



HAL
open science

Évaluation des facteurs associés à un suivi prénatal adéquat chez les femmes migrantes

Tamouhida Camila Abdou

► **To cite this version:**

Tamouhida Camila Abdou. Évaluation des facteurs associés à un suivi prénatal adéquat chez les femmes migrantes. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03903588

HAL Id: dumas-03903588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903588v1>

Submitted on 16 Dec 2022

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 Maïeutique

EVALUATION DES FACTEURS ASSOCIÉS À UN SUIVI PRÉNATAL ADÉQUAT CHEZ LES FEMMES MIGRANTES.

Présenté et publiquement soutenu

Le 8 juin 2022

Par

ABDOU Tamouhida Camila

Né(e) le 11 février 1999

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2021/2022

Membres du jury :

- BLANC Julie: Gynécologue obstétricien, hôpital NORD AP-HM (Directrice de mémoire)
- BOISSIER Estelle : sage-femme enseignante
 - ROBRIEUX Corine: sage-femme , hôpital St Joseph

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

**EVALUATION DES FACTEURS ASSOCIÉS À UN SUIVI
PRÉNATAL ADÉQUAT CHEZ LES FEMMES MIGRANTES.**

ABDOU Tamouhida Camila

Née le 11 février 1999

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2021-2022

Validation 1^{ère} session 2021 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2021 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

EVALUATION DES FACTEURS ASSOCIÉS À UN SUIVI PRÉNATAL ADÉQUAT CHEZ LES FEMMES MIGRANTES.



REMERCIEMENTS

Je tenais sincèrement à remercier les personnes qui m'ont aidée, soutenue et encouragée de près ou de loin, en commençant par ma directrice de mémoire le Dr Julie BLANC pour avoir accepté de diriger mon mémoire et m'avoir accompagnée durant toutes les étapes de ce dernier. Merci pour sa patience, sa disponibilité et toutes les ressources qu'elle a pu m'apporter.

Mme BEBECHADERGUE, Cadre de l'Hôpital Nord, pour son accueil et sa gentillesse lors de mon recueil de données. Mes professeurs, pour leur aide et précieux soutiens.

Les membres de ma famille et amies pour m'avoir coachée à chaque fois que ce fut nécessaire et m'avoir accompagnée durant ce parcours universitaire.

Sans oublier la Directrice de la MECK aux Comores pour toute l'aide qu'elle a pu m'apporter.

Glossaire

ADA : Allocation Demandeur d'Asile

AME : Aide Médicale d'Etat

AMU : Aide Médicale Universelle

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CMU : Couverture Maladie Universelle

DG : Diabète gestationnelle

GAJ : Glycémie à jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HGPO : Hyperglycémie provoquée par voie orale

HTA : Hyper Tension Artérielle

INED : Institut National d'Etude Démographique

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

PMI : Protection Maternelle et Infantile

MST21 : Marqueurs sériques de la trisomie 21

OIM : Organisation Internationale des Migrants

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

RSA : Revenu Solidarité Active

SA : Semaine d'Aménorrhée

SPF : Santé Publique France

SOMMAIRE

Introduction	page 7
Matériel et Méthode	page 11
I. Schéma d'étude :	page 12
II. Méthodes de sélection :	Page 12
III. Critère de jugement et données collectées.....	page 12
IV. - Méthode d'observation :	page 12
V. Analyses statistiques :	page 13
Résultats	Page 14
Analyse et Discussions.....	page 26
I. Limite et biais identifiés.....	page28
II. Points forts et points faibles	page28
III. Atteinte de l'objectif	page28
IV. Implication pour la clinique	page 29
V. Proposition d'action	
Conclusion.....	page 33
Bibliographie.....	page 34
Annexe	page 36
Résumé.....	page 38

Introduction

La migration existe depuis le début de l'humanité. D'après l'INED (Institut National d'Etude Démographique) en 2018 plus de 258 millions de personnes dans le monde ne vivent pas dans leur pays de naissance. Ces migrants internationaux représentent plus de 3,4% de la population mondiale. Ces dernières années, le visage de la migration se féminise. Les femmes représentent près de la moitié des migrants. (Assemblée Générale des Nations Unies, 2016)

Selon l'OIM, un « migrant » s'entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat, quels que soient :

- 1) le statut juridique de la personne
- 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement
- 3) les causes du déplacement
- 4) la durée du séjour

Ici on s'intéressera plus particulièrement aux femmes qui ont quitté leurs pays afin de venir en France.

Les migrants peuvent à leur arrivée faire une demande d'asile afin d'être « légalement » sur le territoire français. Les demandeurs d'asile sont des personnes demandant la reconnaissance de la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, qui bénéficie du droit de se maintenir provisoirement sur le territoire dans l'attente d'une décision de l'OFPRA et/ou de la CNDA sur sa demande de protection. En cas d'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, un titre de séjour. En cas de rejet, le demandeur a l'obligation de quitter le territoire à moins qu'il ne soit admis à y séjourner à un autre titre. (Ministère de l'intérieur).

En fonction du « statut juridique » de la personne, des aides peuvent lui être proposé :

En tant que demandeur d'asile la femme pourra avoir accès à des droits telles qu'un hébergement dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et une aide financière appelée Allocation Demandeur d'Asile (ADA)

Ils ont également le droit d'accéder aux prestations de la sécurité sociale française. (Gravelaine, F., 2017), ce qui ne sera pas le cas des femmes en situation irrégulière qui elles accèderont à d'autres aides telle que la « permanence d'accès aux soins (PASS) » ou l'aide médical d'état (AME).

Ces femmes viennent alors pour étudier, travailler, se mettre à l'abri. Comme les hommes, certaines migrent pour faire des études. D'autres, laissant parfois leurs enfants aux soins de leur famille, partent chercher de quoi subvenir à leurs besoins. Nombre d'entre elles sont aujourd'hui ainsi les principaux soutiens de leur famille restée au pays. Ces femmes peuvent également être parfois contraintes de fuir des violences spécifiques liées à leur condition de femme (mariage forcé, excision, violences sexuelles liées aux conflits, crime d'honneur etc.) (La Cimade, 2013)

Elles se retrouvent alors de plus en plus nombreuses aux seins de nos maternités notamment pour leur suivi prénatal.

