13]

III- Les particularités de la grossesse chez les patientes immigrées

1) Les différentes visions culturelles

Dans la plupart des religions, l'avortement est interdit, car la vie existe chez l'embryon dès la conception. Par contre, pour les hindous et les juifs, il est possible d'utiliser des moyens de contraception. Chez les musulmans, cela est moins évident et bien souvent l'homme décide de l'utilisation ou non de ces méthodes. [15]

L'expression de la douleur fait partie intégrante de l'accouchement, varie beaucoup d'une culture à l'autre. Pour les musulmans, il faut faire preuve d'adversité devant la douleur, avoir une attitude stoïque, c'est un combat intérieur. Pour les juifs, la douleur est une épreuve envoyée par Dieu, et tous les moyens peuvent être utilisés pour y remédier. Pour les bouddhistes, cette souffrance est le résultat de toutes les fautes accumulées lors des vies antérieures, c'est pourquoi l'utilisation d'analgésiques est parfois mal vécue par ces personnes.

Mais ces observations ne doivent pas faire l'objet de stigmatisations ou de préjugés. L'important est de pallier à la douleur de chacun en fonction de son intensité et de son ressenti, tout en respectant ses croyances. Il en est de même pour le refus de soin.

On se doit d'accepter la décision du patient après la réception d'une information complète et éclairée sur les risques qu'il encourt. La personne soignante doit respecter ce choix. Le simple fait d'écouter, sans juger, peut parfois amener à un dialogue plus sain, sans imposer par la force notre méthode occidentale. [15]

Dans la religion musulmane, lorsqu'un enfant naît, on prononce deux prières, l'Adhân dans l'oreille droite et l'Iqama dans l'oreille gauche. De plus, le père est seul détenteur de l'autorité parentale et transmet la religion à son enfant. Ainsi, dès le septième jour après la naissance, et jusqu'à l'âge de huit ans, les garçons sont soumis au rituel de la circoncision.

Chez les juifs, la mère transmet sa religion à son enfant. Au huitième jour, les garçons sont circoncis si leur état de santé le permet.

Dans la religion orthodoxe, une prière de reconnaissance et de purification pour la vie est donnée à la mère le jour de la naissance de son enfant. L'enfant est présenté à l'église 40 jours après sa naissance et le baptême sera célébré à quelques mois. En cas d'urgence et en l'absence d'un prêtre, toute personne baptisée au nom du Père, du Fils et du Saint Esprit et confessant Dieu dans la Trinité peut baptiser l'enfant à son tour. [18]

Il existe de nombreuses superstitions autour de la grossesse, de l'accouchement, et les suites de couches. *« Par exemple dans certaines cultures, les femmes évitent de porter tout accessoire imitant le cordon, tel que chaîne ou collier afin d'éviter l'étranglement de l'enfant; d'autres s'accrochent à des amulettes dont elles ne veulent se séparer sous aucun prétexte, même sur la table d'accouchement. Les croyances [...] prennent diverses formes : par exemple, certaines femmes demandent à récupérer le cordon et le placenta pour l'enterrer ou le brûler afin que nul ne puisse jeter un mauvais sort à leur enfant, alors que plusieurs ne désirent voir ou entendre que de belles choses pendant la grossesse afin de conjurer les risques de malformations du bébé. Pour d'autres, entrer en contact avec un défunt peut être cause d'avortement ou de mort prématurée du nouveau-né. On trouve aussi des femmes qui demandent que l'on dépose une pièce d'argent sur l'ombilic du bébé ou évitent de croiser les jambes pour ne pas avoir un accouchement difficile. »* [15]

Pour mieux illustrer ces propos, il peut être intéressant d'évoquer des situations concrètes concernant la grossesse dans les quatre grandes aires culturelles que l'on rencontre régulièrement dans le milieu hospitalier.

Au Maghreb, la naissance est une étape importante de la vie d'un couple, car elle permet la continuité de la lignée (en particulier quand c'est un garçon) et l'inscription d'un héritier dans la filiation. C'est pourquoi, dans cette culture, la stérilité peut être très mal vécue par les couples. Le don de gamètes est mal toléré voire non autorisé en raison du risque de mariage entre les futures frères et sœurs. De plus, dans la culture Maghrébine, la femme cherche à préserver son enfant en évitant de se rendre à des obsèques. Elle est très entourée par les siens, en particulier par les autres femmes. [20]

Dans le reste de l'Afrique, la multiplicité des ethnies ne permet pas de faire de généralités quant aux croyances qui accompagnent la grossesse. Néanmoins, de nombreuses similarités peuvent être abordées, afin de donner un bref aperçu sur les attitudes communes à ces ethnies. En règle générale, la société africaine est animiste, c'est à dire qu'il existe des âmes analogues à l'âme humaine, bonnes ou mauvaises, des esprits, en toute chose, tout objet. Il est de coutume de penser que lors de la conception, l'esprit de l'ancêtre appelé « rab », pénètre en même temps que le spermatozoïde dans l'ovule. Celui-ci sera le protecteur de l'enfant durant toute sa vie. [20]

Par ailleurs, la grossesse est habituellement partagée en trois parties, de un à trois mois, la femme ne se considère pas enceinte, elle n'en parle pas à son époux. Elle ne l'évoque qu'avec des périphrases auprès des femmes lui étant proches (sœurs ou tantes), car « *l'embryon n'est qu'une masse de sang qui peut s'écouler à tout moment* ». La femme ne consultera qu'au bout de trois mois de grossesse, ce qui correspond en France à l'échéance pour la déclaration de grossesse auprès de la Caisse d'allocations familiales [21]. Ensuite, de trois à six mois, la femme se considère enceinte, et met au courant son époux et le reste de son entourage. Elle commence également à respecter les interdits alimentaires et quitte le village pour aller poursuivre sa grossesse et accoucher chez ses parents afin de ne pas « *attirer le mauvais sort* ». [22] De six à neuf mois, les interdits augmentent et la femme se repose en l'attente de son accouchement. Les interdits alimentaires s'appuient sur la consistance, la provenance, et le goût des

aliments. Par exemple, la femme ne pourra pas manger de mets qui ramollissent à la cuisson risquant de mener à la naissance d'un « *enfant mou* ». Elle ne mangera pas non plus de tête d'oiseau car son enfant pourrait devenir frivole. De plus, dans la culture Africaine, couper la viande en trop petits morceaux pourrait mener à la naissance d'un enfant trop chétif. En revanche, la femme devra se nourrir d'aliments gluants tels que les gombos, la mangue, afin de faciliter l'expulsion lors de l'accouchement. Elle choisira également de manger des œufs et de la viande de bœuf après la fin du premier trimestre, afin que son enfant naisse gros. Des règles similaires s'appliquent au père, il ne doit pas manger certains poissons ou viandes tels que la vipère ou le rat palmiste car ceux-ci vivent sous terre et sont susceptibles de toucher les morts. [20]

De nombreuses coutumes comportementales existent également durant la grossesse dans la culture Africaine. La première règle à respecter est le silence. La femme doit éviter de parler afin de ne pas attirer le mauvais sort et les esprits malfaisants. Sur le plan de l'hygiène, elle doit prendre un bain par jour (en évitant l'aurore ou la nuit) à l'eau froide de préférence, car l'eau chaude pourrait la faire saigner et « *entraîner un avortement* ». De plus, la femme Africaine doit se frotter le ventre avec de la terre calcaire pour que l'enfant naisse propre et sans vernix. La femme Africaine doit être en harmonie avec son environnement et ne pas désobéir afin d'éviter un accouchement difficile. Dans la culture Africaine, il est conseillé de faire l'amour pour lubrifier le vagin et ainsi faciliter l'expulsion lors de l'accouchement [22]. La femme doit éviter de faire des travaux difficiles ou de courir et danser avant d'avoir passé le cap de la prématurité, vers huit mois de grossesse. Elle ne doit pas se tresser les cheveux au risque de « *resserrer les voies d'accouchement* » et empêcher la sortie de l'enfant. L'entourage, quant à lui, ne parle pas de morts nés ni d'accouchement difficile devant la future mère. La femme porte durant toute la grossesse une ceinture tressée par le marabout afin de lier l'enfant et la mère. Traditionnellement, ce qui se passe dans le ventre de la femme est sacré et ne doit pas être divulgué, c'est pourquoi les patientes africaines sont parfois réticentes aux échographies. [20]

Dans la culture hindoue, dès que la femme est enceinte, son entourage s'occupe d'elle et fait preuve d'une grande prévenance. Si celle-ci porte un garçon, elle est d'autant plus reconnue sur le plan identitaire.

Il existe également des interdits alimentaires dans cette culture. Les tomates, les aubergines, les courgettes, les crevettes et les sardines pourraient causer des démangeaisons à la mère et au futur enfant. L'ananas et la papaye lui sont également interdits mais pour leurs vertus abortives. Le met le plus recommandé est le lait de très bonne qualité, et il est également recommandé de manger des lentilles, des œufs, des pommes et du raisin. Par ailleurs, les femmes mâchent des « *betel leaves* » contre les nausées, et travailler pendant la grossesse est grandement conseillé. [20]

Dans la culture chinoise, il existe de nombreuses superstitions et croyances autour de la grossesse. Cette culture est basée sur le Confucianisme : dans toute famille, il doit y avoir cinq garçons, riches, vigoureux, lettrés etc. Ainsi, trois générations vivent sous le même toit et s'entraident. C'est un modèle de type communautaire. Il est recommandé d'avoir des garçons pour « *assurer la continuité des cultes ancestraux* ». La fille, quant à elle est considérée comme née hors de la famille car destinée à servir la famille de son futur époux. Ainsi, pour accéder à cet idéal, le couple fait appel aux divinités, en particulier la fille du dieu Tai Chan. Il consulte les devins, tirent les cartes ou encore portent des images porte bonheur. Quant à la femme enceinte, elle porte sur elle un petit miroir afin d'éloigner le mauvais sort, et son entourage évitera d'évoquer les enterrements ou visites aux malades devant elle. [20]

2) Les caractéristiques socio démographiques retrouvées chez les patientes immigrées

Une étude Anglaise menée en 2010 par Hiranthi Jayaweera et al, étudie le statut social et démographique de différents groupes ethniques (Inde, Pakistan, Bangladesh, Caraïbes, Afrique Noire) installés en Grande Bretagne, en fonction de l'état de santé de mères immigrées. [23]

Cette étude montre une grande proportion de femmes seules ou de familles monoparentales parmi les femmes Noires d'Afrique et des Caraïbes. Elle nous indique également que plus les femmes résident en Grande Bretagne depuis longtemps, meilleur est leur statut social et économique car elles ont souvent pu faire de plus longues études. De manière générale, les femmes immigrées ont un état de santé plus mauvais que les

Britanniques autochtones. L'ethnie et la durée de résidence au Royaume Uni sont des facteurs liés significativement à l'état de santé de ces patientes. Cette étude met également en évidence qu'il y a un lien significatif entre l'apparition d'une dépression chez ces femmes et la durée de résidence au Royaume Uni. En revanche, dans cette étude, les femmes immigrées présentent moins d'addictions au tabac et à l'alcool par rapport aux femmes autochtones. Cet écart a tendance à se réduire lorsque les femmes séjournent depuis longtemps dans le nouveau pays. De plus, concernant le recours aux soins prénataux, il ne semble pas lié à l'ethnie des patientes, mais plutôt au jeune âge, le bas niveau d'études, ou encore le fait de n'avoir jamais travaillé. [23]

3) Les pathologies de la grossesse en fonction de l'ethnie

Une étude menée au CHU de Toulouse par Gayral-Taminh et al en 1999 compare des femmes originaires du Maghreb et d'Afrique à des femmes autochtones. Cette étude a mis en évidence que le seul facteur ethnie pouvait parfois montrer des disparités entre ces populations, tant au niveau du suivi de la grossesse qu'au niveau des pathologies rencontrées durant celle-ci. [24]

Ainsi, on remarque que, malgré les préjugés, la première consultation à la maternité a lieu en moyenne plus tôt pour les femmes étrangères. 53,3 % des Africaines et 45,3 % des Maghrébines consultent avant 20 semaines d'aménorrhée (SA) contre 35,5 % des Françaises d'origine. En revanche, le nombre moyen de consultations chez les femmes suivies avant 20 SA est plus faible pour les Africaines (7,1+/-2,1) et les Maghrébines (6,9+/-2,1) que pour les Françaises (7,6+/-2,4). [24]

Concernant les pathologies (anémie, infections génitales et urinaires, hypertension artérielle (HTA), menace d'accouchement prématuré) les taux sont globalement plus élevés chez les étrangères que chez les françaises. On retrouve des taux de 63,5 % chez les Africaines, 56 % chez les Maghrébines et enfin 45,5 % chez les femmes autochtones avec $p < 0,001$. [24]

L'anémie est majoritairement retrouvée chez les patientes de moins de 20 ans, de préférence multipare, avec un faible niveau d'études ou un bas niveau socio-économique. Après ajustement sur l'ensemble de ces paramètres, seule persiste l'ethnie. Ainsi, l'odds ratio (OR) par rapport aux patientes françaises s'élève à 10,2 chez les

Africaines et 5,7 chez les Maghrébines. On explique parfois ces taux importants chez les Africaines par les habitudes alimentaires qu'elles gardent de leur pays d'origine, notamment l'absorption d'argile lors de la grossesse [3].

Pour les infections génitales, elles concernent également majoritairement les femmes jeunes de moins de 20 ans et ayant un bas niveau socio-économique. En revanche, elles sont plus rares chez les patientes de plus de 35 ans et pour les patientes dont la multiparité est supérieure à 3. Après ajustement sur le seul paramètre ethnique, l'OR est de 1,7 chez les Africaines et les Maghrébines. [24]

Concernant les infections urinaires, seul l'âge semble être un facteur aggravant après ajustement avec un OR à 1,5 chez les patientes âgées de moins de 20 ans par rapport aux patientes entre 20 et 35 ans.

Les pathologies hypertensives type toxémies semblent liées à l'âge (>35 ans) et à la parité (primipares) mais sont significativement plus basses chez la population Maghrébine.

L'infection au VIH est plus fréquente chez les Africaines (2,5%) que dans les deux autres groupes ethniques (0 % chez les Maghrébines et 0,2% chez les françaises).

Le risque d'accouchement prématuré n'est pas en lien avec l'ethnie mais est plus élevé s'il y a une hypertension et des infections génitales (OR respectivement 5,6 et 1,9). Aucun lien n'est retrouvé entre la prématurité et les infections urinaires ou les anémies. L'influence des infections génitales sur la prématurité est significativement plus importante chez les françaises que chez les étrangères. [24]

On trouve dans une étude menée sur 13 ans par David M et al, qu'il y a plus de cas (4,5 fois plus) d'Hyperemesis Gravidarum chez les populations d'origine immigrée que chez les allemandes sans montrer de niveau plus élevé de stress psychique chez ces patientes que chez les femmes natives. [25]

Dans un même temps, une étude italienne, s'inquiète des taux élevés d'hémoglobinopathies des populations immigrées arrivant sur le territoire. Elle met en évidence un taux plus important d'hémoglobinopathies chez les femmes d'origine latino-américaines, mais également en Afrique et en Asie. En revanche, dans la même étude, les taux de malformations de type trisomie 18 et 21 montrent les mêmes résultats dans

les populations européennes ou non européennes. Seul l'âge, supérieur à 37 ans, semble intervenir. [26]

IV- Le suivi de la grossesse en France

1) Recommandations de la HAS :

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la HAS à la demande conjointe du Collège national des gynécologues- obstétriciens français, de la Société française de médecine périnatale, du Collectif inter associatif autour de la naissance et du Collège national des sages-femmes. Elles s'inscrivent dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007, ensemble de mesures visant à améliorer la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et plus proche autour de la naissance. [27]

Les objectifs des recommandations sont :

- d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse ;
- d'adapter le suivi en conséquence.

