RHIZOME

BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

#96
Fév. 2026



La maternité à l'épreuve de la migration

Gwen Le Goff
Directrice adjointe de publication de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Natacha Carbonel
Assistante de rédaction de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Prendre soin des femmes migrantes enceintes

Menacée d'excision et de mariage forcé, Mariam a fui le Niger. À 24 ans, enceinte de cinq mois, elle dort sur un parking avec son conjoint. Souffrant de diabète gestationnel, son bébé est de petite taille et ne bouge presque pas. À la rue, elle ne peut adapter son régime alimentaire ni manger à sa faim. Inquiets, les professionnels de santé qui suivent sa grossesse décident de l'hospitaliser.

Sithy, Comorienne, est enceinte de sept mois. Pour éviter la rue, elle débourse avec son conjoint 400 euros par mois afin d'accéder à une chambre au sein de l'appartement d'une compatriote de 22 heures à 6 heures uniquement.

Bintou a quitté le Cameroun après avoir vécu une fausse couche à la suite de violences conjugales. Ses jumeaux, âgés de 2 ans, sont restés au pays chez des amis. Elle demande l'asile en France et dort à la rue quand elle n'est pas hébergée par des compatriotes. Enceinte de six mois et après un début de grossesse difficile, elle se réjouit à présent de l'arrivée de son bébé et confie à son psychiatre : « *Je me sentirai moins seule avec lui* ».

Esi, Guinéenne de 31 ans, est à la rue avec ses 3 enfants scolarisés, âgés de 13, 9 et 4 ans. Enceinte de quatre mois, elle appelle le 115 tous les jours depuis plusieurs semaines.

Aïcha, Syrienne, est arrivée en France avec son mari et leur enfant porteur d'un handicap. Elle ne parle pas français. Lors d'une consultation médicale où son conjoint est présent pour lui servir d'interprète, elle apprend qu'elle est enceinte de plusieurs semaines. Il ne juge cependant pas opportun de lui traduire l'éventualité d'une interruption de grossesse, abordée par le médecin, estimant que cette option est inconcevable.

Ces histoires de vie dévoilent les situations complexes auxquelles un grand nombre de professionnels, mais aussi des bénévoles accompagnant des personnes migrantes sont confrontés. Si la précarité et les violences éprouvées par la majorité d'entre elles impactent tout autant leur santé somatique que mentale, les intervenants sont eux aussi tout particulièrement affectés par ces situations et font face au désarroi. Leur indignation est parfois à l'origine de forts engagements et mobilisations au sein de certains collectifs ou équipes. La répétition de ces situations ne risque-t-elle pas d'effacer la singularité de ces vies et de ces épreuves ? Les conditions d'accueil précaires usent, abîment et révoltent les personnes concernées et celles qui les accompagnent.

Ce numéro de *Rhizome* documente l'imbrication des épreuves de la migration avec celles de la périnatalité. Vivre une grossesse, accoucher et accueillir un bébé sont des étapes de vie impliquant de nombreux changements et défis. En France, le suicide a remplacé l'hémorragie comme première cause de mort périnatale[1] ; le taux de dépression dans la période post-partum se situe entre 15 et 20 %[2]. Ainsi, la période périnatale est à appréhender comme un moment de vulnérabilité.

Accueillir et accompagner des femmes migrantes dont certaines sont en situation d'extrême précarité, n'ont pas nécessairement la connaissance préalable du système de santé, ne maîtrisent pas la langue et peuvent avoir vécu des événements traumatiques parfois en lien avec leurs grossesses, soulève des questionnements. De quelle manière les violences – passées et présentes – vécues par ces femmes sont-elles prises en compte par les professionnels ? En l'absence d'interprète, la question du consentement aux soins se pose également. Comment garantir le bon déroulement d'une grossesse et le développement d'un bébé alors que la mère est confrontée à des souffrances psychosociales ? En tant que parent, comment penser l'accueil d'un enfant et se projeter quand on est en situation de précarité et d'isolement ?

À l'instar des autres domaines de la santé, la périnatalité est marquée par des inégalités d'accès aux soins et des discriminations. Le risque d'accouchement dystocique[3], de développer un trouble dépressif et de souffrir de troubles de stress post-traumatique est plus important chez les femmes migrantes[4]. La mortalité de ces femmes est deux fois plus importante que celle des femmes nées en France et, dans deux tiers des cas, les soins dispensés ne sont pas optimaux[5]. Ces constats mettent en lumière des situations aussi préoccupantes qu'alarmantes.

Les femmes migrantes partagent des expériences souvent similaires : la difficulté à être entendues lors de leur grossesse ou après avoir accouché et le vécu de solitude. Alors que leurs interrogations ne trouvent pas de réponse lors de séances de préparation à l'accouchement – dont elles bénéficient rarement –, l'expérience de la maternité dans le pays d'accueil les confronte à des normes, des attendus et des considérations culturelles et sociales éloignées de leurs représentations, ainsi que de leurs accouchements précédents pour celles ayant déjà donné naissance dans leurs pays d'origine. Il importe alors de proposer des espaces où ces expériences, ces questionnements, mais aussi ces inquiétudes peuvent être partagées. Prendre soin des mères et des pères, c'est aussi prendre soin des bébés à naître et de leur devenir : les conditions d'accueil, de protection et de soutien offertes aujourd'hui engagent déjà la santé et le développement des futurs enfants.

La période périnatale peut également devenir un moment propice pour s'inscrire dans un parcours de soins ainsi que tisser des liens d'entraide et de solidarité. Ainsi, ce numéro de *Rhizome* invite tout un chacun à faire en sorte que Mariam, Sithy, Bintou, Esi et Aïcha[6], mais aussi toutes les autres, puissent vivre leur grossesse, accoucher et faire grandir leurs enfants en étant entourées, accompagnées et entendues.

1 Santé publique France. (2024). *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018.*

2 Santé publique France. (2023). *Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale.*

3 Goujard, P. (2026). La migration : un facteur déterminant dans le déroulé physiologique de l'accouchement ?. *Rhizome, 96*, 11.

4 Observatoire du Samusocial de Paris. (2014). *Enfams : enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France : premiers résultats de l'enquête quantitative.*

5 Santé publique France. (2024). *Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles.*

6 Les personnes citées ont été anonymisées.

Elie Azria
Gynécologue obstétricien
Maternité de l'Hôpital Paris Saint-Joseph
Professeur et chercheur en épidémiologie (UMR 1153 OPPaLE)
Université Paris-Cité, Institut Santé des femmes, Cress U1153, Obstetrical perinatal and pediatric epidemiology research team (Epopé), Inserm, Inrae

Catherine Deneux-Tharaux
Médecin
Chercheuse en épidémiologie
Directrice de recherche (UMR 1153 OPPaLE)
Université Paris-Cité, Institut Santé des femmes, Cress U1153, Obstetrical perinatal and pediatric epidemiology research team (Epopé), Inserm, Inrae

Maternité en exil, la santé maternelle des femmes immigrées

Dans les pays à revenu élevé, la promesse d'une vie et d'un avenir meilleur pour soi ou ses enfants contraste avec celle de nombre de femmes immigrées qui font face à une réalité bien différente. Les trajectoires de migration, en dépit de l'insécurité qui les pavent, se heurtent à des conditions d'accueil qui ne garantissent pas toujours des prises en soin équitables. En périnatalité, cet écart entre l'idéal et l'expérience vécue devient particulièrement visible : malgré des systèmes réputés performants, les femmes nées à l'étranger demeurent plus exposées que les femmes natives aux complications graves de la grossesse, aux troubles psychiques périnataux et au risque de mourir pendant la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement.

Ces inégalités ne peuvent pas être imputées uniquement à des différences biologiques ou à des comportements individuels. Elles s'enracinent bien souvent dans un enchevêtrement de déterminants sociaux et structurels qui façonnent l'expérience de la grossesse en contexte migratoire. Les conditions d'existence pèsent lourd et limitent la capacité à accéder régulièrement aux soins. Les barrières linguistiques, les obstacles administratifs, la méconnaissance des droits ou l'absence de réseaux de soutien contribuent à retarder l'entrée dans le suivi prénatal et à fragiliser la continuité des soins. La migration se déploie également dans un cadre politique et institutionnel qui détermine l'accès aux droits, la reconnaissance du statut administratif, la possibilité d'être reçue avec un interprète, ou d'obtenir un accompagnement adapté. À cela s'ajoutent des mécanismes plus subtils, mais non moins puissants, tels que les représentations sociales de l'altérité, les discours sur la « bonne » maternité, les biais implicites, ou encore les pratiques organisationnelles qui rendent certaines patientes moins audibles que d'autres. Ainsi, loin d'être un facteur individuel et homogène, la migration est un espace où se cristallisent les rapports sociaux, les politiques d'accueil, et les limites de l'universalité d'accès aux soins pourtant proclamée.

Des risques maternels accrus dans les pays riches

Les travaux menés dans les pays à haut revenu convergent pour les femmes migrantes qui présentent un risque plus élevé de mourir pendant la grossesse ou au décours de l'accouchement que les femmes nées dans les pays d'accueil. Cet excès de risque ne concerne pas de manière homogène tous les groupes de femmes immigrées, certaines étant plus à risque que d'autres. Ces écarts sont ainsi particulièrement importants pour les femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne pour qui le risque de mort maternelle est 2,9 fois plus important que celui des femmes natives des pays d'accueil, ou pour les femmes de certaines zones d'Amérique latine et des Caraïbes, avec là encore un risque 2,8 fois plus important. À l'inverse, il n'est pas retrouvé d'excès de risque pour les femmes immigrées venant de pays d'Afrique du Nord comparativement aux femmes natives[1].

Les études montrent également une surreprésentation des femmes immigrées parmi les femmes ayant des complications obstétricales sévères – hémorragies du post-partum, éclampsie, infections graves ou admissions en soins intensifs. Ces complications, souvent évitables, reflètent en particulier des obstacles persistants dans l'accès aux soins, un moindre recours à la prévention et, comme cela a pu être montré dans certains contextes, des organisations des soins de maternité qui ne garantissent pas la même qualité de prise en soins pour toutes[2].

Les inégalités de santé ne se limitent pas à la santé somatique, mais concernent aussi la santé psychique des femmes. Les travaux récents montrent que les femmes immigrées présentent des niveaux particulièrement élevés de dépression périnatale, d'anxiété et de symptômes liés au stress post-traumatique. Ces difficultés sont encore plus fréquentes chez les femmes réfugiées et les demandeuses d'asile, dont les trajectoires sont souvent marquées par l'incertitude administrative, l'exposition à la violence ou la perte du réseau social[3]. L'ensemble de ces facteurs accroît la vulnérabilité psychique et souligne l'importance d'un dépistage systématique et d'un accompagnement adapté, sensible aux expériences migratoires et aux traumatismes vécus.

Inégalités de santé et d'accès aux soins de maternité en France

Dans le contexte français, les inégalités de santé maternelle identifiées à l'échelle internationale se retrouvent. L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles montre que si le ratio de mortalité maternelle est bas (environ 10 morts maternelles pour 100 000 naissances), il existe d'importantes disparités en fonction du pays de naissance des femmes. Le risque de décès est notamment multiplié par trois pour les femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne par rapport aux femmes natives[4]. Ce même excès de risque, toujours

1 Eslier, M., Azria, E., Chatzistergiou, K., Stewart, Z., Dechartres, A. et Deneux-Tharaux, C. (2023). Association between Migration and Severe Maternal Outcomes in High-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med., 20*(6).

2 Heaman, M., Bayrampour, H., Kingston, D., Blondel, B., Gissler, M., Roth, C. et Gagnon, A. (2013). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic *Review. Matern. Child Health J.*, 17(5), 816-36.

3 Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M. et Fuhr, D. C. (2023). The Global Burden of Perinatal Common Mental Health Disorders and Substance Use among Migrant Women: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet. Public Health, 8*(3), e203-e216.

4 Santé publique France. (2024). *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018.*

5 Stewart, Z., Azria, E. et Deneux-Tharaux, C. (2026). *Severe Maternal Morbidity Inequalities between Migrant and Native Women in France in the Epimoms Study* [publication en préparation].

pour les femmes nées en Afrique subsaharienne, se retrouve pour la morbidité maternelle sévère, alors que les femmes nées en Afrique du Nord ont des prévalences qui ne sont pas plus élevées que celles des femmes natives[5].

Dans un pays où la natalité décline depuis plusieurs années, et où le taux de fécondité des femmes immigrées est supérieur à celui des femmes nées en France, près d'une naissance sur quatre est aujourd'hui issue d'une femme née à l'étranger. C'est ainsi une part considérable des femmes qui accouchent en France qui est exposée à ce risque accru, constituant un enjeu central de santé publique. Des analyses conduites sur la cohorte PreCare, cohorte de femmes enceintes constituée en région parisienne, indiquent que ces femmes nées à l'étranger, malgré leur contribution essentielle à la dynamique démographique, présentent plus souvent un suivi prénatal tardif ou incomplet que les femmes nées en France[6]. Cette étude montre en particulier que ce sont les femmes originaires des pays d'Afrique subsaharienne et celles en situation administrative illégale qui sont les plus à risque d'avoir un suivi prénatal sous-optimal, et que les femmes présentant une barrière linguistique partielle ou totale sont elles aussi à risque accru de suivi prénatal sous-optimal[7].