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes. Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une

incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectif de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (HAS, 2005)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une prise en charge anténatale adéquate diminue la morbidité et la mortalité liées à l'accouchement et la santé des enfants (naissances prématurées et plus faible poids de naissance). Ce suivi contribue également à une meilleure prise en charge postnatale. (Drouise, L.-M., Englebert, L., Joachimowicz, F., Evrard, S., 2017.)

Le suivi prénatal inadéquat a été défini à partir d'un indice inspiré des indices américains les plus utilisés et les plus étudiés dans la littérature : l'indice de Kessner, l'APNCU (Adequacy of Prenatal Care Utilization) et celui de Kotelchuck, mais adaptés aux recommandations françaises de suivi prénatal énoncées par la Haute Autorité de santé. C'est un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée et/ou comprenant moins de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel d'accouchement et/ou dans lequel une échographie du 1^{er} trimestre et au moins une autre parmi celles des 2^e et 3^e trimestre n'ont pas été réalisées. (Priscille Sauvegrain et al, 2017)

Il a été rapporté des taux de suivi prénatal inadéquat très différents suivant le lieu de naissance des femmes, celles nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ayant un taux de suivi inadéquat très élevé, atteignant 34,7% contre 17,3% pour celles nées en France et 26,9% pour celles nées en Afrique du Nord (Florence LOT et Sylvie QUELET, 2017)

Bon nombre des patientes migrantes ne font pas suivre leur grossesse, qu'elles n'en voient pas l'intérêt, ou qu'elles craignent de voir leur situation en France être remise en question. Dans ces cas-là out le dossier est à faire, nécessitant un temps coûteux à un service qui est supposé prendre en charge les urgences, ce qui implique rapidité et efficacité.

Des consultations plus fréquentes et de meilleure qualité pour toutes les femmes au cours de la grossesse faciliteront l'application de mesures préventives et la détection précoce des risques, éviteront autant que possible les complications et permettront de remédier aux inégalités sanitaires. (OMS, 2016 Soins adaptés au bon moment).

Toutes ces données suggèrent que des marges de manœuvre existent encore pour renforcer les soins maternels et les rendre plus efficaces dans certaines populations.

Un grand nombre de sages-femmes, au cours de leur carrière, seront fréquemment amenées à prendre soin des familles issues de la migration.

Il m'a donc semblé important d'évaluer qu'elles sont les facteurs associés à un suivi prénatal adéquat chez les femmes migrantes.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les facteurs potentiellement associés à un suivi périnatal adéquat chez les femmes migrantes au sein de la maternité de l'hôpital Nord de Marseille.

MATERIEL ET METHODES

I. Schéma d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive basée sur un recueil de données rétrospectif. Pour pouvoir trouver les patientes correspondant à la population cibles, nous avons consulté tous les dossiers des femmes présentés au staff MPS (médico psycho-social) au cours de l'année 2019-2020. Cette démarche a été réalisée car toutes les femmes enceintes issues de la migration se voient proposer que leur dossier soit présenté au staff. Après les avoir sélectionnées, nous avons pu débiter le recueil de données à partir de leur dossier médical obstétrical informatisé.

Ce recueil a été réalisé après avoir obtenu l'accord du portail d'accès aux données de santé de l'APHM respectant les règles du RGPD : **PADS21-197**.

II. Méthodes de sélection :

1) Critères d'inclusion

Les femmes enceintes dont le pays de naissance n'était pas la France et dont la date d'arrivée en France était de moins de 5ans

III. Critère de jugement et données collectées

Le critère de jugement principal était basé sur : « suivi prénatal adéquat » définit comme étant :

-un suivi débuté avant 14 SA

-comprenant plus de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel d'accouchement

- une échographie du 1er trimestre et au moins une autre parmi celles des 2e et 3e trimestre n'ayant pas été réalisés

Les données collectées étaient les suivantes :

- -La date à laquelle a été réalisée la première consultation (>14 SA)
- -le nombre de consultations recommandées réalisées (sur 7)
- Le nombre d'échographies recommandées (3)
- L'année d'arrivée en France
- L'origine géographique
- L'âge
- Les antécédents obstétricaux et médicaux
- Les conditions socio- économiques (source principale de revenus, logement, situation maritale...)
- Couverture sociale
- Situation administrative
- Le ou les professionnels de santé ayant suivi la patiente

IV. Méthode d'observation :

Les données ont été recueillies en deux parties :

- 1^{ère} partie : Les facteurs étudiés
 - nationalité
 - année d'arrivée en France
 - année de naissance
 - antécédents obstétricaux
 - antécédents médicaux
 - situation maritale ;
 - Couverture sociale
 - Gestité
 - parité
 - Situation administrative (illégalité sur le territoire, séjour, demande d'asile)
 - Situation maritale
 - Barrière de la langue/ recours à un interprète
 - Les conditions sociaux économiques (pas de ressources, allocation pour demandeur d'asile (ADA), le revenu solidarité active RSA,
 - Conditions de logement (hébergement, logement temporaire, sans domicile fixe, logement personnel)

2^{ème} partie : Description de données de suivi de grossesse

- Professionnel(s) de santé ayant effectué le suivi de grossesse
- Nombre de semaines d'aménorrhée à la première consultation
- Nombre de consultations réalisées
- Les examens complémentaires réalisés (Test OMS, MST21)
- Nombre d'échographies

V. Analyses statistiques :

Une analyse descriptive a été réalisée dans un premier temps. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne et écart type ou médiane et intervalle interquartile. Les variables qualitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et pourcentages.

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

Dans un second temps, les variables ont été comparées selon que les femmes avaient un suivi prénatal adéquat ou non.

Les tests de chi 2 ont été réalisés grâce à un outil en ligne disponible sur la page : icalcu.com

Le seuil de significativité était de 0.05%.