Ces recommandations précisent pour chacune des situations à risque identifiées (avant, au début ou en cours de grossesse) le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis à minima. Elles décrivent également les modalités de suivi des femmes enceintes ne présentant pas de complications, ce qui correspond à la majorité des grossesses.

Cette démarche vise à améliorer la qualité de l'accompagnement global et à mieux intégrer les souhaits des femmes et des couples.

Ces recommandations n'abordent pas :

- les conduites thérapeutiques à mettre en place en cas de situation à risque;
- les modalités du suivi, le choix des structures et lieux d'accouchement à adapter aux cas de grossesses à haut niveau de risque ;
- les situations à risque pouvant survenir durant l'accouchement et imprévisibles

avant le début du travail. [27]

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des professionnels en activité impliqués en périnatalité selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité ou dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital. Elles concernent notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres néonatalogistes et les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales. [27]

La HAS définit plusieurs niveaux de surveillance en fonction des facteurs de risque lors de la grossesse :

- le suivi A pour lequel la femme peut choisir entre un médecin (généraliste, gynécologue, ou gynécologue obstétricien) ou une sage-femme pour son suivi de grossesse.

* l'avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est **conseillé**.

* l'avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est **nécessaire**, l'avis d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

- le suivi B : le suivi régulier est fait par un gynécologue obstétricien.

En fonction du type de suivi ci-dessus, différents types de structures sont requises. Ce sera soit :

- une unité d'obstétrique telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.* »

- soit le suivi est à adapter en fonction du risque pour l'enfant et la mère à naître.

Ainsi, les facteurs de risque liés à la grossesse sont recherchés lors d'une consultation prénatale ou de la première consultation de début de grossesse (avant 10 semaines d'aménorrhées), ou bien encore durant la grossesse (de la deuxième à la septième consultation – c'est à dire du quatrième au huitième mois) ou en fin de grossesse, à la consultation du neuvième mois.

La femme est libre de choisir le professionnel de santé de son choix. Néanmoins, elle doit être informée du type de suivi et du champ de compétences de chacun des professionnels de santé.

La réglementation française (article D. 6124-35 du Code de la santé publique) stipule que « *l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant d'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique, prévue à l'article D. 6124-92, par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement* ». [27]

2) Le référentiel métier

Le Référentiel Métier des sages-femmes a été rédigé en 2009, à l'initiative du Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) et avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Celui-ci a été élaboré dans le souci de faire une mise au point sur les compétences des sages-femmes, afin de mieux définir la profession aux yeux du grand public.

Le référentiel est constitué selon 3 axes complémentaires :

- le développement des compétences des sages-femmes,
- les qualités de la pratique sage-femme à développer (cela concerne les compétences transversales telles que les domaines d'expériences de vie et de situations quotidiennes),
- les compétences à acquérir (scientifiques, communicatives, éthiques...). [28]

Huit situations types ont été retenues dans ce référentiel afin de répertorier et d'évaluer les compétences des sages-femmes. Celles-ci ne constituent pas une liste exhaustive mais une première approche afin d'estimer les grandes notions du métier de sage-femme. Parmi celles-ci, deux nous intéressent particulièrement car elles concernent le suivi de grossesse.

1. Conduire une consultation prénatale.
2. Organiser et animer une séance de préparation à la naissance et à la parentalité.

Dans la première situation, la sage-femme doit « *établir un diagnostic* », d'abord en accueillant la patiente et le/les accompagnants, puis en réalisant l'anamnèse, l'examen clinique général et obstétrical, et enfin en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse. Tout en effectuant cette démarche, la sage-femme doit observer les attitudes de la femme, l'écouter afin d'évaluer son adaptation psychologique à la grossesse, et sa capacité à veiller au futur enfant. Dans ce référentiel, il est également stipulé que « *la sage-femme doit réfléchir à l'utilité de faire un toucher vaginal lors de l'examen obstétrical, c'est à dire soit systématiquement, en respectant le ressenti et la **culture** de la patiente, soit sur indication* ».

La sage-femme, lors de la consultation prénatale, doit également « *décider d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement pour la patiente* ». Elle effectue la déclaration de grossesse, informe sur le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales et prescrit les examens mensuels obligatoires, en s'assurant de la prise de rendez-vous. Elle doit élaborer et proposer à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse en instaurant un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple.

La sage-femme se doit d' « *effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge.* » Pour cela, elle collige les informations recueillies dans le dossier médical afin d'assurer la transmission de son intervention et d'établir les pronostics fœtal et maternel tout au long de la prise en charge. [28]

Pour la deuxième situation type, « *la sage-femme doit organiser et animer une séance de préparation à la naissance et à la parentalité* ». Elle veille à adapter son

discours à chaque groupe en prenant soin de réunir les patientes se trouvant dans le même calendrier de grossesse. La sage-femme doit également favoriser la présence des pères. Ce doit être un moment d'échanges et d'écoute entre les participants. Le référentiel souligne : « *en donnant la parole et le temps aux participant(e)s pour poser des questions et témoigner de leurs expériences, inquiétudes, attentes, souhaits et en veillant à reformuler leur discours pour faciliter le partage* ». C'est parfois durant ces séances en groupe que l'on dépiste le mal être de certaines patientes, le manque de confiance en soi ou encore la difficulté à se projeter dans l'avenir.

Le rôle de la sage-femme est de s'assurer de la prise d'autonomie des couples et des patientes tout au long des séances ainsi que des éventuelles difficultés rencontrées, et le cas échéant, orienter les futures mères vers un professionnel adapté. Des exercices corporels sont également organisés afin que les femmes prennent plus notion de leur grossesse et de leur corps. [28]

L'ensemble de ces travaux nous ont conduit à cette étude, et en particulier à savoir de quel type de suivi les patientes immigrées relèvent.

**MATERIEL ET
METHODES**

I- Objectifs de la recherche

1) Objectif Principal :

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

Le critère de jugement principal était composite et basé sur:

- le nombre de consultations (de routine, en urgence, spécialisées) ;
- le nombre d'échographies ;
- le ou les professionnels de santé ayant suivi la patiente ;
- la participation à des séances de PNP et à un entretien prénatal ;

2) Objectif secondaire :

L'objectif secondaire était d'évaluer la morbidité de la grossesse chez les femmes d'origine immigrée.

Le critère de jugement secondaire était le taux de pathologies chez les patientes d'origine immigrée durant la grossesse.

II- Méthodes de sélection

1) Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude étaient la nationalité étrangère, et la date d'arrivée en France.

2) Critères d'exclusion :

Seules les patientes françaises ont été exclues de l'étude.

III- Méthode d'intervention et règles éthiques

L'étude effectuée était une étude descriptive à visée étiologique basée sur un recueil de données rétrospectif systématique sur dossiers informatisés. Ces dossiers étaient remplis à partir d'un logiciel appelé ICOS maternité, validé par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Au moment de la création du dossier, le consentement de la patiente avait été recueilli après une information claire et loyale sur l'utilisation du dossier informatisé.

Après l'élaboration de la grille de recueil, une autorisation d'accès aux dossiers médicaux et d'enquête au sein du CHU a été signée par le Chef de service du Pôle Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine (GORH), Monsieur le Professeur Lémery et la Cadre supérieure de Santé de ce même Pôle, Madame Delpirou. Cette autorisation a également été signée par Mademoiselle Foulhy, Directrice de mémoire et Cadre Sage-femme au CHU de Clermont-Ferrand et Madame Viallon, sage-femme référente et enseignante à l'École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand.

Nous avons effectué notre étude sur la population de patientes du CHU Estaing.

L'échantillon était composé de 150 patientes immigrées ayant accouché au CHU Estaing durant l'année 2011. Au départ, nous avions 664 patientes d'origine étrangère ayant accouché au CHU Estaing durant l'année 2011. Cependant, seules 350 patientes présentaient un dossier dans lequel la date d'arrivée en France était renseignée. Mais, certaines parmi elles étaient ou avaient acquis la nationalité française. Nous avons donc effectué un tirage au sort parmi ces 350 patientes de nationalité étrangère, à l'aide d'une table de nombre au hasard, obtenue sur le moteur de recherche Google. Le recueil de données s'est déroulé au cours du mois de décembre 2012, à la maternité du CHU Estaing et sur les ordinateurs de l'hôpital. Aucune information permettant de connaître l'identité des patientes n'a été diffusée hors du pôle GORH. Le recueil et les graphiques ont été effectués directement sur un tableau de calcul Libre Office Calc.

IV- Méthode d'observation

Le recueil était divisé en deux parties:

- le suivi de grossesse et les renseignements généraux.
- les pathologies et le nombre d'hospitalisations.

Le suivi de grossesse :

- année de naissance ;
- nationalité ;
- année d'arrivée en France ;
- situation maritale ;
- niveau d'études ;
- ressources ;
- dépendances ;
- parité ;
- désir de grossesse ;
- IMC ;
- professionnel(s) de santé ayant effectué le suivi ;
- nombre de consultations de routine, spécialisées, ou en urgence ;
- nombre d'échographies ;
- PNP et entretien prénatal.

Les pathologies :

- HTA (hypertension artérielle) et maladies toxémiques ;
- Diabète (gestationnel, type 1 ou 2) ;
- anémie, thrombopénie ;
- infections génitales, urinaires ;
- MAP ;
- RPM (avant 37 semaines) ;
- vomissements incoercibles ;
- nombre d'hospitalisations.

V- Méthode d'évaluation

Les tests statistiques ont été réalisés à partir du logiciel R (version 13.2.0), et à partir du logiciel Libre Office Calc.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test du khi carré de Pearson lorsque les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étaient >5 . Dans le cas contraire, nous avons utilisé le test de Fisher.

Afin de mettre en évidence un lien entre une variable qualitative et une variable quantitative, nous avons utilisé le test de Student.

Une valeur de « p » nous permettait d'analyser si le lien observé entre ces deux variables était dû au hasard avec un seuil de 5%.

Ainsi, quand $p < 0.05$, nous avons conclu à une différence statistiquement significative. Quand $p > 0.05$, nous avons conclu à une différence qui n'était pas statistiquement significative.

RESULTATS

Nous avons effectué des statistiques permettant de caractériser l'échantillon de l'étude. Ces résultats se présentaient comme suit.

I- Description de l'échantillon

1) Caractéristiques démographiques:

Les années de naissance des femmes s'étendaient de 1970 (soit 41 ans en 2011) à 1993 (soit 18 ans).

La majorité des patientes était de la tranche d'âge 26-30 ans.

La moyenne des années de naissance était 1982,09 \pm 5,39 (écart type), soit environ 29 ans. La valeur de la médiane était 1983.

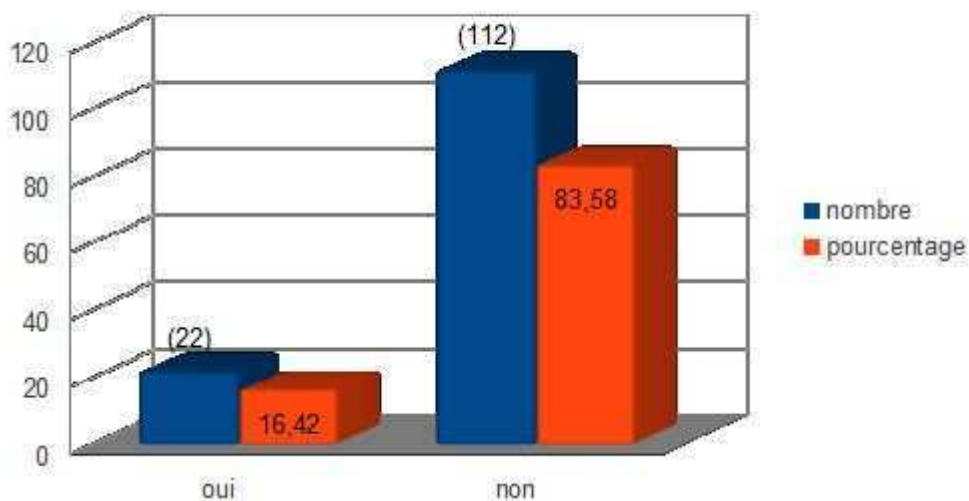
Tableau 1: Caractéristiques Démographiques

Tranches d'âge	N	%
< ou = 20	8	5,33
21-25	34	22,67
26-30	56	37,33
31-35	30	20
36-40	21	14
> ou = 41	1	0,67
Total	150	100
Origine géographique	N	%
Europe du Nord et du Sud	14	9,33
Europe de l'Est	22	14,67
Maghreb	57	38
Afrique noire	26	17,33
Asie mineure	17	11,33
Asie	11	7,33
Amérique du Sud	3	2
Total	150	100
Année d'arrivée en France	N	%
2009/2011	56	38
2005/2008	59	39,33
2000/2004	23	15,33
<2000	11	7,33
Total	150	100

Une grande majorité de patientes venait du Maghreb dans notre échantillon (près de 40 %). L'année d'arrivée en France était en moyenne 2006,1 \pm 5,11.

La valeur de la médiane était 2007.

Figure 1: Présence d'une consanguinité dans le couple en % (n)



Ici, le facteur de consanguinité n'était renseigné que pour 134 patientes dans les dossiers ICOS, mais on remarque tout de même que 16,4 % des patientes étaient en couple avec un membre de leur famille (le plus souvent un cousin germain).

2) Caractéristiques sociales

La majorité des patientes de notre échantillon a poursuivi ses études dans l'enseignement supérieur.

Tableau 2: Caractéristiques Sociales

Niveau d'études	N	%
enseignement supérieur	52	40,31
lycée	31	24,03
collège	35	27,13
primaire	9	6,98
non scolarisée	2	1,55
Total	129	100
Catégorie socio professionnelle		
Agriculteur	0	0
Artisan, commerçant	2	1,39
Cadres et professions intellectuelles supérieures	21	14,58
Professions intermédiaires	7	4,86
Employés	20	13,89
Ouvriers	6	4,17
Retraités	0	0
Etudiants	15	10,42
Sans emploi	73	50,69
Total	144	100

La grande majorité des femmes était sans emploi (près de 51%) et n'avait souvent pas d'autres ressources que celles de ses conjoints.

Sur le plan des addictions, seules 5,5% (soit 8 patientes sur 145) des patientes présentaient une dépendance au tabac, et une patiente présentait des addictions multiples au cannabis et à l'alcool, dans un contexte social compliqué.