Les déterminants sociaux et structurels

Les conditions matérielles pèsent lourd, telles que les logements précaires, l'instabilité des ressources, l'absence de couverture maladie ou le retard à l'ouverture des droits. Ces contraintes aggravent le stress, compliquent la continuité du suivi et augmentent les complications. S'y ajoutent des barrières structurelles, comme les démarches administratives complexes, la méconnaissance des droits, le manque d'interprètes ou les ruptures de suivi. Enfin, plusieurs études menées en France documentent des expériences de soins marquées par un moindre crédit accordé à la parole des femmes migrantes, ainsi que par des soins différenciés[8], et appuient l'hypothèse du rôle joué par certaines formes de racisme institutionnel, des barrières linguistiques et des asymétries de pouvoir dans la construction de ces inégalités. Ces expériences favorisent la défiance et réduisent le recours aux soins.

Pour une approche équitable et inclusive

Réduire ces inégalités suppose, avant tout, de rendre effectif le droit à la santé pour toutes les femmes enceintes, indépendamment de leur statut administratif. L'Aide médicale d'État (AME), régulièrement remise en question, pourrait jouer un rôle déterminant pour limiter l'impact des situations irrégulières sur les parcours de soins[9]. L'accès à un interprétariat professionnel et à une médiation culturelle constitue un autre levier essentiel : sans compréhension mutuelle, aucune relation de soin ne peut être pleinement sécurisée. De même, la continuité du suivi – assurée par une équipe référente malgré la fréquence des déménagements ou l'instabilité résidentielle – contribue à prévenir les ruptures de prise en charge et à réduire les risques sanitaires. La formation des professionnels aux déterminants sociaux de la santé est tout aussi nécessaire pour repérer les situations de vulnérabilité et adapter les soins en conséquence. Il importe également de sensibiliser l'ensemble des équipes, soignantes ou administratives, aux discriminations inconscientes et aux biais implicites susceptibles d'influencer la prise en charge. Une telle démarche constitue un levier puissant pour prévenir les pratiques différenciées et, à terme, réduire l'ampleur des inégalités de santé maternelle. Des dispositifs associatifs ou hospitaliers – d'interprétariat professionnel, de médiation en santé, les réseaux comme Solipam ou le Comede, ou encore des initiatives locales telles que l'unité d'accompagnement personnalisé de la maternité de Montreuil, le dispositif d'hospitalisation de jour de l'hôpital Paris Saint-Joseph ou les maisons des femmes – jouent un rôle essentiel pour faciliter l'accès aux soins et accompagner les trajectoires périnatales des plus vulnérables. Leur action témoigne d'une réelle capacité du système à innover, mais leur déploiement reste encore trop inégal pour réduire durablement les écarts observés.

Dans ce contexte, la recherche sur les inégalités de santé maternelle et sur les mécanismes qui les produisent est indispensable pour éclairer les politiques publiques. Elle ne peut toutefois être pleinement pertinente qu'à la condition d'intégrer la voix et l'expérience des femmes concernées : leur participation à la définition, à l'évaluation et à l'adaptation des dispositifs périnatals constitue un levier majeur pour concevoir des réponses véritablement justes et adaptées aux réalités du terrain.

Les inégalités de santé maternelle vécues par les femmes immigrées ne sont pas une fatalité : elles résultent en grande partie de déterminants structurels sur lesquels il est possible d'agir. Dans un contexte de baisse de natalité, prendre soin des femmes qui contribuent fortement aux naissances en France n'est pas seulement une exigence sanitaire à l'échelle individuelle, c'est un impératif de justice et une question de santé publique.



6 Eslier, M., Deneux-Tharaux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., Estellat, C. et Azria, E. (2020). Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCare Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19).

7 Sauvegrain, P., Perbellini, M., Tessier, V., Saucedo, M., Azria, E. et Deneux-Tharaux, C. (2023). Comprendre la surmortalité maternelle chez les femmes immigrées en France : une analyse de l'accès à des soins de qualité selon le cadre conceptuel des trois retards. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (3-4), 61-68.

8 Sauvegrain, P., Azria, E., Chiesa-Dubruille et C., Deneux-Tharaux, C. (2017). Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant and Native Women in France with Hypertensive Disorders during Pregnancy: a Qualitative Study. BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* ;

Anselem, O., Saurel-Cubizolles, M. J., Khoshnood, B., Blondel, B., Sauvegrain, P., Bertille, N. et Azria, E. (2021). Does Women's Place of Birth affect their Opportunity for an Informed Choice about Down Syndrome Screening? A Population-Based Study in France. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1) ;

Linard, M., Deneux-Tharaux, C., Luton, D., Schmitz, T., Mandelbrot, L., Estellat, C., Sauvegrain, P., Azria, E., PreCare study group et BiP study group. (2019). Differential Rates of Cesarean Delivery by Maternal Geographical Origin: a Cohort Study in France. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*(1), 217.

9 Gabarro, C. (2012). Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue européenne des migrations internationales, 28*(2), 35-56 ;

Eslier, M., Deneux-Tharaux, C., Sauvegrain, P., Schmitz, T., Luton, D., Mandelbrot, L., Estellat, C. et Azria, E. (2020).

Caterina Maggi-Perpoint
Pédopsychiatre
Service de psychopathologie du développement
Hôpital Femme-Mère-Enfant, hospices civils de Lyon

Vulnérabilité psychique périnatale et migration

Les chiffres publiés en 2024 à la suite de la dernière enquête nationale sur la mortalité maternelle[1] sont inquiétants : le suicide maternel, défini comme le décès d'une femme par suicide dans la période qui court du début de la grossesse jusqu'à un an post-partum, est la première cause de mortalité maternelle. Cela représente plus d'un décès par mois pour cause psychiatrique en France. La mortalité – toute cause confondue – des femmes migrantes est plus élevée que celle des femmes nées en France, et elle est particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne[2]. Les études de plus en plus nombreuses sur la dépression périnatale indiquent également une fréquence beaucoup plus élevée chez les femmes migrantes. Alors que la dépression ante et post-natale touche respectivement 10 à 15 % et 15 à 20 % des femmes françaises, les chiffres s'élèvent à 38 % et 50 % pour les femmes migrantes en France[3].
La santé psychique périnatale a fait l'objet de plusieurs plans nationaux de financement pour la mise en place de dispositifs de soins supplémentaires, du plan périnatal de 2007 avec mise en place en particulier de l'entretien prénatal précoce et la dotation de psychologues dans les maternités, jusqu'au plan des « 1 000 premiers jours » en 2021 qui a permis, entre autres, la construction de nouveaux dispositifs de soins de psychiatrie périnatale et le développement de l'entretien post-natal. Les permanences d'accès aux soins de santé périnatales se sont peu à peu développées, mais les prises en charge spécifiques à cette population sont très inégales sur le territoire en fonction de l'accès aux soins, des possibilités d'interprétariat et de l'absence de formation spécifique des professionnels.

Une période de double vulnérabilité psychique

Dans cette population, la crise psychique induite par la grossesse – crise qui est le plus souvent à potentialité maturative – vient se conjuguer avec la crise migratoire, à savoir le vacillement des repères, l'éloignement du pays et des proches, l'adaptation forcée à un nouveau contexte de vie. Les états de stress post-traumatiques sont également surreprésentés. Il s'agit souvent de femmes ayant subi des violences physiques, psychiques ou sexuelles dans leur pays d'origine ou sur le parcours migratoire et ayant parfois dû laisser des enfants en bas âge au pays. Les conditions de vie dans le pays d'accueil, la précarisation et les nouvelles violences subies augmentent l'anxiété et favorisent le syndrome de stress post-traumatique.
La transparence psychique[3] se conjugue chez les femmes migrantes avec la transparence culturelle[4]. La transparence psychique se définit comme le fait qu'en période périnatale le fonctionnement psychique maternel est plus perméable et lisible pour la mère elle-même. Les conflits infantiles se ravivent, les souvenirs affleurent plus facilement, les relations anciennes intériorisées refont surface de manière plus ou moins douloureuse selon l'histoire de chacune. Le concept de transparence culturelle vient souligner le fait que les éléments culturels de la génération précédente se réactivent et deviennent d'une importance capitale. Comment accompagner donc ce double processus dans des familles précarisées et souvent victimes de traumatismes divers ?
De nombreuses études démontrent l'impact des troubles psychiques périnataux – en particulier de la dépression du post-partum – sur les modalités relationnelles entre une mère et son bébé, sur le style d'attachement et le développement psychomoteur de l'enfant. Le bébé est donc à haut risque de troubles du développement si la prévention précoce ne se met pas en place. La mère, ou le parent en difficulté psychique, ne peut pas répondre correctement aux besoins du bébé. Dans cette situation, c'est la détresse qui est au rendez-vous, avec son cortège de symptômes et de stratégies de survie très coûteuses pour l'enfant en termes de développement[5]. Il s'agit là d'une situation de traumatisme psychique qui se rajoute aux traumatismes des générations précédentes.

Vignette clinique

Thérèse et Charles[6] sont originaires de la République démocratique du Congo et se sont connus en France. Thérèse y était arrivée depuis un an et Charles depuis trois ans. Ils habitent dans la rue jusqu'à la naissance de leurs jumeaux. Les propositions de mise à l'abri pendant la grossesse ne concernaient que Thérèse, ce qui a motivé son refus, malgré l'insistance de Charles pour qu'elle accepte. Elle est très déprimée, méfiante, avec des symptômes sévères de syndrome de stress post-traumatique. Elle évoque une histoire violente dans son pays, l'assassinat de ses parents et son inquiétude pour son fils de 4 ans, confié à un passeur sur le trajet et dont elle n'a plus de nouvelle. Charles également a laissé un enfant de 2 ans au pays. Thérèse n'arrive pas à se nourrir, elle a une aversion pour la nourriture française depuis le début de la grossesse, elle a maigri. Pour faciliter le suivi de la grossesse, non désirée mais acceptée, et proposer une prise en charge plus contenante, le service d'obstétrique organise des demi-journées d'hôpital de jour en groupant tous les examens lors de

1 Inserm et Santé publique France. (2024). *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018.*

2 Inserm et Santé publique France. (2024).

3 Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Presses universitaires de France.

4 Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations.* Presses universitaires de France.

5 Ansermet, F. (2008). Dépression ou détresse du nourrisson ?. *Le carnet psy*, 7, 129, 31-34.

6 Les personnes citées ont été anonymisées.



ces temps-là. La césarienne en urgence pour raison obstétricale déclenche chez Thérèse une angoisse de mort importante avec des reviviscences post-traumatiques.

L'orientation vers l'unité de soins et accompagnement précoce[7] de l'hôpital Femme mère enfant de Lyon avait été proposée et travaillée en amont. Cette unité originale, à valence obstétricale et pédopsychiatrique, permet d'accueillir en maternité en post-partum immédiat pour une durée d'environ cinq à dix jours des patientes à risque de trouble du lien avec leur bébé. Thérèse est très déprimée après l'accouchement, indisponible aux besoins des bébés, dans une exigence agressive vis-à-vis de l'équipe et un refus systématique de la nourriture française. Charles est investi et impliqué dans le maternage des jumeaux, mais l'équipe soignante est sensible au fait que cela expose le couple au risque de creuser un fossé avec le maternage traditionnel, où le père n'est pas censé occuper cette place habituellement, et de susciter de la culpabilité et un sentiment d'incompétence chez la mère.