RESULTATS :

1 – Caractéristiques de la population d'étude totale

Les femmes ont été sélectionnées à partir des staff MPS de 2019-2020 :

Durant cette période, 265 dossiers sont passés au staff MPS. Parmi eux, 154 patientes étaient hors critère (migrantes depuis plus de 5ans en France), 25 n'avaient pas de fiche MPS dans leur dossier médical, 9 n'ont pas été retrouvées et 10 d'entre elles ont été exclues car elles étaient sur le sol français depuis plus de 5ans. L'étude a finalement permis de sélectionner 67 dossiers au total.

TABLEAUX : caractéristiques de la population générale

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques

Caractéristique socio_ démographiques	N=67
Origine géographique (n=67)	
Europe	13 (19,4%)
Océan Indien	2 (2,98%)
Afrique de l'Ouest	20 (29,9%)
Afrique du Nord	16 (23,9%)
Afrique Centrale	6 (8,95%)
Amérique	1 (1,5%)
Pays du Moyen-Orient	8 (11,9%)
Asie	1 (1,5%)
Année d'arrivée en France (n=67)	
2015	3 (4,48%)
2016	5 (7,46%)
2017	10 (14,93%)
2018	12 (17,91%)
2019	23 (34,3%)
2020	14 (20,9%)
Age (n=67)	(26,42 + /- 5,98)
<18ans	4 (5,97%)
Entre 18 et 35 ans	59 (88,1%)
> 35ans	4 (5,97%)

Tableau 2 : Caractéristiques socio-économiques

Caractéristiques socio-économiques	
Source principale de revenus de la patiente (n=42)	
Pas de ressource (n=42)	12 (28.6%)
ADA (Allocation pour Demandeur d'Asile) (n=45)	15 (33.33%)
RSA (n=67)	8 (11,9%)
Ressources non déterminées (n=67)	7 (10.5%)
RESSOURCES CONJOINT(n=32)	18 (56.3%)
Couverture sociale (n=61)	48 (78.7%)
CMU (n=62) *	30 (48,8%)
SECURITE SOCIALE (SS) (n=63) **	5 (7.9%)
CMU+SS (n=1)	1 (1.49%)
AMU (n=61)	1 (1.49%)
AME (n=61) ***	13 (21.3%)
Pas de couverture sociale (n=60)	12 (20%)
Aide à l'accès aux soins (n=12)	
PASS (n=54)	12 (22.2%)
Situation administrative (n=44)	6 (13.6%)
Illégalité sur le territoire (n=44)	3 (6.8%)
SEJOUR (n=35)	19 (54.3%)
DEMANDE D'ASILE (n=39)	12 (30.8%)
CONDITION DE LOGEMENT (n=67)	
HEBERGEMENT (n=67)	8 (11.9%)
LOGEMENT TEMPORAIRE (n=67)	17 (25.4%)
SANS DOMICILE FIXE (n=67)	10 (14.9%)
LOGEMENT PERSONNEL (n=67)	32 (47.8%)
Données sociales	
EN COUPLE (n=63)	56 (88.9%)
FEMME ISOLEE (n=62)	8 (12,9%)
BARRIERE DE LA LANGUE (n=61)	22 (36.1%)
RECOURS A UN INTERPRETE (n=60)	15 (25%)

* CMU: 30 patientes avaient la CMU (48.38%) durant toute la grossesse dont 2 l'ayant eu au cours de la grossesse.

**Sécurité sociale : 13 patientes avaient la sécurité sociale (21.31%) durant toute la grossesse dont 4 l'ayant eu au cours de la grossesse.

***AME : 6 patientes avaient l'AME (9.54%) durant toute la grossesse dont 2 l'ayant eu au cours de la grossesse.

Tableau 3 : Caractéristiques obstétricales

Caractéristiques obstétricales	
Antécédents de césarienne(n=67)	12 (17.91%)
Antécédents AVB et Nouveau-né vivant(n=67)	33 (49.25%)
Antécédents de MIU (n=67)	1 (1.5%)
Antécédents de fausse couche (n=67)	9 (13.4%)
Données médicales durant cette grossesse	
Diabète gestationnel (n=67)	12 (17.9%)
HTA gravidique (n=67)	2 (2.99%)
HTA gravidique + Diabète gestationnel (n=67)	1 (1.5%)
MUTILATION GENITALE FEMININE (n=15)	15 (100%)
Tabagisme actif pendant la grossesse (n=67)	5 (7.5%)
GESTITE (n=67)	2.40+/-1.31
PRIMIGESTE (n=67)	20 (29,9%)
MULTIGESTE (n=67)	47 (70.2%)
PARITE (n=67)	
NULLIPARE (n=67)	23 (33.3%)
PRIMIPARE (n=67)	21 (31,34%)
MULTIPARE (n=67)	23 (33.3%)

Tableau 4 : Suivi de grossesse

Professionnels intervenants dans le suivi de grossesse	
Lien PMI (n=55)	34 (61.8%)
Lien AS (n=66)	39 (59.1%)
Suivi gynécologue à l'Hôpital Nord (n=67)	21 (31.3%)
Suivi sage-femme à l'Hôpital Nord (n=67)	46 (68.7%)
Suivi débuté en dehors de l'Hôpital Nord (n=58)	15 (25.9%)

Seulement neuf patientes (16.4%) avaient réalisé une consultation avant 14 SA.

Les patientes n'accouchaient pas toutes à terme. J'ai donc recensé dans un premier temps le nombre de consultations qu'elles avaient effectué durant la grossesse en fonction de leur âge gestationnel d'accouchement et j'ai ensuite regardé si elles avaient effectué ou non, au moins 50% des consultations recommandées. Ce qui correspond à :

- Au moins quatre consultations lorsqu'elles accouchaient à terme.
- Au moins trois consultations pour les femmes qui avaient accouché prématurément.
- Pour celles qui avaient un suivi débuté en dehors de l'Hôpital Nord, je n'ai pas pu évaluer la qualité de leur suivi.
- Au total : 28/52 patientes (41.8%) avaient réalisé.
- Le nombre moyen d'échographies recommandées réalisées était de 1.96 ± 0.88 .
- On note :
- 20 patientes ayant effectué leur échographie du premier trimestre, soit 29.9% des patientes.
- 45 patientes ayant effectué leur échographie du deuxième trimestre, soit 67.2% des patientes.
- 51% des patientes ayant effectué leur échographie du troisième trimestre, soit 76.1% des patientes.