Tableau 2 (suite)

Ressources	N	%
Travail	27	18,75
Allocations chômage	6	4,17
RSA	9	6,25
Aucune	79	54,86
Autre	23	15,97
Total	144	100
Couverture sociale	N	%
SS	19	13,38
SS+mutuelle	75	52,82
CMU	41	28,87
AME	4	2,82
Autre	3	2,11
Total	142	100
Statut marital	N	%
Célibataire	22	14,67
Mariée	109	72,67
En couple	16	10,67
Veuve	1	0,67
Pacsée	1	0,67
Autre	1	0,67
Total	150	100

Les femmes bénéficiaient le plus souvent de la sécurité sociale et de la mutuelle de leur conjoint, actif professionnellement.

Les patientes étaient bien souvent sans ressources. Leurs conjoints subvenaient à leurs besoins puisque 66 % d'entre eux travaillaient, et 16 % bénéficiait des allocations

chômage.

D'après les données relevées, 9 patientes sur 150 (6%) étaient seules et considérées comme mères isolées, c'est à dire sans entourage et sans famille proche. Parmi 22 patientes vivant seules, 54 % étaient d'Afrique Noire.

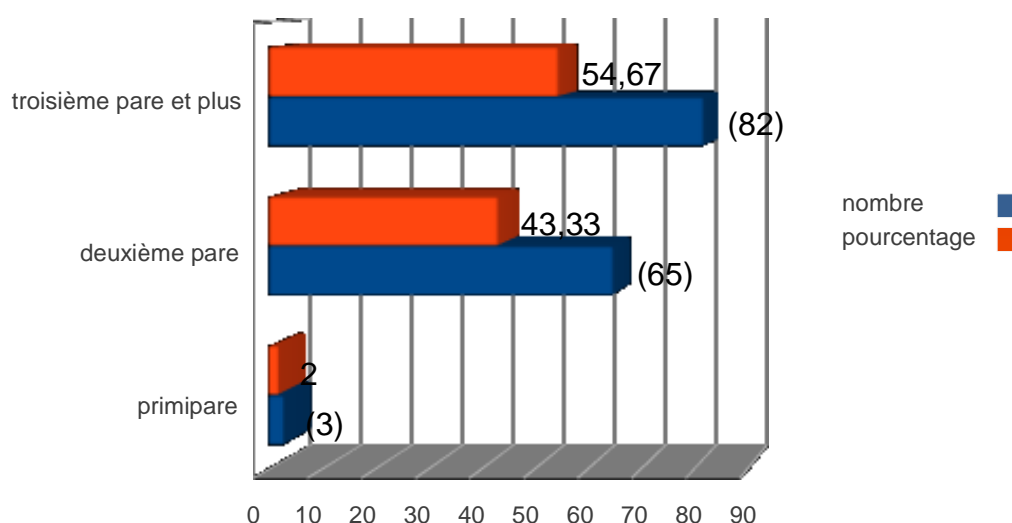
22,67 % des femmes de notre échantillon bénéficiait d'un suivi social. Parmi les problèmes sociaux rencontrés on retrouvait les violences conjugales, les difficultés financières, les mères isolées comme on l'a décrit ci-dessus, la dépression, les réfugiés politiques. De plus, deux femmes dans notre échantillon vivaient au CADA au moment de leur grossesse. Il s'agissait également de femmes ayant émigré et laissé leurs premiers enfants dans le pays d'origine pour venir accoucher en France. Pour une femme, la grossesse était issue d'un viol.

II- Le suivi de grossesse

1) Répartition des patientes en fonction de la parité

La parité était en moyenne de 2,93 \pm 1,23. La valeur de la médiane était de 3. La parité s'étendait de 1 à 10.

Figure 2: Répartition des patientes en fonction de la parité en % (n)



On remarquait une grande majorité de multipares (plus de trois accouchements : 54,7%) dans notre échantillon.

Seules deux patientes de notre échantillon présentaient une grossesse gémellaire soit 1,3 %.

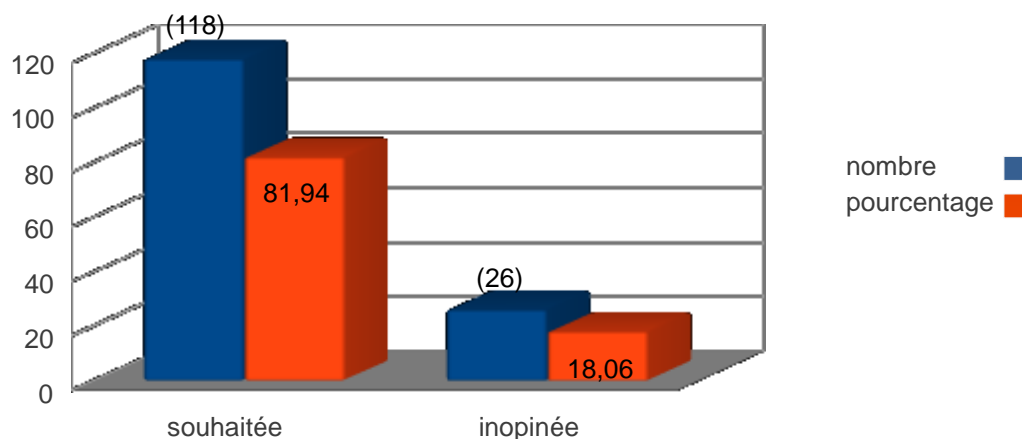
2) Répartition des patientes suivant le souhait de grossesse

Nous avons également mis en évidence que pour 118 patientes, soit 81,94 %, la grossesse était désirée. Pour 26 d'entre elles, soient 18,06 %, la grossesse fut inopinée. Cette information n'était pas renseignée pour seulement six patientes.

Sur 150 patientes, 4 (2,67%) ont bénéficié d'un traitement de l'infertilité pour

devenir enceinte. Deux patientes ont eu recours à une FIV (fécondation in vitro), et deux autres à un traitement par du Clomifène (inducteur de l'ovulation).

Figure 3: Répartition des patientes suivant le souhait de grossesse en % (n)



3) Déclaration de grossesse

Seules les dates de 35 (23,3%) déclarations de grossesse étaient renseignées, 11 étaient effectuées après 15 SA. Parmi celles-ci, 10 (28,6%) déclarations de grossesse ont été faites au deuxième trimestre, et une a été remplie au troisième trimestre (2,9%), à 38 SA. Seules 68,6 % (24) des déclarations ont été faites au premier trimestre.

Les déclarations de grossesse s'étendaient de 6 à 38 SA.

La déclaration de grossesse a été faite en moyenne à 14,6 +/- 6,37 semaines d'aménorrhée (SA). La valeur de la médiane était de 14 SA.

4) Professionnels intervenant dans le suivi de grossesse

Les professionnels intervenant dans le suivi étaient:

- sage-femme hospitalière (38,61%)
- sage-femme libérale (2,68%)
- sage-femme de PMI (8,04%)
- gynécologue obstétricien hospitalier (38,61%)
- gynécologue obstétricien libéral (9,65%)
- médecin généraliste (2,41%)

Concernant le suivi, il était assuré au minimum par un seul professionnel et au maximum par quatre.

La majorité des femmes était suivie par deux professionnels (50%, n=75). Seules six patientes ont été suivies par un seul professionnel, soit 4%. Le suivi par trois professionnels paraît en seconde position (37,3%, n=56). En revanche, le suivi par quatre professionnels est minoritaire (3,33%, n=4).

Les types de suivi les plus souvent retrouvés au sein de la population étaient:

- suivi mixte par une sage-femme hospitalière et un médecin gynécologue hospitalier (47,3%, n=71).
- Suivi mixte par une sage-femme hospitalière, un médecin gynécologue obstétricien hospitalier et une sage-femme de PMI (13,33%, n=20)

Les autres types de suivi étaient très minoritaires.

On note néanmoins, que 20% de patientes sont suivies par une sage-femme de PMI, soit 30 patientes.

Tableau 3: Lien entre origine géographique et suivi par une sage-femme libérale

Origine géographique	SF PMI oui	SF PMI non	Total	OR	IC
Europe Nord-Sud	2	12	14	0,17	[0,03-0,61]
Europe Est	5	17	22	1,76	[0,32-13,78]
Maghreb	11	46	57	1,43	[0,33-10,08]
Afrique Noire	8	18	26	2,67	[0,55-19,75]
Asie mineure	3	14	17	1,29	[0,18-11,02]
Asie Orientale	2	9	11	1,33	[0,14-12,94]
Amérique du Sud	0	3	3	3,83.10 ⁻⁷	NA
Total	31	119	150		

P-value=0,8895

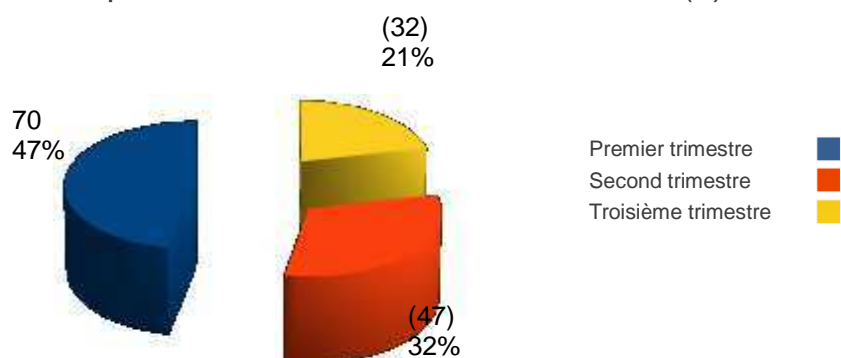
Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et le fait d'avoir été suivi par une sage-femme de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Néanmoins, une femme originaire d'Afrique Noire avait 2,67 fois plus de chances d'être suivie par une sage-femme de PMI.

5) Répartition des patientes en fonction des consultations

Le premier contact dans le réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA) avait lieu en moyenne à 18,94 \pm 8,97 semaines d'amenorrhée (SA).

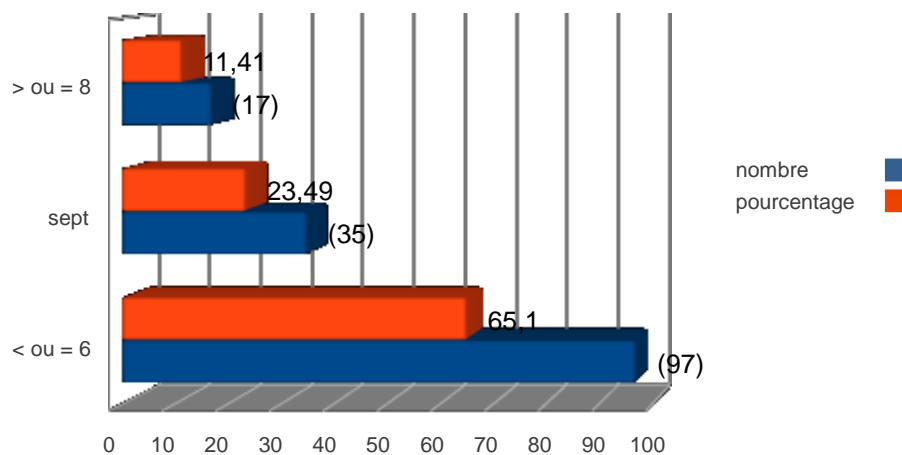
La médiane était à 16 SA.

Figure 4: Répartition des patientes suivant le premier contact dans le réseau en % (n)



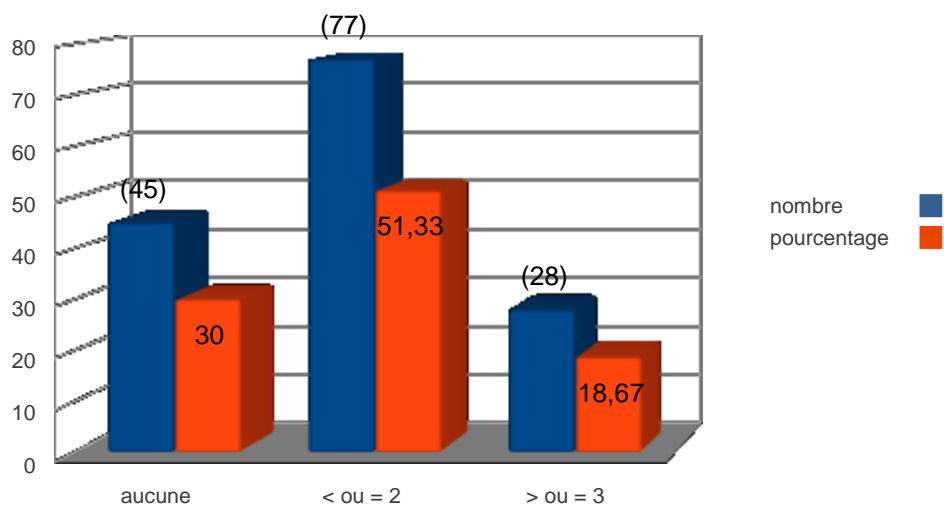
Le nombre de consultations de routine était en moyenne de 5,03 \pm 2,33. La valeur médiane était de 5.

Figure 5: Répartition des patientes suivant le nombre de consultations de routine en % (n)



Le nombre de consultations en urgence était en moyenne de 1,45 +/- 1,56. La valeur de la médiane était de 1.

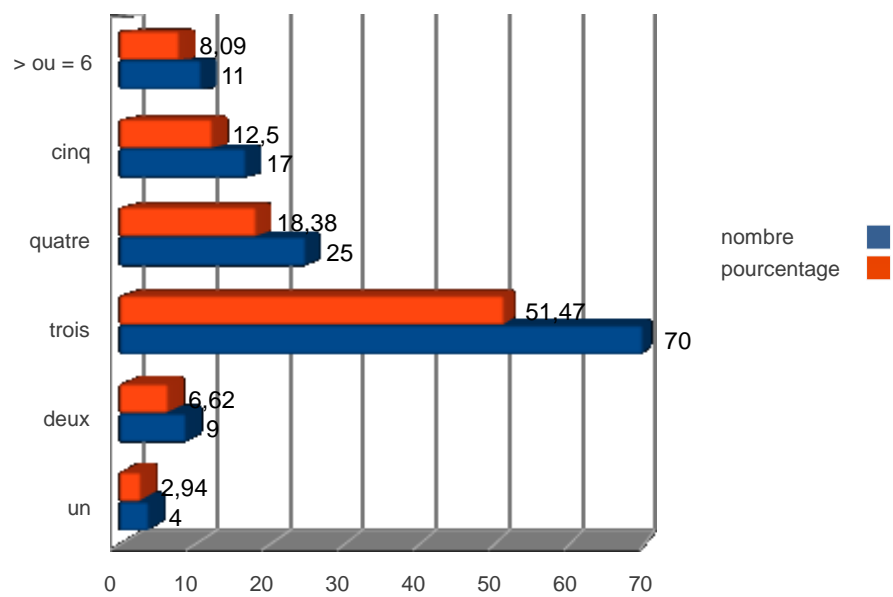
Figure 6: Répartition des patientes suivant le nombre de consultation en urgence en % (n)



6) Répartition des patientes en fonction du nombre d'échographies

Le nombre d'échographies de surveillance durant la grossesse était en moyenne de 3,61 \pm 1,35. La valeur de la médiane était égale à trois.