Comment composer alors avec la nécessité qu'il assume ce rôle de maternage, nécessaire dans cette situation de détresse maternelle aggravée par l'absence de portage groupal traditionnel ? Comment éviter aux parents le risque d'une acculturation précipitée ou d'une rigidification culturelle[8] dans les pratiques de maternage ? L'élaboration en équipe du besoin intense de régression, figurée par une nécessité de retrouver la nourriture du pays, nourriture maternelle et maternante pour elle, aide les professionnels à accepter ce besoin sans jugement, à proposer des temps de soins à la mère pour qu'elle puisse être maternée en confiance. En réponse à un moment de fort désespoir avec pleurs et cris de la part de Thérèse dans les suites de l'annonce d'une mise à l'abri en famille à l'hôtel où il est impossible de cuisiner, l'équipe lui propose un atelier par enveloppement dans un lange chaud et par le chant. Cet atelier est conduit habituellement avec mère et bébé ensemble ; cette fois, face aux difficultés de Thérèse, un premier temps avec la maman seule est proposé, en amenant les bébés dans un deuxième temps, à côté d'elle. Ce moment intense permettra de créer un lien de confiance favorisant par la suite un accompagnement plus ajusté dans les soins aux bébés, avec un partage progressif des techniques de maternages occidentales et traditionnelles. Des ateliers thérapeutiques adaptés à cette situation particulière ont été proposés, soit un atelier massage où la mère et la psychomotricienne s'apprennent mutuellement les savoir-faire, ou un atelier comptine sur le même principe. L'hospitalisation durera finalement trois semaines, avec un apaisement progressif de l'hypertonie de l'un des bébés, un amendement des symptômes dépressifs de Thérèse, une orientation en psychiatrie périnatale de secteur et un lien partenarial très étroit avec la protection materno-infantile et la métropole de Lyon. Sera faite également une demande urgente d'orientation en accueil parents/enfant pour le couple et les bébés, à l'appui de certificats médicaux, soulignant les fragilités et les compétences de chacun, comme également la nécessité d'un maintien du couple parental sous le même toit. La prise en charge pédopsychiatrique globale des jumeaux leur a permis de reprendre une trajectoire développementale correcte. Lorsque ceux-ci ont atteint l'âge de 6 ans, l'entrée dans les apprentissages et le développement affectif ont été évalués comme satisfaisants, même si un besoin d'orthophonie pour l'un des deux jumeaux persistait, sans critères de gravité. La petite sœur, née trois ans après, dans le cadre d'une grossesse suivie et accompagnée, a eu une trajectoire développementale ordinaire.

La grossesse, si elle permet souvent un premier accès au système de soin du pays d'accueil, précarise encore plus la femme et la vulnérabilise psychiquement. La solitude par rapport à la famille d'origine et ses traditions culturelles, l'absence de la mère et du groupe, mais aussi les reviviscences traumatiques fortes, induites d'une part par les processus psychiques liés à la grossesse et d'autre part par les soins médicaux qui confrontent aux blessures corporelles infligées au pays et sur le parcours, ouvrent à un risque important de complications somatiques et psychiatriques, pour la mère comme pour le père et le bébé. La prévention et le soin précoce sont primordiaux. Comme le décrit Marie Rose Moro[9], pour prendre en charge ces familles nous devons nous confronter à cette altérité culturelle pour que cela ne soit pas un frein ou un obstacle à l'interaction mais une source de créativité dans nos stratégies de prévention et de soin.



7 Clément, A., Maggi-Perpoint, C., Villand, A. et Fourneret P. (2023). L'Unité de soins et d'accompagnement précoces (Usap) : une unité originale articulant psychiatrie périnatale et obstétrique. *Périnatalité, 2*(15), 57-63.

8 Moro, M. R. et Radjack, R. (2023). *Accueillir les enfants migrants et leurs parents*. Yapaka.be.

9 Moro, M. R., El Husseini, M., Ludot, M. et Radjack, R. (2020). Devenir parents en situation transculturelle. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 41, 31-37.

Ghada Hatem-Gantzer
Gynécologue obstétricienne
Présidente du collectif Maisons des femmes/ReStart

Excision, périnatalité et politiques de prévention

L'excision, reconnue par les Nations unies comme une pratique néfaste, sans fondement religieux et sans aucun bénéfice pour la santé, ne cède que très progressivement du terrain, alors qu'elle touche directement la santé reproductive et psychique des femmes concernées. Généralement pratiquées sur des jeunes filles avant leur puberté, les mutilations sexuelles féminines (MSF) comprennent tous les actes tendant à retirer ou à léser des parties des organes génitaux féminins sans raison médicale. Les données montrent qu'elles sont préjudiciables, peu importe qui les pratique. Ni les décès par hémorragie encore trop fréquents, ni les témoignages de jeunes femmes concernant la douleur de l'acte qu'elles n'ont jamais réussi à oublier, mais aussi son impact sur leur vie et leur sexualité, ne semblent de nature à modifier les convictions profondément ancrées sur l'importance de cette tradition plurimillénaire.

Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) illustre parfaitement la lenteur de ces progrès, mais met en évidence quelques pays dont la dynamique est favorable. Ainsi, au Burkina Faso, en Sierra Leone et en Éthiopie, on constate un recul de la prévalence des MSF de 50 %, 35 % et 30 % respectivement, chez les 15-19 ans, au cours des trente dernières années grâce à l'action collective et à l'engagement politique[1]. Depuis 1990, la probabilité qu'une fille subisse des mutilations génitales a été divisée par trois. Cependant, les MSF restent courantes dans une trentaine de pays à travers le monde, et on estime que, chaque année, quatre millions de filles sont exposées à ce risque. Les progrès doivent être au moins dix fois plus rapides pour atteindre l'objectif mondial d'élimination d'ici à 2030[2].

Les pays d'Afrique subsaharienne, tels que la Somalie, la Guinée ou Djibouti, sont les plus touchés par cette pratique qui concerne aussi l'Égypte et l'Indonésie. La migration a par ailleurs permis de diffuser la pratique que nous retrouvons désormais dans de nombreux pays sur tous les continents. Dans ses dernières statistiques, l'OMS évalue le nombre de cas à 144 millions en Afrique, 80 millions en Asie et 6 millions au Moyen-Orient. En France, environ 125 000 femmes seraient concernées.

Malgré sa criminalisation dans plus de trente pays africains, cette mutilation reste fréquente, révélant les limites – voire la contre-productivité – de certaines politiques de prévention trop éloignées des réalités culturelles et sociales. La perspective d'une punition conduit certaines familles à faire pratiquer l'excision dans leur village d'origine parfois très éloigné de structures de soin. Lorsque des complications interviennent, les victimes ne sont pas emmenées à l'hôpital de peur d'une dénonciation, aggravant ainsi leur pronostic. Enfin, les tentatives de dédommagement des exciseuses traditionnelles, que l'on a encouragées à valoriser leurs compétences en puériculture ou en thérapeutiques traditionnelles, voire auxquelles on a donné des machines à coudre dans l'espoir qu'elles embrassent un nouveau métier, ont été suivies de peu d'effets car moins lucratives. Plus grave encore, afin de s'absoudre des reproches faits à la tradition, tels que la chirurgie sans anesthésie, en milieu non stérile et sans antibiotiques, de nombreux pays ont développé une pratique médicalisée, réalisée par des soignants dans des institutions, dont les dégâts sont parfois bien plus importants avec des lésions plus profondes et plus graves. En 2020, on estimait à 52 millions le nombre de filles et de femmes victimes de mutilations sexuelles pratiquées par des soignantes et des soignants, ce qui représente environ un cas sur quatre[3]. Les nouvelles directives de l'OMS montrent l'importance d'agir pour freiner cette médicalisation croissante en impliquant le personnel soignant.

Une politique française pionnière et efficace

De son côté, la France s'est dotée d'une politique de prévention audacieuse et exemplaire. Le décès tragique dans les années 1980 de la petite Bintou, à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, des suites d'une excision réalisée à la naissance par son père, a provoqué une onde de choc. Les médecins ne pouvant imaginer l'origine d'une telle hémorragie liée à une pratique jusqu'alors largement méconnue, le diagnostic n'a pu être posé que trop tardivement.

Médecins, avocats et magistrats se sont alors mobilisés, conduisant à une condamnation sans équivoque de la pratique et à l'instauration de peines sévères – jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende pour les parents et pour les exciseuses. Nul besoin de créer de nouvelles lois, les actes de mutilation et de torture étant déjà inscrits dans le Code pénal, quelle que soit la nationalité de l'enfant.

Un modèle de prévention fondé sur la santé publique

Afin de renforcer cette politique, une stratégie pragmatique et préventive a été initiée en Seine-Saint-Denis par des médecins de santé publique, et déployée au sein des centres de protection maternelle et infantile (PMI). Les généralistes et pédiatres ont été formés à l'examen génital systématique des petites filles, notamment avant les

1 Organisation mondiale de la santé. (2025). *L'OMS publie de nouvelles recommandations pour mettre fin à l'augmentation des mutilations génitales féminines « médicalisées » et soutenir les survivantes.* OMS.

2 Unicef. (2024). *Mutilations génitales féminines : un problème mondial.* Unicef.

3 Piet Médecin, E. (2014). *La prévention des mutilations sexuelles féminines.* Devsante.org

départs en vacances. En effet, si le décalottage des petits garçons était une pratique courante, rares étaient les médecins qui examinaient les vulves de toutes les petites filles, chez lesquelles le diagnostic de mutilation est parfois difficile à poser. Cet examen, accompagné d'un dialogue pédagogique avec les parents, permet d'expliquer les risques médicaux et juridiques liés à l'excision, tout en informant qu'un nouvel examen aura lieu au retour. Si une mutilation est diagnostiquée, les praticiens ont pour obligation d'effectuer un signalement au procureur. Cette approche, à la fois éducative et dissuasive, a prouvé son efficacité, notamment grâce à la dimension financière et pénale clairement expliquée[4].

Des contournements et de nouveaux défis

Comme souvent, des stratégies d'évitement sont apparues : les filles étant suivies en PMI jusqu'à 6 ans seulement, certaines familles ont déplacé la pratique à un âge plus avancé, entre primaire et collège, profitant de périodes de changement d'établissement pour masquer une éventuelle absence prolongée. Ce décalage a également permis d'organiser dans la foulée des mariages forcés pour ces très jeunes filles, avec leurs conséquences néfastes parfaitement documentées, notamment violences et viols conjugaux, mais aussi déscolarisation et isolement. Les associations, dont Excision, parlons-en !, ont alors développé des campagnes ciblées auprès des adolescentes – notamment « Tu pensais partir en vacances » – pour alerter les jeunes filles sur les risques encourus lors d'un retour au pays et les encourager à parler à des adultes de confiance tels que les infirmières scolaires, les conseillers principaux d'éducation ou les parents d'amies. Ces campagnes sont déployées chaque année au printemps[5].

Le rôle essentiel des soignants

Parallèlement à des lois et des politiques efficaces, les lignes directrices soulignent la nécessité d'éduquer et d'informer les communautés, ainsi que de mobiliser tous les moyens de prévention possibles. Le suivi de grossesse et l'accouchement sont des moments de dialogue privilégiés, mais qui peuvent placer les équipes médicales dans une tension entre respect culturel et protection des droits fondamentaux. La maternité peut réactiver la douleur, la honte, ou un sentiment de transmission intergénérationnelle du trauma. La confrontation au suivi médical peut provoquer chez la patiente une anxiété, une peur des examens et des reviviscences traumatiques. Certaines femmes expriment même une peur d'accoucher du fait d'avoir été excisées, le geste médical étant vécu comme une nouvelle violence. Les complications liées à l'excision lors d'un accouchement en milieu médicalisé sont rares et concernent principalement des déchirures, mais la naissance, grâce au rôle essentiel dévolu aux sages-femmes, est un moment clé pour délivrer les messages de santé publique. Chaque accouchement est donc une opportunité de prévention, et lorsqu'une femme excisée accouche d'une fille, une discussion bienveillante s'engage sur son rapport à la pratique et sur la décision future concernant son enfant. Cette approche permet aussi d'impliquer le conjoint, souvent influencé par des injonctions familiales (des belles-mères ou des belles-sœurs), en rappelant les risques médicaux et les sanctions pénales. Le dialogue peut se poursuivre à l'occasion des consultations post-natales et des visites à domicile. Les sages-femmes peuvent également pratiquer une désinfibulation, afin de permettre à des femmes dont le vagin a été infibulé – c'est-à-dire refermé par des sutures traditionnelles par exemple avec des épines d'acacia – d'accoucher simplement par les voies naturelles. Dans les structures où cette technique, pourtant simple, est méconnue, les patientes sont souvent obligées de subir une césarienne inutile, par peur des conséquences d'un accouchement par voie basse. La désinfibulation améliore également la santé sexuelle dans le post-partum, en supprimant les douleurs intenses liées aux difficultés de pénétration.

Les maisons des femmes, lieux de soins spécialisés pour les victimes de violences sexuelles et sexistes, sont également des acteurs majeurs de prévention. Les motifs de consultation pour mutilations sexuelles sont multiples et vont du besoin d'un simple certificat pouvant faciliter une demande d'asile à une prise en charge globale, médicale, psychologique, sexologique et chirurgicale si besoin. Cet accompagnement, parfois associé à une réparation chirurgicale, permet de restaurer l'estime de soi, d'améliorer la santé sexuelle et parfois la relation parentale. Ces consultations ouvrent aussi le dialogue avec les conjoints ou les familles, permettant de véritables renversements d'opinion lorsque le soignant prend le temps d'expliquer et d'écouter.

Un outil juridique de protection

Enfin, la législation française offre un dispositif préventif puissant : lorsqu'un professionnel de santé suspecte un risque d'excision lors d'un départ à l'étranger, il doit saisir le procureur de la République. Une interdiction de sortie du territoire peut alors être prononcée, protégeant la jeune fille et lui permettant d'accéder à un accompagnement médico-social.



4 Organisation mondiale de la santé. (2025).

5 Excision, parlons-en ! (s. d.). *Sensibiliser pour protéger : une vidéo pour dire non à l'excision*. Excision, parlons-en !