Pour ce qui est des examens complémentaires :

- 27/64 patientes (40.3%) avaient effectué le test de dépistage de la trisomie 21
- 51/64 patientes (76.1%) avaient effectué un test afin de dépister le diabète gestationnel (GAJ+/-HGPO)

Pour ce qui est du suivi de grossesse : 9 femmes ont eu un suivi de grossesse adéquat suivant la définition du suivi adéquat. Malheureusement je n'ai pas pu déterminer la qualité du suivi pour 12 femmes parmi notre population générale, soit parce qu'elles n'avaient pas débuté leurs suivis au sein de l'Hôpital Nord, ce qui ne me permettait pas de savoir si elles avaient bien eu une consultation avant 14 SA ou de connaître réellement le nombre de consultations effectuées. Mais aussi parce qu'elles réalisaient parfois le nombre d'échographies demandées, mais à des termes qui n'étaient pas respectés.

L'analyse comparative portera donc sur 55 femmes.

Tableaux : Caractéristiques des femmes selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Tableau 1 : Origine géographique selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Caractéristiques socio-démographiques	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
Origine géographique (n=67)			0,886
Europe	1 (11.1%)	10 (21.7%)	EUROPE vs autres pays P=0.466)
Océan indien	0 (0%)	1 (2.2%)	
Afrique de l'ouest	3 (33,3%)	15 (32,6%)	
Afrique du Nord	2 (22.2%)	12 (26.1%)	
Afrique Centrale	1 (11.1%)	3 (6.52%)	
Amérique	0 (0%)	1 (2.2%)	
Pays du moyen orient	2 (22.2%)	4 (8.69%)	
Asie*	X	x	

**Il n'était pas possible d'évaluer le suivi de la patiente asiatique par manque de donnée.*

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'être européen ou originaire d'un pays non européen et le fait d'avoir un suivi adéquat (p-value = 0.466).

Tableau 2 : Année d'arrivée en France selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Année d'arrivée en France (n=67)	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
			0.573
2015	0 (0%)	2 (4.4%)	
2016	0 (0%)	5 (10.9%)	
2017	1 (11.1%)	7 (15.2%)	
2018	3 (33,3%)	7 (15.2%)	
2019	4 (44.4%)	14 (30.4%)	
2020	1 (11.1%)	11 (23.9%)	

Les patientes arrivées en France depuis moins de trois avaient un suivi plus adéquat.

Cependant, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'année d'arrivée en France et le fait d'avoir un suivi adéquat (p-value = 0.573)

Tableau 3 : Age des patientes selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Age (n=67)	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2 Toute âge 0.234
<18ans	1 (11.1%)	3 (6.5%)	Age extrême vs norme : 0.147
Entre 18 et 35 ans	6 (66.7%)	33 (71.7%)	
> 35ans	2 (22.2%)	2 (4.3%)	

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge des patientes et le suivi de grossesse adéquate

Tableau 4 : Caractéristiques obstétricales selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Caractéristiques obstétricales	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
Antécédents de césarienne(n=67)	4 (44.4%)	7(15.2%)	0.04
Antécédents AVB et Nouveau-né vivant(n=67)	4 (44.4%)	22 (47.8%)	0.85
Antécédents d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (n=67)	0 (0%)	2 (4.3%)	0.52
Antécédents de mort in utéro (MIU) (n=67)	0 (0%)	1 (2.2%)	0.66
Antécédents de fausse couche (n=67)	1 (11.1%)	5 (10.9%)	0.98
GESTITE (n=67)			0.966
PRIMIGESTE	3 (33.3%)	15 (32.6%)	
MULTIGESTE	6 (66.7%)	31 (67.4%)	

PARITE (n=67)			0.69
NULLIPARE	3 (33.3%)	17 (37%)	
PRIMIPARE	2 (22,2%)	15 (32.6%)	
MULTIPARE	4 (44.4%)	14 (30.4%)	

Les patientes ayant eu un antécédent de césarienne ont eu plus fréquemment un suivi adéquat.

- Les autres caractéristiques obstétricales n'étaient pas significativement associées au suivi adéquat de la grossesse.

Tableau 5 : Données médicales selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi

Données médicales durant cette grossesse	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
Diabète gestationnel (n=67)	3 (33.3%)	6 (13%)	0.13
HTA gravidique (n=67)	1 (11.1%)	0 (0%)	0.02
MUTILATION GENITALE FEMININE (n=15)	4 (44,4%)	10 (21.7%)	
Tabagisme actif pendant la grossesse (n=67)	0 (0%)	5 (10.9%)	0.29

- Il n'y avait pas un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir eu un diabète gestationnel et le fait d'avoir un suivi de grossesse adéquat.
- Il y avait un lien statistiquement significatif entre le fait d'être atteint d'HTA gravidique et le fait d'avoir un suivi de grossesse adéquat.
- Il n'y avait pas un lien statistiquement significatif entre le tabagisme actif et le fait d'avoir un suivi de grossesse adéquat.

Tableau 6 : Conditions économiques selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Caractéristiques économiques	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
Source principale de revenue de la patiente (n=42)			
Pas de RESSOURCE (n=42)	1 (11.1%)	8 (17.4%)	0.81
ADA (L'allocation pour demandeur d'asile) (n=45)	3 (33.3%)	11 (23.9%)	0.54
RSA (n=67)	1 (11.1%)	6 (13%)	0.84
RESSOURCE CONJOINT (n=32)	0 (0%)	12 (26.1%)	0.236

Les conditions économiques et le suivi adéquat de grossesse n'avaient ici aucun lien statistiquement significatif.