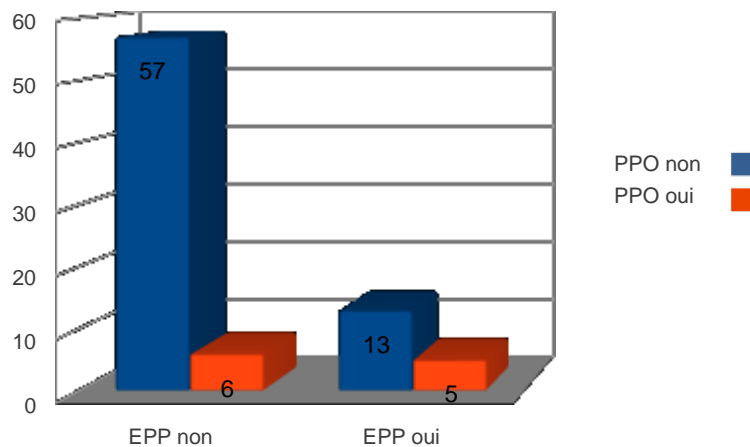
Figure 7: Répartition des patientes en fonction du nombre d'échographies en % (n)



7) Préparation à la naissance et entretien prénatal

Sur la population de 150 patientes, 18 patientes avaient participé à des séances de PNP soit 12 % de l'échantillon. 63 n'en avaient pas suivi (42%) et 69 dossiers (46%) ne renseignaient pas cette information. Seules 16 patientes sur 150 (10,7%) avaient bénéficié d'un entretien prénatal.

Figure 8: Lien entre le fait d'avoir effectué un EPP et la participation à des séances de PPO en n



p-value=0,06049 IC [0,74 – 16,68]

D'après les calculs effectués, les patientes ayant effectué un entretien prénatal précoce au premier trimestre avaient 3,58 fois (Odds Ratio) plus de chance de participer à des séances de préparation à la naissance lors de la grossesse que celles qui n'en ont pas effectué.

Tableau 4: Lien entre origine géographique et entretien prénatal

Origine géographique	EPP oui	EPP non	total	OR	IC
Europe Nord-Sud	3	11	14	0,27	[0,06-0,87]
Europe Est	1	21	22	0,17	[0,008-1,54]
Maghreb	5	52	57	0,35	[0,07-1,92]
Afrique Noire	1	25	26	0,15	[0,007-1,28]
Asie mineure	0	17	17	3,17.10 ⁻⁸	NA
Asie Orientale	3	8	11	1,38	[0,21-9,25]
Amérique du Sud	1	2	3	1,83	[0,07-27,22]
Total	14	136	150		

P-value=0,04939

Il y avait un lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et le fait de bénéficier d'un entretien prénatal car $p < 0,05$.

Ainsi, une patiente d'Asie Orientale avait 1,38 fois plus de chances d'effectuer un entretien prénatal qu'une autre immigrée et une patiente d'Amérique du Sud avait, 1,83 fois plus de chances d'y avoir recours.

L'intervalle de confiance pour les patientes Asie mineure était beaucoup trop petit pour pouvoir être renseigné.

III- Les pathologies

1) Pathologies générales

Sur le plan des pathologies générales les plus retrouvées:

- l'anémie
- l'infection urinaire
- l'infection génitale
- l'obésité (par le calcul de l'IMC)

Une majorité de patientes ne présentait qu'une infection génitale (n=41, 27.33%).

De plus, 26.67% des patientes ne présentait aucune de ces pathologies (n=40). 9.33% des patientes présentaient une anémie seule (n=14), sans autre pathologie générale associée.

Sur 138 patientes, 30 (21,7%) étaient anémiées avec une hémoglobine inférieure à 11g/dL.

Sur 128 patientes, 18 (soit 14%) avaient présenté une infection urinaire.

> *l'anémie*

Tableau 5: lien entre l'origine géographique et la présence d'une anémie pendant la grossesse

Origine géographique	Anémie: oui	Anémie: non	total
Europe Nord-Sud	2	11	13
Europe Est	1	17	18
Maghreb	13	41	54
Afrique Noire	9	17	26
Asie mineure	4	11	15
Reste Asie	2	9	11
Amérique du Sud	0	2	2
Total	31	108	139

p-value=0,3213

Une femme Maghrébine avait 1,74 fois (IC [0,4-12,2]) plus de chances de développer une anémie, une Africaine 2,9 (IC [0,6-21,5]), et enfin une femme d'Asie mineure (Turquie, Irak) avait 2 fois (IC [0,32-16,67] plus de chances qu'une autre de développer une anémie ce sont les valeurs des OR pour ces trois principales populations. En revanche, ces valeurs n'étaient pas statistiquement significatives car $p > 0,05$ et les intervalles de confiance ne rejetaient pas la valeur 1.

> *l'infection génitale*

Tableau 6: Lien entre l'origine géographique et la présence d'une infection génitale durant la grossesse

Origine géographique	Infection génitale:	Infection génitale:	total
	oui	non	
Europe Nord-Sud	6	8	14
Europe Est	13	8	21
Maghreb	28	27	55
Afrique Noire	12	12	24
Asie mineure	9	5	14
Reste Asie	4	7	11
Amérique du Sud	2	1	3
Total	74	68	142

p-value =0,7589

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et la présence d'une infection génitale pendant la grossesse.

Néanmoins, les femmes d'Europe de l'Est, avaient 2,17 (IC [0,55 – 8,97]) fois plus de risque de développer une infection génitale durant la grossesse. Les femmes originaires d'Asie mineure avaient 2,4 fois (IC [0,54 – 11,7]) plus de risque et les patientes venant d'Amérique du Sud, 2,7 fois (IC [0,2 – 65,8)) plus que les autres patientes immigrées.

> *l'infection urinaire*

D'après les données relevées, 6 patientes sur 150 (4%) présentaient des antécédents médicaux d'infection urinaire à répétition. En revanche, nous retrouvons 18 patientes ayant développé une infection urinaire pendant la grossesse soit 14 % de notre échantillon.

Tableau 7: Lien entre l'origine géographique et la présence d'une infection urinaire pendant la grossesse

Origine géographique	Infection urinaire:	Infection urinaire:	total
	oui	non	
Europe Nord-Sud	2	12	14
Europe Est	1	17	18
Maghreb	8	43	51
Afrique Noire	4	17	21
Asie mineure	2	11	13
Reste Asie	0	8	8
Amérique du Sud	1	2	3
Total	18	110	128

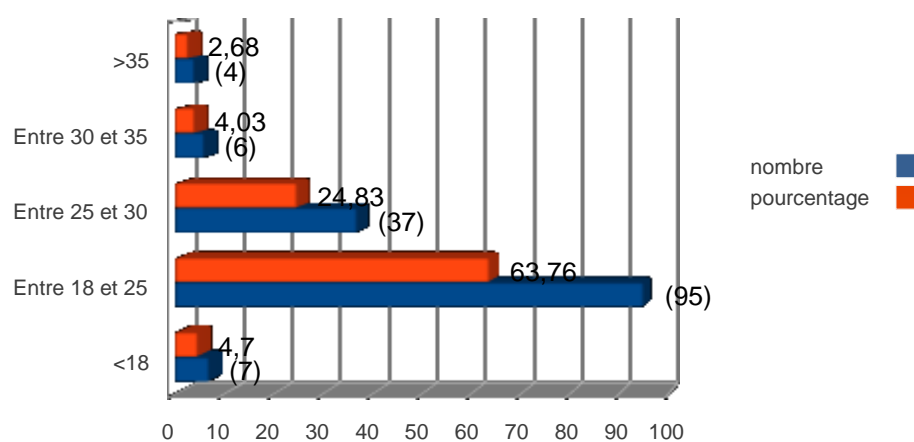
p-value=0,6647

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et la présence d'une infection urinaire pendant la grossesse.

D'après les calculs, les Maghrébines avaient 1,12 fois plus de risque de faire une infection urinaire (IC [0,24 – 8,05]). Les Africaines avaient 1,4 fois plus de risque (IC [0,23 – 11,4]), et enfin les patientes originaires d'Asie mineure (en majorité turques) avaient 1,1 fois plus de risque de faire une infection urinaire pendant la grossesse avec IC [0,11 – 10,4].

> *L'indice de masse corporelle*

Figure 9: Répartition des patientes en fonction de l'IMC en % (n)



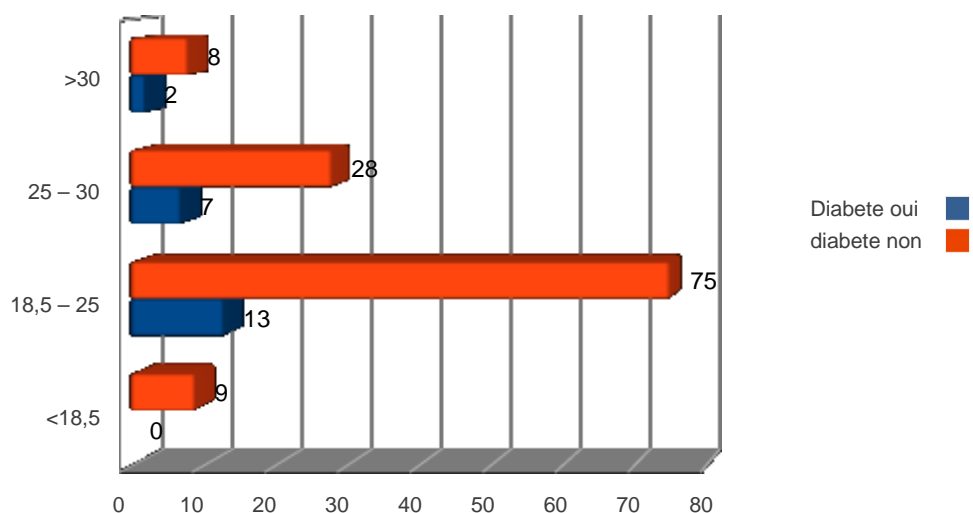
L'IMC (indice de masse corporelle) des patientes était en moyenne de 23,81 kg/m² +/- 4,76. La valeur de la médiane était de 23,04. On note que 24,38 % (n=37) des patientes étaient en surpoids (IMC > 25), et 4% étaient obèses avant la grossesse (IMC > 30).

2) Pathologies gravidiques

> le diabète

Sur 142 patientes, 22 (15,5%) présentaient un diabète gestationnel non insulino dépendant, ne requérant aucun régime. Aucune patiente ne présentait de diabète insulino dépendant de type 1, ou de diabète non insulino dépendant de type 2.

Figure 10: Lien entre IMC et diabète en nombre



$$p\text{-value} = 2,2.10^{-16}$$

Il y avait un lien statistiquement significatif entre l'IMC avant la grossesse et la présence d'un diabète pendant la grossesse lorsqu'on effectuait un test de Fisher.

Quand on pratiquait un test de Student, on découvrait que $p=0,2713$, IC [-3,03-0,88] et la moyenne de l'IMC dans le groupe sans diabète était de 23,16, et dans le groupe avec diabète, cette moyenne était de 24,68. Ces résultats n'étaient pas

statistiquement significatifs car $p > 0,05$ bien que l'intervalle de confiance rejetait la valeur 1.

Tableau 8: lien entre l'origine géographique et la présence d'un diabète pendant la grossesse

Origine géographique	Diabète: oui	Diabète: non	total
Europe Nord-Sud	3	11	14
Europe Est	5	16	21
Maghreb	7	47	54
Afrique Noire	2	21	23
Asie mineure	2	15	17
Reste Asie	3	7	10
Amérique du Sud	0	3	3
Total	22	120	142

p-value =0,5593

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables. Les femmes d'Europe de l'Est avaient 1,15 fois (IC [0,23 – 6,53] plus de risque de développer un diabète pendant la grossesse, et les patientes Asiatiques avaient 1,57 fois (IC [0,23 – 10,8]) plus de risque de développer cette pathologie par rapport aux autres femmes immigrées.

> *L'HTA*

Sur 146 patientes, on retrouvait 14 patientes (9,6%) avec une hypertension artérielle gravidique sans protéinurie.

Tableau 9: Lien entre l'origine géographique et la présence d'une HTA pendant la grossesse.

Origine géographique	HTA oui	HTA non	total
Europe Nord-Sud	2	12	14
Europe Est	2	19	21
Maghreb	4	51	55
Afrique Noire	6	20	26
Asie mineure	0	16	16
Reste Asie	0	11	11
Amérique du Sud	0	3	3
Total	14	132	146

p-value=0,2068

Les patientes d'Afrique noire avaient tendance à développer 1,8 (odds ratio) fois plus d'HTA durant la grossesse (IC [0,35 – 13,7]) que les autres patientes immigrées. Ce lien n'était pas statistiquement significatif ($p > 0,05$) et l'intervalle de confiance ne rejetait pas la valeur 1.

> *autres pathologies gravidiques*

Sur 143 patientes, neuf (6,3%) avaient subi une menace d'accouchement prématuré (MAP).

Sur 142 patientes, six (4,2%) avaient rompu la poche des eaux prématurément, c'est à dire avant 37 semaines d'aménorrhée.

Parmi notre échantillon, six patientes avaient accouché prématurément avant 37 SA.

Une femme avait subi une MFIU (Mort Foetale In Utero) à 26 SA suite à un HRP (Hématome Rétro Placentaire) et celle ci présentait un SAPL (Syndrome des antiphospholipides). Quatre patientes avaient accouché respectivement à 31,33 et 34 SA. Et enfin, une femme avait subi un avortement spontané avant 22 SA.

Outre les pathologies précédemment citées, on comptait dans notre échantillon de population, huit patientes sur 146 ayant présenté des vomissements gravidiques incoercibles durant la grossesse soit 5,48% de l'échantillon.

3) Autres pathologies

8,76 % des patientes avaient présenté une thrombopénie gestationnelle (plaquettes $< 150\ 000/\text{mm}^3$) soit 15 patientes sur 137 pour qui cette information était renseignée.

30,9% des patientes étaient immunisées contre la toxoplasmose dans notre échantillon (soit 46 patientes sur 149).

Aucune patiente ne présentait d'infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) dans notre échantillon de population.

En revanche, six patientes (4%) présentaient des antécédents d'Hépatite B chronique.

Cinq patientes présentaient des antécédents de paludisme (soit 3,3%)

Une patiente a été infectée par la varicelle durant sa grossesse.

Cinq patientes présentaient une hypothyroïdie avant la grossesse (soit 3,3%).

> antécédents gynécologiques

Dans notre population, nous comptons quatre patientes avec des antécédents de traitement par laser pour HPV (Papilloma Virus). De plus, trois femmes avaient des antécédents de condylome.

Deux patientes avaient des antécédents de bartholinite.

Deux femmes présentaient des antécédents d'herpès génital.

Six patientes (4%) avaient des antécédents de fibrome dont deux ont été hospitalisées pendant la grossesse pour nécrobiose aseptique.

Trois patientes présentaient des antécédents de kyste ovarien.

Deux femmes avaient des antécédents de nodule mammaire.

Une patiente présentait des antécédents de polype et quatre patientes avaient eu de l'endométriose avant la grossesse dont une avait eu recours à une induction de l'ovulation afin de devenir enceinte.

4) Hospitalisations

Le nombre moyen d'hospitalisations était de 0,27 +/- 0,72.

Tableau 10: Répartition des patientes suivant le nombre d'hospitalisations

Nombre d'hospitalisation	nombre	Pourcentage (%)
0	121	82,9
1	16	11
2	5	3,4
3	2	1,4
4	2	1,4
Total	146	100

Une grande majorité des patientes, n'a pas été hospitalisée pendant la grossesse (82,9%, n=121). 11% des patientes ont été hospitalisées.