Lucia Gentile
Anthropologue, chercheuse postdoctorante
Membre associée au Cessma (UMR 245)
Coordinatrice scientifique du département Health
Institut Convergences Migrations

Quand la langue devient un enjeu de soin : expériences périnatales des femmes sud-asiatiques non francophones

Ce n'est qu'à son troisième accouchement que Nasima[1] est parvenue à faire comprendre aux sages-femmes qu'elle souhaitait mettre son enfant au monde debout. Disha, elle, a fini par accepter une péridurale qu'elle ne désirait pas, face à l'insistance des professionnel·le·s : son répertoire linguistique en français se limitait à « oui » et « non ». Rupa, de son côté, a accouché inopinément à domicile et a dû elle-même appeler les pompiers en pleine contraction, étant la seule de sa famille à posséder quelques rudiments de français. Rekha, quant à elle, s'est approprié l'expression « Tout va bien ? » comme unique moyen d'avoir l'assurance de la bonne santé de son enfant. Enfin, Sakina n'a appris qu'au huitième mois de sa grossesse – grâce à la présence exceptionnelle d'un interprète sollicité par la maternité – qu'elle courait un risque vital lors de l'accouchement. Ces récits, issus d'une enquête ethnographique menée sur le parcours périnatal de femmes primo-arrivantes originaires d'Asie du Sud en Seine-Saint-Denis[2], soulignent la place centrale des problématiques linguistiques dans l'expérience des soins. Pour la majorité des femmes rencontrées, la faible maîtrise du français constituait en effet l'obstacle principal à la qualité des soins et structurait l'ensemble de leurs interactions médicales. Loin d'être marginale, cette situation reflète une réalité partagée par de nombreuses femmes étrangères non francophones en France. Comme l'ont documenté plusieurs recherches[3], les discriminations linguistiques traversent l'ensemble du parcours de soins. Affectant durablement la santé reproductive et psychologique des femmes, elles constituent un vecteur majeur d'inégalités en santé. Dans certaines situations, ces discriminations peuvent entraîner des violences[4].

Cet article propose une réflexion, non exhaustive, sur l'impact de l'absence de prise en charge linguistique dans le suivi périnatal. Il s'agit d'examiner, à partir du cas des femmes originaires d'Asie du Sud (principalement du Bangladesh, d'Inde, du Pakistan et du Sri Lanka), la manière dont ces patientes parviennent, ou non, à contourner l'absence d'une langue commune pour accéder à des soins adaptés à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Cette focale permet de saisir à la fois les logiques d'invisibilisation des enjeux linguistiques qui traversent l'institution médicale et les stratégies mises en place par les femmes pour négocier, malgré tout, leur place dans l'espace du soin.

Entre interprétariat professionnel et réseaux de proximité : une délégation inégalitaire de la traduction

Le droit à l'interprétariat en santé a été reconnu par la loi française en 2016[5] et figure parmi les recommandations de la Haute Autorité de santé. Cependant, son application reste marquée par une grande hétérogénéité selon les services concernés – le recours étant, par exemple, plus fréquent en pédiatrie qu'en maternité – ainsi qu'en fonction des ressources budgétaires effectivement disponibles. Les observations de terrain en Seine-Saint-Denis montrent que l'appel à des interprètes professionnels reste marginal : quasi absent en maternité, un peu plus fréquent en protection maternelle infantile, mais globalement limité aux situations jugées graves par les soignant·e·s. Dans la majorité des cas, en effet, la charge de la communication est reportée sur les patientes elles-mêmes, invitées à trouver un tiers capable de traduire.
Ce rôle est le plus fréquemment assuré par des interprètes non professionnel·le·s, mobilisé·e·s dans des réseaux informels – généralement des pairs installé·e·s de plus longue date en France – et dont la rémunération est prise en charge par les familles. Leur action, bien que souvent indispensable, s'effectue néanmoins sans formation préalable ni maîtrise du vocabulaire médical. Si ces figures constituent parfois des personnes de confiance permettant d'orienter les familles dans les soins et les démarches administratives, leur intervention soulève des questions majeures en termes de fiabilité de la traduction, de confidentialité et de respect du consentement éclairé.

Dans d'autres configurations, l'interprétariat est pris en charge par des membres de la famille (les maris, les beaux-frères, les enfants), ce qui accentue les tensions liées au genre et aux rapports de pouvoir à l'intérieur du cadre familial. La possibilité pour les femmes de s'exprimer librement sur des thématiques sensibles – telles que la sexualité, la contraception ou les violences – se trouve ainsi restreinte, voire empêchée. À l'hôpital, des professionnel·le·s racialisé·e·s occupant des postes subalternes (des infirmier·e·s, des auxiliaires et jusqu'aux agent·e·s d'entretien) sont aussi fréquemment sollicité·e·s pour endosser, en plus de leurs missions habituelles, un rôle de traducteur·rice·s improvisé·e·s. Cette pratique informelle met en évidence à la fois l'absence de dispositifs institutionnels de médiation linguistique et l'articulation des hiérarchies raciales et professionnelles, qui conduit

1 Afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des enquêté·e·s, tous les noms cités dans ce texte sont des pseudonymes.

2 La recherche post-doctorale menée à l'Institut Convergences Migrations (porté par le CNRS, portant la référence ANR-17-CONV-0001), lauréate de l'appel à projets du Centre national de ressources et de résilience (CN2R), repose sur une enquête ethnographique multi-sites en Seine-Saint-Denis (2022-2024). Le corpus inclut des observations en maternité et dans plusieurs services de protection maternelle et infantile (PMI), ainsi que des entretiens avec 47 femmes sud-asiatiques, 16 professionnel·le·s de santé et 2 interprètes. L'étude a été validée par un comité d'éthique de la recherche.

3 El Kotni, M. et fable-lab. (2024). *Accès aux soins des femmes : vers une médiation linguistique en santé* ;

Weber, O. (2017). *Migration et communication médicale. Les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques.* Éditions Lambert-Lucas ;

Ortega, P. et al. (2022). Recognizing and Dismantling Raciolinguistic Hierarchies in Latinx Health. *AMA Journal of Ethics, 24*(4), 296304.

4 Chadwick, R. (2019). Practices of Silencing: Birth, Marginality and Epistemic Violence. Dans *Childbirth, Vulnerability and Law* (p. 30-48). Routledge.

5 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

à leur attribuer des tâches additionnelles, invisibles et dépourvues de reconnaissance. Ces pratiques montrent que l'absence de recours systématique à l'interprétariat professionnel ne relève pas uniquement d'un déficit technique ou logistique, mais s'inscrit dans un processus structurel de redistribution inégalitaire des responsabilités communicationnelles. En transférant la charge de la traduction sur les familles et les réseaux informels, le système de santé délègue une fonction centrale à des acteur·rice·s non formé·e·s et non reconnu·e·s, contribuant ainsi à fragiliser l'autonomie décisionnelle des patientes. Cette organisation produit des conditions de soin marquées par la dépendance et l'opacité, alourdit la charge mentale des femmes et, plus largement, participe à une dynamique d'invisibilisation des besoins linguistiques dans l'espace hospitalier.

L'absence d'interprétariat : stratégies de bricolage et asymétrie communicationnelle

Lorsque personne n'est disponible pour traduire, les femmes se retrouvent directement confrontées à l'impossibilité de communiquer. Dans ces situations, la responsabilité des difficultés est implicitement reportée sur elles : certaines expliquent avoir renoncé à des consultations, faute d'avoir trouvé quelqu'un pour les accompagner, de peur d'être réprimandées. D'autres témoignent du sentiment d'être perçues comme « fautives » si leur compréhension est erronée. L'absence d'interprétariat ne se traduit donc pas seulement par une perte d'information, mais par un obstacle concret et récurrent dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, les technologies numériques – principalement Google translate – apparaissent comme des solutions de fortune. L'option de reconnaissance vocale permet certes de contourner partiellement les difficultés de lecture et d'écriture et de maintenir un échange minimal, mais cet usage reste précaire : la fiabilité est inégale, en particulier pour les langues minorées, et le risque d'erreurs ou de malentendus demeure élevé[6].

Face à ces contraintes, soignant·e·s et patientes recourent à un véritable « bricolage » communicationnel[7] – simplification extrême du langage, recours aux gestes, transmission d'un minimum d'informations. Ce mode de fonctionnement engendre fréquemment des malentendus, des omissions – volontaires ou non – et tend à réduire le consentement éclairé à une formalité implicite. Comme l'indique une sage-femme rencontrée dans la maternité, dans ces conditions, « *on ne demande pas, on suppose* ». De leur côté, prises dans une relation d'autorité médicale, les patientes hésitent souvent à interrompre le déroulement de la consultation pour signaler leur incompréhension ou réclamer des explications complémentaires. Cette fragmentation des échanges est révélatrice d'une asymétrie structurelle : alors que les professionnel·le·s tendent à considérer la non-maîtrise du français comme un obstacle périphérique et contournable, les femmes, par respect de l'autorité médicale ou par crainte d'être jugées, intériorisent la nécessité de se taire ou de « dire moins ». Ainsi, l'absence d'interprétariat fonctionne comme un dispositif de gouvernement des patientes migrantes : elle produit de la résignation, normalise une économie de parole contrainte et institutionnalise une forme d'incommunication qui devient partie intégrante du quotidien du soin.

Conclusion : la non-prise en charge linguistique comme injustice reproductive

Les récits recueillis montrent que la barrière linguistique ne se réduit pas à une difficulté pratique de communication. Elle constitue un mécanisme structurel de hiérarchisation, déterminant qui peut être reconnu comme sujet de soin et qui, au contraire, est maintenu dans le silence. Lorsque l'interprétariat est absent ou dépend de solutions précaires, les femmes sud-asiatiques non francophones voient leur autonomie réduite, leur consentement fragilisé et leurs besoins négligés. Loin d'un simple « malentendu » ou d'un obstacle logistique, ce silence imposé invisibilise les patientes et les relègue au rang de corps soignés dépourvus de voix.

Cette absence ne relève pas de négligences individuelles, mais d'un mode de fonctionnement institutionnel qui transfère la charge de la communication sur les patientes elles-mêmes ou sur des réseaux informels. En conséquence, elles se retrouvent privées d'un accès effectif à l'information et d'une pleine compréhension de leur parcours de soin.

En ce sens, la non-prise en charge linguistique constitue une injustice reproductive. Elle affecte directement la santé des femmes et de leurs enfants, en inscrivant les inégalités linguistiques au cœur des rapports de pouvoir de genre, de race et de classe qui traversent l'institution médicale. Elle opère à un double niveau : linguistique, en sanctionnant la non-maîtrise du français et en privant les patientes d'une pleine compréhension de leur parcours de soin ; reproductive, en fragilisant leur pouvoir décisionnel et en favorisant les inégalités de santé.

Garantir un droit effectif à l'interprétariat en santé périnatale ne peut être réduit à une question technique de traduction. Il s'agit d'un enjeu politique majeur : reconnaître les femmes migrantes comme sujets légitimes du soin et rompre avec les logiques institutionnelles qui perpétuent leur invisibilisation. À défaut, la non-prise en charge linguistique continuera de fonctionner comme un instrument de gouvernement des corps reproductifs minorisés, consolidant les hiérarchies qui structurent le champ médical.



6 Patil, S. et Patrick, D. (2014). Use of Google Translate in Medical Communication: Evaluation of Accuracy. Research. *BMJ*, 349, g7392.

7 Thouroude, V. (2020). La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin. *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, *17*(1), 14577.

Pauline Goujard
Sage-femme
Hôpital Femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire de Lyon

La migration : un facteur déterminant dans le déroulé physiologique de l'accouchement ?

Les femmes sont particulièrement vulnérables lors de la période périnatale. Le bon déroulé du processus naturel des naissances résulte de multiples facteurs médicaux, sociaux et environnementaux. La migration est une variable non négligeable à prendre en compte dans le cadre périnatal.

Sage-femme au sein d'une maternité de niveau 3 concentrant des suivis de grossesse à haut risque, notre service a observé une hausse du nombre de patientes ayant un parcours migratoire le plus souvent complexe. Dans le cadre d'une étude rendant compte des déroulés des accouchements des femmes migrantes comparés à ceux des femmes françaises au sein de notre structure, les données montrent une hausse d'accouchements dystociques[1] des femmes migrantes[2]. Différents facteurs de risques sont considérés lors de prise en charge des parturientes au cours du travail, tels que la parité de la patiente[3], s'il s'agit d'un travail déclenché ou spontané, s'il s'agit d'une patiente ayant un utérus (multi) cicatriciel, mais aussi son âge. Cette enquête renseigne sur le fait qu'à chacun de ces facteurs de risque nous retrouvons une proportion de femmes migrantes plus importante. L'issue des accouchements des femmes migrantes est ainsi en partie influencée dès le départ par un plus grand nombre de déclenchements, de césariennes avant le travail et d'antécédents pouvant influer défavorablement sur la physiologie d'un accouchement. Les complications principales d'un accouchement sont l'hémorragie du post-partum et la césarienne. Une fois encore, les femmes migrantes prises en charge sont légèrement plus exposées à ces complications.