Tableau 7 : Couverture Sociale selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Couverture Sociale	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
Présence de couverture Sociale (n=61)	9 (100%)	31 (67.4%)	0.082
Absence de couverture Sociale (n=61)	0 (0%)	11 (23.9%)	
CMU (n=62)	7 (77.8%)	18 (39.1%)	0.05
SECURITE SOCIALE (n=63) ***	2 (22,2%)	3 (6.5%)	0.024
AMU (n=61)	0 (0%)	1 (2.2%)	
AME (n=61) ***	1 (11.1%)	9 (19.6%)	0.282
Aide à l'accès aux soins (n=12)			
PASS (n=54)	1 (11.1%)	9 (19.6%)	0.424

Toutes les patientes ayant eu un suivi de grossesse dit « adéquat » avaient une couverture sociale et la majorité d'entre elles (7 soit 77.8%) avaient une CMU.

Statistiquement, il y avait un lien significatif entre le fait d'avoir la sécurité sociale ou pas, et le fait d'avoir un suivi adéquat.

Tableau 8 : Situation administrative selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Situation administrative (n=44)	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
			0.782
Légalité sur le territoire	5 (55.6%)	28 (60.9%)	
Illégalité sur le territoire (n=44)	1(11.1%)	4 (8.7%)	
Séjour (n=35)	1(11.1%)	2 (4.3%)	0.673
Demande d'Asile(n=39)	4 (44.4%)	13 (28.3%)	0.868
Réfugiée (n=35)	0 (0%)	11 (23.9%)	0.125

La situation administrative et le suivi adéquat de grossesse n'avaient ici aucun lien statistiquement significatif.

Tableau 9 : Conditions de logement ou condition sociale selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

CONDITIONS DE LOGEMENT (n=67)	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
			0.157
HEBERGEMENT (n=67)	0 (0%)	7(15.2%)	0.21
LOGEMENT TEMPORAIRE (n=67)	2 (22,2%)	10 (21.7%)	0.97
SANS DOMICILE FIXE (SDF) (n=67)	0 (0%)	10 (21.7%)	0.12
LOGEMENT PERSONNEL (n=67)	7 (77.8%)	20 (43.5%)	0.059

Aucun patient SDF n'avait de suivi adéquat.

La majorité des patientes ayant un logement (7 soit 77.8%) avaient un suivi adéquat

Cependant, nous ne pouvons pas dire que les conditions de logement et le suivi adéquat de grossesse avaient un lien statistiquement significatif car $p > 0.05$.

Tableau 10 : Conditions sociales selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Données sociales	Suivi adéquat N=9	Suivi inadéquat N=46	P - value chi 2
EN COUPLE (n=63)	8 (88.9%)	38 (82.6%)	0.267
FEMME ISOLEE (n=62)	0 (0%)	8 (17.4%)	0.183
BARRIERE DE LA LANGUE (n=67) (n=39)	7(77.8%)	24 (52.2%)	0.156
RECOURS A UN INTERPRETE (n=60)	2 (22,2%)	9 (19.6%)	0.046

- Les patientes en couple ont majoritairement eu un suivi adéquat (8 soit 88.9%). A l'inverse, aucune patiente dite « isolée » n'était bien suivie. Pour autant, statistiquement, il n'y avait pas de lien significatif entre ces données et le fait d'avoir un suivi adéquat car $p > 0.05$.
- Plusieurs patientes ayant eu un suivi adéquat étaient confrontées à la barrière de la langue. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'être confrontée à la barrière de la langue et le fait d'avoir un suivi de grossesse adéquat. Cependant, il y avait un lien statistiquement significatif entre le fait de devoir recourir à un interprète pour faire face à la barrière de la langue et le fait d'avoir un suivi adéquat ($p=0.046$)

Tableau 11 : Suivi de grossesse selon le groupe « suivi adéquat » versus le groupe « suivi inadéquat » :

Professionnels intervenants dans le suivi de grossesse	Suivi adéquat (n=9)	Suivi inadéquat (=46)	P - value chi 2
Lien PMI (n=55)	4 (44.4%)	23 (50%)	0.669
Lien AS (n=66)	6 (66.7%)	24 (52.2%)	0.244
Suivi gynécologue à l'Hôpital Nord (n=67)	3 (33.3%)	15 (32.6%)	0.966
Suivi sage-femme à l'Hôpital Nord (n=67)	6 (66.7%)	31 (67.4%)	
Suivi débuté en dehors de l'Hôpital nord (n=58)	1 (11.1%)	6 (13%)	0.874

Les professionnels intervenants dans le suivi de grossesse et le suivi adéquat de grossesse ne permettaient pas d'établir de lien statistiquement significatif. ($p > 0.05$)

ANALYSE ET DISCUSSIONS :

Discussions des résultats de l'étude :

Certains facteurs se sont révélés être associés à un suivi prénatal adéquat chez les femmes migrantes :

- La sécurité sociale
- Le recours à un interprète pour les patients non francophones
- L'antécédent de césarienne
- L'HTA gravidique

Dans notre étude, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'origine géographique et le fait d'avoir un suivi adéquat. Trois patientes soit le tiers (33.3%) de nos patientes bien suivies étaient originaires d'Afrique de l'Ouest.

D'après nos résultats : Les conditions économiques et le suivi adéquat de grossesse n'avaient pas de lien statistiquement significatif. Cependant, cette information s'avère être contraire dans la population générale car d'après l'étude de Gayral-Taminh et al en 2005 la première conséquence observable de la précarité maternelle est l'insuffisance de suivi de grossesse.

Dans notre population, toutes les patientes ayant eu un suivi de grossesse dit « adéquat » avaient une couverture sociale et la majorité d'entre elles (7 soit 77.8%) avaient une CMU ce qui est cohérent avec les données de Blondel et col de 1998 qui disait que le risque de mauvais suivi de la grossesse est ainsi multiplié en l'absence de couverture sociale par un facteur 4 à 40).