Tableau 11: lien entre origine géographique et hospitalisation

Origine géographique	Hospit: oui	Hospit: non	total	OR	IC
Europe Nord-Sud	1	13	14	$7,69.10^{-2}$	[0-0,39]
Europe Est	5	16	21	3,25	[0,4-67,8]
Maghreb	9	45	54	2,89	[0,5-55,5]
Afrique Noire	6	20	26	3,9	[0,6-78,2]
Asie mineure	0	14	14	1,86	[0,2-42,8]
Reste Asie	1	11	12	$3,06.10^{-7}$	NA
Amérique du Sud	0	2	2	6,5	[0,2-223,3]
Total	22	121	143		

p-value =0,5144

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et l'hospitalisation durant la grossesse car $p > 0,05$ et les intervalles de confiance ne rejettent pas la valeur 1.

Néanmoins, d'après les tests effectués, les femmes originaires d'Europe de l'Est avaient 3,25 fois plus de risque d'être hospitalisées.

DISCUSSION

I- Les limites de l'étude

Le recueil fut incomplet car il n'a été effectué que sur les dossiers informatisés et non pas sur les dossiers papiers des patientes. Hors, il manquait parfois des informations dans certains dossiers ICOS. Par exemple, en ce qui concerne la PNP, l'information à la participation à ces séances a été relevée au niveau du résumé de la grossesse et des consultations dans le dossier ICOS. Hors, cette information était rarement renseignée quand la patiente faisait, par exemple, de la PNP en secteur libéral. Il s'agit d'un **biais d'information**.

Outre ce problème, notre étude présentait également un **biais de sélection** car nous avons écarté les dossiers dans lesquels l'année d'arrivée en France n'était pas renseignée.

De plus, l'étude ne prend pas en compte l'aspect purement sociologique retrouvé dans la revue de la littérature, car il était difficile de pratiquer des entretiens ou des questionnaires dirigés du fait de la barrière linguistique.

Puis, les origines géographiques étaient trop diverses pour pouvoir faire des tests statistiques significatifs. Il aurait fallu que l'étude se limite à deux origines géographiques. Par exemple, les Maghrébines, majoritaires dans notre échantillon, comparées aux femmes immigrées venant du reste de l'Afrique, secondaires en proportion dans notre étude.

De plus, dans les dossiers ICOS, nous n'avions pas de renseignements sur les logements des familles. Il constitue pourtant un indicateur fiable du niveau socio-économique.

Le projet de naissance ne faisait pas partie des variables recherchées. Pourtant, c'est un bon indicateur de qualité de suivi de la grossesse, car les couples faisant ce type de projet sont souvent très impliqués dans la grossesse et participent également à des

séances de préparation à la naissance et à un entretien prénatal.

II- Les forces de l'étude

La force principale de l'étude était un échantillon relativement important de 150 patientes. Elle respectait les règles de la probabilité par un tirage au sort parmi 350 patientes éligibles.

III- Discussion des résultats de l'étude

Pour comparer nos résultats, nous avons pris comme référence la population qui ressort de l'Enquête Nationale Périnatale 2010. [29]

1) Caractéristiques de la population

> l'âge

Notre population était constituée à 65% de femmes de moins de 30 ans, tandis qu'elles ne représentaient qu'environ 45% de la population de référence [29]. Les femmes de notre échantillon étaient donc plus jeunes que dans la population de référence.

La classe d'âge la plus représentée dans notre population était la tranche 26-30 ans.

Dans l'étude de Gayral-Taminh et al, les Françaises et les Maghrébines avaient des moyennes d'âge environ identiques (respectivement $29,4 \pm 5,1$ et $29,1 \pm 5,9$ ans). En revanche, les Maghrébines commencent à faire des enfants jeunes mais peuvent finir également tard (41 ans), ce qui explique cette moyenne proche de celle des françaises. Les Africaines semblent en moyenne plus jeunes ($28,0 \pm 5,1$) [24].

Les femmes immigrées semblent donc avoir leurs enfants plus jeunes que dans la population générale. Ce résultat n'est pas étonnant au vu de l'importance sociale que représente le fait d'avoir une progéniture dans certaines sociétés [20]. Au contraire, pour

les occidentaux, il est plus important qu'une femme fasse des études, mais c'est seulement après avoir fini celles-ci qu'elle pourra commencer à faire des enfants.

> L'origine géographique

La majorité de notre population est originaire du Maghreb (38%), ce qui est également le cas de la population de référence (4,8%) et des chiffres de l'INSEE de 2005 sur la population française [4].

Les pays d'Europe sont en deuxième position dans les deux populations, et les autres pays d'Afrique arrivent en troisième.

Ce taux important de femmes maghrébines peut s'expliquer du fait des anciennes colonies françaises présentes au Maghreb. Dans ces pays, le français est la deuxième langue maternelle après l'arabe. Il est de ce fait plus facile de migrer pour ces femmes qui comprennent parfois très bien le français car elles ont pu en faire à l'école dans leur pays d'origine. De plus, on retrouve des familles présentes en France depuis plusieurs générations, mais on ne les retrouve pas dans notre étude car bien souvent tous les membres sont naturalisés par l'obtention de la nationalité française.

> L'année d'arrivée en France

On remarque que, dans notre échantillon, la majorité des femmes (près de 80%), est arrivée en France après 2005, alors que dans la population de référence, les femmes immigrées sont arrivées en majorité avant 2004 (plus de 60%).

Au sein de notre échantillon, 38% des femmes sont arrivées après 2009, ce qui est quatre fois plus important que dans la population de référence [29]. Les femmes de notre étude sont donc issues d'une immigration récente.

Pour Hiranthi Jayaweera A et al, plus les femmes sont arrivées récemment dans le pays d'accueil, plus elles ont de mal à s'adapter et développent souvent une dépression du fait de l'éloignement avec leur pays d'origine. [23]

En effet, les femmes arrivées d'autant plus tôt dans le pays d'accueil sont encore empruntes de traditions du pays d'origine et n'ont pas encore récupéré les « stigmates » de la nouvelle société. Elles ont besoin de temps afin de recréer un réseau social solide

autour d'elles. Elles n'ont plus les mêmes repères que dans leur société d'origine où elles laissent parfois leurs familles et leurs enfants. [15]

> la consanguinité

Dans notre étude, nous avons découvert que 16,4 % des couples immigrés présentaient une consanguinité, bien souvent entre cousins germains. Dans l'étude de Benallegue A et al menée en Algérie, 22 à 25 % des couples présentaient une consanguinité du deuxième degré [30]. Notre étude sous-estime donc le taux de consanguinité. En revanche, nous pouvons noter que la majorité des couples consanguins sont issus du Maghreb ou d'Asie mineure (Turquie) dans notre échantillon.

Une étude menée au Niger par Sanoussi et al [31] montre qu'il y a un lien significatif entre consanguinité et malformations du tube neural chez les enfants issus de ces couples. Le taux de consanguinité était de 41,08 % dans leur population.

Nous pouvons penser d'après les résultats que l'immigration est un facteur protecteur contre la consanguinité, mais comme notre étude ne menait pas seulement sur les Maghrébines et les Turques, nous ne pouvons conclure sur cette information.

> le niveau d'études

Les femmes de notre échantillon sont en majorité issues de l'enseignement supérieur (40%), tout comme les femmes de la population de référence (52%). Pour Gayral Taminh et al, les femmes étrangères ont un niveau d'étude moins élevé que dans la population française autochtone. Néanmoins, dans cette étude, on retrouve un taux élevé d'étudiantes parmi les Africaines (21,1 % contre 8,8 % des Maghrébines) [24]. Dans notre échantillon, 10,42 % des femmes sont encore étudiantes au moment de leur grossesse. Nous n'avons pas de renseignements sur la suite de leur grossesse, à savoir si elles ont pu poursuivre ou non leurs études pendant et après la grossesse.

> *la profession*

Notre échantillon était constitué à 51% de femmes sans emploi ni profession, et par conséquent femmes au foyer. Ceci surestime les résultats de la population de référence [29], puisque seul 0,4 % des femmes sont sans profession dans cette enquête.

Nous n'avons pas établi de résultats pour la profession du conjoint mais par une vision globale, on se rend compte que la majorité a un travail et que ce sont ces revenus qui permettent de faire vivre le foyer.

Pour Gayral Taminh et al, les femmes étrangères (Maghrébines et Africaines) sont souvent sans emploi (respectivement 58,6 % et 76,6%) alors que seules 28 % des femmes françaises sont sans emploi. [24]

Le rôle de la femme, dans les sociétés Maghrébines, est d'entretenir la maison. Au contraire, l'homme a plutôt un rôle social et représente le lien avec l'extérieur du foyer. C'est pourquoi, la plupart du temps, ces femmes ne travaillent pas.

> *la situation maritale*

Dans notre échantillon, 72,7 % des femmes étaient mariées contre 47,3 % dans la population de référence. Notre étude surestime donc le taux de femmes mariées. Néanmoins, on note que deux fois plus de femmes étaient seules dans notre échantillon par rapport à l'échantillon de référence (14,67 % vs 7,3%).

Le mariage répond à une norme sociale dans certaines populations immigrées. Cette institution est encore très ancrée, notamment dans les populations Maghrébines. D'après Gayral-Taminh et al, les Africaines sont plus souvent seules (célibataires, divorcées, ou veuves) [24]. Cela se vérifie également dans notre étude, puisque 54,5 % des femmes seules sont Africaines.

> *les ressources*

Dans notre population, près de 55% des patientes, n'avaient aucune ressource et ce sont leurs conjoints qui subvenaient aux besoins du foyer.

La population de référence ne prend pas en compte les ressources de l'homme et

de la femme séparément, mais de l'ensemble du foyer. Ainsi, dans la population de référence, les ressources proviennent à 71% du travail.

Dans notre échantillon d'étude, le travail de l'homme constitue l'apport de revenu principal à hauteur de 66%.

Les femmes maghrébines ou d'Asie mineure sont rarement indépendantes financièrement et doivent souvent avoir l'autorisation de leur mari pour pouvoir dépenser de l'argent. Elles n'ont pas de travail et donc pas de ressources. Ceci constitue une barrière pour sortir du foyer.

> la couverture sociale

La couverture par une sécurité sociale et une mutuelle est la plus représentée dans notre population (53%), mais elle est néanmoins très inférieure aux 81% de la population de référence [29]. De plus, plus de 31% des femmes de notre étude bénéficie de la CMU ou de l'AME, tandis que seulement 12% de la population étudiée dans l'enquête périnatale 2010 en bénéficie. Les femmes arrivées récemment en France, sont forcées de pourvoir à leurs dépenses de soin du fait de leur grossesse. Bien souvent, les démarches d'obtention de ces assurances maladie sont effectuées avec l'aide d'un assistant social. Mais les femmes ne savent pas toujours qu'elles ont droit à ce type de couverture avant d'arriver en France ou de débiter une grossesse.

> la parité

On remarque que dans la population de référence, 34 % des femmes ont déjà accouché une fois contre 43,3 % des femmes de notre étude. Les primipares étaient 2 % seulement dans notre étude, alors qu'elles étaient 43 % dans la population de référence. De plus, les multipares (parité > 2) étaient deux fois plus nombreuses dans notre échantillon que dans la population de référence.

On peut donc dire que notre étude surestime le nombre de multipares comparée à l'étude de référence.

Pour Gayral Taminh et al, les Maghrébines et les Africaines avaient en moyenne plus d'enfants que les françaises (2,0 et 1,7 vs 0,8). Ces résultats corroborent nos

analyses. [24]

Comme nous l'avons vu précédemment, le fait d'avoir des enfants constitue une promotion sociale dans certaines sociétés, notamment Africaine et Maghrébine. Plus les femmes ont d'enfants, plus elles sont importantes et ont de pouvoir décisionnel. [20]

> *les dépendances*

Dans notre échantillon, seules 5,5 % des femmes présentaient une addiction au tabac contre plus de 30 % dans la population de référence [29]. Une seule femme de notre échantillon avait des addictions à l'alcool et au cannabis associées, dans un contexte social compliqué.

De plus, dans l'étude menée par Hiranthi Jayaweera A et al, on constate que les addictions aux substances toxiques sont liées à la durée de résidence dans le pays d'accueil. Plus les femmes y vivent depuis longtemps, plus elles consomment de toxiques (tabac, alcool ou cannabis). [23]

Ces résultats nous permettent de faire un lien avec le mal-être que les femmes immigrées peuvent ressentir lors de l'arrivée dans un nouveau pays. En Occident, les femmes sont libres de consommer les mêmes substances que les hommes, dans la limite de la légalité. Elles fument et boivent de l'alcool en toute impunité, parfois dans le but de montrer qu'elles sont égales aux hommes. La consommation de toxiques tels que le tabac ou l'alcool est également une manière de se sociabiliser. Les femmes immigrées se plient donc aux normes sociales de l'Occident au fur et à mesure du temps.

> *l'IMC (Indice de Masse Corporelle)*

Notre population était constituée à 63,8% de femmes avec un IMC normal (18-25). La population de référence compte 64,6% de femmes entre 18,5 et 29,9 d'IMC [29]. Ces chiffres sont à peu près similaires.

Dans la population de référence, près de 10 % des femmes ont un IMC supérieur à 30, alors que dans notre échantillon, seules 6,7 % des femmes présentaient cette particularité.

Néanmoins, il existe un pourcentage non négligeable de femmes en surpoids

dans notre population (24,8%) contre 17,3% dans la population de référence. Cette tendance peut s'expliquer par les critères physiques recherchés par ces femmes. Le fait « d'être en chair » n'est pas vu comme un problème, au contraire. Une femme ronde est une femme fertile. Comme l'indique le COMEDE [3], « *l'obésité n'est pas vue comme un problème de santé contrairement à la maigreur associée à des maladies stigmatisantes (SIDA)* ».

2) Suivi de grossesse

> *Désir de grossesse*

Dans notre population, 2,67 % des femmes ont eu recours à une aide pour devenir enceinte (FIV, inducteur de l'ovulation) contre 5,6 % dans la population de référence [29]. Donc, notre étude sous estime par un facteur environ égal à deux, le nombre de femmes ayant besoin d'une aide médicale pour lutter contre l'infertilité.

Cette différence peut s'expliquer du fait que les femmes de notre échantillon étaient plus jeunes que dans la population de référence. Hors, on sait que la fertilité est liée à l'âge dans le sens où plus l'âge avance, plus la fertilité baisse. De plus, il existe une augmentation du risque d'avortement spontané, et une diminution de la fertilité dès l'âge de 35 ans. [32]

En Occident, les femmes attendent de plus en plus pour faire des enfants car elles doivent terminer leurs études, trouver un compagnon. Hors, cela met parfois du temps et représente une préoccupation secondaire pour ces femmes.

> *Premier contact avec la maternité*

Dans notre étude, 47 % (n=70) des femmes ont consulté avant 15 SA.

Pour Gayral Taminh et al, les étrangères consultaient plus souvent avant 20 SA que les françaises : 53,3 % des africaines et 45,3 % des maghrébines ont consulté avant 20 SA contre 35,5 % des françaises. [24]

Les femmes immigrées ont besoin d'être rassurées sur l'évolutivité de leur grossesse. Elles consultent plus tôt mais dans la discrétion car la grossesse reste tout de

même cachée jusqu'au troisième mois dans la plupart des sociétés. Même en Occident, les femmes préfèrent annoncer leur grossesse une fois le premier trimestre passé du fait du risque augmenté de fausse couche durant cette période.