Les difficultés liées à la barrière linguistique

L'accueil de ce public confronte les soignants à des problématiques psychosociales nouvelles auxquelles ils ne sont pas toujours préparés. Tout d'abord, la « barrière linguistique » s'inscrit dans un contexte de prise en charge où, depuis maintenant un certain nombre d'années, le consentement éclairé est largement recherché et encouragé en périnatalité. Lorsque les patientes sont allophones, l'équipe doit composer avec ce manque, voire avec l'impossibilité de dialoguer. Les interprètes sont peu sollicités au sein de nos services, à savoir l'accueil des urgences et la salle d'accouchement. Faute d'interprètes professionnels, les soignants utilisent donc très souvent les moyens à leurs dispositions à des fins de traduction[4]. Ces difficultés se répercutent largement sur nos prises en charge, en particulier dans les cas d'urgence ou lors des annonces de diagnostics de pathologies materno-fœtales. Un accouchement peut également se compliquer lorsque le dialogue et la compréhension des gestes ainsi que des conduites des soignants ne sont pas possibles.

Les difficultés liées à la précarité sociale

L'extrême précarité sociale et administrative dans laquelle vivent ces femmes rend également le suivi de ces patientes parfois chaotique, complexifie leur surveillance ou la faisabilité des prises en charge. Par ailleurs, nous remarquons auprès de ce public un nombre important de rendez-vous non honorés, de retards ou de passages fréquents aux urgences. De plus, les protocoles de prises en charge établis ne sont pas réfléchis selon les contextes de vie des patientes en situation de précarité. À titre d'exemple, il est fréquent que nous « éduquions » les patientes sans logement à réaliser leurs injections d'anticoagulants, prescrits dans le contexte des suites d'une césarienne, alors que ce suivi est normalement effectué par une infirmière à domicile. Malgré ces dispositions, la qualité de cet accompagnement est moindre, entraîne un risque de mauvaise observance et, à l'extrême, des complications pour ces femmes.

Les difficultés liées au psychotrauma et aux violences multiples

Les femmes migrantes ont pour un grand nombre d'entre elles vécu ou vivent des violences multiples (physiques, sexuelles ou psychiques). Ces traumatismes, en particulier les violences physiques et sexuelles, influent nettement sur leur santé et leur manière d'être. Pendant la période périnatale, elles peuvent connaître la réémergence de traumatismes passés avec la présence de reviviscences ou de flash-back. Ces violences anciennes ou actuelles peuvent avoir un retentissement direct sur nos actions de prise en charge en obstétrique. Les examens nécessaires à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, comme les touchers vaginaux, peuvent être difficiles voire impossibles à réaliser. Ces patientes ne « choisissent » pas de résister à un examen, le plus souvent leur corps parle malgré elles. Elles peuvent également présenter une décompensation psychique lors de la grossesse ou de la survenue de complications. Ces antécédents peuvent alors être préjudiciables et défavorables à une issue physiologique de leur accouchement. Il est donc indispensable d'intégrer la question des violences dans l'anamnèse des patientes et de les prendre en considération lors du suivi de la grossesse jusqu'au post-partum.

Les situations que traversent les femmes migrantes, la précarité, leur histoire, les traumatismes, les discriminations et les préjugés vécus sont autant de facteurs pouvant avoir des répercussions sur le déroulé de la grossesse comme sur leur accouchement. La qualité de l'accompagnement des acteurs de la périnatalité n'est pas sans conséquences sur l'issue des grossesses et des accouchements, ainsi que sur les relations parent-enfant.

1 Un accouchement dystocique (composé de « *dys* » qui signifie difficulté et de « *tokos* » qui signifie accouchement en grec ancien) est un accouchement qui entraîne des difficultés voire une impossibilité d'accouchement par voie basse.

2 La population de l'étude dénombrait 51 482 femmes, dont 14 214 nées à l'étranger, soit 30 % des femmes interrogées.

3 La parité correspond au nombre de grossesse ayant abouti à la naissance d'un enfant de plus de 22 semaines d'aménorrhées (SA).

4 Soit l'entourage de la patiente, Google traduction ou des collègues parlant la langue de la patiente.

POUR ALLER PLUS LOIN…

Goujard, P. (2025). *La migration : un facteur déterminant dans le déroulé physiologique de l'accouchement ?* [mémoire du diplôme universitaire « Santé, société et migration »]. Le Vinatier Psychiatrie universitaire Lyon Métropole, Orspere-Samdarra, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne et Université Claude-Bernard Lyon 1.

Haute Autorité de santé. (2024). *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal.* HAS.

entretien

Élodie Gaëlle Ngameni

Psychiatre, MD, PhD, praticienne hospitalière, *service de psychiatrie, Hôpital Louis-Mourier AP-HP*
Chercheuse, *Transculturel Lab sous la direction de Marie Rose Moro, Unité Inserm 1018*

La place du père en contexte migratoire

Rhizome : ***Dans quel contexte rencontrez-vous des femmes migrantes et leurs bébés ?***

Élodie Gaëlle Ngameni :
En tant que psychiatre en exercice au sein d'une équipe mobile de psychiatrie périnatale, je rencontre des femmes migrantes et leurs bébés dans différents contextes, soit à la maternité, en suite de couches, en consultation post-natale dans les locaux de l'équipe et également lors des visites à domicile, lorsque la situation le justifie ou le permet. Celles-ci sont orientées par les professionnels de santé en périnatalité et en psychiatrie. Lorsque les pères sont également présents en France, ils peuvent être rencontrés dans ces mêmes cadres aux côtés de la mère et de l'enfant. Leur participation est variable. Certains accompagnent activement la mère et le bébé, en particulier lorsqu'un travail sur la triade est proposé ou lorsque leur présence est sollicitée. D'autres, en revanche, sont moins disponibles en raison de contraintes personnelles, professionnelles ou administratives. Lorsqu'ils ne peuvent pas être présents, nous veillons à les inclure dans la mesure du possible, soit en recueillant des informations par la mère, soit en proposant des rendez-vous différés, ou en mobilisant les autres professionnels impliqués dans le suivi familial.

LA PRÉSENCE DU PÈRE PEUT REPRÉSENTER UN VÉRITABLE APPUI PSYCHIQUE ET AFFECTIF

Rhizome : ***Les pères trouvent-ils leur place dans les services de maternité en France ?***

Élodie Gaëlle Ngameni :
La place du père en situation de migration et de précarité dans les services de maternité en France est variable, elle peut être facilitée dans certaines situations, mais elle reste souvent difficile à construire. Le père migrant arrive fréquemment avec une représentation de la paternité façonnée par son contexte culturel d'origine, où la masculinité est associée à la responsabilité économique, à une certaine réserve émotionnelle, voire à une posture d'autorité. À l'inverse, les normes du pays d'accueil valorisent un modèle de paternité dite « impliquée », attentive et émotionnellement présente dès la grossesse. Ce décalage peut être vécu comme une remise en question identitaire, mais aussi engendrer un sentiment d'exclusion. Les dispositifs périnataux, bien qu'ils s'ouvrent progressivement à la question de la place du père, restent majoritairement centrés sur la mère et l'enfant. Lorsqu'ils ne prennent pas en compte la diversité des modèles familiaux et culturels, ils risquent d'invisibiliser le père ou de renforcer son sentiment d'illégitimité au sein du parcours de soins. Il est donc essentiel de penser l'inclusion du père migrant non seulement en tant que partenaire parental, mais aussi comme sujet traversé par des représentations, des vulnérabilités et des attentes spécifiques.

Rhizome : ***Au regard des violences vécues par les femmes migrantes, notamment sexuelles, comment la place du père de l'enfant est-elle questionnée lors des consultations ?***



Élodie Gaëlle Ngameni :
Au regard de mon expérience en psychotraumatologie et en clinique transculturelle, je questionne naturellement la place du père lors des consultations, en particulier lorsque des violences, notamment sexuelles, ont été vécues par la femme migrante. Ce questionnement s'inscrit dans une approche clinique attentive, respectueuse du rythme de la patiente. Il ne s'agit pas d'une exploration systématique, mais d'une évaluation progressive, fondée sur les éléments cliniques observés, le récit de la femme et la dynamique relationnelle au sein de la triade.
Lorsque des violences sont identifiées ou suspectées, la place du père est interrogée sous plusieurs angles : est-il une figure de soutien ou de tension ? Est-il impliqué dans les violences, ou perçu comme un tiers protecteur ? Sa présence est-elle bénéfique pour la mère et l'enfant, ou au contraire source d'angoisse, voire de menace ? Ce travail permet de mieux comprendre les liens familiaux et d'adapter l'accompagnement proposé, en veillant à ne pas exposer la mère à une situation de danger ou de réactivation traumatique, tout en respectant la complexité des parcours migratoires, culturels et affectifs.

À LEUR ARRIVÉE EN FRANCE, LES COUPLES EN PÉRIODE PÉRINATALE SONT CONFRONTÉS À UNE SÉRIE DE DÉFIS SPÉCIFIQUES QUI COMPLEXIFIENT LEUR PARCOURS

Rhizome : ***Quels défis ou difficultés spécifiques rencontrent les couples lors de leur arrivée en France durant la période périnatale ?***

Élodie Gaëlle Ngameni :
À leur arrivée en France, les couples en période périnatale sont souvent confrontés à une série de défis spécifiques qui complexifient leur parcours. Parmi les difficultés les plus fréquemment rencontrées, nous retrouvons :

- la précarité administrative liée à l'absence ou à l'instabilité du statut de séjour qui peut générer une forte insécurité psychique et limiter l'accès aux droits ;
- la précarité financière souvent associée à des conditions de logement instables, au chômage ou à une dépendance économique du couple vis-à-vis de tiers ;
- l'isolement social, en particulier pour les femmes, qui peuvent se retrouver sans réseau familial ou communautaire, ce qui accentue leur vulnérabilité ;
- la barrière linguistique, qui freine l'accès à l'information, à l'autonomie, et complique la relation avec les professionnels de santé ;
- la méconnaissance du système de santé français, ses démarches, ses codes implicites, et le rôle des différents intervenants ;
- l'entre-deux culturel, avec des représentations diverses de la grossesse, de la maternité, du rôle parental, et plus largement de la santé mentale.

Ces écarts culturels et contextuels peuvent provoquer des incompréhensions mutuelles, voire des malentendus entre les couples et les professionnels du soin. Ils nécessitent une posture d'écoute, de traduction culturelle et de médiation pour accompagner au mieux la parentalité dans un contexte de migration.

Rhizome : ***La migration peut-elle être un moment de réinvention du rôle paternel ?***

Élodie Gaëlle Ngameni :
La migration peut être un moment de redéfinition du rôle paternel. En quittant leur cadre culturel d'origine, certains hommes s'adaptent aux normes du pays d'accueil et s'impliquent différemment dans la vie familiale. Dans le cadre de ma recherche clinique sur la place du père en contexte migratoire dans la transmission du trauma de la mère au bébé, une patiente[1] m'a confié à propos du père de son enfant :

« *Comme papa, il est parfait. Il essaie de se départir de l'éducation qu'il a reçue au pays pour être un bon papa. Il joue beaucoup avec les petits. Il change leurs couches. En Albanie, ça ne serait pas possible.* » Paulina

Cet exemple illustre comment la migration peut amener certains hommes à occuper une place qu'ils n'auraient probablement pas prises dans leur pays d'origine, en s'ouvrant à de nouvelles formes d'engagement paternel.

Rhizome : ***Comment le père endosse-t-il le rôle de soutien moral vis-à-vis de la mère ?***

Élodie Gaëlle Ngameni :
Mon travail de thèse a mis en évidence l'importance du père comme soutien moral dans le contexte migratoire et périnatal. Comme l'illustrent les propos suivants, les femmes décrivent souvent leur compagnon comme un repère, un « battant », dont la force et la persévérance les aident à traverser les difficultés.

« *Seule avec l'enfant, je ne pensais pas que je pouvais le faire. C'est grâce à mon mari, qui se battait pour nous.* » Dalila

Le soutien passe aussi par une présence attentive et des encouragements au quotidien.

« *Il me dit : "Courage, ne pleure pas, ça va aller."* » Gabriela

Dans ces nouveaux mondes que sont à la fois le pays d'accueil et la maternité, la présence du père peut représenter un véritable appui psychique et affectif.

Rhizome : ***En cas d'absence physique des pères, comment les femmes maintiennent-elles le lien avec eux ?***

Élodie Gaëlle Ngameni :
Même en cas d'absence physique du père, les femmes rencontrées cherchent souvent à maintenir le lien entre lui et l'enfant. Les nouvelles technologies, en particulier les appels vidéo, les photos ou les messages vocaux, permettent de garder une présence symbolique du père dans le quotidien de l'enfant. Ce maintien du lien est généralement encouragé par les équipes soignantes, dans la mesure où il peut soutenir la mère émotionnellement, mais aussi contribuer à la construction psychique de l'enfant, en assurant une continuité symbolique de la figure paternelle, même à distance.