De plus nous avons trouvé **un lien significatif entre le fait d'avoir la sécurité sociale ou pas, et le fait d'avoir un suivi adéquat**. Ce qui concorde avec la littérature car le manque de couverture sociale au début de la grossesse est un risque de suivi inadéquat. (Sauvegrain et al, 2014)

En France, la fréquence des consultations ou des examens non faits pour des raisons financières a récemment augmenté, passant ainsi d'après les données des enquêtes périnatales successives de 1,8 % en 1998 à 2,3 % en 2003 (*ibid.*) et 4,4 % en 2010 (Blondel, Kermarrec, 2010). Selon nos résultats, seulement une patiente était bien suivie soit 11.1% tout en ayant aucune ressource.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge des patientes et le suivi de grossesse adéquat. Les patientes âgées de 18 à 35 ans étaient cependant mieux suivies que celles « d'âge extrême » (soit les patientes ayant moins de 18 ans et celles ayant plus de 35 ans). Il s'avère cependant que le jeune âge est un risque de suivi inadéquat (Sauvegrain et al, 2014)

Les patientes ayant eu un antécédent de césarienne ont eu un suivi plus adéquat. Statistiquement, il y avait un lien significatif entre l'antécédent de césarienne et le suivi de grossesse adéquat car $p < 0,05$ ($p\text{-value} = 0.04$). Ce résultat est peut-être dû à l'inquiétude des femmes faces aux risques encourus lors d'une grossesse sur un utérus cicatriciel. Selon la HAS EN 2013 : Les 2 risques principaux pour un futur accouchement par les voies naturelles après une césarienne sont :

l'échec d'un accouchement par les voies naturelles et la rupture utérine (déchirure de la cicatrice sur l'utérus). Une femme sur 2 ayant eu une césarienne aura de nouveau une césarienne.

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.

Aucun patient SDF n'avait de suivi adéquat. La majorité des patientes ayant un logement avaient un suivi adéquat (7 soit 77.8%) et nous savons que l'absence de logement. Cependant, nous ne pouvons pas dire que les conditions de logement et le suivi adéquat de grossesse avaient un lien statistiquement significatif car $p > 0.05$. Dans le cadre d'une enquête, des femmes enceintes en situation de précarité ont été suivies en Seine-Saint-Denis, certaines logées chez un tiers, d'autres hébergées en hôtel ou en campement, ont été accompagnées à des dizaines de reprises lors de consultations médicales et de rendez-vous en rapport avec leur grossesse. Toutes ont connu des difficultés à s'orienter dans le système de santé, dès le début du suivi de grossesse : au moment d'en effectuer la déclaration ou de choisir leur maternité. (SPF, 2016) Nous voyons de ce fait l'importance des conditions de logement mais aussi l'importance pour ces femmes d'être bien entourées et accompagnées.

Plusieurs patientes ayant eu un suivi adéquat étaient confrontées à la barrière de la langue. Alors qu'on aurait tendance à penser le contraire, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le fait de ne pas parler la langue du pays d'accueil et le fait d'avoir un suivi de grossesse adéquat. Cependant, **il y avait un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir recours à un interprète quand nous sommes allophones et le fait d'avoir un suivi adéquat ($p=0.046$).**

I. Limite et biais identifiés :

Difficultés :

Il existe de fines distinctions entre les termes « migrant » et « immigrant » ce qui m'a beaucoup questionné lors du choix de ma population. « L'immigrant » se rend dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient son nouveau pays de résidence habituelle alors que « le migrant » quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent dans un autre pays. Comme je ne pouvais pas savoir qu'elle était le cas des patientes de mon étude j'ai préféré au final utiliser le terme le plus large : « migrante ».

Comme le dit La Cimade : **Le terme "migrant" doit être utilisé avec précaution**, car il n'est dénué ni d'idéologie, ni d'ambiguïté. Il arrive qu'il serve à opérer un tri entre les personnes qui quittent leur pays selon les causes supposées de leur départ. Les "migrants" feraient ce choix pour des raisons économiques, quand les réfugiés ou les demandeurs d'asile y seraient forcés pour des motifs politiques. Or les contraintes économiques et politiques se confondent souvent, et la distinction entre différentes catégories de "migrants" est généralement arbitraire.

- Lors du recueil de données, certaines informations n'étaient pas présentes dans le dossier informatisé, telles que : le suivi de grossesse avant l'enregistrement au sein de l'hôpital (suivi

débuté en PMI, centre de santé, généraliste ou autres). Nous avons été limités aux données inscrites dans les dossiers. De plus, s'agissant d'une étude rétrospective, nous n'avons pas pu demander d'informations complémentaires lorsque les données n'étaient pas renseignées. Beaucoup de données étaient manquantes. **Il y a de ce fait un biais d'information.**

- Par contrainte de temps l'effectif retrouvé est faible. Il aurait été préférable d'avoir un nombre plus élevé de patientes afin d'augmenter la puissance de l'étude, en étendant par exemple notre étude sans d'autres établissements tel que CHU tel que la Conception.
- Au stade de la collecte des données, j'ai omis de rechercher des informations qui par la suite m'ont semblé très utiles, afin d'avoir une vision plus globale. Je fais allusion ici aux consultations d'urgence, aux données néonatales, et aux issues de l'accouchement (césarienne/ voie basse et autres complications).
- Les dates précises auraient dû être gardées : date d'arrivée en France, âge gestationnel à l'accouchement, terme précis des échographies afin de pouvoir faire des moyennes.
- Il aurait été intéressant de comparer notre population à des patientes non issues de la migration.

II. Points forts et points faibles :

L'étude a pu prendre en compte les patientes francophones et non francophones.

Toutefois, dans la revue de la littérature, nous voyons bien que les consultations avec les patientes non francophones sont celles qui prennent le plus de temps et qui contribuent le moins (ce qui peut être la cause de l'absence de certaines données).

III. Atteinte de l'objectif :

Nous avons pu à travers cette étude observer que le fait d'avoir une sécurité sociale, d'avoir eu recours à un interprète pour les patients non francophones, d'avoir eu un antécédent de césarienne ou d'hypertension artérielle gravidique s'avère être des facteurs associés à un suivi prénatal adéquat chez les femmes migrantes.