> La déclaration de grossesse

Tableau 12 : Comparaison des trimestres de déclarations

déclaration	Echantillon %	Enquête périnatale 2010%
Premier trimestre	68,6	92,2
Deuxième trimestre	28,6	6,6
Troisième trimestre	2,9	1,2

On remarque d'après ce tableau qu'il y a quatre fois plus de déclarations faites au deuxième trimestre dans notre échantillon que dans la population prise comme référence. On peut expliquer cet écart du fait de la différence d'approche culturelle de la grossesse. En effet, d'après Marie Rose Moro, chez les patientes Africaines, par exemple, la grossesse n'est pas investie avant les trois premiers mois de grossesse du fait du risque de FCS et des croyances liées aux esprits mauvais. Cela explique le recours parfois tardif aux soins médicaux par ces femmes, et donc la déclaration tardive de grossesse [15;16]. Mais ces résultats ne sont pas significatifs car le terme de déclaration de grossesse n'était pas renseigné dans tous les dossiers. Seules 35 dates de déclaration de grossesse étaient renseignées.

> Les professionnels étant intervenus dans le suivi

La majorité des patientes de notre étude ont eu un suivi mixte par une sage-femme et un gynécologue obstétricien hospitalier. Ces deux types de professionnels sont retrouvés dans 38,6 % des suivis. Dans la population de référence, la sage-femme hospitalière intervient dans 39% des suivis, ce qui est approximativement similaire à notre étude.

Les sages-femmes de PMI interviennent dans 8% du suivi de grossesse dans notre étude contre 3,7% dans la population de référence, ce qui est deux fois moins élevé.

En effet, 22 % des femmes de notre échantillon présentaient des difficultés sociales (violences conjugales, dépression, mères isolées, difficultés financières, réfugié politique) et bien souvent les sages-femmes de PMI constituent un soutien pour ces femmes isolées. La visite d'une sage femme au domicile de la patiente, dans son intimité, est la plupart du temps une façon de créer un lien avec une personne digne de confiance. Ce lien est bien souvent rompu avec les personnes du pays d'origine et doit être reconstruit.

D'après Hiranthi Jayaweera A et al, il y aurait un taux de dépression élevé parmi les femmes immigrées, surtout quand leur arrivée dans le pays d'accueil est récente [23]. En effet, les femmes arrivées récemment dans un pays d'accueil mettent du temps à reconstruire un réseau social autour d'elles .

Les sages-femmes de PMI sont donc des professionnels spécifiques pour ces femmes de par leur rôle médical mais également de soutien moral.

> Le nombre de consultations

Dans notre étude, le nombre moyen de consultations de routine était de 5,3 +/- 2,33 par patientes. Celui-ci est donc inférieur au nombre recommandé par l'HAS [27]. Dans la population de référence, c'est presque le double avec 9,9 +/- 3,7 consultations en moyenne par femme. De plus, la majorité des femmes (23,5%) consultaient plus de 12 fois pendant la grossesse dans notre population de référence, tandis que les patientes de notre échantillon bénéficiaient de 7 consultations en majorité (23,5%), ce qui suit les recommandations actuelles de la HAS.

D'après Gayral Taminh et al, le nombre moyen de consultations est un peu plus faible chez les africaines ($7,1 \pm 2,1$) et les maghrébines ($6,9 \pm 2,1$) que chez les françaises ($7,6 \pm 2,4$). [24]

Néanmoins, ces comparaisons ne sont pas significatives, car nous avons divisé les consultations en 3 (routine, urgence, spécialisées) dans notre étude. Dans les études de référence, tous les types de consultations étaient regroupés entre eux.

Les professionnels notent souvent un manque d'observance vis-à-vis des consultations et des examens complémentaires [18]. Les femmes Africaines, par exemple, sont connues pour être en retard en consultations car elles n'ont pas la même « notion du temps » que les Occidentaux. Dans notre échantillon, seule une femme a été mal suivie pendant sa grossesse.

> le nombre d'échographies

Dans notre échantillon d'étude, 51,47 % des femmes avaient eu trois échographies. Le nombre d'échographies était en moyenne de 3,67, donc supérieur aux trois échographies de suivi classique recommandées. 9,56 % des patientes tout de même avait eu moins de trois échographies. Le reste des patientes avait un nombre d'échographies supérieur à trois.

Dans la population de référence [29], 31,2 % des patientes avaient eu trois échographies. Seules 1,9 % des patientes avaient eu moins de trois échographies, ce qui est cinq fois moins élevé que dans notre échantillon.

L'échographie est parfois mal vécue par les femmes immigrées car elle permet de voir ce qui n'est pas visible en temps normal. C'est faire un pas dans l'au-delà, car l'enfant vient du monde des ancêtres dans certaines croyances [33].

> PNP et entretien prénatal

Notre étude a mis en évidence un taux très faible de patientes ayant participé à des séances de PNP (12%). Ainsi, nous avons fortement sous estimé la participation aux séances de PNP, car dans la population de référence, 73,2 % des primipares y participaient contre 28,5 % des multipares [29].

Cela est sûrement dû à la forte proportion de multipares que notre échantillon présente, mais pas seulement.

D'après Battaglini et al [18], la majorité des soignants interrogés dans trois maternités franciliennes affirment que les patientes ne participent pas à ces séances. Bien souvent, ils l'expliquent du fait de la barrière de la langue mais également d'un manque d'intérêt ou encore par le culturalisme.

De plus, dans la population de référence [29], on remarque que seules 21,4 % des femmes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce contre 10,7 % dans notre échantillon, soit deux fois moins.

Nous avons pu établir un lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et le fait d'effectuer un entretien prénatal ($p < 0,05$). Ainsi, les femmes originaires d'Amérique du Sud avaient 1,83 fois plus de chances d'effectuer un entretien prénatal que les autres immigrées. Pour une femme d'Asie Orientale, ces chances étaient multipliées par 1,38.

Sachant que l'information sur la préparation à la naissance est l'un des objectifs de cet entretien, on peut se poser la question de la nécessité de celui-ci chez les femmes immigrées. En effet, bien souvent ces femmes ne parlent pas très bien le français et avoir accès à ce type de rendez-vous individuel avec une sage-femme ou un médecin, accompagné d'un interprète, permettrait sûrement de mieux cerner les attentes de ces femmes. De plus, du fait qu'il soit effectué tôt dans la grossesse (au quatrième mois normalement), celui-ci permettrait de dépister les facteurs de risque chez ces patientes qui sont plus souvent confrontées à la précarité que la population générale.

Les femmes d'origine immigrées sont donc malheureusement présentes en minorité dans les séances de préparation à la naissance. C'est particulièrement évident chez les femmes originaires du pourtour méditerranéen, mais également d'Afrique noire. Il n'est pas naturel de s'exposer ainsi, de parler de ses craintes dans leur culture. Pourtant, l'apport de leur expérience et de leur vision culturelle pourrait être d'un grand bénéfice autant dans la richesse de l'échange que dans les questions suscitées.

3) Pathologies générales

D'après Gayral Taminh et al, la fréquence des pathologies en cours de grossesse est significativement plus élevée chez les étrangères que chez les françaises (respectivement 63,5 % et 56,0 % chez les africaines et les maghrébines vs 45,5 % ; $p < 0,001$). Ces taux ne varient pas significativement sur la période étudiée. L'anémie, les infections génitales et urinaires et l'hypertension artérielle sont les pathologies les plus souvent déclarées et leurs fréquences diffèrent selon l'origine ethnique. [24]

> *L'anémie*

21,7 % des patientes de notre étude présentaient une anémie (Hb < 11g/dL).

D'après Gayral Taminh et al, les anémies sont plus fréquentes chez les Africaines et les Maghrébines par rapport aux Françaises après ajustement de l'âge, la parité et le niveau socio-économique. L'Odds Ratio (OR) était respectivement de 10,2 [6,3-16,7] pour les Africaines et de 5,7 [4,0-8,3] pour les Maghrébines. [24]

D'après nos analyses, une femme Maghrébine avait 1,7 fois (IC [0,4-12,2]) plus de risque de développer une anémie qu'une autre immigrée et une Africaine 2,9 (IC [0,6-21,5]) fois plus de risques. Mais, ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs car $p < 0,05$ et les intervalles de confiance ne rejetaient pas la valeur 1.

Cette anémie peut s'expliquer par les habitudes alimentaires de certaines immigrées. En effet, les Africaines, par exemple, ingurgitent des argiles au cours de la grossesse pour « fortifier » l'enfant ce qui crée une malabsorption du fer au niveau intestinal et engendre souvent des anémies [3]. La consommation massive de thé chez les Maghrébines explique également la moindre fixation du fer sur l'hémoglobine chez ces femmes.

> *L'infection génitale*

Notre étude ne retrouvait pas de lien statistiquement significatif entre l'ethnie et la présence d'une infection génitale pendant la grossesse. En revanche, 27,33 % des patientes de notre étude présentait une infection génitale, ce qui représente plus du quart de l'échantillon.

Tous les types de germes ont été comptabilisés et considérés comme entraînant potentiellement une infection et donc un risque de colonisation de l'enfant à la naissance : la mycose à *Candida Albicans*, le streptocoque B asymptomatique, *Gardnerella vaginalis* responsable de vaginose, mais également *Escherichia coli* etc.

D'après Gayral Taminh et Al [24], le facteur ethnique, après ajustement des autres paramètres (âge, parité, niveau socio-économique), augmenterait le risque de développer ce genre de pathologie de 1,7 fois par rapport aux françaises.

> *l'infection urinaire*

Dans notre étude, nous retrouvons 14 % de patientes ayant développé une infection urinaire durant la grossesse, mais aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le fait de développer une infection urinaire et l'origine géographique ($p < 0,05$).

Pour l'étude menée par Gayral Taminh et Al [24], après ajustement, la liaison avec l'origine ethnique disparaît ; seule persiste l'association avec l'âge (OR = 1,5 [1,2-2,0] pour les femmes de moins de 20 ans par rapport aux 20-35 ans).

4) Pathologies gravidiques

> *l'HTA*

9,6 % des patientes de notre étude ont présenté une HTA sans protéinurie durant la grossesse.

D'après Gayral Taminh et Al [24], après ajustement, persistent les associations avec l'ethnie (OR = 0,6 [0,4-0,8] pour les maghrébines), l'âge de la mère (OR = 2,1 [1,5-2,9] pour les femmes de plus de 35 ans) et la parité OR = 2,2 [1,6-2,9] pour les primipares et OR = 1,9 [1,3-2,9] chez les femmes ayant eu au moins 3 enfants).

Dans notre échantillon d'étude, on remarque que les patientes d'Afrique noire ont tendance à développer 1,8 (odds ratio) fois plus d'HTA durant la grossesse (IC [0,35 – 13,7]) que les autres patientes immigrées, mais ce lien n'est pas statistiquement significatif ($p > 0,05$) et l'intervalle de confiance ne rejette pas la valeur 1.

On ne relève aucun incident toxémique (pré-éclampsie, éclampsie, HELLP Syndrome) dans notre échantillon de population durant la grossesse étudiée.

Dans la population de référence [29], 4,9 % des patientes avaient présenté une HTA (avec ou sans protéinurie) au cours de leur grossesse. Ces résultats sont presque deux fois moins élevés que dans notre échantillon d'étude.

On peut penser que ces taux élevés d'HTA dans notre échantillon sont liés au fort taux de diabète également retrouvés. En règle générale, ces deux pathologies sont étroitement associées du fait qu'elles entraînent toutes les deux des anomalies vasculaires à long terme. De plus, ces deux pathologies sont souvent liées au mode

alimentaire et à la sédentarité des patientes, mais également à l'âge [34].

> *le diabète*

Dans notre échantillon, 15,5 % des patientes présentait un diabète gestationnel. Aucun de ces diabètes n'avait requis de traitement insuliné. Seul un régime avait été mis en place. Dans la population de référence, 5,1 % des patientes présentaient un diabète gestationnel sous régime, ce qui est trois fois moins élevé que dans notre échantillon. En revanche, dans cette population, on retrouve 1,7 % de femmes avec un diabète gestationnel insuliné et 0,4 % de femmes avec un traitement inconnu. [29]

D'autre part, nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre l'IMC et le développement d'un diabète pendant la grossesse ($p < 0,05$).

Les résultats de notre étude peuvent s'expliquer par un taux élevé de femmes en surpoids dans notre population (24,8%). En effet, on peut les mettre en lien avec les habitudes alimentaires des femmes immigrées dont les critères esthétiques mettent en valeur les femmes avec des formes généreuses (surtout chez les Africaines et les Maghrébines). Une femme en bonne santé est une femme ronde.

> *MAP*

Dans notre échantillon, 6,3 % des femmes présentaient MAP durant la grossesse. Elles ont été hospitalisées à chaque fois pour ce motif. Dans la population de référence, 6,5 % des patientes ont développé une MAP avec hospitalisation et 2,4 % ont fait une MAP sans hospitalisation. On peut donc dire que notre étude estime bien cette pathologie par rapport à la population générale.

Par ailleurs, Gayral-Taminh et Al [24], ont montré qu'il n'y avait pas de lien entre MAP et ethnie, mais qu'il y avait de plus forts risques de développer une MAP quand il y avait présence d'une infection génitale au cours de la grossesse.

Dans notre étude, par ailleurs, 4 % de patientes ont accouché prématurément entre 31 et 33 SA, dont une a subi un avortement spontané avant 22 SA.

> *RPM*

Dans notre étude, 4 % des patientes présentait une RPM avant 37 SA contre 10,5 % dans la population de référence. Mais ces données sont difficilement comparables car la population de référence comptabilisait aussi bien les RPM avant 37 SA que les ruptures spontanées des membranes 12h avant travail (pas toujours prématurées).

> *Vomissements*

Dans notre échantillon, 5,48 % des patientes présentaient des vomissements incoercibles. On associe souvent cette pathologie aux femmes immigrées et particulièrement aux Africaines qui ont tendance à développer une hypersialorrhée (ptyalisme) pendant la grossesse.

D'après David M et al, les femmes immigrées ont 4,5 fois plus de chances de développer un Hyperemesis Gravidarum qu'une femme autochtone, sans qu'il n'y ait de notion de stress psychique associé. [25]

Pourtant, être immigrée constitue bien un facteur de stress psychique, du fait d'avoir peur de ne pas se faire comprendre par les autochtones (aussi bien sur le plan de la communication que de la culture), de se heurter au racisme, d'avoir fui son pays en laissant sa famille ou encore d'avoir subi des violences voire des tortures dans le pays d'origine [3].

5) *Autres pathologies*

Dans notre échantillon, aucune femme ne présentait d'infection au VIH, tandis que dans l'étude de Gayral Taminh et al, 2,5 % des Africaines et 0,7 % des françaises présentait une infection au VIH. [24]

30,9 % des patientes de notre étude étaient immunisées contre la toxoplasmose contre 54 % environ dans la population générale française [35]. D'après Carme et al, la séroprévalence serait en revanche en diminution parmi les femmes enceintes, bien qu'il

existe des variations inter régionales. Notre étude sous estimerait donc le taux de prévalence de cette maladie parmi les femmes enceintes.