1 Les personnes citées ont été anonymisées.

À LIRE...

Ngameni, É. G. (2022). *Transmission du traumatisme psychique de la mère au bébé chez les femmes migrantes en France* [thèse de psychologie, École doctorale Érasme] ;

Moro, M. R., Neuman, D., Réal, I. et Radjack, R. (2023). *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle.* La pensée sauvage.

Nina Sahraoui
Sociologue
Université Paris Saclay, Printemps
CNRS

Les soins de santé périnatale et maternelle face aux frontières

Les politiques migratoires européennes deviennent de plus en plus répressives depuis les années 1990 avec la militarisation croissante des frontières extérieures. Les deux dernières décennies voient en outre, avec une montée progressive des formations politiques d'extrême droite en toile de fond, une forte politisation de la question de l'accès aux soins des personnes en situation de migration, notamment celles qui se retrouvent en situation administrative irrégulière[1]. Si les femmes enceintes ont en principe accès aux soins quelle que soit leur situation administrative dans plusieurs pays européens, l'instauration de véritables « environnements hostiles » à l'aune de restrictions croissantes complique cet accès aux soins. Au Royaume-Uni, Theresa May, alors à la tête du Home Office (équivalent du ministère de l'Intérieur), donne en 2012 un nom à ces évolutions en faisant de la notion d'environnement hostile un slogan politique et en déployant une série de mesures qui mettent à mal l'indépendance des soins, à travers, par exemple, le partage des données personnelles des patients des hôpitaux publics (National Health Service, NHS) avec le Home Office à des fins de contrôle migratoire. À travers différents contextes européens, les pratiques de facturation de ces soins, d'arrestations aux abords des espaces de soins, et parfois de mobilisation de manière ambiguë des professionnels de santé dans les procédures relatives aux éloignements forcés, participent d'une érosion des conditions de prise en charge des femmes enceintes.

Aux frontières européennes, les incursions d'un contrôle migratoire virulent à l'encontre des femmes enceintes irrégularisées

Emblématique de la militarisation des frontières européennes, la ville espagnole de Ceuta située au nord du Maroc connaît des pratiques qui découragent l'accès aux soins des femmes d'origine marocaine installées dans certains quartiers de l'enclave. Si elles se trouvent en situation administrative irrégulière, ces femmes sont continuellement suspectées de ne pas résider dans la ville, bien qu'elles soient parfois installées depuis plusieurs décennies. Or l'administration hospitalière partage les données des patientes avec la police dans le cadre d'une collaboration mêlant un objectif de recouvrement des factures à des fins de contrôle migratoire. Le secteur de la santé et tout particulièrement les soins de périnatalité et de maternité se trouvent ainsi enrôlés dans une gestion répressive de la frontière qui nuit à l'accès aux soins des femmes enceintes. À une autre frontière, à Mayotte, île postcoloniale devenue département français en 2011, les femmes comoriennes arrêtées en mer par la police aux frontières sont amenées auprès d'une sage-femme, si elles sont enceintes, pour une brève consultation qui sert à déterminer si leur état de santé est compatible avec la rétention administrative. Du fait d'un régime migratoire dérogatoire, les éloignements forcés depuis Mayotte vers les Comores sont réalisés dans les heures qui suivent l'arrestation, ce qui ne permet pas (ou très rarement) aux personnes arrêtées de contester juridiquement leur placement en rétention. Dans ce contexte, l'implication des sages-femmes dans ces processus les amène à jouer un rôle déterminant dans l'éloignement à travers des consultations réalisées avec des policiers qui attendent à la porte de la consultation, des conditions mettant potentiellement à mal la réalisation des soins de manière indépendante[2].

En région parisienne, des femmes enceintes et des nouveau-nés à la rue

Cette répression concerne également « les frontières internes » qui maintiennent des pratiques d'exclusion fondées sur le statut migratoire à travers le territoire. La dégradation des conditions matérielles d'accueil en région parisienne après les arrivées de 2015 est constatée par de nombreuses associations présentes sur le terrain[3]. Le manque de moyens est tel que même les publics considérés comme les plus vulnérables comme les femmes enceintes ou les enfants en bas âge se retrouvent à vivre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, à la rue[4]. Dans ce contexte la continuité des soins est loin d'être assurée et ces conditions de vie affectent la santé mentale des femmes dont le parcours migratoire a déjà été fréquemment source de plusieurs traumas jusque-là. Les professionnelles de santé sont alors souvent celles qui tentent de joindre le 115 ou permettent à une femme enceinte de passer la nuit dans une salle d'attente. Ces engagements individuels peinent néanmoins à pallier les formes structurelles de marginalisation et de destitution que les régimes de migration et d'asile produisent.

Alors que la mortalité maternelle des femmes migrantes est plus élevée que celle des femmes nées en France, il est urgent de créer les conditions d'un réel respect du droit des femmes enceintes à l'accès aux soins, avec des politiques qui ne laissent plus les femmes et les enfants à la rue. Les professionnels de santé méritent également des conditions d'exercice protégées des incursions du contrôle migratoire, en respect des codes déontologiques de leurs professions.

1 Pour un ouvrage collectif et différents cas d'études sur le continent européen, voir : Sahraoui, N. (Ed.). (2020). *Borders Across Healthcare: Moral Economies of Healthcare and Migration in Europe.* Berghahn Books.

2 Pour plus d'informations sur ces deux cas d'études réalisés dans le cadre du projet E. U. Border Care : Sahraoui, N. (2022). Des dispositions bureaucratiques humanitaires au service d'un gouvernement nécropolitique des non-citoyens : un paradoxe libéral ? *Raisons politiques, 86*(2), 93-112.

3 Cette recherche réalisée avec Jane Freedman et Elsa Tyszler est abordée plus en détail dans l'article suivant : Freedman, J., Sahraoui, N. et Tyszler, E. (2025). The racialized sexism of migration and asylum regimes pregnancy, migration, and borders in France. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society.*

4 Le Monde. (2022). *En France, le nombre de femmes sans papiers enceintes ou avec enfants en bas âge à la rue ne cesse de croître* [tribune]. Le Monde.

À VOIR...

Bremer, U. (2023). *Mères migrantes : des femmes médecins s'engagent* [film documentaire]. Arte regards.

Cyrielle Sauve
Médiatrice santé
Centre d'hébergement d'urgence Soleil – Samusocial de Paris

Hébergement et prise en soin des mères migrantes

Le centre d'hébergement d'urgence Soleil accueille des femmes enceintes à partir de six mois de grossesse ou ayant accouché d'un nourrisson de moins de 1 mois[1]. Elles ont vécu et vivent encore, pour certaines, beaucoup de violences[2]. De plus, en lien avec leur parcours migratoire ou leur vie antérieure, plusieurs femmes connaissent des problématiques de santé mentale et sont concernées par le trouble de stress post-traumatique ou la dépression du post-partum. Nombre d'entre elles sont dans de graves situations d'isolement psychique et physique. Cela impacte leur façon de faire du lien avec les autres, d'entreprendre des démarches et d'envisager l'avenir. Si elles ne sont pas entendues ni accompagnées, ces vulnérabilités – qui, au-delà de se cumuler, s'entretiennent, mais sont aussi à la fois la cause et la conséquence d'autres fragilités – peuvent les conduire à s'isoler davantage.

Proposer un accueil digne et accompagner vers le soin

Depuis l'ouverture du centre, nous accueillons peu de femmes avec un long parcours de rue antérieur à leur arrivée. Certaines étaient depuis quelques semaines en France, hébergées pour une nuit dans une halte ou en hôtel par le 115, sans la certitude d'avoir un abri la nuit suivante. D'autres ont dormi dans les couloirs de l'hôpital les quelques jours avant la naissance de leur enfant, puis sont restées hospitalisées à la maternité le temps qu'une solution leur soit trouvée. Dans ces situations, ces femmes arrivent très fatiguées, en alerte. Il faut plusieurs jours, voire semaines, pour qu'elles prennent le temps de « poser leurs bagages ». Nous les accueillons dans des conditions dignes et veillons à ce qu'elles aient l'espace pour reprendre leur souffle, se reposer et prendre le temps nécessaire pour accueillir leur nouveau-né dans les meilleures conditions possible. Le temps que nous dédions à leur accompagnement est réduit, mais cette durée permet tout de même d'établir un lien de confiance avec les femmes et de (re)construire avec elles les fondations qui leur permettront ensuite d'avancer le plus sereinement possible dans leur vie de mère en France. Une fois que le lien de confiance est tissé, les femmes et leurs nourrissons investissent le centre. L'enjeu est de les accompagner à développer le plus de ressources extérieures pour qu'elles puissent continuer à se repérer même après leur départ[3].

Pour entrer dans le parcours de soins psychique, nous avons la chance de travailler en partenariat avec plusieurs acteurs de santé du territoire[4]. Ils sont parfois un premier espace d'écoute quand les femmes sont trop réfractaires à rencontrer un professionnel de la santé mentale. Nous sommes également en lien avec les services de protection maternelle et infantile de secteur où des psychologues peuvent recevoir les femmes pour travailler sur le lien mère-enfant lorsque des difficultés sont observées.

Soutenir les mères

Il semble nécessaire que les professionnels aient une attention particulière pour que la période périnatale, qui est un moment de vie particulier, soit la plus apaisée possible, que les femmes puissent se sentir assez à l'aise pour oser verbaliser même les plus petites difficultés qu'elles rencontrent, mais aussi qu'elles se sentent entourées et soutenues.

Toute l'équipe porte une attention spécifique au lien mère-enfant. À l'arrivée de leurs bébés, les femmes se sentent souvent scrutées et observées par tout un chacun sur leurs faits et gestes. Malgré toutes les difficultés qu'elles peuvent rencontrer, la volonté d'être une bonne mère et de faire pour leur bébé est toujours présente, souvent accompagnée de la crainte qu'on leur prenne leur enfant si elles font mal. L'enjeu est donc de les ré-assurer dans ce qu'elles savent faire et ce qu'elles font bien, tout en veillant à développer les nouvelles compétences et savoirs de la maternité. Il s'agit de trouver le juste équilibre entre l'observation du développement de ce lien mère-enfant, de les accompagner dans cette nouvelle vie sans faire augmenter la pression, voire en essayant de la faire diminuer. Par exemple, durant les premiers jours et semaines, nous veillons à ce qu'elles puissent demander du relais si elles en ressentent le besoin, mais aussi à anticiper au maximum si des fragilités sont observées. Plus les difficultés sont prises en soin tôt, plus cela a des chances de se résoudre ou en tout cas de se stabiliser.

Renforcer le pouvoir d'agir et favoriser la création de liens

Il importe de ne pas voir ces femmes qu'à travers le prisme de leurs vulnérabilités ou comme des mères, mais au contraire de prendre en compte toutes les spécificités propres à leur individualité. Nous prêtons une attention particulière à leur donner des espaces où elles trouvent une place qui n'est pas celle d'une femme migrante ni d'une mère seule, mais bien celle de Joséphine, Fatoumata, Angélique… Cela leur permet de créer des liens entre elles et de devenir, au fil des semaines, forces de proposition. Par exemple, nous organisons avec un médecin bénévole des ateliers hebdomadaires qui ont pour objectif de développer la littératie en santé[5] des femmes. Ces temps sont également consacrés à des échanges où, par la santé, elles sont invitées à parler d'elles, de leurs vécus, à partager leurs connaissances et à se sentir valorisées. Leur redonner une place et un vrai pouvoir d'action leur permet à leur tour de pouvoir transmettre. Au-delà des amitiés et des affinités naturelles qui se créent, nous observons aussi une vraie solidarité entre les femmes[6].

1 Notre équipe est constituée d'une responsable, de deux travailleuses sociales, d'une auxiliaire de puériculture, d'une médiatrice en santé et d'une maîtresse de maison. Ce fonctionnement atypique pour un centre d'hébergement d'urgence permet un accompagnement à la fois global (social et dans le soin) et spécifique aux enjeux des femmes migrantes au prisme de la périnatalité.

2 Telles que les vécus de rue, les violences conjugales et sexuelles, la précarité, l'isolement et le parcours migratoire.

3 Par exemple, les maisons de santé, la protection maternelle infantile, les accueils de jour parent-enfant, les associations communautaires, la maison des solidarités, les crèches ou les lieux culturels.

4 Par exemple, l'équipe mobile psychiatrie précarité, l'équipe mobile d'intervention précoce périnatale « Amae » de l'APHP, ou encore la maison de santé Pyrénées-Belleville.

5 Soit leur capacité à accéder, à comprendre, à évaluer et à communiquer une information de santé.

6 C'est le cas lorsqu'elles aident de très jeunes femmes qui accueillent leur premier enfant et pour qui tous les réflexes attendus (tels que laver le nez ou faire prendre le bain) sont nouveaux.