Cependant, le recueil de données ne nous a pas permis de trouver plus de facteurs de bons suivis de manière significative car il n'y avait pas assez d'effectif.

IV. Implication pour la clinique :

Il arrive que les patientes soient en incapacité de pratiquer des soins. En fonction de la couverture sociale, l'accès au soin n'est pas le même.

V. Proposition d'action

L'étude menée permet de mieux mettre en évidence certains aspects caractéristiques de la grossesse chez les femmes enceintes migrantes. Elle nous montre l'importance de l'interprétariat et celle d'avoir une couverture sociale. De ce fait, voici quelques projets d'actions :

1) Utiliser d'autres moyens de communication :

Il existe d'autres moyens de communication utilisés en pratique courante pour faire face à la barrière linguistique. Voici quelques moyens de communication qui ont pu être identifiés :

Le recours à un tiers non formé à l'interprétariat mais maîtrisant, à des niveaux variés, les deux langues impliquées dans la communication : les professionnels de proximité (personnel de l'hôpital), l'entourage du patient/usager (accompagnant si en face-à-face) voire d'autres usagers. Comme cela a été le cas dans cette étude. (ENP,2016)

Le recours à une langue tierce, parlée par le professionnel et par l'utilisateur (HAS,2017).

Des applications et sites internet voient le jour :

- Le site Internet Tralalho, naît en 2016, permet de traduire les 50 phrases les plus utilisées en santé, dans 117 langues et dialectes du monde, bientôt 450 avec le lancement de l'application.
- MediPicto AP-HP APPLICATION (APHP,2021)

L'utilisation de questionnaires et consignes traduits en différentes langues, ("Haute Autorité de santé,2017)

Cependant, ces outils peuvent donner l'illusion d'une communication entre le professionnel et le patient/usager. Le professionnel peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre sans être réellement compris par le patient/usager. Ces moyens de communication sont à considérer avec une grande prudence.

Les prestations d'interprétariat. Cependant ces dernières peuvent être très cher : à l'AP-HM l'intervention d'un interprète coûte 30 euros les 15 premières minutes puis 30 euros la min. Les prix étant excessifs pour un hôpital où de nombreuses patientes ne sont pas francophones peuvent décourager les professionnels. Ces derniers encouragent donc souvent les patientes à venir accompagnées d'un proche ou appellent un membre de la famille lors des consultations, ce qui peut faciliter la consultation, mais entrave dans le même temps le secret médical.

Le caractère particulier des patientes migrantes devrait inciter les professionnels de santé à chercher à mieux connaître cette population afin de mieux pouvoir l'aider.

- La simplification du discours médical (utilisation de mots courts, éviction du jargon médical) et le « teach back » (le fait de faire reformuler au patient afin de s'assurer de sa compréhension) sont des techniques qui peuvent faciliter l'accessibilité à l'information en santé (Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., Andrade, V. de, Azogui-Levy, S., 2017)

2) Formation des professionnels

Accéder à des diplômes universitaires en lien avec la migration

Des diplômes universitaires ont vu le jour tel que le Diplôme Interuniversitaire : "Exil, Droit et Santé" Université de Médecine de Montpellier ou encore le DU Précarité, Santé maternelle et santé périnatale du Pr Azria.

Ces diplômes universitaires ont plusieurs objectifs comme :

- Savoir mieux évaluer les situations cliniques dans lesquelles la question de l'exil intervient.
 - Mieux comprendre les situations inter culturelles et les processus psychiques.
 - Savoir travailler en réseau entre soignants, chercheurs, travailleurs sociaux.
 - Soutenir les professionnels engagés dans l'accueil des réfugiés.
- Acquérir des connaissances actualisées sur les migrations,
- Prendre en compte la complexité de la question des migrations et des minorités,
- Comprendre les enjeux socio-éducatifs et pouvoir apporter des réponses adaptées,
- Comprendre les enjeux des différents professionnels et choisir une orientation professionnelle future,

De tout cela, nous constatons l'importance du travail pluridisciplinaire. Faire venir lors des réunions des personnels non médicaux comme des structures et associations prenant en charge les patientes migrantes (CADA, SPADA, la Cimade...) permettrait de mieux comprendre les difficultés auxquelles elles font face.

3) Faciliter l'accès aux soins :

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs opérationnels créés par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Elles visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Il s'agit de leur rendre l'accès au système de santé plus aisé et de les accompagner dans leurs démarches. (ENP,2016)

4) L'explication de l'intérêt du suivi :

Les patientes migrantes ont pour la plupart un suivi dans leur pays d'origine qui est très différent du nôtre et souvent moins médicalisé. Arrivée en France elle sont donc pour certaines étonnées de la multitude d'examen et consultations proposés. Certaines n'en voient donc pas l'intérêt. Il est donc indispensable d'insister sur l'importance du suivi et les risques pouvant arriver dans le cas contraire dès les premières consultations.

- 5) Scanner les suivis débutés dans d'autres établissements lorsque c'est possible (dossier de PMI) pour avoir une vision de ce qui a été fait dans l'autre établissement.

Implication pour la recherche :

Il serait intéressant de faire une étude afin d'évaluer les pratiques professionnelles sur la prise en charge des femmes migrantes.

CONCLUSIONS DE L'ETUDE

Les femmes migrantes ayant un suivi de grossesse adéquat avaient toute une couverture sociale.

La présence de pathologies comme l'antécédent de césarienne et l'hypertension gravidique étaient mieux suivies.

Le recours aux interprètes pour les patientes migrantes ne parlant pas français et d'autant plus pour les primo-arrivantes devraient être facilités dans chaque hôpital afin de s'assurer d'une bonne anamnèse lors des interrogatoires et d'une bonne information car, parmi les droits du patient selon la HAS, on retrouvera : le droit à l'information sur son état de santé, comme au respect de sa volonté de ne pas être informée sur son état de santé (art. L 1111-2 du CSP), ainsi que le droit à une information de qualité : elle doit être accessible et loyale.

Il s'avère indispensable de suivre les recommandations de la HAS car leur but est d'harmoniser les pratiques afin d'obtenir les mêmes chances pour chaque femme de vivre une grossesse épanouie et sans risque. Et il faut de ce fait tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès de toutes les patientes.