Dans notre échantillon, nous avons retrouvé 8,76 % de patientes présentant une thrombopénie gestationnelle. D'après Federici et al, cette pathologie serait retrouvée dans 10 % des grossesses et serait la plupart du temps (76 % des cas) dûe à une thrombopénie gestationnelle idiopathique, sans conséquence hémorragique ni pour le nouveau-né ni pour la mère. [36]

D'autre part, nous avons retrouvé 4 % de patientes avec des antécédents d'Hépatite B dans notre échantillon. Pour chaque patiente, cette hépatite était chronique et non active au moment de la grossesse.

D'après Hillaire S, il existe une prévalence de 8 à 15 % de cette maladie dans les pays d'Afrique Noire et d'Asie, de 2 à 7 % au Maghreb (séroprévalence moyenne), en Amérique du Sud et en Europe de l'Est, tandis que ces taux ne sont que de 0,1 à 0,5 % en Europe de l'Ouest, Amérique du Nord ou encore en Australie. [37]

Les taux retrouvés dans notre population ne sont donc pas négligeables et reflètent les taux retrouvés dans les pays à séroprévalence moyenne (Maghreb, Amérique du Sud et Europe de l'Est).

6) Hospitalisations

Dans la population de référence [26], on remarque que 18,2 % des patientes ont été hospitalisées au moins une fois pendant leur grossesse, tandis que dans notre population, ce sont 17,2 % qui ont été hospitalisées au moins une fois. On peut dire que ces chiffres sont sensiblement similaires, donc notre étude a permis une bonne estimation de cette variable.

En revanche, nous n'avons pas pu établir de lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et l'hospitalisation durant la grossesse ($p < 0,05$).

IV- Projet d'action

L'étude que nous avons menée permet de mieux mettre en évidence certains aspects caractéristiques de la grossesse chez les immigrées. Il est clair que le fait le plus marquant qui ressort de notre étude est le faible taux de patientes participant aux séances de préparation à la naissance ou ayant bénéficié d'un entretien prénatal. Ce sur quoi les professionnels pourraient intervenir de façon significative.

La barrière de la langue semble être l'une des limites à la participation à ces séances [17]. Pourtant, le droit à recourir à un interprète lors des entretiens avec les soignants fait partie des droits du patient [3]. Mais ce recours peut parfois être coûteux, comme l'indique le COMEDE (28 euros l'unité de 15 minutes) et plus facile à trouver en région parisienne qu'en Auvergne. Le plus évident pour le soignant et la patiente est de venir avec un proche pouvant traduire entre la patiente et le professionnel. Mais là encore, cette solution n'en est pas toujours une puisque souvent les femmes n'osent pas tout dire devant leur proche.

Il serait tout d'abord intéressant de sensibiliser les professionnels à la situation des femmes immigrées afin de mieux connaître les difficultés qu'elles rencontrent notamment quand elles sont en France depuis peu de temps. Cette sensibilisation pourrait passer par des réunions d'information sur les Associations et Centres (tels que le CADA) qui viennent en aide à ces personnes. En effet, une meilleure connaissance des démarches et difficultés sociales par lesquelles ces femmes passent permettrait de mieux appréhender leurs grossesses.

De plus, il est clair que la rencontre d'une autre culture est parfois difficile pour certains. Et pourtant, elle existe, car chaque personne est construite avec ses propres traditions, modes de communication. Bien que les professionnels apprennent à connaître au fil de leur expérience de soignant, les différentes visions culturelles des femmes, il serait intéressant d'organiser des séances d'échanges entre patientes et soignants, où celles-ci exprimeraient leurs attentes respectives concernant la maternité.

Ensuite, il serait utile, de prévoir des fiches conseils ou des guides à l'usage des patientes, en salle d'attente, traduits en plusieurs langues (Arabe, Anglais, Espagnol) et décrivant le mode de suivi d'une grossesse en France avec les consultations et examens obligatoires auxquels la femme devra recourir. De plus, il serait intéressant d'insister sur la possibilité de faire un entretien prénatal précoce auprès de ces femmes afin de mieux cerner leurs attentes. Comme l'a fait Gaillard A [10], ces guides pourraient contenir une information concernant les mesures hygiéno diététiques à respecter durant la grossesse. Car, comme nous avons pu le mettre en évidence dans notre étude, les femmes immigrées présentent souvent (15,5 %) un diabète gestationnel souvent lié à l'IMC initial de la patiente.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu dans notre étude, le suivi de grossesse des femmes immigrées peut parfois être difficile pour les professionnels du fait de la barrière de la langue, notamment chez les femmes arrivées récemment en France, mais également du fait de la différence de culture.

L'objectif des recommandations HAS est d'harmoniser les pratiques afin d'obtenir les mêmes chances pour chaque femme de vivre une grossesse épanouie et sans risque.

Concernant les pathologies, il est plus difficile d'intervenir car le seul facteur ethnique peut en être vecteur. Néanmoins, de nombreux autres facteurs rentrent en jeu tels que le niveau socio-économique, l'âge de la patiente ou encore ses antécédents.

Dans notre système français, l'accès aux soins est possible pour ces personnes, avec l'AME et la CMU notamment. Mais ces droits ne sont pas toujours connus des patientes et bien souvent le recours à une assistante sociale, parfois dans l'urgence, s'impose.

Il est essentiel de sensibiliser les professionnels à la situation des femmes immigrées afin d'obtenir un accueil et une prise en charge optimaux de celles-ci dans le contexte sensible que représente la grossesse. Un questionnaire à destination des professionnels pourrait être distribué afin de mieux connaître leur avis sur la conduite à tenir avec les femmes immigrées en maternité. La distribution de plaquettes traduites en plusieurs langues permettrait également de mieux illustrer leurs propos auprès de ces patientes.

À l'avenir, il serait intéressant de mener une étude auprès des femmes immigrées par la conduite d'entretiens individuels et avec la collaboration d'interprètes afin de mieux comprendre les attentes de ces patientes.

REFERENCES

- [1] Dictionnaire Larousse [en ligne] Disponible à partir de : URL :
<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/immigration/41704>> (consulté le 5 juin 2012).
- [2] Les Chiffres de l'immigration aujourd'hui [en ligne] Disponible à partir de : URL :
<[http://www.viepublique.fr/politiquespubliques/politiqueimmigration/chronologie-immigration/Les chiffres de l'immigration aujourd'hui](http://www.viepublique.fr/politiquespubliques/politiqueimmigration/chronologie-immigration/Les_chiffres_de_l'immigration_aujourd'hui)> (consulté le 4 juin 2012).
- [3] Le COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire, Prise en charge médico-psycho-sociale (guide pratique destiné aux professionnels). Le Kremlin-Bicêtre : INPES ; 2005 : 10-51.
- [4] La Documentation française [en ligne] Disponible à partir de : URL :
<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/immigration/chiffres.shtml>>
(consulté le 7 juin 2012).
- [5] INSEE [en ligne] Disponible à partir de : URL :
<http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=etrangersnat>
(consulté le 7 juin 2012).
- [6] Organisation des Nations Unies, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ; 1948 ; Article Premier [en ligne] Disponible à partir de : URL :
<<http://www.un.org>> (consulté le 20 février 2013).
- [7] Code de la Santé Publique [en ligne] Disponible à partir de : URL :
<<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 7 juin 2012).
- [8] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Code de déontologie des sages-femmes. 2012 Nov: 98-9.

- [9] Charte de la personne hospitalisée
Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90. Charte de la personne hospitalisée. 2 mars 2006 : Article 7 [en ligne] Disponible à partir de : URL : <<http://www.sante.gouv.fr>> (consulté le 20 février 2013).
- [10] Gaillard A. La prise en charge en maternité des femmes turques ne comprenant pas le français ; Mémoire École de sage-femme de Clermont Ferrand ; 2007.
- [11] Dictionnaire Larousse [en ligne] Disponible à partir de : URL : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anthropologie/3893>> (consulté le 20 juin 2012).
- [12] Mediadico [en ligne] Disponible à partir de : URL : <<http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/anthropologie>> (consulté le 20 juin 2012).
- [13] L'anthropologie médicale : au carrefour de la culture et de la médecine.pdf [en ligne] Disponible à partir de : URL : <<http://www.anthropologieenligne.com/pages/infosite1.htm>> (consulté le 22 juin 2012).
- [14] Prudhomme S. Intégration des pratiques culturelles dans les maternités pour un accompagnement de qualité : étude sur une population d'Afrique de l'Ouest. Mémoire École de Cadre sage-femme de Dijon ; 2008 : 16-17.
- [15] Phaneuf M. . Deuxième partie : L'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins. pdf [en ligne]. Disponible à partir de : URL: <<http://www.infiressources.ca>> (consulté le 7 juin 2012).
- [16] Moro MR. Enfants d'ici venus d'ailleurs, Naître et grandir en France. Paris : Editions La découverte ; 2002 : 155-64.

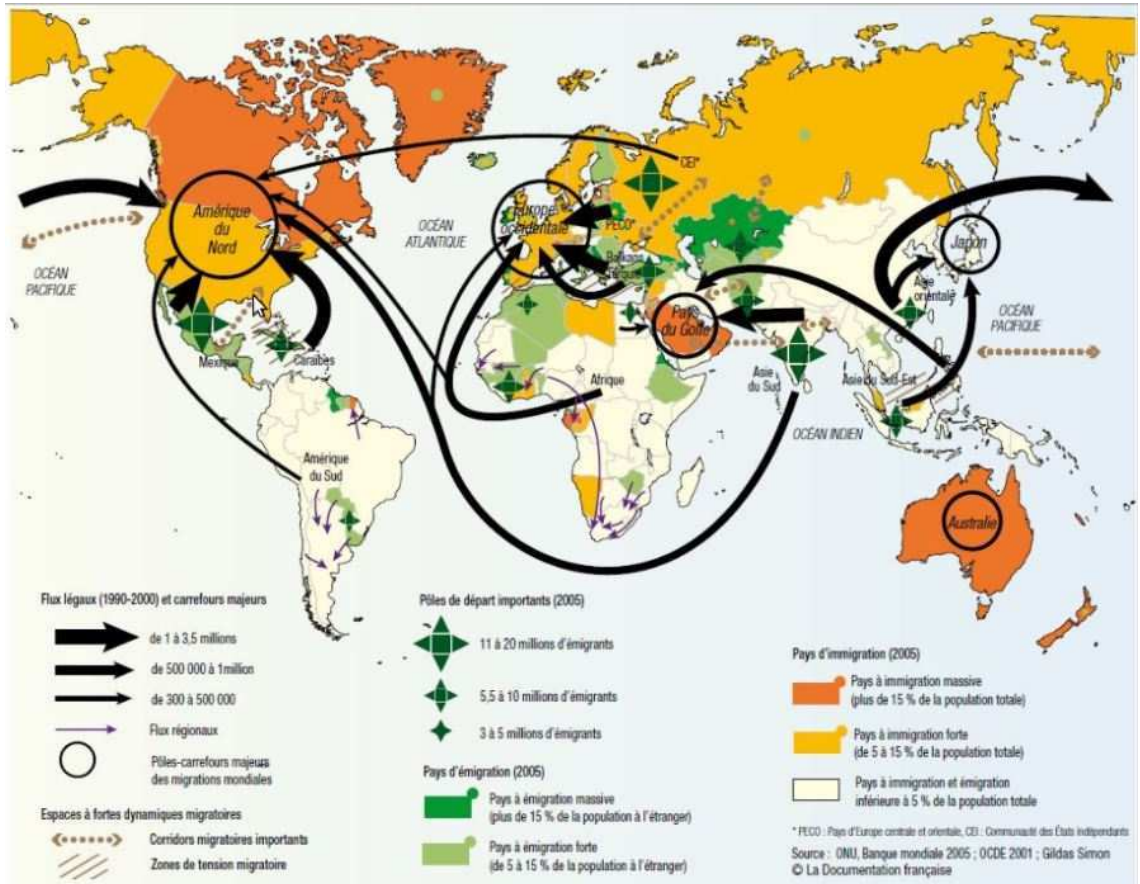
- [17] Battaglini A, Gravel S, Boucheron L, Fournier M, Brodeur JM, Poulin C et al. Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Revue service social*. 2009 ; 49 : 35-69.
- [18] Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du travail*. 2011 ; 53 : 109- 30.
- [19] Chirade C, Delbecq D, Gilioli C, Lévy I. Rites et Religions, Guide pratique pour accueillir les malades à l'hôpital selon les impératifs de la vie hospitalière en tenant compte des pratiques religieuses. Paris : Editions Estem ; 1997 : 22-33.
- [20] Tison B. Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2007 : 113-24.
- [21] Moro MR. Mille et une façons de bien s'occuper des bébés, Aider les parents d'où qu'ils viennent. Courbevoie : Fondation Mustela ; 2011 Oct : 7-17.
- [22] Truchot M. Maternité des femmes originaires d'Afrique Sub Saharienne . Mémoire École de Sages Femmes. Clermont Ferrand. 2005 : 16-20.
- [23] 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 ; 71 : 1002-10.
- [24] Gayral-Taminh M, Arnaud C, Parant O, Fournié A, Rème JM, Grandjean H. Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique Noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. *Journal Gynecol Obst Biol Reprod*. 1999; 28: 462-71.

- [25] David M, Borde T, Siedentopf F. Do immigration have an impact on hypermemeisis gravidarum ? Results of a study in Berlin / Germany. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. June 2012 ; 33 : 78-84.
- [26] Tamaro G, Parco S. Management of immigration and pregnancy screening in Northeastern Italy. *Risk Manag Healthc Policy*. 2011 Janv 20 ; 4 : 9-13.
- [27] HAS. Recommandations Professionnelles. Suivi et Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations HAS. 2007 Mai.
- [28] CASSF, Le référentiel métier et compétences des sages femmes. 2010 Janv [en ligne] Disponible à partir de : URL : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr>> (consulté le 14 juillet 2012).
- [29] Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010, Les Naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM. 2011 Mai.
- [30] Benallegue A, Kedji F. Consanguinité et Santé Publique: Une étude Algérienne. *Archives Françaises de Pédiatrie*. 1984 ; 41 (6) : 435-40.
- [31] Sanoussi S, Gamatie Y, Kelani A, Sbai C, Abarchi H, Bazira L. Malformations du tube neural au Niger : A propos de 387 cas en 10 ans : Plaidoyer pour un traitement préventif par l'acide folique en période périconceptionnelle. *Médecine d'Afrique Noire*. 2001 ; 48 (12) : 509-15.
- [32] Khosnood B, Bouvier-Colle MH, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *Journal Gynecol Obst Biol Reprod*. 2008 Dec ; 37 (8) : 733-47.
- [33] Panaccione E, Moro MR. L'expérience de la maternité chez des femmes Africaines en grande précarité sociale. *Vocation sage-femme*. 2011 Nov-Dec ; 10 (93): 25-8.