Marie Lafont
Cheffe de service
Service des établissements d'hébergement de la direction de la Solidarité de la Ville de Paris

Virginie Martin
Directrice
Centre d'hébergement d'urgence Agnodice

Accompagner la maternité de femmes en exil, entre ressources et fragilités

Accueillir de manière inconditionnelle des femmes sans domicile, enceintes de plus de six mois ou avec leur nouveau-né, en proposant des conditions d'hébergement les plus proches possibles de la vie ordinaire, est au cœur du projet du centre d'hébergement d'urgence (CHU) Agnodice[1].

Des vulnérabilités

Provenant principalement d'Afrique subsaharienne, les femmes orientées vers le CHU font face à un contexte de vulnérabilités croisées au vu de leurs parcours migratoires traumatiques, marqués par la violence de l'exil, de la migration, mais aussi de l'errance et de la rue une fois arrivées en France ; de leur situation administrative précaire et de leur allophonie ; de leurs pathologies médicales, et notamment des grossesses à risque ou de la dépression post-natale pour certaines. S'il s'agit le plus souvent de leur première grossesse en France, la plupart des mères accueillies est néanmoins déjà primipare, voire multipare, leurs autres enfants étant restés au pays.

Les professionnel·le·s perçoivent des premiers liens d'attachement mère-bébé qui peuvent parfois être assez fragiles. Cette fragilité peut s'expliquer d'abord par les psychotraumas induits par leur parcours migratoire qui les rendent peu disponibles psychiquement. Cela se manifeste à travers une relative distance affective, par exemple, par le fait que l'enfant est peu présent dans le discours de la mère en amont de l'accouchement ou que le lien maternel semble mécanique, presque robotisé et essentiellement centré sur les réponses aux besoins primaires, à l'arrivée du nourrisson. Cette fragilité renvoie par ailleurs au fait que leur nouvelle maternité en France est vécue de manière très différente en raison de leur déracinement et de leur isolement social[2]. Elles sont en effet en perte de repères par rapport aux techniques de maternage, entre celles transmises par la culture de leur pays d'origine et celles attendues de leur pays d'accueil. Par exemple, s'agissant du sommeil, elles peuvent ne pas utiliser le berceau mis à disposition, privilégiant le couchage dans leur propre lit, sans forcément l'assumer à l'égard des professionnel·le·s. Cette perte de repères est vécue avec une intensité particulière lors de leur séjour à la maternité, du fait des passages fréquents de professionnel·les de santé et de la peur du regard de l'institution sur leur capacité à être mère, qui plus est quand la solitude est accentuée par la barrière de la langue. Ayant déjà été repérées du fait de leur vulnérabilité sociale dès le suivi de la grossesse, il est ainsi arrivé que la maternité se rapproche du CHU pour évoquer des craintes après ces premiers jours d'observation, notamment quand la mère semble absente ou peu réceptive aux conseils. Toutefois, le fait qu'elles soient accompagnées au sein du CHU Agnodice permet un passage de relais qui est de nature à rassurer les professionnel·le·s de l'hôpital. Au retour au CHU, on peut ainsi observer la plupart du temps une évolution positive, en laissant le temps à la mère d'investir le lien avec son enfant et en l'accompagnant dans ce sens, avec l'appui du père quand il est présent.

Réassurer les femmes dans leurs rôles de mères

Le projet social du CHU vise ainsi à pouvoir répondre aux besoins spécifiques des parents et de leurs nourrissons. Il s'agit de permettre à ces mères de trouver de nouveaux repères et de les réassurer sur leurs compétences parentales, tout en veillant à ce que les enfants évoluent dans un cadre protecteur. Les mères sont en majorité réceptives à ce soutien dans les mois qui précèdent et suivent l'arrivée de l'enfant. La situation devient parfois plus complexe quand le séjour s'allonge, une fois que l'enfant grandit. En effet, certaines vivent comme intrusif le soutien à la parentalité et se sentent rapidement jugées comme mauvaises mères. Elles ont conscience qu'un signalement au titre de la protection de l'enfance peut être fait quand l'enfant est perçu comme en danger par l'institution et craignent le placement de leur enfant, même si, dans les faits, cela reste l'exception. La difficulté pour les professionnel·le·s est alors de trouver le juste positionnement.

La réassurance des mères passe également par le collectif et les relations qu'elles nouent entre elles, en marge de l'institution, à travers une forme de sororité qui est palpable au quotidien[3]. À titre d'exemples, elles se gardent les enfants entre elles, se dépannent les unes les autres en denrées, en argent ou en « bons plans » pour les achats. Les tensions dans le collectif sont assez rares, certaines préférant même taire leurs éventuels griefs contre d'autres pour éviter des conflits.

Leur hébergement au sein du CHU ne reste qu'une étape dans un parcours d'insertion qui risque, pour beaucoup, d'être encore long. Tout l'enjeu est de leur permettre, sur ce temps singulier autour de la naissance de leur enfant, de bénéficier d'un étayage renforcé pour accéder à leurs droits et mobiliser leurs ressources.

1 Le CHU s'adapte aux compositions familiales, en hébergeant également les pères et les fratries, afin d'éviter la séparation des membres d'une même famille. Le CHU dispose notamment d'une équipe pluridisciplinaire composée de travailleurs sociaux, de professionnelles de l'enfance, d'une psychologue et d'une infirmière. Les observations ayant donné lieu à la rédaction de cet article sont issues de leurs retours d'expérience.

2 Cela se résume par le verbatim suivant, que les femmes peuvent employer dans leurs échanges avec les professionnel·le·s : « *J'ai déjà eu des enfants au pays, mais c'est comme si c'était la première fois.* »

3 Cette sororité se résume avec un verbatim souvent mobilisé par les familles hébergées : « *il faut un village pour élever un enfant* ».

Stifane Ama

Natacha Carbonel
Assistante de rédaction de *Rhizome*
Orspere-Samdarra

Écouter les vécus de grossesse des femmes migrantes

Premier mercredi matin de décembre, il pleut. Ce jour, à L'espace, lieu de soutien psychosocial accueillant des personnes migrantes[1], un temps est proposé aux femmes en non-mixité. Venues pour participer à des activités entre elles ou tout simplement pour discuter et être ensemble pendant plus de deux heures, parfois accompagnées de leurs enfants, elles se réunissent, investissent le lieu et ses canapés. Certaines parlent le français, d'autres le comprennent un peu, ou pas encore. Elles se connaissent, se sont déjà vues ou alors se rencontrent pour la première fois. Nombre d'entre elles demandent l'asile ou en sont déboutées, sont à la rue ou logées dans des hôtels, des centres d'hébergement ou chez des tiers. Aujourd'hui, le groupe discute des vécus de périnatalité. Les femmes présentes sont déjà mamans d'un ou de plusieurs enfants. Certaines ont migré avec eux, d'autres ont été contraintes de migrer sans eux, ce qui est la source de fortes inquiétudes. Stifane, Ama et Fanta[2] ont pris la parole et raconté, les unes après les autres, les vécus de leurs grossesses.

Je suis venue des Comores à Lyon avec mon mari. Avant, je ne parlais pas français, je me sentais seule. Alors que je me sentais très fatiguée, j'ai un jour acheté plusieurs tests de grossesse. Je ne savais pas lire les résultats, j'ai appelé ma mère qui m'a dit que j'étais enceinte. Mon suivi médical s'est bien passé. Mon mari, qui parle français, traduisait les rendez-vous. Mon accouchement a duré quatre jours et a été très difficile. On a évoqué une césarienne, ce que mon mari refusait absolument. On a utilisé une ventouse et des spatules pour faire sortir mon bébé que j'ai accueilli en n'ayant plus de force. J'avais faim et soif. La nourriture, les quantités et les horaires de distribution de l'hôpital ne sont pas adaptés aux femmes qui accouchent. Affaibli, mon bébé a dû rester à l'hôpital pendant dix jours. J'ai ensuite vu une sage-femme pour rééduquer mon périnée, je ne savais pas ce que ça signifiait. Quelque temps plus tard, mon mari devait acheter ma contraception, mais il a oublié de le faire. Je suis tombée enceinte de mon deuxième enfant. Hospitalisée pendant quatre jours, l'accouchement a duré deux jours. J'avais très mal, on m'a administré deux péridurales. Aujourd'hui je vais bien, je viens beaucoup à L'espace. Stifane

J'ai quitté le Bénin pour étudier à l'université. En réalisant des examens médicaux, avant mon départ, j'ai appris que j'étais enceinte de cinq mois et que je faisais un déni de grossesse. J'en ai parlé à personne : ni à mes proches au pays ni à l'amie qui allait m'héberger à Lyon. Au septième mois de grossesse, et sans suivi médical, j'ai annoncé à mon amie que j'étais enceinte. Elle m'a demandé de partir de chez elle. J'ai été hébergée par le 115, dans un foyer et à l'hôtel. À huit mois de grossesse, j'ai prévenu ma famille de ma situation. Dès lors, mon père refuse de me parler. De confession musulmane, il n'accepte pas que sa fille ait eu un enfant hors mariage avec un homme chrétien. Sans aucune ressource ni soutien financier, j'ai été obligée de travailler jusqu'à une semaine avant mon accouchement en faisant des ménages chez des particuliers. Durant ma grossesse, en pleine dépression, j'étais suivie par un psychologue et un psychiatre. Je n'arrivais pas du tout à créer de liens ni à communiquer avec mon bébé, j'avais peur que ça soit toujours le cas après sa naissance. On m'a proposé d'accoucher sous X, ce que j'ai fini par refuser. Mon accouchement, déclenché, a duré quatre jours. J'ai été hospitalisée avec mon bébé pendant sept jours sans savoir pourquoi. Personne ne m'a rendu visite, j'ai réalisé que j'étais vraiment très seule. Je suis ensuite retournée à l'hôtel avec mon fils, j'ai appris à m'en occuper seule. J'ai été contrainte de reprendre des ménages très vite alors même que mon bébé n'avait que quelques semaines. Je n'avais pas assez d'argent pour acheter du lait en poudre, j'allaitais mon bébé. On est toujours ensemble avec son père, resté au pays. Quand il peut, il m'envoie un peu d'argent. Je lui raconte mon quotidien, il m'écoute, mais il n'est pas là. Il ne peut pas comprendre ce que je vis. J'ai aussi peur de recevoir une OQTF dans les mois à venir. Mon fils est un cadeau du ciel, je l'adore. Ses sourires et ses rires m'aident à avancer. Ama

Mariée de force au début de mon adolescence, j'ai fui le Mali, les maltraitances de mon mari et ses menaces de mort. Mon parcours migratoire est ponctué par de nombreux événements traumatiques. Arrivée seule, j'ai demandé l'asile. Puis, j'ai rencontré Moriba dont je suis tombée enceinte. À cinq mois de grossesse, la dame qui m'héberge me demande de partir. Je n'ai d'autre solution que la rue. Fanta

Les espaces et les lieux qui permettent aux femmes migrantes d'échanger autour des épreuves de la maternité manquent. Pour de nombre d'entre elles, la migration, l'isolement, la précarité matérielle et financière, les incertitudes administratives, l'allophonie et l'absence de logement se surajoutent aux vulnérabilités propres à la période périnatale. Si ces récits ont été racontés avec beaucoup d'émotions, de pleurs, et ont réactivé des vécus difficiles et traumatiques, ils dévoilent la solitude et l'isolement vécus par ces femmes pendant la période périnatale. Ces expériences font partie de leurs histoires et de leurs identités. Il importe donc, à leurs yeux, de les partager, les déposer et de faire commun. Car ne plus être seul avec son histoire, ne plus la porter individuellement et la partager avec d'autres ayant vécu ou vivant des expériences similaires participe à lui redonner un autre sens.

1 Situé dans le 3e arrondissement de Lyon, L'espace accueille des personnes migrantes dont certaines sont en situation d'isolement et de précarité.

2 Ama, Fanta et Moriba ont été anonymisés.

Claire Mestre
Psychiatre-psychothérapeute et anthropologue
Responsable de la consultation transculturelle
Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Présidente
Association Ethnotopies

Responsable du DU Médecines et soins transculturels
Université de Bordeaux

Estelle Gioan
Psychologue clinicienne, service de la consultation transculturelle
Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Référente périnatalité
Association Ethnotopies

Carline Thibault
Psychologue clinicienne, stagiaire, service de la consultation transculturelle
Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Femmes exilées et périnatalité : pour un berceau et un éveil transculturels

Le dispositif transculturel allie les soins psychothérapeutiques réalisés au centre hospitalier universitaire de Bordeaux et des ateliers conçus en partenariat avec l'association Ethnotopies[1] qui a pour but les soins et la prévention auprès des populations migrantes. Notre pratique en clinique transculturelle et dans nos recherches cliniques utilise une méthodologie spécifique : le complémentarisme[2], soit l'utilisation de façon non simultanée de l'anthropologie et de la psychanalyse. Nous avons toutefois à faire à une complexité qui nous oblige à être en dialogue avec d'autres domaines – la sociologie, la philosophie, l'histoire, la psychologie, la médecine… – qui permettent d'éclairer les situations dont les multiples problématiques sont souvent enchevêtrées dans des précarités en cascade (d'ordres linguistiques, sociales ou culturelles). Cette perspective holistique permet de mieux évaluer les situations vécues par nos patients, particulièrement les femmes en situation de périnatalité, et de mesurer l'impact des pratiques institutionnelles. Il s'agit en effet d'avoir des outils de soin accordés aux vulnérabilités des femmes exilées et migrantes, à partir de leur grossesse et jusqu'à la période des 3 ans de l'enfant – date à partir de laquelle il entre à l'école. Nous examinerons comment nos outils d'accueil, de soins et d'observation, issus d'une longue expérience et d'une connaissance des facteurs de vulnérabilité, permettent une influence thérapeutique sur les femmes et leurs enfants en bas âge.