Bibliographie :

- AP-HP, 2021. Communication non-verbale patient/soignant (MediPicto) [WWW Document]. URL <https://www.aphp.fr/medipicto> (accessed 5.13.22).
- Azria, É., 2015. Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances Psy* N° 67, 13–31.
- Berlincioni, V., Bruno, D., Broglia, D., Gambini, F., Lalli, G., Marelli, C., Pinto, M., Podavini, F., Rosani, M., 2015. Being a mother during the period of migration: several reflections based on a qualitative research study. *Psychiatr. Enfant* 58, 505–530.
- DGCS,BAEI,LV, 2020. Les femmes migrantes en France p1-18.
- Drousie, L.-M., Englebert, L., Joachimowicz, F., Evrard, S., 2017. Enceintes, venues d’ailleurs : le rôle des sages-femmes dans la prise en soin prénatale des primo-arrivantes en Europe. *Enceintes-venues-dailleurs-le-rôle-des-sages-femmes-dans-la-prise-en-soin-prénatale-des-primo-arrivantes-en-Europe.pdf*, n.d.
- femmes_enceintes_recos.pdf*, n.d.
- Gravelaine, F., 2017. Titres de séjour qui ouvrent droit aux prestations sociales [WWW Document]. LÉlan - Consult. À Expatr. URL <https://expat-elan.fr/rh-info-les-actualites/2769-titres-de-sejour-qui-ouvrent-droit-aux-prestations-sociales> (accessed 5.16.22).
- HAS, 2020. Droits des usagers : Information et orientation [WWW Document]. Haute Aut. Santé. URL https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation (accessed 5.13.22).
- HAS, 2013. La césarienne ce que toute femme enceinte devrait savoir. Haute Autorité de santé, 2017. 57. *interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf*, n.d.
- La Cimade, n.d. Qu’est ce qu’un migrant ? [WWW Document]. La Cimade. URL <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/> (accessed 5.16.22).
- OMS, 2016. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment [WWW Document], n.d. URL <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who> (accessed 12.1.20).
- Les migrations dans le monde [WWW Document], n.d. . Ined - Inst. Natl. D’études Démographiques. URL <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-migrations-dans-le-monde/> (accessed 5.6.22).
- Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., Andrade, V. de, Azogui-Levy, S., 2017. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Sante Publique (Bucur.)* Vol. 29, 811–820.
- Ministère de l’intérieur, n.d. Demandeur d’asile [WWW Document]. <https://www.immigrationinterieur.gouv.fr/Info-RessourcesEtudes--Stat.--Asile>. URL <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Glossaire/Demandeur-d-asile> (accessed 5.16.22).
- publique (EHESP), E. des hautes études en santé, Millot, A., Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), 2018. Trajectoires de soins des femmes enceintes migrantes.

Razurel - En période périnatale, le soutien social a-t-il un.pdf, n.d.

Sauvegrain, P., 2017. «Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées / access to prenatal care and maternal health of immigrant women in france.».
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire p389-395.

SPF, n.d. L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes. [WWW Document]. URL <https://www.santepubliquefrance.fr/ile-de-france/l-impact-de-la-precarite-sur-la-sante-des-femmes-enceintes> (accessed 5.14.22).

Supplisson - Suivi et pathologies de la grossesse chez les femm.pdf, n.d.

Termes clés de la migration [WWW Document], n.d. . Int. Organ. Migr. URL <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration> (accessed 5.12.22).

ANNEXE :

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES (HAS,2016)

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B recherche de l'antigène HBs 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cytbactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		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)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour Informé sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	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 ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	x	x	x	x	x
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	x
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	x
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• 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	-	-	x	-	x
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	x	x	x	x	x
• Hémogramme	-	-	x	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	x	-	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	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

Consultation du 9 ^e mois	
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytbactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

Résumé

Introduction : Les femmes représentent près de la moitié des migrants. Il se trouve que cette même population est plus à risque d'avoir un suivi inadéquat durant la grossesse. L'objectif principal de notre étude était d'analyser, les facteurs associés à un suivi prénatal adéquat des femmes migrantes.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive basée sur un recueil de données rétrospectif. Pour pouvoir trouver les patientes correspondant à la population cibles, nous avons consulté tous les dossiers des femmes présentées au staff MPS (fiches médico psycho-social) au cours de l'année 2019-2020. Cette démarche a été réalisée car toutes les femmes enceintes migrantes se voient proposer que leur dossier soit présenté au staff. Après les avoir sélectionnées, nous avons pu débiter le recueil de données à partir de leur dossier médical obstétrical informatisé.

Résultats : Certains facteurs tels que : Le fait d'avoir une sécurité sociale, le recours à un interprète pour les patientes non francophones, l'antécédent de césarienne et l'hypertension gravidique se sont révélés être associés à un suivi prénatal adéquat chez les femmes migrantes.

Conclusion : L'information claire, la réorientation et la prévention auprès de ces patientes sont primordiales afin qu'elles soient bien suivies.

Mots clé : migration, grossesse, suivi adéquat

Summary

Introduction:

Women make up almost half of all migrants. It turns out that this same population is more likely to suffer from inadequate pregnancy monitoring. This study mainly aimed at studying the factors linked to an adequate prenatal follow-up of migrant women.

Methods: This was a descriptive study based on retrospective data collection. To be able to find the patients corresponding to the target population, we have to consult all the files of the women introduced to the MPS staff medical and psychosocial records during the year 2019-2020. This approach was adopted after having the approval of all pregnant migrant women who were proposed to present their file to the staff. After selecting them, we were able to start collecting data from computerized obstetrical medical records.

Results : -Some factors such as: Having social security, the use of an interpreter for non-French-speaking patients, the history of caesarean section and gestational hypertension were found to be associated with adequate prenatal follow-up in migrant women.

Conclusions: Clear information, reorientation and prevention with these patients are essential so that they are well followed.

Key words: migration, pregnancy, adequate follow-up.