- [34] Bah AO, Diallo MH, Diallo AAS, Keita M, Diallo MS. Hypertension artérielle et grossesse, Aspects épidémiologiques et facteurs de risque. *Médecine d'Afrique Noire*. 2000 ; 47 (47) : 422-5.
- [35] Carme B, Tirard-Fleury V. La toxoplasmose chez la femme enceinte en France : séroprévalence, taux de séroconversion et niveau de connaissances des mesures préventives : Tendances 1965-1995. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1996 Avr ; 26 (3) : 431-6.
- [36] Federici L, Ferraj K, Maloisel F, Andrès E. Thrombopénie et grossesse : du diagnostic étiologique à la prise en charge thérapeutique. *La Presse Médicale*. 2008 Sept ; 37 (9) : 1299-307.
- [37] Hillaire S. Hépatite B et grossesse. *Hépto-gastro*. 2002 Mar-Avr ; 9 (2): 89-91.

ANNEXES

Annexe I



Annexe II

Encadré 3. Déroulement de la 1 ^{re} consultation avant 10 SA.	
a. Établir le diagnostic de grossesse	- Interrogatoire, examen clinique - β-hCG qualitatif en cas de doute
b. Dater la grossesse	Échographie de datation dans les cas incertains
c. Réaliser un examen clinique général et gynécologique	Prise de la pression artérielle, mesure de la taille, du poids, examen des seins, frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans) ^(a)
d. Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) (cf. <i>tableau 1</i>)	Adaptation du traitement en cours
e. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre de la grossesse, associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) ^(b)
f. Prévenir les malformations du tube neural (jusqu'à 8 SA)	Complément nutritionnel : supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour ^(c)
g. Donner une information orale sur le suivi général de la grossesse (étayée par une information écrite disponible dans le carnet de maternité ^(h))	Alimentation et mode de vie, risques infectieux alimentaires, organisation des soins au sein d'un réseau périnatalité, droits et avantages liés à la maternité, examens de dépistage, sensibilisation aux effets du tabagisme ^(d) , de la consommation d'alcool ^(e) , de l'usage de drogues ^(f) et de médicaments tératogènes ^(g)

h. Débuter l'élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple (à compléter lors de l'entretien individuel ou en couple du 1 ^{er} trimestre et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ⁽ⁱ⁾)	Information sur le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance, le calendrier des consultations prénatales (si datation certaine), l'adaptation possible des conditions de travail (médecin du travail), la durée du congé maternité, les droits sociaux liés à la grossesse, l'allaitement maternel.
---	--

^(a) Cf. Recommandations pour la pratique clinique « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

^(b) Cf. Recommandations de santé publique « Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(c) Cf. Recommandations pour la pratique clinique « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », HAS 2005.

^(d) Cf. Conférence de consensus « Grossesse et tabac », Anaes 2004.

^(e) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2005.

^(f) Cf. Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 2001.

^(g) Cf. Afssaps 2006, document disponible sur <http://agmed.sante.gouv.fr>

^(h) Cf. Carnet de maternité révisé par la DGS (juillet 2007), disponible sur le site www.sante.gouv.fr

⁽ⁱ⁾ Cf. recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 4. Examen à prescrire lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse.

Examens à prescrire obligatoirement	<ul style="list-style-type: none"> • Glycosurie et protéinurie • Toxoplasmose et rubéole ^(a) • Syphilis • Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell)^(b) • Recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ^(c)
Examens à proposer systématiquement	<ul style="list-style-type: none"> • Echographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) ^(d) • Sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH
Examens à prescrire éventuellement	<ul style="list-style-type: none"> • Examen cytbactériologique des urines (ECBU) • Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque ^(e) • Frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales s'il date de plus de 2 à 3 ans ^(f).

^(a) En l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise (décret n°92-143 du 14 février 1992).

^(b) Si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires).

^(c) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

^(d) Cf. rapport du Comité national technique de l'échographie fœtale, 2005.

^(e) Ration alimentaire insuffisante (< 2 000 kcal/j) peu variée et excluant des aliments d'origine animale, cf. recommandations « Supplémentations au cours de la grossesse », CNGOF 1997.

^(f) Cf. recommandations pour la pratique clinique « Conduite à tenir devant un frottis cervical anormal », Anaes 2002.

4.2 2^e consultation (avant 15 SA révolues)

La 2^e consultation est fixée après la première échographie (entre 11-13 SA et 6 jours) mais avant la 15^e SA révolue, qui est la date limite pour déclarer la grossesse aux organismes de prestations familiales et d'assurance maladie.

La 2^e consultation suit le déroulement décrit dans l'*encadré 5* et comprend les examens à prescrire détaillés dans l'*encadré 6*.

Encadré 5. Déroulement de la 2^e consultation avant 15 SA révolues.

a. Etablir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement

b. Réaliser un examen clinique

Prise de la pression artérielle ; mesure du poids ; mesure de la hauteur utérine à partir du 4^e mois ; si possible recherche des bruits du cœur foetal

c. Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales

Marqueurs du 2^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre ^(a)

d. Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) ^(b)

Expression des attentes et besoins de la femme et du couple ; repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation vers un éventuel soutien spécialisé (PMI, social, psychologique, etc.) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ; informations sur les ressources de proximité ; liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés

f. Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (collectives ou individuelles) en expliquant leurs objectifs ^(b)

^(a) Recommandations de santé publique, « Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 », HAS 2007.

^(b) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 6. Examens à prescrire au cours de la 2^e consultation de grossesse.

Systematiquement	<ul style="list-style-type: none">• Glycosurie et protéinurie• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent• Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)
-------------------------	--

4.3 Consultations prénatales intermédiaires (du 4^e au 8^e mois)

En complément de l'appréciation continue du niveau de risque (cf. *tableau 1*), le déroulement des consultations prénatales suivantes ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont décrits dans les *encadrés 7 et 8*.

Encadré 7. Déroulement des consultations (Cs) prénatales intermédiaires.

	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique (poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines)	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Cs de pré-anesthésie	-	-	-	-	X

Encadré 8. Examens à prescrire ou à proposer au cours des consultations prénatales intermédiaires (accord professionnel).

	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examens à prescrire obligatoirement					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI : si Rhésus D négatif à toutes les femmes, et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel (a)	-	-	X (b)	-	X (c)
• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA) (d)	-	X	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA) (d)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières ; ECBU : examen cyto bactériologique des urines.

(a) Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

(b) Recommandations « Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D foeto-maternelle », CNGOF 2005.

(c) Sauf si une injection anti-D a été pratiquée à 28 SA.

(d) Rapport du Comité national technique de l'échographie foetale, 2005.

4.4 Consultation du 9^e mois

En complément de l'appréciation du niveau de risque déterminant dans le choix du lieu de naissance (cf. *tableau 1*), le déroulement de la 8^e consultation prénatale ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont décrits dans les *encadrés 9* et *10*.

Si la grossesse est toujours considérée à faible niveau de risque, il est important de souligner qu'il n'y a pas d'arguments justifiant une consultation supplémentaire ou un enregistrement du rythme cardiaque fœtal entre cette consultation et le terme.

Encadré 9. Déroulement de la consultation du 9^e mois.

a. Réaliser un examen clinique général et obstétrical	Poids, prise de la tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires. Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
b. Etablir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)	Information de la femme sur le déroulement de l'accouchement
c. Donner des informations pratiques ^(*)	Prise en charge d'une grossesse à terme ; modalités locales de rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint
d. Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son bébé	Information sur les interventions adaptées possibles et proposition d'éventuelle intervention coordonnée d'une aide sociale (travailleur social), d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

^(*) Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005.

Encadré 10. Examens à prescrire ou à proposer au cours de la consultation du 9^e mois de grossesse.

Obligatoirement	<ul style="list-style-type: none">• Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente• Glycosurie et protéinurie
Éventuellement	<ul style="list-style-type: none">• Examen cytbactériologique des urines (ECBU) en cas d'antécédents ou de diabète.

Annexe III



Collectif des Associations et
Syndicats de Sages-Femmes



REFERENTIEL METIER ET COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

Janvier 2010

Situation 1

CONDUIRE UNE CONSULTATION PRENATALE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la femme et le / les accompagnant(s)**
 - en invitant la femme à exprimer le motif de la consultation et en étant attentif aux éventuels motifs complémentaires
 - en informant sur le déroulement de la consultation
 - en observant les attitudes de la femme
- **en reconstituant l'anamnèse**
 - en réalisant un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux individuels et familiaux, et les habitudes de vie pour détecter les facteurs de risque éventuels en datant la grossesse
 - en questionnant sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse
- **en réalisant l'examen clinique général**
 - en évaluant les constantes
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à l'état de grossesse :
 - l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions
 - l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître
 - en vérifiant la qualité du soutien de son entourage
- **en réalisant l'examen obstétrical**
 - en examinant les seins
 - en mesurant la hauteur utérine et le périmètre ombilical
 - en palpant l'utérus (forme, tonicité, et selon le terme : présentation foetale, mouvements actifs...)
 - en auscultant les bruits du cœur du fœtus
 - en évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques :
 - soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente
 - soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)
 - en réalisant si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ ou un prélèvement vaginal
 - en examinant les pertes vaginales (sur indication)
 - en réalisant une échographie si besoin
- **en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse**
 - en analysant et synthétisant les données recueillies
 - en établissant un pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois
 - en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitances, ...)
- en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux, ...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- **en faisant la déclaration de grossesse, le cas échéant**
- **en informant sur le dépistage des anomalies chromosomiques foetales**
- **en prescrivant**
 - les examens obligatoires, les examens complémentaires, les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux), les conseils d'hygiène de vie
 - en expliquant les intérêts des prescriptions et les résultats attendus
 - en informant la femme et en recueillant son consentement
 - en expliquant les risques de l'automédication



- **en élaborant et proposant à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse**

- en repérant des conduites de consommation à risque
- en évaluant avec discernement sa situation et son environnement
- en instaurant un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple
- en adaptant son discours et en s'assurant qu'il a été compris
- en donnant toutes les informations utiles et nécessaires
- en établissant un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier
- en proposant systématiquement un entretien individuel ou en couple



Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en accompagnant la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance**

- en lui apportant les éléments qui lui permettent de faire des choix et en l'aidant à faire émerger ses besoins

- **en réalisant la synthèse dans le dossier médical, pour assurer la transmission écrite et pour établir le pronostic foetal et maternel en prévision de la suite de la prise en charge**

- en étant suffisamment explicite pour les autres professionnels du réseau
- en constituant le dossier médical ou en le mettant à jour

Situation 2

ORGANISER ET ANIMER UNE SEANCE COLLECTIVE DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

Réaliser un diagnostic

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- **en préparant la séance**
 - en préparant le programme pédagogique et le déroulement des séances (environnement matériel, objectifs, contenus, outils, déroulé, timing, support)
 - en favorisant la présence des pères
 - en préparant les supports didactiques (exposé, échanges entre participantes, exercices corporels, ...)
 - en s'adaptant à la composition d'un groupe pour ajuster l'utilisation des supports
 - en planifiant la composition d'un groupe et des séances selon les demandes des parents et le calendrier de la grossesse.
- **en accueillant les participant(e)s**
 - en se présentant, et le cas échéant en présentant l'équipe soignante et l'établissement
 - en présentant les objectifs de la séance, les thèmes abordés
 - en demandant aux participant(e)s de se présenter et de parler de leurs attentes
- **en veillant à assurer une bonne qualité d'écoute entre les participant(e)s**
 - en créant un climat de confiance favorable aux échanges

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en animant les échanges d'informations et d'expériences sur le thème traité**
 - en donnant la parole et le temps aux participant(e)s pour poser des questions et témoigner de leurs expériences, inquiétudes, attentes, souhaits et en veillant à reformuler leur discours pour faciliter le partage
 - en répondant aux questions et en donnant des précisions complémentaires
 - en expliquant les points théoriques, biologiques, anatomiques, ...
 - en informant sur les solutions possibles aux problèmes qu'elles peuvent rencontrer
 - en alertant sur les points de vigilance pendant la grossesse et la conduite à tenir (« perte de liquide »)
 - en repérant les non-dits et en anticipant les questions non posées (vie de couple, sexualité, retour à la maison, ...) et en proposant un entretien individuel le cas échéant
- **en réalisant des exercices de travail corporel (si pertinent pour le thème abordé)**
 - en vérifiant la capacité individuelle à faire l'exercice
 - en aidant si besoin l'accompagnant à trouver sa place
 - en repérant les signes de malaise ou mal-être
- **en vérifiant l'évolution des participantes vers l'autonomie**
 - en estimant la confiance en soi, la projection dans l'avenir avec leur enfant, la formulation d'un projet de naissance
 - en favorisant l'émergence des compétences parentales
- **en repérant les difficultés éventuelles et en donnant les conseils adaptés**
 - éventuellement en orientant et en prenant contact avec le professionnel compétent

Résumé

Introduction : Le suivi de grossesse des patientes immigrées est parfois difficile du fait de la barrière linguistique et de la différence culturelle.

Rappel : Les immigrés représentaient 8,1 % de la population française en 2005. En France, ces personnes ont des droits similaires à toute autre, dans la société comme à l'hôpital. Pourtant, les femmes issues de l'immigration constituent une entité à part entière., de part leurs caractéristiques démographiques et les pathologies développées durant la grossesse.

Matériel : L'objectif principal de notre étude était de caractériser le mode de suivi de grossesse de ces femmes. L'objectif secondaire était d'évaluer la morbidité de la grossesse en regard du taux de pathologies observé.

Méthodes : Un recueil de données rétrospectif à partir de dossiers informatisés a été effectué. L'échantillon d'étude était constitué de 150 patientes ayant accouché à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand au cours de l'année 2011.

Résultats : 20 % de patientes étaient suivies par une sage femme de Protection Maternelle et Infantile (PMI). 12 % avaient effectué des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) pendant la grossesse et 10,7 % avaient bénéficié d'un entretien prénatal. 15,5 % des patientes présentaient un diabète gestationnel sous régime seul.

Discussion : Les résultats nous ont montré que les patientes immigrées ne participaient que très faiblement aux séances de préparation à la naissance par rapport à la population générale. D'autre part, ces patientes sont plus à risque de développer un diabète au cours de la grossesse.

Conclusion : L'information et la prévention auprès de ces patientes sont primordiales afin de lutter contre leur exclusion.

Mots clé : immigration, grossesse, suivi, pathologies.

Abstract

Introduction : Giving to the support for immigrant patients sometimes seems difficult because of the language barrier and the cultural differences.

Reminder: Immigrants represented 8.1% of France population in 2005. In France, these people have similar rights as anybody else, in the society as well as at the hospital. However, immigrant women are a specific population due to their demographic characteristics and the diseases they develop during pregnancy.

Material: The main objective of our study was to characterize the pregnancy monitoring method of these women. The secondary objective was to evaluate the morbidity of pregnancy through the observed rate of pathologies.

Methods: A retrospective collection of data from computerized files has been conducted. The study sample consisted of 150 patients who gave birth at the Maternity of the University Hospital of Clermont-Ferrand in 2011.

Results: 20% of patients were followed by a midwife from their local Mother and Child Welfare office (PMI). 12% had completed Preparation for Birth and Parenthood (PNP) sessions during pregnancy and 10.7% had benefited from a prenatal interview. 15.5% of patients were affected by gestational diabetes under diet only.

Discussion: The results have shown that, in comparison with the general population, immigrant patients participate only marginally in sessions of preparation to birth. In addition, these patients are at higher risk of developing diabetes during pregnancy.

Conclusion: The information and prevention given to these patients are essential to contend their exclusion.

Keywords: immigration, pregnancy, monitoring, pathologies.