Les leviers thérapeutiques

Dans le cadre de la clinique transculturelle[3], nous utilisons les leviers suivants :

- le groupe pour ses vertus contenantes et étayantes. Il est un élément culturel pour les femmes issues de société dites « traditionnelles » où le groupe, la communauté, la famille élargie priment sur l'individu. Il est un élément favorisant pour toutes celles pour lesquelles le face à face est un obstacle, voire une menace, à la relation. Enfin, il garantit une fluidité de la pensée et des gestes ;
- la langue maternelle et le va-et-vient avec notre langue grâce au travail précieux des interprètes-médiateurs professionnels ;
- la posture professionnelle, qui est également décisive. La curiosité et la réflexivité sur la culture de notre propre société sont de mises, particulièrement quand elle évolue sur les questions de soins aux bébés et sur les principes d'éducation, et quand elle s'aveugle sur la normativité qu'elle imprime. C'est tout un travail de décentrage, de réflexivité, favorisé par le travail de groupe ;
- la posture politique, par l'évaluation des facteurs externes qui empiètent sur la santé et les relations précoces. Elle permet de ne pas imputer les difficultés aux personnes elles-mêmes et de donner à ces dernières un pouvoir d'agentivité par la révélation de ces obstacles. Il s'agit pour nous d'un engagement éthique essentiel.

Les facteurs de vulnérabilité

Le premier facteur de vulnérabilité[4] est individuel et psychologique, proche de ce que peuvent vivre toutes les femmes pendant la grossesse. Une plus forte sensibilité donne accès à des éléments anciens vécus pendant la petite enfance ; des souvenirs oubliés peuvent réapparaître. La tristesse, les insomnies ou les plaintes somatiques sont autant de signaux de détresse psychique, mais aussi parfois de traumatismes antérieurs non élaborés.

Le deuxième facteur de vulnérabilité concerne les enjeux de la migration, soit la confrontation à de nouveaux codes culturels dans des contextes de solitude et d'isolement. Sur quels repères s'appuyer pour accueillir ces bébés de l'exil ? Comment se transmettent les pratiques de maternage chez nous ? Comment protège-t-on nos bébés ?



1 Site internet de l'association Ethnotopies.

2 Devereux, G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.

3 Nous empruntons ces outils aux travaux antérieurs réalisés par Tobie Nathan, Marie Rose Moro et leurs équipes.

4 Mestre, C. (dir.) (2016). *Bébés d'ici et mères d'exil*. Érès.

Le cumul de précarités – sociale, administrative, linguistique, culturelle, économique et psychique – fragilise grandement les compétences de ces parents. La solitude est un enjeu de gravité majeur, le huis clos avec le bébé aussi. Le maillage avec les différentes structures institutionnelles et associatives permet de tisser une toile de protection pour ces familles. L'approche des contenants de pensée – la langue, la religion, les médiations artistiques et culturelles, le repérage des structures ressources – est un travail minutieux pour qu'une pensée souvent empiétée par de multiples soucis du quotidien puisse émerger dans un lien de confiance. D'autant que ces mères peuvent avoir vécu des violences cumulatives dans le pays d'origine, sur la route de l'exil et dans la société d'accueil.

Le troisième facteur est le rapport des familles avec les professionnel·le·s de nos institutions qui peuvent considérer leurs façons de faire, de dire et de penser comme universelles et évidentes. Ils peuvent avoir une considération négative de ces parents de manière indue et dévaloriser leurs pratiques. À titre d'exemple, ils peuvent considérer que le fait de masser son enfant pour hydrater sa peau tous les jours ou de le coiffer avec soin et attention sont des actes moins importants que de lui parler et de jouer avec lui. Ces frictions peuvent créer des conflits de maternage[5] et d'éducation, mais aussi des tensions importantes autour des considérations sur ce dont un enfant aurait besoin et ce que serait un « bon parent » dans nos normes. Notre souci est de prévenir les violences institutionnelles.

Des espaces transculturels métissés

Les espaces suivants s'inscrivent dans les enjeux de prévention précoce des dysfonctionnements des interactions mère-enfant et de transmission du trauma mère-enfant[6] :

- les causeries pour femmes enceintes pour accompagner la grossesse dans ces différentes dimensions et un atelier-massage pour les tout-petits à la Maison des Familles ;
- un atelier accueil du nouveau-né à la Parentèle permet la valorisation des objets culturels (les différentes pratiques de maternage, les berceuses…) pour favoriser les interactions mère-enfant ;
- les rencontres autour des livres, des musiques et des langues pour les parents et les enfants – à partir du moment où ils ont acquis la marche et jusqu'à leurs 3 ans –, à l'espace du Petit Prince ;
- les rencontres maternités familles en exil rassemblent des professionnels et bénévoles qui peuvent se trouver eux-mêmes dans des situations de solitude et des sentiments d'impuissance.

Ces espaces complémentaires s'inscrivent dans un accueil pluridisciplinaire où les regards se croisent. Ils sont proposés dans des lieux-ressources où les familles peuvent retourner en dehors de nos actions. Ils nous permettent de construire un berceau métissé afin de soutenir les parents, les mères particulièrement et les bébés. Il s'agit d'encourager des attachements stables et sécurisés, d'éveiller à des relations chaleureuses en invitant les bébés et les parents dans nos lieux. Ces rencontres permettent aussi une transformation de nos institutions et de nos lieux d'accueil.

Les soins et la prévention auprès des bébés

Les soins psychothérapeutiques[7] s'accompagnent d'une pratique d'observation minutieuse grâce à la méthodologie de l'observation à la manière d'Esther Bick et de l'ethnographie[8]. Les observations retravaillées en groupe permettent d'articuler l'évolution de la confiance des mères à nos groupes de soin avec la transformation des interactions mère-bébé. Les ateliers, souvent très appréciés par les mères, leur permettent de reprendre confiance ; le retentissement sur le lien à l'enfant en est immédiatement métamorphosé. Nous observons alors que la détente d'une mère, persuadée d'être entendue (dans sa langue) et considérée de façon singulière (dans son histoire) dans un climat protecteur, voire joyeux, en relation avec d'autres parents (mères) et des professionnelles, influe sur le bébé, même de quelques mois, pour relâcher l'étreinte avec sa mère. La relation tendue, anxieuse, voire effrayée/effrayante, s'assouplit et c'est le gage d'une prévention pour le développement du bébé. Cette évolution, évidente pour tout spécialiste de la relation mère-bébé précoce, est le fruit de dispositifs pensés en amont, travaillés simultanément, pour rendre vivantes les relations précoces, malgré un environnement menaçant et carencé.

C'est tout le sens de nos actions de soins et de prévention : prévenir qu'un désordre supplémentaire du fait d'une grossesse ou d'une naissance mise à mal, se rajoute à leur situation d'extrême précarité. Cette situation ne doit pas empiéter sur les relations mère-bébé déjà menacées par l'exil, et se rajouter aux nombreux obstacles, parfois catastrophiques, déjà vécus par les femmes.



5 Stork, H. (1999). *Introduction à la psychologie anthropologique.* Armand Colin.

6 Quattoni, B. (2016). Mères migrantes traumatisées et leur enfant : transmission ou reproduction du trauma ? Dans C. Mestre (dir.), *Bébés d'ici et mères d'exil* (p. 285-320). Érès.

7 Soit les psychothérapies et les groupes transculturels.

8 Mestre, C. et Marie Thérèze, S. (2025). Une anthropologie du bébé en exil. *L'autre, 26*(2).



Artiste du numéro

Sandra Poirot Cherif

Sandra Poirot Cherif s'est aperçu que ce qu'elle aimait par-dessus tout, c'était raconter. Avec des mots, avec des images, et même parfois avec des silences. Elle a donc renoncé à une grande carrière de trampoliniste professionnelle pour faire des livres. Parfois auteure, parfois illustratrice, elle raconte les petites et grandes émotions du quotidien.

Œuvres publiées dans ce numéro de *Rhizome* :

Couple (couverture), *Manchot* (p. 4-5), *Ours* (p. 6), *Autruche* (p. 8), *Élephant* (p. 10), *Zèbre* (p. 12), *Biche* (p. 18-19), *Oiseaux* (p. 20).

sandrapoirotte.com
Instagram : @sandrapoirotte

RÉSUMÉ DU NUMÉRO

#96

Ce numéro de *Rhizome* explore la manière dont les épreuves de la migration viennent fragiliser l'expérience de la maternité. À partir de contributions cliniques, d'accompagnement social et expérientielles, il met en lumière l'impact des violences, de la précarité, des barrières linguistiques et des inégalités d'accès aux soins sur la santé psychique des femmes migrantes et de leurs bébés. La période périnatale, temps de vulnérabilité mais aussi de possibles remaniements, interroge les pratiques professionnelles, les conditions d'accueil et les enjeux du consentement, du soutien social et de la reconnaissance des expériences. Prendre soin des mères et des pères migrants, c'est aussi se préoccuper de l'avenir des enfants à naître et de la société qui les accueille.

Abonnement sur le site de l'Orspere-Samdarra

***Rhizome* est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement.**
Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON
Directrice adjointe de publication :
Gwen LE GOFF,
Directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)
Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL
Comité de rédaction :
Jean-Marie ANDRÉ,
Professeur à l'EHESP (Rennes)
Marianne AUFFRET,
Directrice générale de l'Unaj (Paris)
Arnaud BÉAL,
Psychologue (Roanne)
Lotfi BECHELLAOUI,
Pair-aidant en santé mentale (Lyon)
Raphaël BOULOUDNINE,
Coordinateur national d'un Chez soi d'abord (Paris)
Vanessa EVRARD,
Pair-aidante en santé mentale (Lyon)
Benoît EYRAUD,
Sociologue (Lyon)
Morgan FAHMI,
Psychiatre, Orspere-Samdarra (Lyon)
Étienne FABRIS,
Directeur général du GIE La Ville Autrement (Lyon)
Jean-François KRZYZANIAK,
Patient-expert (Angers)
Émilie LABEYRIE,
Psychologue (Marseille)
Camille LANCELEVÉE,
Sociologue (Strasbourg)
Antoine LAZARUS,
Professeur honoraire de de santé publique et de médecine sociale (Gentilly)
Aziliz LE CALLONNEC,
Doctorante, Orspere-Samdarra (Lyon)
Fidèle MABANZA,
Poète, formé à la philosophie (Villefontaine)
Élodie PICOLET,
Psychologue, Orspere-Samdarra (Lyon)
Bertrand RAVON,
Sociologue (Lyon)
Serena TALLARICO,
Anthropologue, docteure en psychologie, Orspere-Samdarra (Lyon)
Andréa TORTELLI,
Psychiatre (Paris)
Nadia TOUHAMI,
Autrice (Marseille)
Stéphanie VANDENTORREN,
Médecin épidémiologiste de santé publique (Paris)
Halima ZEROUG-VIAL,
Psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Invitées :
Lucia GENTILE,
anthropologue (Paris)
Caterina MAGGI-PERPOINT,
pédopsychiatre (Lyon)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra, Le Vinatier
Psychiatrie universitaire Lyon Métropole
95 bvd Pinel 69678 BRON CEDEX
04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
orspere-samdarra.com
Relecture : Sidonie HAN
Réalisation : Hélène BERTHOLIER
Direction artistique : Manoël VERDIEL
Imprimerie Courand & associés
82 Route de Crémieu 38 230 TIGNIEU-JAMEYZIEU

Dépôt légal : Février 2026 / ISSN : 1622-2032 / N° CPPAP : 0910B05589 / Tirage : 5000 exemplaires

LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE LYON MÉTROPOLE

ORSPERE SAMDARRA

L'Orspere-Samdarra, observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et sociétés », est dirigé par Halima Zeroug-Vial et est composé d'une équipe pluridisciplinaire.

L'Observatoire est organisé en 3 pôles : recherche, ressource et édition. Il porte les diplômes universitaires « Santé, société et migration », « Dialogues - Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord ».

En complément des revues *Rhizome*, découvrez les ouvrages publiés par les éditions les Presses de Rhizome et commandez-les sur la plateforme Cairn.info.